

MCL



Magazine

over mensen,
zorg, keuzes,
meedoen en
geluk.

zomer
2022

**Topklinische zorg
van grootste belang
voor Friezen**

Werken met de dood

**MCL 24 uur
draaiend houden**

Ready?

**Verpleegkundigen
aan bed
klaargestoomd**

GO!

Voor alle Friezen

Voor u ligt alweer het derde exemplaar van het MCL Magazine, dit keer met het thema 'MCL als topklinisch ziekenhuis'. Als topklinisch ziekenhuis nemen we een specifieke plek in binnen het Friese zorglandschap. We leveren excellente topklinische zorg, aanvullend op wat de andere ziekenhuizen in de regio doen. En we leiden dokters en verpleegkundigen op, doen wetenschappelijk onderzoek en willen continu innoveren en verbeteren, zodat we zo goed mogelijke zorg kunnen leveren aan de Friese burger. In zijn topklinische functies is het MCL er voor alle Friezen. Voor jonge verpleegkundigen en dokters die hier opgeleid willen worden en graag willen werken in een uitdagende werk- en zorgomgeving. Daarbij leiden we op voor alle Friese ziekenhuizen. En natuurlijk voor alle Friese patiënten die meer complexe zorgvragen hebben. Waar ze anders voor zo'n vraag ver zouden moeten reizen, kunnen ze nu in hun eigen provincie terecht. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het hartcentrum waar ze hartoperaties en ingewikkelde hartonderzoeken kunnen uitvoeren. Of de complexe kankerbehandelingen en -onderzoeken. In veel gevallen kunnen kanker- of hartpatiënten heel goed bij het ziekenhuis 'om de hoek' terecht, maar soms is er specialistisch onderzoek nodig met kostbare ingewikkelde apparatuur. Daarvoor is de kennis en kunde aanwezig in het MCL. Voor dat stukje topzorg kunnen ze dan in Leeuwarden terecht, waarna de rest van de behandeling en de nazorg weer in het eigen ziekenhuis kan plaatsvinden. MCL en de andere ziekenhuizen vullen elkaar aan. Die samenwerking, die op sommige vlakken ook nog beter kan, is belangrijk voor de toekomst van de zorg in Friesland. Die samenwerking koesteren wij en willen we waar mogelijk stimuleren. Niet met als doel om de grootste te worden, maar om de topklinische zorg en alles wat daarbij hoort voor nu en de toekomst voor alle Friezen te behouden.

Dat is waar we het voor doen en waar we trots op zijn!

*Patrick Vink, voorzitter Raad van Bestuur MCL,
namens de Bestuursraad*

**HET DOEL IS DE
TOPKLINISCHE ZORG
EN ALLES WAT DAARBIJ
HOORT VOOR NU EN DE
TOEKOMST VOOR ALLE
FRIEZEN TE BEHOUDEN.**



COLOFON

VORMGEVING

Erik Bosgra
De Bey communicatie & vormgeving

FOTOGRAFIE

Jeroen Adema
Menno de Boer
Piet Douma

ILLUSTRATIES

Rianne Minnema

HOOFDREDACTEUR

Gerard Akkerman

REDACTIE

Arjen Guit
Jette de Vos
Leanne Wink-Miedema

SCHRIJVERS

Gerard Akkerman
Arjen Guit
Tim de Jong
Erik Kofman
Frits Mostert
Marte van Santen
Inge Schippers
Rogier Verhagen
Patrick Vink
Jette de Vos
Leanne Wink-Miedema

FILM

Jeroen Adema
De Bey communicatie & vormgeving
Eva Tijssma - Video & Animatie

DRUKKER

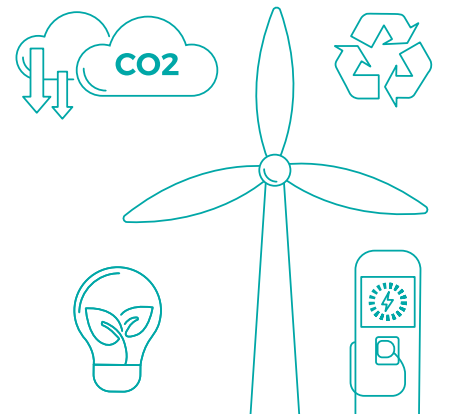
Dekker Creatieve Media & Druk

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



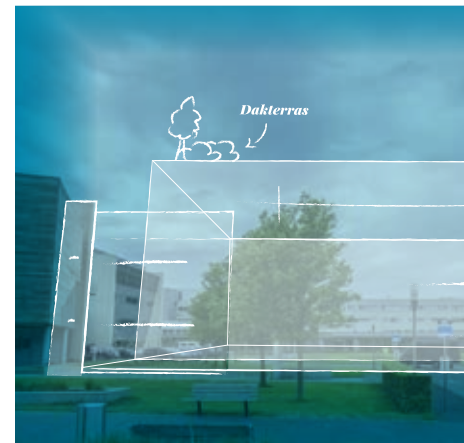
20

Passende zorg voor alle Friese borstkankerpatiënten



De duurzame uitdaging van het MCL

16



Focus op nieuwbouw

74

30

Wachtwoord vergeten? Het Digiplein helpt bij digitale zorg



En verder

- 6 Een avond op de Spoedeisende Hulp
- 12 Topklinische zorg van grootste belang voor Friezen
- 16 De duurzame uitdaging van het MCL
- 20 De beste borstkankerczorg
- 24 Digitaal onderwijs in een snel veranderende zorgwereld
- 26 Werken met de dood
- 30 Wachtwoord vergeten? Het Digiplein helpt bij digitale zorg
- 32 Zorg met een vleugje techniek
- 36 "Soms komt alle ellende samen in een wond"
- 42 Als het anders loopt dan gedacht. Het fertiliteitsteam
- 46 Cijfers in beeld
- 48 Hartklepvervangng via de lies heeft toekomst

92

Zorg bieden bij een wonderlijke gebeurtenis? Kom werken bij #teamMCL



- 52 MCL 24 uur draaiend houden
- 56 Goed op de hoogte van operatie met Indiveo
- 58 Kwaliteit van leven beter na een borstreconstructie
- 62 Je eigen bedrijf runnen in een ziekenhuis
- 66 Ready? Go! Verpleegkundigen aan bed klaargestoomd
- 70 Check. Samen verantwoordelijk voor veilig medicijngebruik
- 74 Focus op nieuwbouw
- 78 Onderzoek bij orthopedie: wetenschap als hoofdzaak
- 82 'Naadloze nazorg' voor kankerpatiënten is pure kwaliteitszorg
- 86 Spelenderwijs herstel na IC-opname
- 88 De kracht van 'comforgericht' communiceren
- 92 Zorg bieden bij een wonderlijke gebeurtenis

EEN AVOND OP DE SPOEDEISENDE HULP

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

Een 'beetje ADHD' moet je wel zijn als spoedeisende hulparts. Er is veel actie en je moet goed kunnen omgaan met onzekerheid. "Als een patiënt hier binnenkomt weet je vaak heel veel niet. Je moet denken in waarschijnlijkheden en alle risico's stuk voor stuk bij langs gaan om te kunnen bepalen hoe ernstig het is", vertelt SEH-arts Djoeke Dammers, die trots is op haar werk en op de plek waar ze werkt. "Als SEH-arts is er in Nederland geen fijnere plek om te werken dan hier in het MCL."

Zomaar een vrijdagavond op de SEH van het MCL. De vrijdagavonden zijn doorgaans druk met ongevallen, zieke patiënten, maar ook slachtoffers van uitgaansvertier en middelengebruik. Of patiënten die op de valreep van het weekend nog naar de SEH gaan omdat ze niet ziek het weekend in willen. Ook op deze avond komt er van alles voorbij. Een jonge arrestant heeft de pillen, die hij nog in zijn bezit had vlak voor zijn aanhouding, maar in een keer doorgeslikt naast de andere middelen die hij al had ingenomen. Hij lijkt er slecht aan toe. Wanneer Djoeke hem een paar vragen wil stellen, wordt de politieagent vriendelijk verzocht op de gang te wachten. "Wij zijn er voor de patiënt. Bovendien hoor je vaak meer en beter wat er aan de hand is als je alleen met zo'n patiënt bent." Hij voelt zich beroerd, ook door afkickverschijnselen, maar kan in de loop van de avond wel weer terug naar zijn cel.

Traumakamer

Er is een ambulance onderweg met een jongeman die op zijn fiets van achteren is aangereden. Terwijl de ambulance nog onderweg is, wordt de traumakamer in gereedheid gebracht. Omdat niets bekend is over inwendige bloedingen, wervelbreuken of hersenschade, wordt alles klaargezet om de patiënt stap voor stap te onderzoeken. Dan zie en voel je waarom de SEH ook wel een 'geoliede machine' wordt genoemd. Er zijn lijnen waarachter de artsen en verpleegkundigen zich opstellen met een sticker op de borst die aangeeft wat hun rol is in het team. Volgens Djoeke is de gouden regel op de spoedeisende hulp 'treat first what kills first'. "Dat betekent dat je je niet laat

afleiden door een gebroken arm die er scheef bij ligt. Eerst kijk je of de ademweg vrij is, vervolgens of de bloedcirculatie goed is, er geen inwendige bloedingen zijn en hoe het met de wervelkolom is gesteld." Voor iedere stap in het onderzoek is er een aparte kar met apparatuur. "Pas als al die ernstige risico's zijn uitgesloten, kom je toe aan die gebroken arm." Dat vraagt overzicht en vooral het vermogen om rust te bewaren. Het is de reden waarom Djoeke als traumateamleider letterlijk aan het hoofd van het team staat, alles in de gaten houdt en het team van alle noodzakelijke aanwijzingen voorziet. Hier werkt een team, artsen en verpleegkundigen die duidelijk veel met elkaar trainen en goed op elkaar zijn ingespeeld. "Je doet het echt samen als team. Iedereen weet wat hij of zij moet doen. Dat is het leuke van dit werk."

Vooruitstrevend

De vakgroep SEH in het MCL is volgens Djoeke een vooruitstrevende vakgroep. Ze doen wetenschappelijk onderzoek en zijn de eerste vakgroep SEH in Nederland waarvan iedereen is gecertificeerd om met echoapparatuur te werken. "We doen heel veel met de echo. Zo helpt de echo om al op de SEH te kunnen zien of er bloedingen zijn en we gebruiken de echo bij pijnbestrijding, prikken of het aanbrengen van infusen bij patiënten. De zorg verbetert doordat je sneller kunt zien wat er aan de hand is of wat je aan het doen bent." Op dit moment bestaat het team uit veertien SEH-artsen en er komen er nog twee bij. Daardoor is er 24 uur per dag altijd een spoedarts aanwezig en kunnen ze vaak in duo's werken. "Dat is heel fijn. Het biedt de mogelijkheid om bij ingewikkelde



**"JE DOET HET
ECHT SAMEN ALS
TEAM. IEDEREEN
WEET WAT HIJ OF
ZIJ MOET DOEN.
DAT IS HET LEUKE
VAN DIT WERK"**

situaties even te sparren. En je leert van elkaar." Het is ook de reden waarom ambulances bij reanimaties of zware ongevallen vaak direct doorrijden naar het MCL, waar meer mogelijkheden zijn om patiënten na een trauma goed op te vangen en te onderzoeken.

Spoed OK

Er gebeurt behoorlijk wat deze avond, toch spreekt Djoeke van een 'rustige dienst'. Er komt een vrouw binnen met buikpijn en een vermoeden van een aneurysma, een gevaarlijke verwijding van de buikslagader die dan met spoed geopereerd moet worden. Het eerste onderzoek met de echo lijkt het vermoeden te bevestigen. De dienstdoende vaatchirurg wordt gebeld en is heel snel ter plekke. Het aneurysma is duidelijk zichtbaar bij de CT-scan, waarna na enig heen en weer bellen wordt besloten het spoed OK-team bij elkaar te roepen en de vrouw nog diezelfde nacht te opereren. De chirurg acht het risico te groot om tot de

"DIT IS PRACHTIG EN BELANGRIJK WERK OMDAT IK IETS KAN BETEKENEN VOOR PATIËNTEN EN FAMILIE OP MOGELIJK EEN VAN DE NAARSTE DAGEN VAN HUN LEVEN."

volgende dag te wachten. Knapt de slagader, dan is de kans op overlijden zeer groot. Terwijl de vrouw in de CT-scan wordt doorgelicht, is Djoeke met verpleegkundigen alweer druk in de weer met een jonge vrouw die een poging tot zelfmoord heeft gedaan. Niet voor het eerst. Ze heeft pillen en van alles geslikt. Ze lijkt helder, maar kijkt niemand aan en zegt steeds dat ze liever dood wil, dat ze dan eindelijk rust heeft. Ze is alleen en heeft op haar jonge leeftijd al een heel verleden van jeugdzorg en psychiatrische problemen achter zich.

In gesprek blijven

Terwijl Djoeke en de verpleegkundigen proberen te achterhalen wat ze allemaal heeft genomen en hoeveel, schudt ze met haar hoofd, grijpt naar haar oren en zegt dat ze steeds last heeft van stemmen en gekriebel. Een aangrijpend gezicht, dat hard binnenkomt. Toch blijven de dokters en verpleegkundigen heel rustig. Ze proberen in gesprek te blijven, terwijl ze haar onderzoeken. Ook om te voorkomen dat ze versuft raakt en wegvalt. Uiteindelijk lijkt het mee te vallen en is het wachten op het crisisteam van de GGZ. Zij bepalen uiteindelijk of de vrouw moet worden opgenomen of dat ze toch naar huis kan. Zo gaat het de hele avond door met een verdenking van een blindedarmontsteking bij een kind, nog een fietsongeval en

een verstandelijk beperkte man met een lichte hersenbloeding. Dat laatste blijkt pas nadat de man in de CT-scan verder is onderzocht. De begeleider is mee en de patiënt is continu goed aanspreekbaar. De hersenbloeding wordt bevestigd, maar is niet zo ernstig dat de man moet worden opgenomen. Hij kan aan het eind van de avond met zijn begeleider en in de rolstoel weer naar huis. Djoeke is duidelijk in haar element. Een snelle pizza tussendoor als verlaat avondmaal en voor ze er erg in heeft, is het einde dienst en tijd voor de overdracht, waarin aan de volgende ploeg kort en duidelijk wordt verteld wat er allemaal is gebeurd en wat nog loopt. "De dynamiek, dat is waarom ik uiteindelijk voor dit werk heb gekozen."

Op alles voorbereid

Al op haar negende wist Djoeke dat ze arts wilde worden. Eerst vertrouwensarts, later tropenarts en uiteindelijk is het SEH-arts geworden. "Wat me trekt is de afwisseling en de spanning. Geen dienst is hetzelfde. Je weet nooit wat je aantreft. Soms is het heel spannend en kunnen emoties ook met familie heel hoog oplopen. Mensen kunnen ook overlijden, je moet op alles voorbereid zijn. Tegelijk is dit prachtig en belangrijk werk omdat ik iets kan betekenen voor patiënten en familie op mogelijk een van de naaste dagen van hun leven." Wat de SEH in het MCL voor haar een fijne plek maakt om te werken is de goede samenwerking met verpleegkundigen, waarin veel wordt geïnvesteerd. Zo schrijven artsen en verpleegkundigen samen protocollen over hoe ze het beste kunnen werken. "Dat is belangrijk. Dit werk kun je alleen samen echt goed doen en daar willen we graag nog meer in investeren." Dat geldt ook voor de samenwerking met de vakspecialisten in het ziekenhuis. "Die is ook heel goed. Ze zijn blij dat we er zijn. Dat is niet in alle ziekenhuizen zo."

Goed op elkaar letten

Artsen en verpleegkundigen steunen elkaar. "Dit is soms heel lastig werk en je moet met onzekerheid kunnen omgaan. We tasten vaak in het duister en moeten denken in waarschijnlijkheden. Dan kun je er ook wel eens naast zitten. Dan komt iemand met pijn op de borst en kun je niets vinden. Blijkt het twee dagen later toch een hartaanval te zijn. Of je stuurt iemand naar huis die dan toch een paar dagen later terugkomt en alsnog geopereerd moet worden. Dat gebeurt en hoort bij dit werk. Je kunt echt niet alles weten of uitsluiten. Dat gevoel, dat je misschien iets niet hebt gezien, daar moet je tegen kunnen. We letten goed op elkaar. We werken met buddy's. Er is altijd een collega die je kunt bellen als je een keer iets meemaakt of het even niet meer weet. Dat is van groot belang en zo houd je dit mooie werk ook vol met elkaar." ■



TOPKLINISCHE ZORG VAN *grootste belang* VOOR FRIEZEN

Voor het MCL is dit een spannend jaar. In oktober moet het MCL na vijf jaar opnieuw bewijzen dat het zich met recht een topklinisch (STZ) ziekenhuis mag noemen. Een ziekenhuis dat niet alleen topklinische zorg levert, maar ook excelleert in opleiden, innoveren en het doen van wetenschappelijk onderzoek. Dat is waarin het MCL zich onderscheidt van de andere ziekenhuizen in de regio. “Het is voor de Friezen van het grootste belang dat er een topklinisch ziekenhuis binnen de provincie is.”

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer



Vraag lukraak mensen op straat wat voor ziekenhuis het MCL is en ze zullen iets zeggen in de trant van 'een van de vier Friese ziekenhuizen', een groot ziekenhuis, er kan veel of 'mijn' ziekenhuis als ze er in de buurt wonen. Weinigen zullen zeggen dat het een topklinisch ziekenhuis is. En juist in het topklinische karakter schuilt de meerwaarde van het MCL voor Friesland en soms ook daarbuiten. Zo vervult het MCL een eigen positie in het wetenschappelijk onderzoek, stelt decaan Christiaan Boerma. Waar academische centra zoals het UMCG in Groningen vooral nieuwe behandelingen ontwikkelen, onderzoekt het MCL of ze uiteindelijk ook bij iedereen, voor wie ze bedoeld zijn, even goed werken. Dat is niet altijd het geval, weet Boerma. "Ouderen met meerdere problemen tegelijk zitten vaak niet in de grote wetenschappelijke studies als proefpersonen. Dat zijn in veel gevallen mannen tussen vijftig en zestig jaar. Neem bijvoorbeeld bepaalde pillen die gegeven worden om een hartinfarct te

voorkomen. Bij deze groepen werken ze vaak heel goed, maar bij tachtigplussers hebben we door onderzoek ontdekt dat ze neveneffecten kunnen hebben, zoals aantasting van het geheugen."

Duur of kwaliteit van leven

Dan dringt zich de terechte vraag op of iemand langer wil leven met mogelijk geheugenproblemen of dat de patiënt kiest om scherp te blijven met het risico eerder te overlijden aan een infarct. Geen makkelijke vraag, maar wel cruciaal om te stellen. "Gaat iemand voor de kwaliteit van het leven of de duur van het leven. Dat kan nog wel wat uitmaken in de behandeling", aldus Boerma. Het grote voordeel van het MCL om dergelijk wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, is dat het te maken heeft met een heel trouwe patiëntengroep. Mensen komen hier vaak hun hele leven en zijn daarom ook goed te volgen bij ziekte. Een ander voorbeeld

“Het is voor de Friezen van het grootste belang dat er een topklinisch ziekenhuis binnen de provincie is”

is de behandeling van bariatrische patiënten met suikerziekte. Er zijn er veel die een maagverkleining ondergaan waar bij alles in het lijf verandert. Dit heeft effect op dosering van bepaalde medicijnen. Geef je meer, omdat ze zwaarder zijn of juist niet? En wat zijn dan de risico's? Dat uitzoeken, wat het beste werkt, is wat het MCL doet. "Academisch onderzoek is heel specifiek. Wij kijken naar de toepasbaarheid bij grote patiëntgroepen", vertelt Willem Lenglet, lid van de Raad van Bestuur.

Steeds weer vernieuwen

Innovatie is een van de andere pijlers die het MCL volgens Lenglet tot een topklinisch ziekenhuis maakt. "Wij doen er alles aan om een sfeer te creëren waarin medewerkers met nieuwe ideeën komen en ook de ruimte voelen om die uit te werken en tot een succes te maken. Dat kan gaan om een nieuwe technologische ontwikkeling zoals de slimme botboor bij orthopedie, nieuwe methoden om mensen op te leiden of het stimuleren van duurzaamheid." Een heel mooie innovatie is die van Indiveo, waarbij animatiefilmpjes (divi's) worden gemaakt voor patiënten. Met behulp van die animaties, waarin stap voor stap te zien en horen is hoe de behandeling of een onderzoek in zijn werk gaat, kunnen patiënten zich thuis al heel goed voorbereiden op hun behandeling of ingreep. Dit leidt tot betere gesprekken tussen dokter en patiënt en maakt dat de patiënt meer grip en regie krijgt op zijn ziekte en behandeling. Inmiddels heeft het MCL zo'n 150 divi's in gebruik, wat het maakt tot een 'beeldend ziekenhuis'. "Dit is veel beter te realiseren wanneer je een groter ziekenhuis bent met meer mogelijkheden. Door de goede samenwerking tussen Indiveo en het MCL hebben de divi's een grote vlucht genomen en zijn ze binnen het MCL een centraal onderdeel van de patiëntenvoorlichting", stelt Boerma.

Opleider voor Friesland

Voor het opleiden van dokters en verpleegkundigen heeft het MCL een cruciale rol binnen Friesland in samenwerking met het UMCG. Lenglet: "Als STZ-ziekenhuis willen we aantrekkelijk zijn voor jonge gedreven artsen, verpleegkundigen en ondersteuners. Medewerkers die niet alleen excellente zorg willen leveren, maar ook als opleider jonge collega's het vak willen leren en zich willen inzetten voor wetenschappelijk onderzoek." Het opleiden doet het MCL voor alle ziekenhuizen in Friesland. "We begeleiden veel promovendi en hebben speciale onderzoeksprojecten en een aantal hoogleraren in huis", vult Boerma aan. Dit inspirerende pakket maakt het aantrekkelijk voor jonge mensen hier naartoe te komen en te blijven. Voor Friesland en de Friese zorg is dit van het grootste belang, stellen beiden. "Het zorgt ervoor dat Friezen voor topklinische zorg binnen de provincie terecht kunnen. Er kan hier veel waardoor ze niet ver hoeven te reizen."

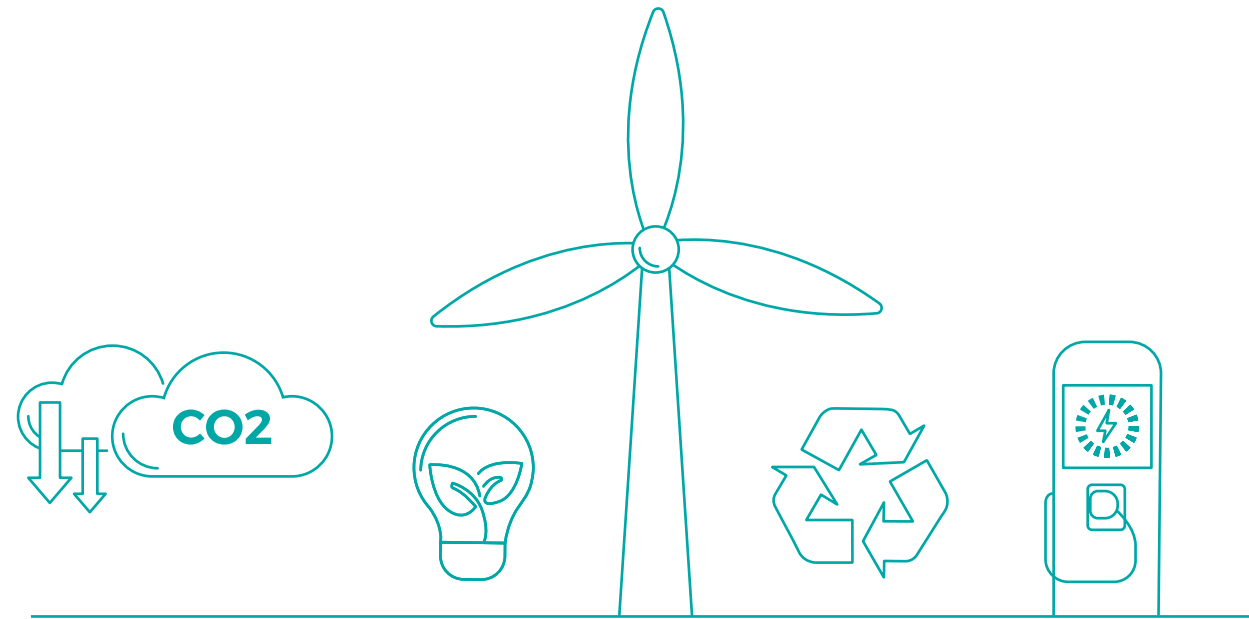
Samenwerking andere ziekenhuizen

Wat zijn dan die topklinische gebieden? Oncologische zorg bijvoorbeeld. Veel kennis en specifieke apparatuur voor onderzoek en behandeling naar de meeste vormen van kanker is in het MCL aanwezig. Dit betekent overigens niet dat alle kankerpatiënten voor hun behandeling naar Leeuwarden gaan. Integendeel, voor veel behandelingen kunnen patiënten prima in hun eigen ziekenhuis terecht. Is er een specifiek stuk onderzoek of behandeling nodig, dan kunnen ze voor dat deel van de behandeling naar Leeuwarden, waarna het vervolg weer in hun eigen ziekenhuis plaats kan vinden. "Wij zijn er niet op uit om alles naar Leeuwarden te halen. We willen geen concurrentie, maar juist een goede samenwerking met de andere ziekenhuizen, zodat we ieder kunnen doen waar we goed in zijn en elkaar kunnen aanvullen. Dat geldt ook voor het hartcentrum. Is er een specifieke behandeling nodig of een hartoperatie, dan kan de patiënt naar Leeuwarden. Voor het vervolg kan hij of zij dan weer terecht in het eigen ziekenhuis."

Schisiscentrum

Verder beschikt het MCL onder meer over een goed en tot ver buiten de provincie bekend staand Schisiscentrum, waarbij kinderen die worden geboren met een schisis ('hazenlip') worden geopereerd en behandeld. Het beschikt over een hoogwaardige IC en een hypermoderne spoedeisende hulp, waar ook de patiënten na reanimatie of slachtoffers van grotere ongelukken worden opgevangen en behandeld. "Wij zijn trots op de topklinische zorg die we kunnen leveren en alles wat daarbij hoort. Daarmee dragen we direct bij aan het op de been houden van specialistische zorg voor alle Friezen. Daar draait het uiteindelijk om." ■





De duurzame UITDAGING van het MCL

De klimaatcrisis, de uitputting van grondstoffen, de teruggang van de biodiversiteit op aarde. Reden genoeg om niet alleen over duurzaamheid te praten, maar er ook binnen je eigen werk mee aan de slag te gaan. Ook de zorgsector erkent dat. Voor de gezondheid van mensen is een schoon milieu een voorwaarde. Het wetenschappelijk tijdschrift 'The Lancet' heeft klimaatverandering tot de grootste bedreiging voor de volksgezondheid in de 21e eeuw uitgeroepen. De zorg moet en kán sneller verduurzamen.

tekst Frits Mostert illustratie Rianne Minnema

Maar de zorgsector heeft zelf ook een stevige ecologische voetafdruk en draagt dus direct of indirect bij aan gezondheidsschade. Van de CO₂-uitstoot in de wereld wordt 10 procent veroorzaakt door de gezondheidszorg. In Nederland is dat 7 procent van de totale landelijke uitstoot. Omayra Nooitgedagt is beleidsadviseur duurzaamheid bij het MCL. Het onderwerp ligt haar na aan het hart: "Aandacht voor een duurzame bedrijfsvoering ligt goed in lijn met de missie van de zorg. Gelukkig zien we bij onze artsen en andere medewerkers een groot draagvlak voor een duurzame bedrijfsvoering. Dat draagvlak groeit ook. In het MCL zijn verschillende 'green teams' geformeerd of in ontwikkeling, onder meer bij de IC, endoscopie, apotheek, en OK."

Belangrijke keuzes

Het MCL haalde al negen keer het Gouden Certificaat Milieuthermometer Zorg met Milieukeur, het hoogste milieukeur voor zorginstellingen. "Wij anticiperen op de toekomst", aldus Nooitgedagt. "Ons ziekenhuis geldt als voorloper en we willen onze gouden status uiteraard graag behouden. Maar dat gaat zeker niet vanzelf. Vooral de nieuwe CO₂-doelstellingen zijn een uitdaging. Ze sluiten aan bij het landelijk klimaatakkoord en de nieuwe en strengere energiewetgeving en zijn dus verplicht. We zijn en blijven een ambitieus ziekenhuis. Conform de vereiste wetgeving streeft het MCL er naar om na 2030 geen gebruik meer te maken van fossiele brandstoffen voor de primaire energieopwekking. In 2030 moet minimaal een CO₂-reductie van 50 procent worden behaald. Het einddoel is om in 2050 volledig fossielvrij te zijn. De komende tijd moeten we dus belangrijke keuzes maken. We verkeren momenteel in de plan- en ontwikkelfase. Daarin nemen we ook heel onze energievoorziening onder de loep. Stap voor stap willen we van het gas af." Nooitgedagt: "De afgelopen twee jaar hebben we stevig ingezet op het verder uitwerken van een integraal langetermijnhuisvestingsplan. We werken toe naar een compact ziekenhuis met aanzienlijk minder en beter gebruik van vierkante meters vloeroppervlak, met meer gebruik van duurzame technologieën, en aan een innovatieve, toekomstbestendige integratie van zorg, onderzoek en onderwijs."

Preventie van zorg

Nooitgedagt kijkt naar duurzaamheid in de volle breedte. En dat gaat veel verder dan alleen goede milieuzorg. "We staan als zorgsector voor grote veranderingen. Preventie van zorg wordt steeds belangrijker. De juiste zorg op de juiste plaats en duurzame inzetbaarheid van medewerkers zijn hard nodig. Daarom is het belangrijk te anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen zoals 'personalized health care' met als doel preventie, diagnostiek en behandeling op maat. Processen worden dan rond de patiënt georganiseerd en zijn makkelijk aan te passen aan veranderingen, waarin grondstoffen behouden blijven voor de toekomst." Nooitgedagt ziet ook een belangrijke rol voor het onderwijs. "Onderwijs en opleiden vormen één van de kerntaken van het

MCL. Ze vervullen een belangrijke rol in bewustwording en gedrag door kennisoverdracht, óók op het gebied van duurzaamheid. Het voorkomen van verspilling is daarbij een stelregel!"

Volwaardig onderdeel

Duurzame zorg? Dan moet je volgens Nooitgedagt ook denken aan de medewerkers. "Goede zorg valt of staat met goede bevlogen en productieve mensen op de juiste plek. Gezien de grote vraag naar personeel, de stijgende vraag naar zorg en daardoor ook de stijgende zorgkosten, is het

"We staan als zorgsector voor grote veranderingen. Preventie van zorg wordt steeds belangrijker"

belang duidelijk om meer en meer te werken aan het duurzaam inzetbaar houden van medewerkers. Duurzaamheid is een volwaardig onderdeel van het ondernemingsbeleid van het MCL", aldus Nooitgedagt. "Daarbij hanteren we als uitgangspunt dat in een duurzame wereld mens (people), milieu (planet) en economie (profit) met elkaar in evenwicht zijn, zodat we de aarde niet uitputten. In wezen komt dit goed overeen met de visie en kernwaarden van het MCL: Samen (people), aandacht (planet) en vernieuwen maar wel financieel gezond (profit). Deze begrippen zijn goed te vertalen naar de uitgangspunten van duurzaamheid. We staan voor een duurzame en toekomstbestendige gezondheidszorg." ■



Op welke gebieden werkt MCL aan duurzaamheid? Zie de infografiek op de pagina's 18 en 19. En kijk ook op: mcl.nl/duurzaam

Duurzaam MCL

Inzameling en recycling

Aparte inzameling van plastic ter recycling en hergebruik nu bij een paar afdelingen (Endoscopie, IC, Apotheek, Restaurant, Magazijn) en binnenkort OK en gefaseerd MCL-breed.

Aanbieden van afgekeurde operatie-instrumenten ter recycling, verder apart inzameling van ICD's / Pacemakers/ Catheter-tips. Deze instrumenten bevatten **schaarse grondstoffen** die prima geschikt zijn voor recycling.



100% inkoop van **groene stroom** tot het jaar 2024



Routekaart 'Energietransitie en Verduurzaming van het Vastgoed MCL' opgesteld met als doel een reductie van **50% CO2** uitstoot te realiseren in 2030.

Duurzaamheidsprogramma's

Verschillende duurzaamheidsprogramma's in samenwerking met koepelorganisaties en overheid: MCL heeft reeds in het jaar 2018 de Green deal 'Duurzame Zorg voor een Gezonde toekomst' ondertekend en zich daarmee verbonden aan een duurzame agenda en hierdoor ook zich gecommitted om een bijdrage te leveren aan een **verdere verduurzaming van de gezondheidszorg.**



Energietransitie



Circulaire bedrijfsvoering



Schoon water; medicijnresten uit afvalwater



Gezonde werk- en leefomgeving

LED-verlichting

Bredere toepassing van LED-verlichting zowel op het gebouw als op het terrein.



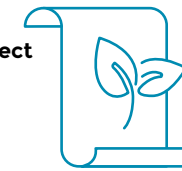
Duurzaam bouwen

Verankeren van het concept duurzaam bouwen in de nieuwbouwplannen MCL (conform hoge duurzaamheidsstandaarden BREEAM, WELL (een gezond gebouw, volgens Healing Environment uitgangspunten))



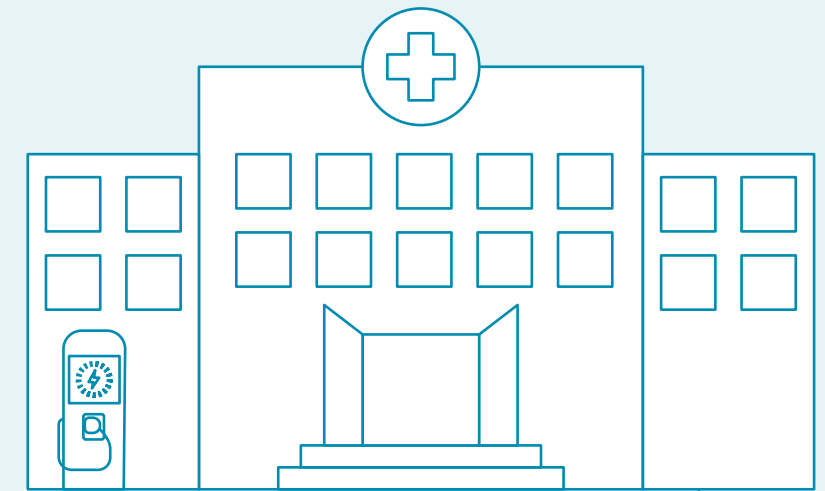
Proactief Duurzaam Inkoopbeleid

Proactief Duurzaam Inkoopbeleid met als doel een circulaire economie te bevorderen, door het aanschaffen van producten met **circulariteit als uitgangspunt**: energiezuinige apparatuur, afvalpreventie, hergebruik, minimalisatie van grondstoffen en verduurzaming van medische hulpmiddelen. **Duurzaamheid in elk inkooptraject mee laten wegen!**



Spillage geneesmiddelen

Diverse projecten t.a.v. **verminderen van spillage geneesmiddelen** (follow-up bevoorrading thuissituatie/ bij kortdurende opnames medicijnen van thuis door gebruiken/ andere vormen van distributie (gerobotiseerd uitzetten) t.b.v. hergebruik.



Laadpalen **elektrische** auto's

Afvalpreventieplan

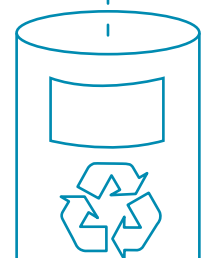
Verdere implementatie 'Afvalpreventieplan' (**5% reductie per jaar**, waar mogelijk meer inzet van reusables i.p.v. disposables) met als doel **50% minder afval** in het jaar 2030.

Circulair OK

Invulling geven aan het concept "Circulair OK" (onderzoek naar **recycling van afdek materiaal en inpakpapier CSA, plastic materiaal en folies van medische disposables**/ onderzoek naar het inzetten van duurzame (reusable) textiel in de volle

Duurzaam voedingsconcept

Implementatie van een nieuw voedingsconcept met focus op **herstel van de patiënt** en meer inzet van duurzame producten. Er is een optimalisatie traject ingezet om met name het **verminderen van voedselverspilling** van minimaal 2% per jaar te realiseren.



DE BESTE *borstkankerzorg*



De vier Friese ziekenhuizen werken intensief samen om alle borstkankerpatiënten uit onze provincie de best mogelijke zorg te garanderen. Dat doen ze in het Fries Borstzorg Netwerk. Twee specialisten van het MCL en één van het Antonius Ziekenhuis in Sneek vertellen hoe dat in de praktijk gaat.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer

De laatste decennia heeft de zorg voor borstkankerpatiënten een enorme vlucht genomen. Of het nu gaat om operatietechnieken, radiotherapie of behandeling met medicatie: er zijn steeds meer mogelijkheden. Niet alleen dat, ook de samenhang tussen de verschillende behandelopties is steeds belangrijker geworden. Als er chemotherapie nodig is, krijgen borstkankerpatiënten die tegenwoordig bijvoorbeeld vaak éérst, en worden ze daarna pas geopereerd, in plaats van andersom. Die aanpak vergroot de kans op operatief succes en zorgt er bovendien vaak voor dat er minder borstweefsel hoeft te worden verwijderd. "De behandeling van borstkanker is kortom steeds complexer geworden, en ook meer maatwerk", zegt Marthe Brinckman, oncologisch chirurg in het MCL. "Om Friese patiënten de best mogelijke zorg te geven, is het dus extra belangrijk dat we alle behandelingen zo goed mogelijk op elkaar afstemmen. En dat we als zorgprofessionals allemaal om de patiënt heen staan. Binnen het eigen ziekenhuis natuurlijk, maar ook als behandelaren toevallig in verschillende ziekenhuizen werken. Dat lukt alleen als je nauw samenwerkt."

Alle mogelijke behandelingen

De samenwerking op het terrein van borstkankerzorg is trouwens niet nieuw. "Die bestaat al meer dan twintig jaar", vertelt internist-oncoloog Hiltje de Graaf, gespecialiseerd in (onder andere) borstkanker. In 1997 trok het MCL haar aan om het huidige Oncologisch Centrum Leeuwarden op te zetten. "Sindsdien is er een nauw samenwerkingsverband tussen alle oncologen en andere betrokken specialisten. Dat wordt alleen maar hechter." Voor de duidelijkheid: bij de behandeling van álle vormen van kanker wordt in Friesland dus innig samengewerkt. Maar de borstkankerzorg loopt daarin misschien wel voorop. "Dat heeft mede te maken met het grote aantal patiënten dat jaarlijks borstkanker krijgt", verklaart Hiltje. "Eén op de zeven vrouwen wordt in haar leven met de ziekte geconfronteerd. In Friesland gaat het ieder jaar om 650 tot 700 gevallen. En dat aantal neemt, mede door de vergrijzing, alleen maar toe. Al met al behandelen we in onze provincie jaarlijks méér borstkankerpatiënten dan in het gespecialiseerde kankerziekenhuis Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam."

“Iedereen denkt vanuit zijn eigen deskundigheid mee, zodat we gezamenlijk de best passende behandeling voor een patiënt kunnen bepalen”

Niet onbelangrijk: patiënten kunnen in Friesland voor alle mogelijke behandelingen terecht, inclusief bijvoorbeeld immunotherapie en borstreconstructies. Daarmee bieden de Friese ziekenhuizen dus ook alle Friese borstkankerpatiënten, van jong tot oud, passende zorg.

Fries Borstzorg Netwerk

De lijntjes tussen de ziekenhuizen in Leeuwarden, Sneek, Drachten en Heerenveen waren kortom al sterk. In 2020 heeft die samenwerking op het terrein van borstkanker nog een extra impuls gekregen, met de oprichting van het Fries Borstzorg Netwerk, onderdeel van het Oncologisch Netwerk Friesland (zie kader). "We bespraken al onze borstkankerpatiënten al gezamenlijk in een multidisciplinair overleg", vertelt chirurg Joke-Afke van der Zee van het Antonius Ziekenhuis in Sneek, tevens

voorzitter van het netwerk. "Dat doen we nu nog vaker. In zo'n MDO-overleg zitten behalve chirurgen en oncologen ook andere betrokken specialisten, zoals radiologen, radiotherapeuten, nucleair geneeskundigen en plastisch chirurgen. Iedereen denkt vanuit zijn eigen deskundigheid mee, zodat we gezamenlijk de best passende behandeling voor een patiënt kunnen bepalen. Daarnaast wisselen we ook veel kennis uit met onze eigen vakcollega's. Alle Friese mammachirurgen zijn in 2015 gefuseerd, dus feitelijk vormen we samen één team. Veel van de Friese chirurgen opereren ook op meerdere locaties." Ook Marthe, onderdeel van datzelfde chirurgische team, ziet in de praktijk alleen maar voordelen. "De grootse winst is misschien wel dat we de Friese borstkankerzorg op deze manier zoveel mogelijk gelijk trekken. We hebben in het MCL bijvoorbeeld net een pilot afgerond om patiënten die mogelijk borstkanker hebben binnen één dag de uitslag van weefselonderzoek te geven. Die pilot was een groot succes. Vandaar dat we deze werkwijze nu ook in de andere Friese ziekenhuizen invoeren."

Achter de schermen

Met de komst van het Fries Borstzorg Netwerk zijn dus allerlei processen achter de schermen verder verbeterd. Bijvoorbeeld in de vormgeving van gezamenlijk overleg en de uniforme registratie en uitwisseling van patiëntgegevens. Verder is er twee keer per jaar een bijeenkomst voor alle betrokken professionals met wetenschappelijke presentaties, zodat iedereen altijd op de hoogte is van de nieuwste inzichten en innovaties. En een speciale kwaliteitscommissie zet de resultaten van de borstkankerzorg in de Friese ziekenhuizen op een rij en vergelijkt deze met elkaar en met landelijke gegevens. "Daar leren we van", aldus Joke-Afke. "Het helpt ons de zorg doorlopend te verbeteren. Patiënten merken vermoedelijk meestal niet direct iets van al dit soort initiatieven, maar ze plukken er wel de vruchten van."



Oncologisch Netwerk Friesland (ONF)

In 2018 hebben alle Friese ziekenhuizen, Pathologie Friesland en het Radiotherapeutisch Instituut Friesland (RIF) samen het Oncologisch Netwerk Friesland opgericht. Het doel: ervoor zorgen dat kankerzorg voor alle Friezen beschikbaar blijft, nu en in de toekomst, en op het hoogst mogelijke niveau. Het uitgangspunt daarbij is: de best passende behandeling voor de patiënt, dichtbij huis als het kan, of wat verder weg als het moet. Het Fries Borstzorg Netwerk maakt onderdeel uit van het ONF.



Meer informatie:
oncologischnetwerkfriesland.nl

Onderzoek

Over innovaties gesproken: de oprichting van het Fries Borstzorg Netwerk heeft er mede voor gezorgd dat er nóg meer Friese borstkankerpatiënten aan wetenschappelijke onderzoeken kunnen meedoen. Denk aan trials over nieuwe medicatie, innovatieve operatietechnieken, anders of preciezer bestralen of het wel of niet behandelen van een voorstadium van borstkanker. "Het aantal Friese deelnemers aan dit soort onderzoeken is de afgelopen jaren flink tegenomen", bevestigt Hiltje. "Dat is voor patiënten echt een grote winst. Als zorgprofessionals bespreken we alle relevante trials twee keer per jaar op onze wetenschappelijke bijeenkomsten. Daarnaast maken we elkaar er, ook tussen verschillende ziekenhuizen, op attent. Dat werkt."

Groot hart

Van concurrentie is volgens de drie specialisten absoluut geen sprake. "We hebben allemaal een groot hart voor de borstkankerzorg", benadrukt Joke-Afke. "Iedereen is heel betrokken. En we hebben allemaal hetzelfde doel: onze patiënten zo goed mogelijk helpen." Elk op hun eigen manier geeft ze dat veel voldoening. "Ik vind het ontzettend mooi en inspirerend om te zien hoe sterk vrouwen zijn", besluit Marthe. "Onze patiënten zijn vaak vitale moeders, partners en werknemers, die plotseling uit hun dagelijkse leven worden gerukt. Zo bijzonder om te zien hoe ze daar op positieve manier mee omgaan. Als ik daar bij stilsta, krijg ik soms gewoon kippenvel. Het is fantastisch om ze in zo'n moeilijke tijd te kunnen helpen." ■

Digitaal onderwijs in een snel veranderende zorgwereld

Theorie en praktijk meer samenbrengen: het kan met digitaal onderwijs. Via onze digitale leeromgeving MILO – MCL Interactieve Leer Omgeving – bieden we Flash Onderwijs aan. Aan de hand van korte praktische video's leren artsen en verpleegkundigen hoe ze bepaalde handelingen moeten verrichten. In het vervolg is het mogelijk om de filmpjes ter naslag te raadplegen, bijvoorbeeld bij handelingen die niet vaak voorkomen. "Het is een goede aanvulling op de theorie", meent Richard Kop – verpleegkundige in opleiding tot specialist kindergeneeskunde.

tekst Tim de Jong fotografie Menno de Boer

Video als leermiddel

Een beeld zegt meer dan 1000 woorden, maar tekst en beeld vullen elkaar wel goed aan. Waar Richard voorheen voornamelijk geschreven literatuur gebruikte, maakt hij nu veel gebruik van online literatuur en Flash Onderwijs. "In twintig jaar tijd is veel veranderd en er komt steeds meer theorie bij. Het is daarom fijn dat deze Flash video's er zijn. Dit is het nieuwe leren. De korte video's werken ondersteunend bij het verrichten van verpleegtechnische en/of voorbehouden handelingen. Veel handelingen moet je vaak toch echt even een paar keer zien." Het

gebruik van Flash nam in coronatijd een vogelvlucht. "Er vonden geen praktijklessen plaats, maar door de video's kon ik toch zien hoe ik bepaalde handelingen of onderzoeken moet verrichten. Zo kon ik door blijven gaan met studeren."

Kort en krachtig

"De meeste video's zijn rond de vijf minuten, waardoor ik de aandacht er goed bij kan houden. De video's maken de handelingen beeldend en vullen de theorie goed aan. Het is overigens geen vervanging van de theorie, want je hebt wel theoretisch kader nodig om te snappen waar de video over gaat."

RICHARD is 39 JAAR en werkt sinds 2002 in ons ziekenhuis. Destijds begon hij als **LEERLING-VERPLEEGKUNDIGE** en sinds 2011 werkt hij op de **KINDERAFDELING**. Na twintig jaar praktijkervaring opgedaan te hebben, besloot hij om zijn **KENNIS** te **VERBREDEN**. Vorig jaar september startte hij daarom met de twee jaar durende **OPLEIDING** tot **VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST** op de **KINDERGENEESKUNDE** met als aandachtsgebied **KINDERONCOLOGIE**.

"In twintig jaar tijd is veel veranderd en er komt steeds meer theorie bij. Het is daarom fijn dat deze Flash video's er zijn. Dit is het nieuwe leren."

Overal toegankelijk

Het makkelijke is dat deze filmpjes vanaf iedere plek met internet te raadplegen zijn. "Een boek heb ik niet altijd bij me, mijn smartphone wel. Het is een snelle en toegankelijke manier om te studeren op een moment en plaats waar het mij het beste uitkomt. Ik kan deze manier van leren daarom niet meer wegdenken."

Port-A-Cath (PAC) aanprikken

Een van de video's van Flash Onderwijs die vanuit het MCL is gemaakt, gaat over het aanprikken van een PAC: een klein onderhuids kastje met een zelfsluitend membraan. Via het membraan kunnen vloeistof, medicijnen of chemotherapie in de bloedbaan worden gebracht. Het voordeel hiervan is dat de verpleegkundige niet iedere keer in het bloedvat hoeft te prikken. Een stuk prettiger voor de patiënt. In totaal zijn er zo'n 160 Flash video's via MILO te bekijken, waarbij de verpleegkundigen zelf de regie hebben om de eigen kennis te verbreden. Want in een wereld waarin de zorgvraag, het aanbod en daarmee de zorgwereld steeds veranderen, is blijven leren van vitaal belang. ■

WERKEN MIET DE DOOD

ALS TEAM WERKEN ZE VOORAL IN STILTE, EEN BEETJE WEGGESTOPT IN HET ZIEKENHUIS. BIJ DE INGANG EEN SUMMIER BORDJE MET 'DIENST'. TOCH GEBEURT HIER IN HET MORTUARIUM VAN HET MCL HEEL BELANGRIJK WERK. HIER WORDEN OVERLEDENEN NA EEN DODELIJK ONGEVAL OF OVERLIJDEN NA EEN SLOPENDE ZIEKTE WEER ZO MOOI MOGELIJK GEMAAKT VOOR DE FAMILIE, ZODAT ZE OP EEN PASSENDE EN GOEDE MANIER AFSCHEID KUNNEN NEMEN VAN HUN DIERBARE. "HET IS ZO MOOI DAT JE ECHT IETS KUNT BETEKENEN VOOR MENSEN IN DE MOEILIKSTE PERIODE VAN HUN LEVEN."

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

Ellis Volwater en Patricia Visser werken samen met nog zes collega's in het mortuarium. In het gedeelte waar familie wordt opgevangen, is er een centrale warm aangeklede ontvangstruimte waar familie kan verzamelen en verdriet delen of even op adem kan komen. Verder verschillende kamers waar een overledene kan worden opgebaard. Een kinderkamer, maar ook een ruimte waar families met een moslimachtergrond een rituele bewassing kunnen uitvoeren. Zo kunnen ze, op eigen religieuze wijze, afscheid nemen van hun overleden familielid. Dit zijn de enige ruimtes toegankelijk voor familie. Daarachter de werkruimtes die meer doen denken aan wat je soms ziet in een thrillerserie. Maar het werk dat hier gebeurt, doet zeker niet aan deze series denken, verzekeren Ellis en Patricia. Overledenen worden hier binnengebracht nadat ze in het ziekenhuis zijn overleden, maar ook komen er overledenen van buiten het ziekenhuis. Deze overledenen worden binnengebracht voor een donatieprocedure of een obductie. Witte tegeltjes, scherp licht en in de wand grote koellades met deurtjes waarachter lichamen bewaard kunnen worden. Verder materiaal om de beschadigde lichamen zo goed mogelijk te herstellen. Hechtmateriaal, sproeijs, maar ook shampoos en oogkapjes. Aan het plafond een tillift, want er komen ook heel zware lichamen binnen.



“DIT WERK DOE JE MET EEN BEPAALD GEVOEL, NIET IEDEREEN KAN EN WIL DIT WERK DOEN.”

Verzorging

Vandaag ligt er een oudere vrouw op een baar. Ellis bekijkt haar eens goed. De vrouw ziet er relatief goed uit. Ellis pakt een borstel en begint liefdevol het haar te borstelen. Daarna verzorgt ze de nagels en stopt ze oogkapjes onder de oogleden, zodat 'de bolling' mooi blijft. Deze mevrouw gaat netjes en schoon naar huis, zoals ze er normaal ook uit zou willen zien. Familie is vaak dankbaar dat er zo goed voor hun overledenen wordt gezorgd. Mensen – ook veel collega's in het ziekenhuis - hebben volgens Patricia vaak geen idee wat ze doen in het mortuarium en hoe belangrijk dat werk is. Sommigen vinden het een wat enge plek. “Maar dat is het niet en we doen heel mooi, bijzonder en belangrijk werk.” Beiden houden ze van hun werk. Ellis doet het al elf jaar. Ze begon als helpende in de ouderenzorg maar vond dat al snel een sleur, vaak dezelfde mensen met dezelfde problemen. Dat was reden voor haar om te solliciteren bij het mortuarium. “Hier is geen dag hetzelfde. Soms heb je geen overlijden en is het heel rustig, de volgende dag zijn het er meerdere of heb je een obductie en is het hartstikke druk. Die spanning en afwisseling maakt het aantrekkelijk.” Bij een obductie wordt een overledene helemaal onderzocht om de exacte doodsoorzaak te achterhalen. Aan de medewerkers van het mortuarium de taak om ervoor te zorgen dat na afloop de overledene weer zo mooi mogelijk wordt gemaakt. “Een hele klus”, verzekeren beiden, “maar we kunnen gelukkig veel. Dus als we klaar zijn, kan familie op een goede manier afscheid nemen.”

Een droom

Patricia werkt ook bij de ziekenhuisapotheek, maar heeft altijd 'iets' met overleden mensen willen doen. Toen er een plekje vrijkwam voor een parttime functie heeft ze direct gesolliciteerd. “Sommige mensen snappen het niet, vinden het misschien gek, maar voor mij kwam een droom uit. Dit werk doe je met een bepaald gevoel, niet iedereen kan en wil dit werk doen.” Dat ze graag met dode lichamen werken, betekent niet dat het altijd makkelijk is. Sommige situaties

komen gewoon keihard binnen. “Je wordt zeker niet gevoelloos van dit werk. Integendeel.” Op die momenten hebben ze elkaar, kunnen ze collega's bellen die precies weten wat ze meemaken. Dat helpt.

Body Bags

Moeilijk en zwaar was het begin van de coronapandemie. Ellis weet nog dat de eerste aan corona overleden patiënt werd binnengebracht. De regels waren heel streng. Familie werd weggehouden en de overledene ging in een zwarte body bag die direct werd dichtgeritst. Afscheid nemen was er niet bij uit angst voor verdere besmetting. “Het was alsof we in een heel slechte film waren beland. Tegen een kind dat afscheid wilde nemen van haar vader moest ik 'nee' zeggen. Verschrikkelijk vond ik dat. Daar kon ik wel om janken.” Een goede samenwerking met de verschillende ziekenhuisafdelingen is voor het werk in het mortuarium van grote waarde. Zo geeft Patricia aan dat het van belang is dat een overledene zo snel mogelijk naar het mortuarium wordt overgebracht waar het lichaam kan worden gekoeld. “De kamers in de kliniek zijn warm. Ligt iemand daar langere tijd, dan gaat het lichaam snel achteruit en wordt het voor ons veel moeilijker om iemand nog mooi en toonbaar te maken.



Soms zijn we dan gedwongen om de kist te sluiten.” “Wij snappen het wel. Op de afdeling denken ze aan de familie en willen ze die de tijd bieden afscheid te nemen. Wij denken aan het welzijn van de overledene, waardoor de tijd om afscheid te nemen juist langer wordt.” Het klinkt misschien gek, vult Ellis aan, “maar wij hebben een overledene liefst zo hard en koud mogelijk. Dan kunnen we ons werk het beste doen en het meeste betekenen voor familie.”

Een briefje op het laken

Ook hebben ze medewerkers van de spoedeisende hulp en de IC (afdelingen waar relatief veel mensen overlijden) gevraagd op het laken, waaronder een overledene ligt, een briefje te leggen met een waarschuwing. “Dan kunnen wij ons ook voorbereiden op wat ons te wachten staat. We werken dan wel in het mortuarium, maar schrikken ook als we het laken opzij trekken en een slachtoffer van een ongeluk, die onder het bloed zit, of iemand die nog vol slangen en tubes zit, aantreffen.” Veel ziekenhuizen hebben het mortuarium uitbesteed aan commerciële organisaties. Het MCL heeft ervoor gekozen dat niet te doen. De medewerkers zijn hier heel blij mee. Ze kunnen hun werk blijven doen en het goede persoonlijke contact met familie, pathologen en uitvaartmedewerkers blijft.



Persoonlijk contact

“Je moet er niet aan denken dat dit was uitbesteed. Dan duurt alles langer, wordt het minder persoonlijk en kun je voor familie niet betekenen wat we nu wel kunnen. Afscheid nemen wordt dan moeilijker. Het persoonlijke contact wat we hebben met familie wordt zeer gewaardeerd. Als iemand overlijdt, stopt misschien de zorgverzekering. Maar ook dit stukje zorg draagt, hoe verdrietig ook, zeker bij aan de kwaliteit van leven van de nabestaanden. Daar doen we het voor.” ■

“ALS WE KLAAR ZIJN, KAN FAMILIE OP EEN GOEDE MANIER AFSCHEID NEMEN.”

DIGIPLLEIN

helpt patiënten bij digitale zorg

“Ik ben mijn wachtwoord vergeten!”; “Hoe kan ik een bericht sturen naar mijn arts?”; “Ik krijg zoveel berichten, kan dat ook stoppen?”; “Mail van Indiveo, is dat wel afkomstig van MCL?”; “Hoe krijg ik de app van mijnMCL op mijn telefoon?”; “Waarom zou ik mijnMCL gaan gebruiken?”... Met dit soort vragen kunnen patiënten vanaf half juni terecht bij het Digiplein, in de winkelstraat van het MCL.

tekst Inge Schippers fotografie Menno de Boer

Twee vaste medewerkers en een vrijwilliger staan vijf dagen per week, tussen 9.00 en 17.00 uur klaar om vragen te beantwoorden en om uitleg te geven. Het MCL bood al vanaf de start van mijnMCL in 2016 hulp via mail en telefoon, maar nu kunnen patiënten ook op een fysieke plek in het ziekenhuis terecht met alle vragen en problemen die te maken hebben met digitale zorg. Het MCL gaat de komende jaren vol inzetten op de mogelijkheden van digitale zorg, zoals mijnMCL, Indiveo (digitale voorlichting), zelfmetingen, persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO). Dit moet zorgen voor meer eigen regie van patiënten en efficiëntere, duurzame en goedkopere zorg. Het betekent onder andere dat zorg op afstand geboden kan worden (videoconsulten, e-mailconsulten), dat patiënten 24/7 inzage hebben in hun eigen gegevens, dat afspraken thuis voorbereid kunnen worden, geen papieren informatiefolders, minder brieven via de post verstuurd hoeven te worden etc.

Veel van onze patiënten maken al gebruik van bovenstaande mogelijkheden. Zelf of met hulp van naasten. Het gebruik van mijnMCL neemt nog steeds elke maand toe. Op dit moment hebben we bijna 100.000 gebruikers en zo'n 60% van patiënten die een bezoek brengen aan het MCL heeft een mijnMCL account. We zien dat er steeds meer vragenlijsten ingevuld worden en ook het aantal berichten van en naar zorgverleners neemt toe. Er is echter ook een flinke groep die moeite heeft met het gebruik van computers of mobiele telefoon en die het lastig vindt om om te gaan met online middelen. Het aanmaken van een account, het inloggen met een extra beveiligingscode via sms, dat is voor een flinke groep best lastig. Ook zijn er mensen die het niet durven te proberen of die het voordeel van bijvoorbeeld mijnMCL niet inzien. Het Digiplein is er om deze mensen op weg te helpen, vragen te beantwoorden en om ze de voordelen van digitale zorg te tonen. De zestien medewerkers die normaal de telefonische helpdesk

bemensen, zullen straks beurtelings een dagdeel bij het Digiplein aanwezig zijn. Helpdeskmedewerker Berry Kooistra: “We beantwoorden al jaren via telefoon en mail vragen van patiënten. Dit werkt voor veel patiënten prima. Maar er zijn ook patiënten die extra uitleg nodig hebben of waarbij het handig is als we de hem of haar even persoonlijk zien en spreken. Met het Digiplein kunnen we deze groep patiënten nu ook bedienen.” Bezoekers van het Digiplein worden ontvangen door een gastvrouw/-heer van de UVV (Unie van Vrijwilligers). Zij zijn het eerste aanspreekpunt en kunnen veel vragen zelf al beantwoorden. Vrijwilliger Jo Kloppenburg: “Ik ben zelf een zeer tevreden gebruiker van mijnMCL, en wil andere patiënten graag over de drempel helpen zodat zij ook de voordelen kunnen ervaren. Door te laten zien hoe mijnMCL werkt en wat het kan, hopen we zo de twijfelaars over de streep te krijgen!” ■

Contactgegevens Digiplein

Locatie

Winkelstraat MCL (tegenover route 27, afnamelaboratorium)

Openingstijden

maandag t/m vrijdag 9.00 – 17.00 uur

Telefoonnummer

058 – 286 66 66 (vraag naar digiplein)

Mailadres

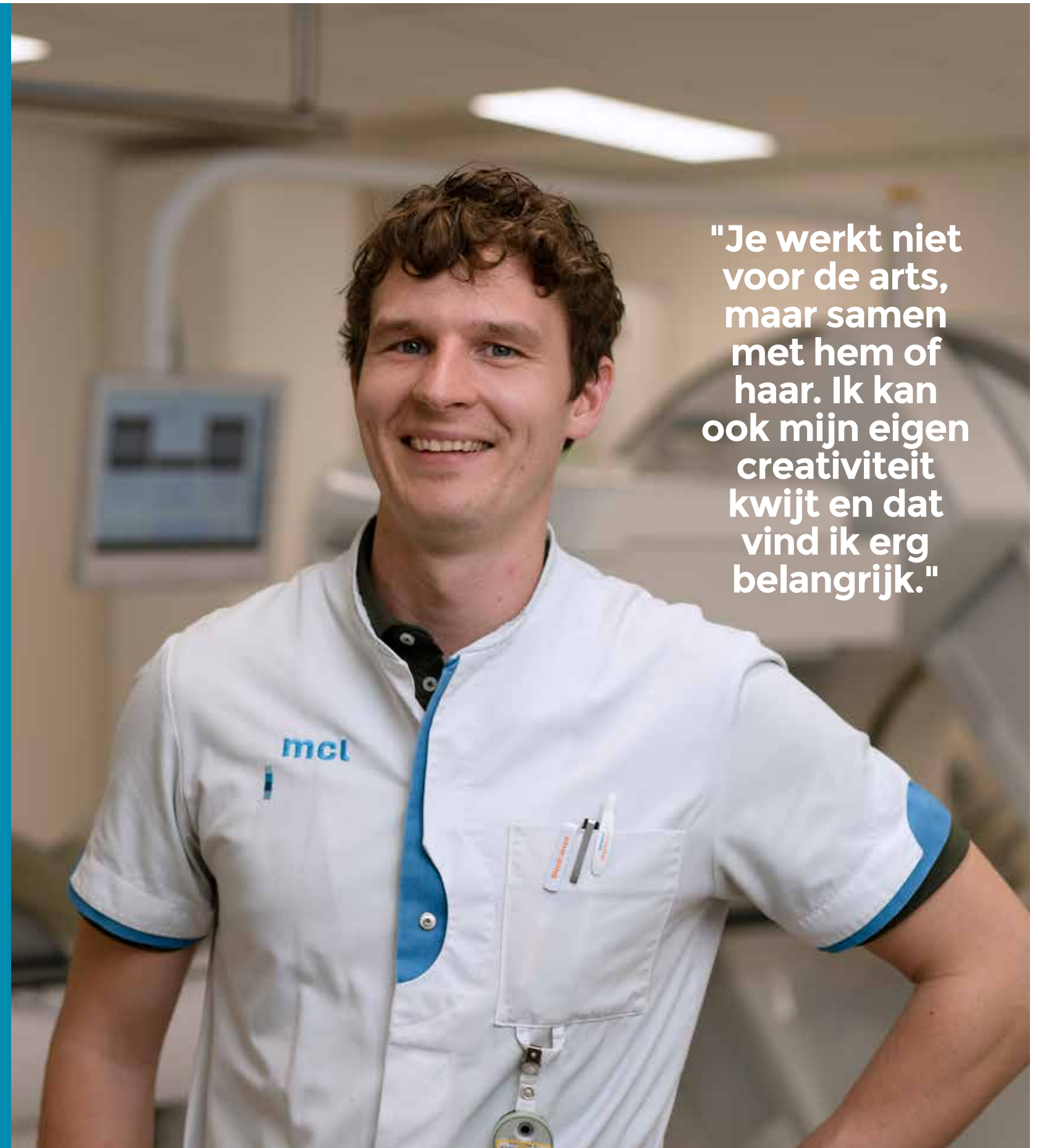
digiplein@mcl.nl



ZORG MET EEN VLEUGJE TECHNIEK

BARTELE KOOISTRA IS 29 JAAR EN SINDS ZEVEN JAAR WERKZAAM ALS **MEDISCH NUCLEAIR WERKER** OP DE AFDELING NUCLEAIRE GENEESKUNDE. DE ZORG TROK BARTELE ALTIJD AL AAN, MAAR HET LIEFST WEL GECOMBINEERD MET TECHNIEK. DE OPLEIDING MEDISCHE BEELDVORMING EN RADIOTHERAPEUTISCHE TECHNIEKEN (MBTR) WAS HET ANTWOORD. MAAR WAT DOET BARTELE PRECIËS? HOE ZIEN ZIJN WERKDAGEN ERUIT? EN HET BELANGRIJKSTE: WAT MAAKT ZIJN WERK ZO LEUK?

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Jeroen Adema



"Je werkt niet voor de arts, maar samen met hem of haar. Ik kan ook mijn eigen creativiteit kwijt en dat vind ik erg belangrijk."

Bartele: "Iets met zorg en iets met techniek, dat was wat ik altijd al wilde combineren. Toen ik begon aan de opleiding (Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken) in Groningen wist ik eerst ook niet precies wat de opleiding inhield. De drie vakken: radiotherapie, radiodiagnostiek en nucleaire geneeskunde spraken mij direct aan." Gedurende zijn studie liep Bartele stage in het MCL op de afdeling nucleaire geneeskunde. Alles viel hier voor hem op zijn plek. Bartele: "Hier is voor mij de uitdaging die ik zoek. Daarnaast heb ik meer tijd voor patiënten en is er ruimte om zelf iets in te brengen. Je werkt niet voor de arts, maar samen met hem of haar. Ik kan ook mijn eigen creativiteit kwijt en dat vind ik erg belangrijk."

Stoffen bereiden

Vaakstart Bartele om 07.00 uur zijn werkdag bij de bereidingen. De nucleaire afdeling beschikt namelijk over een eigen laboratorium waar veel eigen stoffen gereed gemaakt worden. Deze stoffen worden later bij patiënten ingespoten. Door de straling die de radioactieve stof uitzendt vanuit de lichaamsdelen of het orgaan waarin de stof is opgenomen worden de orgaanfuncties geregistreerd door een gammacamera of een PET-scan. Zo kan Bartele onder andere in het laboratorium radioactief technetium koppelen aan eiwitten die naar de hartspier toegaan. Bartele: "Op die manier kunnen we de doorbloeding van de hartspier bekijken om hartinfarcten en andere afwijkingen op te sporen. Zo spuiten we deze stof soms in als een patiënt in rust is. Maar soms ook bij inspanning. We maken dan scans om te beoordelen welke organen niet goed werken. Ons lichaam herkent de stoffen en brengt ze op plaats van bestemming. Op deze manier kunnen wij goed orgaanfuncties in kaart brengen en pathologieën opsporen en beoordelen."

Aan de slag

Na het bereiden van de stoffen in het laboratorium worden om 09.00 uur binnen het team de werkplekken toebedeeld. Zo kan het voorkomen dat je een hele dag bij de camera's staat, dat je alle patiënten gaat injecteren, je onderdeel bent van het PET-team of aan de slag gaat met de botdichtheidsmeter. Bartele: "Ik vind het erg prettig dat we in ons werk net wat extra tijd hebben voor de patiënt. De patiënt blijft een bepaalde periode radioactief, dus die tijd heb je om je onderzoek uit te voeren. Een foto meer of minder maakt qua straling niet uit voor de patiënt. Het fijne aan het uitvoeren van het onderzoek is dat we in kunnen spelen op onze eigen bevindingen. Hierover heb je veel vrijheid en wordt er vertrouwd op jouw expertise." Bartele wilde altijd al de zorg

in, maar wel gecombineerd met techniek. Zijn functie medisch nucleair werker sluit hier perfect bij aan. Bartele: "Het meest waardevolle aan mijn werk vind ik dat geen dag gelijk is. Elke dag ontmoet je nieuwe patiënten met nieuwe verhalen. Dat blijft mij motiveren. Soms heb je een dag waarop je veel meemaakt, maar je weet altijd waar je het voor doet: de patiënt helpen."

Therapie

Naast het bereiden van stoffen, scannen met de gammascan/PET-scan en het gebruiken van de botdichtheidsmeter wordt er op de afdeling Nucleaire geneeskunde ook radionuclide therapie aangeboden. Bartele: "Deze therapieën zijn bijvoorbeeld voor patiënten die uitgezaaide prostaatkanker of een schildklier aandoening hebben. Je dient dan wederom een radioactieve stof toe, alleen bevat deze stof Alfa- of Betastraling. Dit betekent dat er cellen kapot gemaakt worden. Bij bepaalde schildklier-aandoeningen kunnen wij de schildklier remmen met radioactief Jodium."

Doorontwikkelen

Nauw samenwerken, laagdrempelige sfeer en veel met elkaar overleggen. Dat zijn de kenmerken van het team nucleaire geneeskunde. Bartele: "De artsen geven je ook de vrijheid om jouw expertise toe te passen. Het enige dat vast staat is dat je een uitgangprotocol hebt. Hoe je dat het beste aanpast aan de situatie van de patiënt, is aan jezelf." Binnen het team dat bestaat uit ongeveer 25 medewerkers vindt veel vernieuwing plaats. Zo is er ook volop ruimte voor doorontwikkeling. Bartele: "Zo kun je key-user worden van de gammacamera's. Je krijgt dan trainingen over de camera's en bent degene die de camera's instelt. Maar je kunt je ook buigen over de verantwoordelijkheden voor de systemen van verslaglegging van de artsen. Daarnaast hebben we ook een eigen lab. Kortom: er is volop ruimte om jezelf door te ontwikkelen." Maar naast hard werken is er binnen het team ook veel ruimte voor het doen van leuke uitjes. Bartele: "Zo zijn we samen naar de Walibi Fright Nights geweest en doen we geregeld uitjes, zoals een escape room of een kookworkshop."

"De artsen geven je ook de vrijheid om jouw expertise toe te passen."



Empathie

Werken op afdeling nucleaire geneeskunde betekent dat ongeveer 75% van je patiënten in een oncologisch behandeltraject zitten. Het hebben van empathie is dan ook een must. Bartele: "Deze patiënten zitten vaak in het begin van hun traject. Je treft de ontlading en dat vergt een stukje begeleiding. We hebben dan ook de tijd om deze patiënten er door heen te praten. Daarnaast is het erg belangrijk dat je affiniteit hebt met technologie. Radioactiviteit is een heel natuurkundig proces. Het is belangrijk dat je weet met welke stoffen je werkt en of je afstand moet nemen. Alle patiënten waarmee je werkt zijn namelijk radioactief. Het is dan ook belangrijk dat je je goed bewust bent van al jouw handelingen. Daarnaast zijn de patiënten maar een bepaalde periode radioactief. Goed kunnen plannen is dan ook erg belangrijk."

Goede keuze

Bartele werkt nu al zeven jaar als medisch nucleair werker in het MCL en is nog altijd blij met zijn keuze. Bartele: "De manier van werken en communiceren in het MCL spreekt mij erg aan. Universitaire ziekenhuizen werden mij al snel te groot. Ik vind het fijn dat mijn inbreng ook echt telt. Als ik een suggestie heb over hoe iets anders kan, dan is er de ruimte om zaken uit te zoeken. Je leert daardoor meer. Daarnaast zijn er volop taken waarmee je rechtsreeks impact hebt op de protocollen waarmee je de patiëntenzorg verbetert. Hoe mooi is dat?" ■

Kom ook werken bij #teamMCL

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



Wil je alvast even digitaal sfeerproeven? Bekijk dan het filmpje van Bartele.
www.mcl.nl/medischnucleairwerker

Bekijk onze vacatures op www.mcl.nl/vacatures

"SOMS KOMT ALLE ELLEENDE SAMEN IN EEN WOND"

ALS JE GEZOND BENT EN JE LOOPT EEN WOND OP, DAN IS DIE DOORGAANS BINNEN DRIE WEKEN GENEZEN. ALS HET VEEL LANGER DUURT, DAN IS ER IETS AAN DE HAND. DE EXPERTISE VAN HET WONDEXPERTISECENTRUM (WEC) IN HET MCL ONDERZOEKT, STELT EEN DIAGNOSE, BEHANDELT EN VOORKOMT ERGER. EN BESPAART GAANDEWEG OOK NOG EENS VEEL GELD. HIERDOOR KAN ER PASSENDE ZORG WORDEN INGEZET, WAT TOT REDUCTIE VAN DE ZORGCOSTEN LEIDT.

tekst Frits Mostert fotografie Menno de Boer



"EEN WOND IS EEN SYMPTOOM. ER IS EEN ONDERLIGGEND LIJDEN WAARDOOR DE WOND NIET GENEEST."

Het Wondexpertisecentrum bestaat uit een vaatchirurg, vier wondconsulenten, vijf wondverpleegkundigen en dokters-assistenten. Een wondconsulent en wondverpleegkundige zijn verpleegkundigen met post-HBO-opleiding. In het MCL werken de wondconsulenten voornamelijk in de kliniek en de wondverpleegkundigen in de polikliniek. De vaatchirurg zorgt voor de diagnostiek en de therapie; verpleegkundigen voeren de regie in de keten: denk hierbij aan het bepalen van het wondbeleid, behandelen van de wond, het uitvoeren van scherp debrideren (schoonmaken van de wond), vangnet voor vragen vanuit de eerstelijnszorg. Patiënten kunnen vanuit de eerste en tweede lijn naar het WEC verwezen worden (via de huisarts of een specialist in het ziekenhuis). Het doel van elke behandeling is een verbetering van de klachten en indien mogelijk een snelle wondgenezing, waarbij kwaliteit van leven voorop staat. De patiënt staat in de behandeling altijd centraal. Het wondbehandelplan wordt opgesteld in overleg met de patiënt en aangepast aan de patiënt. Want elke patiënt is uniek en elke wond is uniek. Kortom: het WEC ziet de patiënt als een geheel!

Alles moet kloppen

Vaatchirurg Ties van Andringa de Kempnaer: "Een wond is een symptoom. Er is een onderliggend lijden waardoor de wond niet geneest. Soms komt alle ellende samen in een wond. Als je een wond wilt laten genezen moet alles kloppen." Factoren die wondgenezing kunnen beïnvloeden zijn onder meer zuurstofvoorziening, infectie, voedingstoestand, en dan met name of je genoeg eiwitten hebt om weefsel op te bouwen. En nog vele andere zaken zoals medicijngebruik. Eén ding moet duidelijk zijn,

vindt het WEC: ze zijn er voor de complexe wonden waarvoor een pleister of verband niet meer helpt. Per jaar komen ongeveer 700 nieuwe patiënten naar het WEC met een wond die niet dicht wil. Patiënten van het WEC zijn er in alle leeftijdscategorieën, maar 65-plussers zijn oververtegenwoordigd. Het WEC werkt samen met veel andere disciplines in het MCL: orthopeden, plastisch chirurgen, chirurgen, gipsverbandmeesters, internisten, dermatologen, revalidatieartsen, daarnaast de geriater en vele anderen. Van Andringa: "Je hebt het over slagaderlijke problematiek, of aderen, zoals spataderen." Wie denkt dat spataderen ontsierend of hooguit lastig zijn heeft absoluut geen gelijk: vaak is een 'open been' ooit begonnen als spataderprobleem. Het WEC behandelt daarnaast de 'diabetische voet', postoperatieve wondinfecties, decubitus- ('doorlig'-)wonden, traumawonden (ontstaan door een ongeval), brandwonden, oncologische wonden en wonden door bestraling. Een wond die niet dicht wil kan vérgaande consequenties hebben. Wondconsulent Janet Rijploeg: "Als er een ontsteking bij komt kan dat leiden tot amputatie van ledematen of delen daarvan."

Gipsverband

Onderdeel van het WEC is ook de gipskamer. Sommige wonden worden met een gipsverband behandeld. Bijvoorbeeld bij de diabetische voet, maar denk ook aan het kind dat achterop de fiets met z'n voet tussen de spaken is gekomen. Dat levert een pijnlijke wond op, en vaak ook een botbreuk. Met de voet in het gips wordt de genezing bevorderd; door het gips neemt de beweeglijkheid en daarmee de pijn af. Het wondexpertisecentrum gaat bij de behandeling mee met de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van wondbehandeling,



en soms is er een zijspoor. Zoals de VR-bril. Patiënten die een ingrijpende (en soms pijnlijke) wondbehandeling ondergaan krijgen een virtualrealitybril op en vertoeven dan digitaal in bijvoorbeeld een schitterend landschap of zijn actief met een spel. Wondconsulent Maaïke Slotboom: "Wat we zien is dat bij de patiënt het angstgevoel afneemt en minder pijnmedicatie ingenomen hoeft te worden. Hierdoor wordt er bijvoorbeeld minder opgekeken tegen de vervolgwondbehandelingen. Het voorkomt angst en je kunt toe met minder pijnstilling."

Kosten

De werkwijze van het WEC in het MCL is redelijk uniek in Nederland. Van Andringa: "In het verleden werd dezelfde wond door verschillende mensen behandeld, maar die overlegden niet." Gevolg: er zat geen enkele lijn in de behandeling van

een wond. Deze werkwijze zonder veel afstemming kostte de zorgsector veel geld: rond 4 miljard per jaar, 4% van de totale kosten van de gezondheidszorg, becijferde consultancybedrijf CapGemini in 2014. Een klein deel van die kosten (4%) komt voor rekening van het ziekenhuis, zo'n 80% is huisartsenzorg en thuiszorg. Vóór het WEC in het MCL startte kostte behandeling van een wond gemiddeld € 750; door nieuwe aanpak en samenwerking met thuiszorgorganisaties is dat nu rond de € 275. Door de versnippering duurde het in 2014 gemiddeld 26 weken voordat een patiënt met een complexe wond bij een wondexpert kwam. Dat leidde niet alleen tot hogere kosten, maar ook tot veel narigheid voor de patiënt. Van Andringa: "Vaak wist de huisarts niet eens dat een van zijn patiënten een complexe wond had. Die wond werd behandeld door iemand van de thuiszorg. Met de allerbeste bedoelingen, maar zonder het gewenste resultaat."



"COMPLEXE WONDGENEZING VRAAGT TIJD, GEDULD EN LEEFSTIJL-AANPASSINGEN VAN EEN PATIËNT. HET HEEFT VAAK VEEL IMPACT, ZEKER ALS DE MOBILITEIT BEPERKT WORDT EN ER ZELFZORGTEKORTEN ONTSTAAN."

Helaas is dat elders in Nederland vaak nog zo." Het WEC begon in Leeuwarden maar rekt nu heel Fryslân en de Noordoostpolder tot zijn werkingsgebied. Eventuele interventies vinden plaats in Leeuwarden. Een interventie kán amputatie zijn, maar ook een bypass of het dotteren van een slecht functionerend bloedvat is een optie. Immers, goede doorbloeding helpt bij wondgenezing.

Samenwerking

Goede wondzorg binnen en buiten het MCL bestaat in dit geval uit samenwerking met Quality Zorg, een algemene thuiszorgorganisatie met een specialisatie wondzorg. De patiëntendossiers van MCL zijn gekoppeld met die van Quality Zorg. Andere thuiszorgorganisaties hebben inmiddels goed opgeleide aandachtsvelders wondzorg. Zo nodig worden kennis en

informatie tussen de verschillende aandachtsvelders uitgewisseld. Kwaliteitsverbetering vindt ook plaats door meer uniforme verbandmiddelen. Die worden door een groothandel geleverd. Wondverpleegkundige Jantina Wiersma: "Dus niet meer door de apotheek, maar centraal via een groothandel. Daarmee krijgt de patiënt het juiste middel. Voor apotheken is het vrijwel ondoenlijk om alle verschillende soorten materiaal op voorraad te hebben. De patiënt kreeg dus nog wel eens een alternatief mee dat niet altijd het beste was." Samenwerking met de thuiszorgorganisaties leidt ertoe dat er meer zorg thuis kan worden verleend. De coronaperiode heeft ertoe bijgedragen dat veel minder mensen met complexe wonden zijn aangewezen op ziekenhuiszorg, en dat de bijdrage van de thuiszorg van steeds groter belang wordt. Het WEC vervult daarbij meer een rol als regisseur. De juiste zorg op

de juiste plek is in dit geval dus zelden bij de huisarts, maar vaker bij de thuiszorgverpleegkundige. Het WEC in het MCL kijkt mee via beveiligde data-uitwisseling. De toegangstijd tot het WEC is inmiddels bijna gehalveerd. Er is dus nog ruimte voor verbetering, maar, zo licht Van Andringa toe, "we zijn ook afhankelijk van de signalering door de thuiszorg of de huisarts. En daarnaast *patient delay*; de patiënt wacht zelf soms ook te lang."

Minder bedden

Het WEC in het MCL werkt nauw samen met collega-zorginstelling Noorderbreedte. Door de reductie van het aantal vaatchirurgische bedden in het MCL van 22 naar 12, zijn de vaatchirurgen en het WEC een nauwe samenwerking aangegaan met Noorderbreedte Revalidatie. Inmiddels heeft Noorderbreedte Revalidatie daardoor een wondafdeling van twintig bedden. Er werkt een wondverpleegkundige die door het WEC is opgeleid; die ook geregeld consulten in andere Noorderbreedtehuizen doet. Er is geregeld overleg tussen de vaatchirurg van het MCL en de specialist ouderengeneeskunde van Noorderbreedte. Het verlies van het aantal beschikbare bedden in het MCL is daarmee opgevangen, echter is het aantal patiënten met gecompliceerde wondgenezing in totaal gegroeid. Ondanks het verminderd aantal bedden in het MCL is het WEC en alle faciliteiten daarom derhalve groeiende. Wondconsulent Maaïke Slotboom:

"Preventie is een belangrijk onderdeel van ons werk, bedside teaching, een stem bij de inkoop van de juiste materialen." De leden van het WEC verzorgen ook scholing, zowel in het MCL als bij de samenwerkende thuiszorgorganisaties en andere Friese ziekenhuizen. Snelle wondgenezing is uiteraard in het belang van de patiënt, die sneller van klachten en pijn af is. Maar ook voor de patiënt kan het lastig zijn. Wondverpleegkundige Jantina Wiersma: "Complexe wondgenezing vraagt tijd, geduld en leefstijlaanpassingen van een patiënt. Het heeft vaak veel impact, zeker als de mobiliteit beperkt wordt en er zelfzorgtekorten ontstaan. Uitleg en preventiemaatregelen zijn daarom belangrijk om in samenspraak met de patiënt tot verbetering/wondgenezing te komen. Patiënten doen niet altijd wat van ze gevraagd wordt. Er zijn leefregels nodig om goede wondgenezing mogelijk te maken. Bijvoorbeeld schoenen dragen die de voeten extra beschermen. Doe je dat niet, dan kun je in de problemen komen. Maar de patiënten die de leefregels wél opvolgen, zien daardoor vaak snelle verbetering van de klachten en zijn daar heel blij mee." ■



Volg het WEC op Instagram: [@wond.expertise.mcl](https://www.instagram.com/wond.expertise.mcl)

Als het anders loopt dan gedacht

HET FERTILITEITSTEAM

Eén op de acht stellen met een kinderwens heeft moeite om die te vervullen. Is een vrouw binnen een jaar nog niet zwanger? Dan kunnen zij en haar partner terecht bij onze unieke fertilitiepoli, met als enige ziekenhuis in Friesland twee gespecialiseerde artsen voortplantingsgeneeskunde.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer

Patiënten met ene onvervulde kinderwens bijstaan; dat is kort samengevat wat de zorgverleners van de fertilitiepoli doen. "Als ze bij ons komen, beginnen we altijd met uitgebreid onderzoek", zegt één van de twee artsen voorplantingsgeneeskunde van het team, Lydia Wijnandts. "Een deel daarvan is lichamelijk. We brengen bijvoorbeeld

de menstruatiecyclus van de vrouw in kaart en doen een inwendige echo. Bij de man onderzoeken we de kwaliteit van het zaad. Maar ons onderzoek is breder. Zo bespreken we ook de leefstijl van de mensen, hoe hun relatie is en wat er verder in hun leven speelt. Want dat kan allemaal invloed hebben op de vruchtbaarheid."

"VROUWEN ÉN MANNEN VOELEN ZICH ENORM TEKORTSCHIETEN, EN AANGETAST IN HUN VROUW- OF MANZIJN"

Samenspel

In een derde van de gevallen is er een aanwijsbaar lichamenlijk probleem bij de vrouw. Denk aan te weinig eicellen, endometriose of verstopte eileiders. Bij nog een derde ligt de oorzaak van de onvervulde kinderwens bij de man, omdat de kwaliteit van zijn zaad onvoldoende is. En dan blijft er nog een groep over, bij wie geen duidelijke reden naar voren komt. "Sowieso is vruchtbaarheid - en dus ook onvruchtbaarheid - bijna altijd een ingewikkeld samenspel van factoren", verklaart Ria Rozeboom, verpleegkundige van het fertiliteitsteam. "Zeker is dat leefstijl een belangrijke rol speelt. Roken beïnvloedt bijvoorbeeld de kwaliteit van zowel eicellen als zaadcellen. Vrouwen die roken krijgen ook vaker een miskraam. En ernstig over- of ondergewicht kan de hormoonhuishouding van vrouwen flink in de war schoppen. Met als gevolg dat ze een onregelmatige menstruatiecyclus krijgen, of dat die helemaal stopt. Ook daar besteden we dus veel aandacht aan."

Coaching

Juist omdat leefstijl zoveel invloed heeft, biedt de fertiliteitspoli van het MCL vrouwen met een BMI van meer dan 30 een speciaal leefstijlprogramma. "Daarmee zijn we uniek in Friesland", zegt Ria trots. Zij volgde een aanvullende opleiding om patiëntes te begeleiden bij het aanleren van een gezond eetpatroon. "In een programma van een half jaar geven we veel voorlichting over wat gezonde voeding eigenlijk is. Daarnaast laten we patiëntes in de Eetmeter-app van het Voedingscentrum bijhouden wat ze allemaal eten en drinken, en helpen we ze bijvoorbeeld met het maken van een weekmenu en een weekplanning voor de boodschappen. Ook coachen we ze om meer te bewegen en zo

nodig te stoppen met roken. In een aantal gevallen is dat genoeg om de verstoorde menstruatiecyclus weer op gang te brengen en zo toch op een natuurlijke manier zwanger te kunnen worden."

Behandelingen

Is er een aantoonbaar lichamenlijk probleem, dan biedt de poli verschillende behandelmogelijkheden. "We kunnen bijvoorbeeld de eisprong bij de vrouw met medicijnen stimuleren", legt arts voortplantingsgeneeskunde Lydia uit. "Als het zaad van de man kwalitatief onvoldoende is, werken we dat op in het laboratorium. Simpel gezegd verwijderen we de afvalstoffen waar de baarmoeder niet goed tegen kan. De beste zaadcellen plaatsen we vervolgens bij de vrouw. Inseminatie, heet dat. En dan zijn er nog IVF- en ICSI-behandelingen, die deels buiten het lichaam plaatsvinden. Met behulp van hormonale stimulatie verkrijgen we zoveel mogelijk eicellen. Vervolgens worden die in een laboratorium in Zwolle bevrucht. Bij IVF gaan de zaadcellen en de eicellen samen in een kweekschachtje. Bij ICSI wordt in elke eicel één zaadcel ingebracht. Tot slot plaatsen we een bevruchte eicel, een embryo, terug."

Endometriose

De artsen voorplantingsgeneeskunde zijn uitsluitend bezig met zwangerschapswensen. De drie gynaecologen van het fertiliteitsteam hebben een breder werkteerrein, maar wel met extra aandacht voor vruchtbaarheidsproblemen. "Behalve dat zij ook spreekuren draaien, doen zijn ingrepen als een scopie van de baarmoeder of een operatie om afgesloten eileiders open te maken", verduidelijkt Lydia. "Twee van onze gynaecologen zijn bovendien expert in de behandeling van endometriose. Dat is een aandoening waarbij weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder groeit. Bijvoorbeeld op de eierstokken of eileiders. Behalve dat dat ernstige pijnklachten kan geven, bemoeilijkt het ook de kans op zwangerschap."

Maatschappelijk werk

Zowel Lydia als Ria werken al meer dan twintig jaar op de fertiliteitspoli. Keer op keer ervaren ze hoe zwaar een onvervulde kinderwens op het leven van mensen kan drukken. "Die zorgt vaak voor enorm veel verdriet", besluit Lydia. "En ook schaamte. Vrouwen én mannen voelen zich enorm tekortschieten, en aangetast in hun vrouw- of manzijn. Het kan ook moeilijk zijn om te accepteren dat je lichaam je — voor je gevoel — in de steek laat. Vandaar dat we stellen standaard psychische hulp aanbieden. We hebben daarvoor een vaste maatschappelijk werkster, die eens in de twee weken bij ons op de poli is. Ook daarin is ons team in Friesland uniek." ■

Dit is het MCL-fertiliteitsteam

- 2 artsen voorplantingsgeneeskunde
- 3 gynaecologen (met vruchtbaarheid als speciaal aandachtsgebied)
- 2 verpleegkundigen met een aantekening voorplantingsgeneeskunde
- 4 doktersassistentes
- 1 maatschappelijk werkster

In 2021...

- ...zagen de medewerkers van de fertiliteitspoli **371** nieuwe stellen.
- ...deden ze bij **88** stellen een ovulatie-inductiebehandeling.
- ...deden ze bij **133** stellen een inseminatiebehandeling.
- ...deden ze **138** IVF- en ICSI-behandelingen.
- ...werd er **170** keer een ontdooid embryo teruggeplaatst.

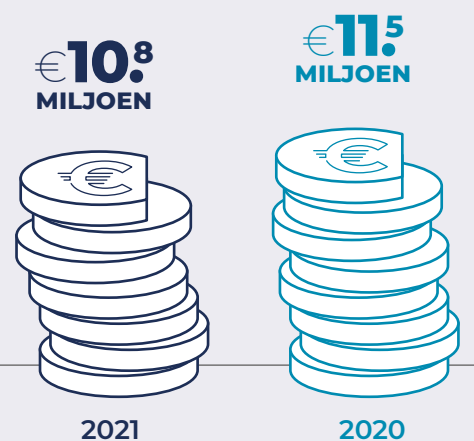
Freya Pluim

Sinds 2013 heeft het MCL jaarlijks de Freya Pluim gekregen, het keurmerk van Freya, de belangenvereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen. Een ziekenhuis of kliniek ontvangt zo'n pluim als het voldoet aan een aantal kwaliteitscriteria die door Freya zijn opgesteld. Denk aan: een vaste hoofdbehandelaar, zes dagen per week geopend zijn voor IVF-en ICSI-behandelingen en het bieden van psychosociale ondersteuning.



Cijfers IN BEELD

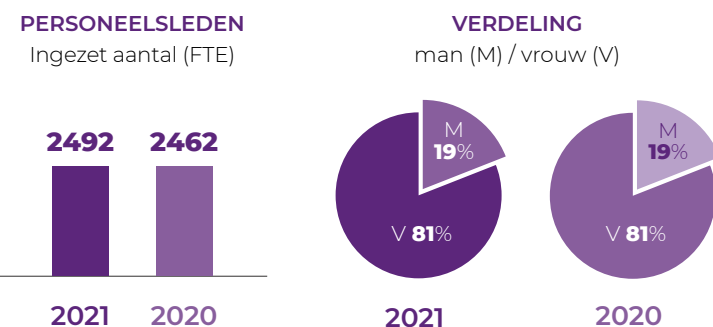
Resultaat



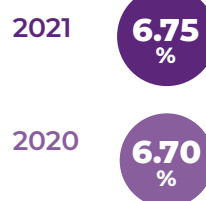
Het jaarresultaat 2021 is vastgesteld op €10,8 miljoen. Dit is **positief**, maar **lager** dan begroot als gevolg van de nadelige effecten van de **COVID-19** pandemie en het nog niet volledig realiseren van de financieel gezond doelstellingen.

Het **positieve** resultaat is nodig om vanaf 2023 te **starten** met **nieuwbouw** voor het ziekenhuis, te beginnen met onder meer **IC** en **OK-complex**.

Arbeidsmarkt



ZIEKTEVERZUIM



In 2021 is er met name bij de **IC** en de **SEH** sprake van een **tekort** aan medewerkers. Afgesproken is om **10 procent extra** mensen op te leiden. Dit gebeurt binnen het **MCL** en **Zorg** voor het Noorden.

COVID IN 2021



Ook in 2021 is door de grote toeloop van COVID-patiënten weer veel **reguliere zorg afgeschaald** en **uitgesteld**. De **COVID-19 impact** is het **grootst** geweest in de **eerste** en **laatste** maanden van het jaar. In de zomerperiode van 2021 werd de reguliere zorg zoveel als mogelijk opgepakt, maar van **grootschalig inhalen** van **uitgestelde zorg** is **geen sprake** geweest.

Als gevolg van **oplopend verzuim** en daardoor een **tekort aan personeel**, was het na de zomerperiode niet mogelijk om de reguliere zorg op te schalen. Met de opkomst van de **Delta variant** was zelfs even sprake van **mogelijk code zwart**, waarbij er niet meer voor iedereen plek zou zijn op de **IC**. Door **inzet** van heel veel **collega's** is dit voorkomen.



Onderdeel van het **draaiboek** code zwart is de **emotionele opvang** van medewerkers. Hier is veel aandacht aan besteed.



Campagne Scherp

In 2021 is in het MCL uitvoering gegeven aan een grote bewustwordingscampagne **informatieveiligheid** en **privacy** onder de naam 'Scherp'. Dit is vormgegeven door zes modules:

- vertrouwelijke informatie
- de werkplek
- datalekken
- phishingmails en dreigingen
- veilig communiceren
- wachtwoorden, beveiliging en thuiswerken

Doel: het realiseren van **veilige** informatie en het **beschermen** van de **privacy** van patiënten, collega's en externe personen.

Belangrijke pijlers onder het MCL als topklinisch ziekenhuis zijn: **opleiden, wetenschappelijk onderzoek** en **innovatie**.

STZ-pijlers



Opleidingen

| | '21 | '20 | '19 | '18 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| Coassistenten | 235 | 170 | 223 | 190 |
| Overige stages | | | | |
| coassistenten | 69 | 30 | 70 | 48 |
| Arts-assistenten i.o. | 100 | 95 | 88 | 97 |
| Stagiaires | | | | |
| Mbo-V / Hbo-V | 161 | 219 | 267 | 355 |
| Vervolgopleidingen | | | | |
| verpleging | 136 | 111 | 116 | 104 |
| Totaal | 701 | 625 | 764 | 794 |

Topklinische zorg



Het MCL is er in 2021 in **geslaagd** het aantal **topklinische** erkenningen verder **uit te breiden** van elf naar **veertien**. Zorg is **topklinisch** als er sprake is **excellente** patiëntenzorg, er voldoende **opleidingsmogelijkheden** zijn en de betrokken **specialisten** wetenschappelijk **onderzoek** doen.

Wetenschappelijk onderzoek

In 2021 zijn **92** onderzoeken goedgekeurd (**2020: 111**). Ook zijn **243** wetenschappelijke publicaties verschenen (**2020: 231**).

Innovatie

In 2021 is gewerkt aan **vijftien** verschillende innovatieprojecten, variërend van een **botboor** tot **efficiënte** inrichting van zorgprocessen of een **nieuwe manier** van leren.



MILO (MCL Interactieve Leer Omgeving) is het nieuwe **Learning Experience Platform** voor **medewerkers**, waar ze onder meer **e-learning** modules kunnen volgen. In 2021 **16.700** modules.

Productie



| Productieparameter | 2019 | 2020 | % van 2019 | 2021 | % van 2019 |
|------------------------------|---------|---------|------------|---------|------------|
| | aantal | aantal | | aantal | |
| Dagbehandelingen | 23.272 | 21.046 | 90% | 21.328 | 92% |
| Opnames | 26.214 | 22.671 | 86% | 21.851 | 83% |
| Verpleegdagen | 125.322 | 107.259 | 86% | 104.973 | 84% |
| Consulten | 400.200 | 367.498 | 92% | 365.056 | 91% |
| waarvan Consulten op afstand | 54.563 | 123.160 | 226% | 134.214 | 246% |

HARTKLEP- VERVANGING VIA DE LIES HEEFT TOEKOMST

Het hart- en vaatcentrum van het MCL begon vijftien jaar geleden als een van de eerste ziekenhuizen in Nederland met het uitvoeren van hartklepvervangingen via de slagader in de lies. Deze ingreep was destijds vooral bedoeld voor patiënten die door hun leeftijd en kwetsbaarheid niet meer in aanmerking kwamen voor een hartklepvervangingsoperatie door een openhartoperatie.

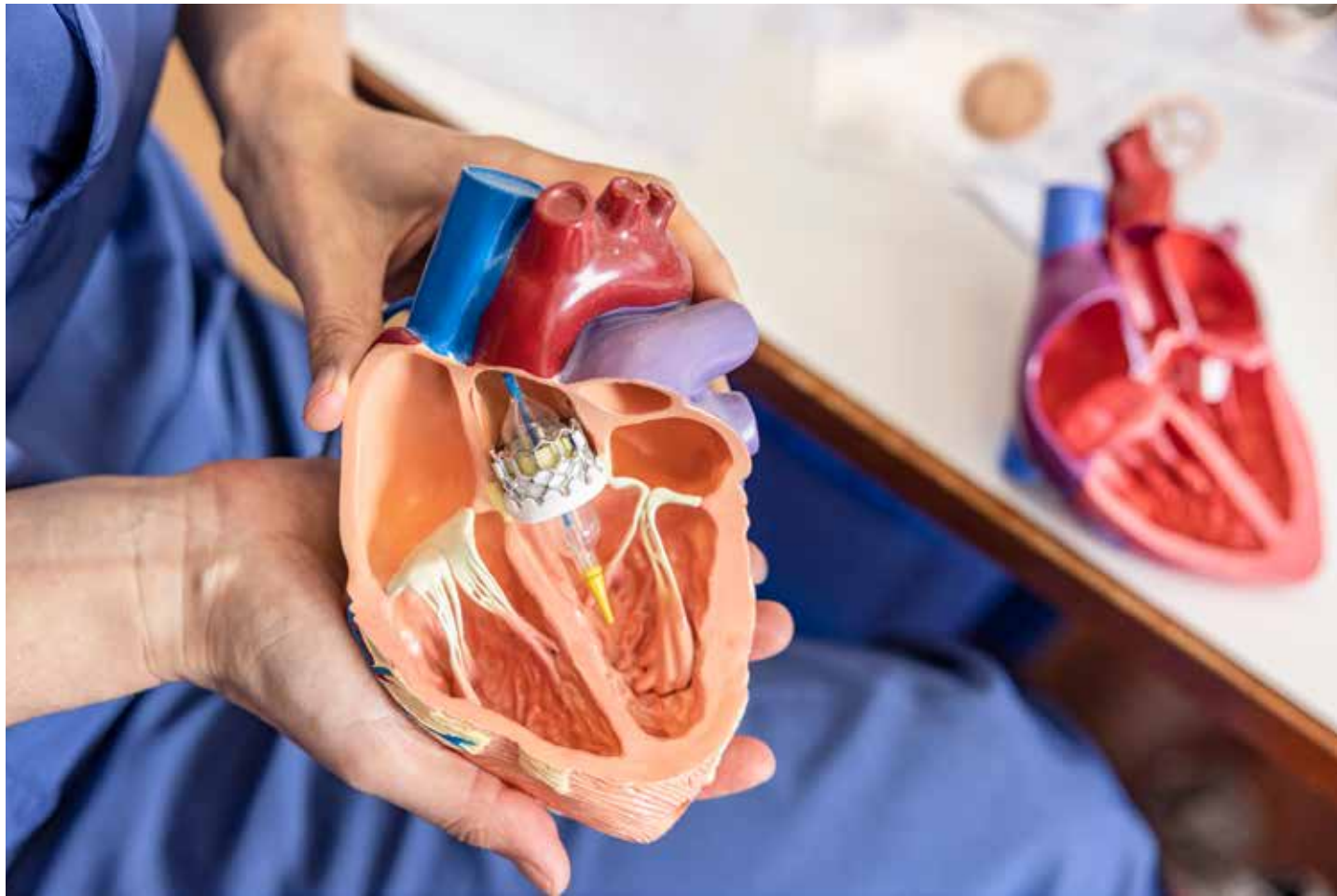
tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

Tegenwoordig is de behandeltechniek en de kwaliteit van de kunstkleppen zodanig verbeterd dat deze behandeling ook beschikbaar wordt gesteld voor patiënten in steeds lagere risicocategorieën. "Ondanks dat we een klein hartcentrum zijn, zijn we vooruitstrevend en maken we maximaal gebruik van onze mogelijkheden. We bieden onze patiënten een scala aan behandelopties", zeggen hartchirurg Fabiano Porta en cardioloog Tessel Vossenbergh.

Het hart herbergt vier soorten hartkleppen. De aortaklep (van het hart naar de grote lichaamsslagader), de pulmonalisklep (vanuit het hart naar de longslagader), de mitralisklep (tussen de linkerboezem en linkerkamer) en de tricuspidalisklep (tussen

de rechterboezem en rechterkamer). De meest voorkomende klepaandoening is de vernauwing van de aortaklep. Het is ook de enige hartklep die routinematig totaal vervangen kan worden via een cathetermethode. Dat doet het MCL ongeveer honderd keer per jaar. "De normale opening van een aortaklep is ongeveer drieënhalve vierkante centimeter", zegt Porta. "Als de opening kleiner wordt dan één vierkante centimeter is er sprake van een ernstige vernauwing van de aortaklep. Doordat het hart het bloed door zo'n klein gaatje moet pompen, heeft het hart het zwaar. Doordat het harder moet werken, kunnen ook andere kleppen gaan lekken. Het gebeurt dan ook geregeld dat de mitralisklep lekt. We kunnen de werking van die klep, niet altijd maar vaak wel, verbeteren door het inbrengen van een clip,





een soort nietje dat bepaalde delen van de twee klepbladen aan elkaar vastniet. Die ingreep doen we jaarlijks zo'n twintig keer. Doen we niets, dan overlijdt vijftig procent van de mensen met een vernauwde aortaklep en met de klachten die daarbij horen, binnen twee jaar."

'Kraken'

Porta en Vossenberg stallen de modellen van kunsthartkleppen uit op tafel. Het lijken vrij forse exemplaren van enkele vierkante centimeters groot, maar ze zijn opvouwbaar zodat ze in een katheter passen om via de lies naar de juiste plek te worden gebracht. De kleppen zijn van biologisch materiaal met een metalen frame er omheen. Vossenberg: "We gebruiken drie verschillende soorten. Je hebt kleppen die je met een ballonnetje opblaast op de juiste plek, kleppen die zich met een soort veersysteem ontplooiën en vastzetten en kleppen die je in twee delen inzet. Eerst ontplooi je het stabilisatiesysteem waar de nieuwe klep in zit die dan ook direct al werkt. Dan ontplooi je het tweede gedeelte van de klep, waarmee de oude klep aan de kant geduwd wordt. Daarbij zijn de

openingen in het metalen frame iets groter gemaakt zodat je na het inbrengen van die klep nog makkelijk bij de kransslagaders kunt komen als dat, bijvoorbeeld in geval van een hartinfarct, nodig mocht zijn. Met de nieuwe klep 'kraken' we als het ware de oude verkalkte klep en duwen die opzij met de nieuwe klep. Het metalen frame klemt zichzelf vast op het verkalkte deel van de oude klep." De ingreep gebeurt bij voorkeur via de slagader in de lies, maar afhankelijk van de soort patiënt kan het ook via een slagader onder het sleutelbeen, via de aorta achter het borstbeen of tussen de ribben door. Via de lies heeft de voorkeur omdat het de minste complicaties oplevert en de patiënt het snelste herstelt. De patiënt is dan vaak binnen drie dagen weer thuis.

Leeftijdsgrens

De methode van klepvervangings startte oorspronkelijk voor patiënten die naar verwachting sowieso niet langer dan vijf jaar zouden leven. Niemand wist dus hoelang zo'n klep het zou houden, zegt Porta. "Tegenwoordig worden continu trials en onderzoeken uitgevoerd waarbij we meer zicht krijgen op de

“ONDANKS DAT WE EEN KLEIN HARTCENTRUM ZIJN, ZIJN WE VOORUITSTREVENDE EN MAKEN WE MAXIMAAL GEBRUIK VAN ONZE MOGELIJKHEDEN”

langetermijneffecten van de ingreep. Van de groep mensen die de ingreep op jongere leeftijd ondergingen, zijn nu net de tienjaarsresultaten bekend. Het lijkt erop dat de kleppen het net zo goed en misschien zelfs wel beter doen dan de kleppen die we via de openhartoperaties inbrengen." Daarbij is de houdbaarheid van de klep niet het enige, benadrukt Vossenberg: "Bij een openhartoperatie snijdt de chirurg een oude klep weg en hecht er een nieuwe in. Via de ingreep via de slagader in de lies duwen we de nieuwe klep op zijn plek. Maar dan duwen we dus ook de verkalking van die plek naar het geleidingssysteem van het hart. Bij de eerste generatie van deze kleppen, moest ongeveer dertig procent van de patiënten een pacemaker hebben. Dat lijkt onschuldig voor iemand van tachtig, maar voor iemand van vijftig niet. Die moet wellicht later nog eens een vervangende klep hebben en een vervanging van de pacemaker, met daarbij een grotere kans op infecties. Ook daarom zijn we terughoudend. Dat risico neemt af bij elke nieuwe generatie kleppen, maar het risico is er nog altijd. Naar verwachtingen verlagen we in Nederland binnenkort de leeftijdsgrens voor hartklepvervangingen via de lies naar vijftig jaar conform de EU-richtlijnen voor dit soort behandelingen, maar het is te vroeg om nog veel jongere patiënten de ingreep via de lies aan te bieden."

Tailor made approach

Bij de ingreep van een hartklepvervangings via de lies werken de interventiecardioloog en de hartchirurg nauw samen. Een bewuste keuze, benadrukt Vossenberg. "We hebben allebei andere kwaliteiten en vullen elkaar aan. Een interventiecardioloog is gewend met bloedvaten, katheters en pacemaker-draden te werken en de hartchirurg weet precies hoe de hartklep en het hart er van binnen uitzien. Als je buiten je eigen comfortzone

komt, zit je automatisch in de comfortzone van de ander. We leren van elkaars technieken. Samen vormen we dus een sterker team en geven een betere behandeling." De echte uitdaging van de ingreep ligt ook niet meer in de techniek zelf, benadrukt Porta, maar in het voortraject. "De ethische discussie is eigenlijk het meest interessant. Er is een heel team betrokken bij de screening van de patiënten: een cardioloog, een hartchirurg, een cardio-anesthesioloog, geriaters, intensivisten en een physician assistant. Met CT-scans brengen we de 'doorgankelijkheid' van de slagaders in beeld. Alle specialisten kijken met hun eigen bril naar patiënten." Het gaat daarbij vooral om de kwetsbaarheid van de patiënt en om een 'tailor made approach', zegt Vossenberg. "We kijken naar welk type mens de patiënt is. De ene tachtigjarige is de andere tachtigjarige niet. De ene fietst en wandelt veel terwijl de ander hoofdzakelijk TV kijkt. Als blijkt dat de patiënt een soort leven leidt waarin hij niet gehinderd wordt door die vernauwde klep, wat voor winst heeft dan een operatie? Aan de hand van dit soort afwegingen bespreken wij met de patiënt of deze ingreep meerwaarde voor hem of haar heeft. Leeftijd alleen doet er niet toe. Zo hebben we een patiënt behandeld van 98 jaar. Iedereen die de geboortedatum zag, zei 'waar beginnen jullie in hemelsnaam aan?' Maar als je de man zelf zag, zo vitaal! Dan snap je ook waarom hij de ingreep toch kreeg. We hebben vorig jaar zijn honderdste verjaardag gevierd en hij opende de dans op zijn eigen feestje. Hij wordt dit jaar 101." ■



MCL 24 UUR *draaiend houden*



Geen dag hetzelfde werk hebben. Altijd voorbereid zijn op alle scenario's die voor kunnen komen. Van het regelen van een goede aankomst van de helikopter, het reageren op alarmen die afgaan, tot het opvangen van familieleden bij een ernstig trauma. Dat is slechts een greep uit de werkzaamheden van onze 24-uurspost. De afdeling met dertien medewerkers zorgt er letterlijk voor dat het MCL 24 uur blijft draaien. Aan het woord zijn Ageeth en Tineke, beide 24-uurspostmedewerker.

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Menno de Boer

Ageeth: "Je hebt bij ons een vroege-, late-, of een nachtdienst. De vroege dienst begint al om 06.45 uur. We beantwoorden dan onder andere alle telefoontjes die bij het MCL binnenkomen. Vanaf 08.00 uur neemt de telefooncentrale dit werk weer over." Gedurende de werkdag zijn de werkzaamheden van de 24-uurspostmedewerkers heel divers. Zo komen er patiënten die zijn doorverwezen door de huisarts en die ingeschreven moeten worden. Ook kan het zijn dat er een helikopter gaat landen. De 24-uurspost stuurt de beveiliging vervolgens naar het heliplatform. Maar ook familie van een ernstig trauma moet opgevangen worden of er moet gereageerd worden op alarmen van deuren en/of slagbomen die open moeten. Het testen van de reanimatieapparatuur valt ook onder de verantwoordelijkheid van de 24-uurspost. Tineke: "Elke dag testen we om stipt 12.00 uur alle reanimatieapparatuur. Zo weten we zeker of alles werkt."



Vanaf 17.00 uur is de 24-uurspost weer de afdeling die ervoor zorgt dat het MCL blijft draaien. Zo worden alle telefoontjes die dan nog binnenkomen beantwoord. Medewerkers worden doorverbonden, huisartsen te woord gestaan en dokters met bereikbaarheidsdienst worden opgeroepen. Alle alarmen die afgaan worden gekoppeld aan de juiste personen. Tineke: "Ook roepen we extra personeel op als de spoedeisende hulp heeft aangegeven dat zij een time-out hebben. We weten dan precies wie we wanneer moeten bellen."

Dat het werk van onze 24-uurspostmedewerkers divers is, is een feit. Het team vindt het belangrijk dat zij het werk leuk houden met elkaar. Tineke: "Soms zijn er ook ingrijpende momenten. Bezoekers die intimiderend zijn of juist een overlijden van een erg jong persoon. Wij zijn het

“Wij zijn het eerste gezicht dat men ziet wanneer ze ons ziekenhuis binnenkomen.”

eerste gezicht dat men ziet wanneer ze ons ziekenhuis binnenkomen. Sommige dagen maken veel indruk." Maar er zijn ook geregeld dagen waarop de medewerkers met een glimlach naar huis gaan. Ageeth: "Een persoon die zijn klompen bij de ingang liet staan, daarin stopten we een sinterklaascadeautje. Dat zorgde voor een glimlach op meneer zijn gezicht."

Als 24-uurspostmedewerker ben je degene die ervoor zorgt dat het MCL 24 uur draaiende blijft. Zij weten precies wat

ze moeten doen op het juiste moment. Luisteren wanneer het moet. Optreden wanneer het kan. Daarnaast is de 24-uurspost ook de afdeling die precies weet bij een ramp welke procedures in werking gaat. Ageeth: "Zo beheren wij ook het multibelsysteem. Hiermee kunnen wij met één druk op de knop ervoor zorgen dat gedurende een ramp voldoende personeel naar het MCL komt." Kortom: de 24-uurspost is de afdeling die ervoor zorgt dat het MCL altijd draaiende blijft. ■

Goed op de hoogte van operatie met Indiveo

Marie (75) wist in 2020 niet wat haar overkwam. Wegens problemen aan één van haar nieren moest ze per traumahelikopter van Vlieland naar ons ziekenhuis gebracht worden. Eenmaal in het ziekenhuis aangekomen, werden vlekken op de long ontdekt. "Ik ging heen met een falende nier en ik kwam thuis met longkanker. Mijn leven was echt even een rollercoaster."

tekst Tim de Jong fotografie Menno de Boer

Video in de mailbox

Ter voorbereiding op de longoperatie ontving Marie een e-mail met daarin een video van Indiveo; een zogenaamde Divi. "Eerst wilde ik de video niet bekijken, omdat ik verwachtte dat ik beelden van een echte operatie zou zien. Ondertussen vroeg mijn omgeving veel naar de soort operatie, waar ik toen nog geen antwoord op kon geven. Totdat mijn kinderen de Divi openden. Het bleek om een animatievideo te gaan, wat de situatie voor mij veranderde. Ik heb de video inmiddels misschien wel vijftig keer bekeken."

Opgelucht ademen

"Na het zien van deze Divi kon ik aan mijn omgeving uitleggen wat er precies ging gebeuren en wat de risico's van de operatie waren. Dat stelde niet alleen mijn omgeving gerust, maar ook mijzelf. De video maakte duidelijk dat je zonder longkwab kunt leven, dat er weinig complicaties tijdens en na de operatie optreden en dat er miljoenen mensen zijn die zonder deze longkwab leven. Toen ik dat wist, haalde ik opgelucht adem en kon ik de operatie aanvaarden."



MARIE vertelt: "Het was lastig te bevatten: van een **KLACHT** aan mijn nier naar **LONGKANKER**, wat **PER TOEVAL** met een **CT-SCAN** is ontdekt. De situatie bleek **VERONTRUSTEND GENOEG** om over te gaan tot **OPERATIE**. Mijn rechter longkwab diende verwijderd te worden. Dat was best even **SPANNEND**."

Transparant

Vooral de transparantie vindt Marie erg belangrijk. "Ik wil graag weten waar ik aan toe ben en dat werd met deze video geboden. De video neemt je van voor de operatie tot aan de nazorg mee, zodat je goed op de hoogte bent van wat komen gaat. Het is overzichtelijk, duidelijk en begrijpelijk. Dat de filmpjes digitaal zijn, maakt het voor mij extra handig. Ik hoef enkel mijn iPad te pakken om de video te bekijken. Achteraf denk ik dat de geboden transparantie voor een soort 'healing' van mijn geestelijke gezondheid heeft gezorgd: van angst naar kalmte."

Goede afloop

"Nu twee jaar later gaat het erg goed. Ik heb geen problemen meer met mijn longen of de kanker. Alles is weg en ik had geen uitzaaiingen. Het filmpje heeft mij enorm in dit traject geholpen en daarom raad ik Indiveo iedereen aan. Het is een erg prettige manier om informatie te ontvangen en het past perfect bij de digitale tijd waarin we leven." ■

"Na het zien van deze Divi kon ik aan mijn omgeving uitleggen wat er precies ging gebeuren en wat de risico's van de operatie waren. Dat stelde niet alleen mijn omgeving gerust, maar ook mijzelf."



KWALITEIT VAN LEVEN BETER NA EEN *borstreconstructie*

40 procent van de vrouwen met borstkanker ondergaat een borstamputatie. Hun kwaliteit van leven daarna is vaak beter als ze hun borst laten reconstrueren, blijkt uit onderzoek van plastisch chirurg Irene Krabbe-Timmerman van het MCL. Daar zijn steeds meer mogelijkheden voor. Zij en een patiënte vertellen.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer

Een reconstructie is niet het eerste waar je aan denkt als je met borstkanker wordt geconfronteerd. Dan wil je immers zo snel mogelijk de tumor(en) uit je lijf. Toch moeten patiëntes die een amputatie ondergaan al snel een besluit nemen over een mogelijke reconstructie. "We doen die namelijk steeds vaker gelijktijdig, dus tijdens de operatie waarin het borstweefsel wordt verwijderd", vertelt plastisch chirurg Irene Krabbe, één van de drie specialisten in het MCL die deze reconstructieve operaties uitvoert. De afgelopen decennia is er veel veranderd als het om borstreconstructies gaat. Dat heeft te maken met nieuwe technieken, maar ook met het stijgend aantal patiënten met borstkanker en vooral ook hun toegenomen overlevingskans. "Eén op de zeven

vrouwen krijgt gedurende haar leven borstkanker", aldus Irene Krabbe. "Dankzij steeds betere behandelingen is hun gemiddelde overlevingskans na vijf jaar 87 procent. Er zijn dus steeds meer ex-borstkankerpatiënten, die weer volop meedraaien in de maatschappij. Daarmee is er meer aandacht gekomen voor de kwaliteit van leven na afloop van behandelingen." Dat is precies waar zij wetenschappelijk onderzoek naar doet. "Ik breng in kaart hoe tevreden vrouwen over hun borsten zijn na een reconstructie, en hoe het staat met hun lichamelijk welbevinden. Dan blijkt dat vrouwen na een succesvolle reconstructie op alle punten hoger scoren dan patiëntes die na een borstamputatie daar niet voor hebben gekozen."

Welke opties zijn er voor vrouwen die door kanker een borst verliezen? Irene Krabbe: "Voor de duidelijkheid: niet alle vrouwen met borstkanker moeten een amputatie ondergaan. Dat geldt voor ongeveer 40 procent van de patiëntes. Simpel gezegd hebben zij twee mogelijkheden: ze kunnen hun borst laten reconstrueren met behulp van een prothese, de meest gebruikte techniek, of met eigen lichaamsvet, bijvoorbeeld vanuit de buik. Die laatste techniek heet de DIEP-methode. Een laatste optie is uiteraard om géén reconstructie te doen. De meerderheid van de vrouwen in Nederland die een borstamputatie ondergaan, kiest hier nog voor, met name vrouwen van boven de zestig jaar oud."

Wanneer kies je voor welke optie?

"Dat hangt af van wat lichamenlijk mogelijk is en natuurlijk van wat de patiënte wil. Een prothese kan in veel gevallen direct worden geplaatst, zodat je met één operatie klaar bent. Als er onvoldoende ruimte voor een prothese is, of de huid is te dun of te strak, dan brengen we eerst een zogenaamde expander in. Dat is een soort ballonnetje dat op de plek van het verwijderde borstweefsel komt. Gedurende een aantal weken na de operatie wordt dat langzaam met vloeistof gevuld om zo meer ruimte te creëren. Drie maanden nadat de huid voldoende is opgerekt, plaatsen we dan alsnog de definitieve prothese. Een prothese gaat over het algemeen minstens vijftien jaar mee. Bij de meeste vrouwen moet die dus op een gegeven moment wel worden vervangen. Een andere mogelijkheid is om een expander te wisselen voor lichaamseigen weefsel."

Hoe werkt een reconstructie met eigen vetweefsel?

"Zo'n DIEP-reconstructie gebeurt in het MCL meestal niet gelijktijdig met de amputatie, maar op een later moment. We maken een nieuwe borst van overtollige huid en onderhuidse vetweefsel van de buik. De huid en het vet verplaatsen we met bloedvaten en al verplaatst naar de borst. Daar sluiten we de weefsels aan op lokale bloedvaten. Het is een ingrijpende operatie die gemiddeld zes tot acht uur duurt. Daarmee zijn de operatierisico's hoger, ook omdat er een grote wond ontstaat in de buikregio. Het herstel duurt bovendien beduidend langer dan na een prothesereconstructie.

Voordeel is dat de borst, in tegenstelling tot bij een prothese, zacht en warm aanvoelt. De kwaliteit van leven is na een reconstructie met eigen weefsel beter dan na een reconstructie met een prothese. Zelfs al zes weken na de operatie, ondanks de grote impact daarvan."

Over borstprothesen doen veel negatieve verhalen de ronde.

"Om die reden worden sinds 2015 alle borstprothesen die worden geplaatst of verwijderd in Nederland geregistreerd. We krijgen zo steeds beter inzicht in welke problemen zich eventueel bij welke prothesen voordoen. Sowieso wordt er heel veel wetenschappelijk onderzoek naar borstprothesen gedaan. We kunnen daarom echt stellen dat die in verreweg de meeste gevallen veilig zijn. Tegelijkertijd ondervinden sommige vrouwen wel degelijk problemen van siliconenprothesen. Denk aan een harde of vervormde borst, pijnklachten, een infectie of een lekkende prothese. En dan is er nog een groep met een prothese en onverklaarde klachten, zoals vermoeidheid en vergeetachtigheid. Bij deze patiëntes is het lastig te bewijzen dat de prothese de klachten veroorzaakt. Maar ongeveer tweederde van hen knapt na het verwijderen ervan wel op. We vinden het daarom belangrijk om patiëntes goed voor te lichten over de voor- en nadelen en gezamenlijk, in goed overleg, de juiste keuze te maken."

Tot slot: zijn er nog nieuwe ontwikkelingen?

"Jazeker. Het MCL doet met meerdere andere ziekenhuizen mee aan een grootschalig onderzoek, de BREAST II-trial, naar een alternatieve reconstructiemethode. Daarbij wordt de nieuwe borst stapsgewijs gevormd met vetweefsel, afkomstig van buik of benen. De vetcellen daaruit worden met behulp van liposuctie opgezogen en daarna in de borstregio geïnjecteerd, om zo een nieuwe borst te creëren. Die operatie is veel minder ingrijpend dan een DIEP-reconstructie. Daar staat tegenover dat de behandeling verschillende keren moet worden herhaald en dat patiëntes een aantal weken een soort zuignap op hun borst moeten dragen om de huid op te rekken en de aanmaak van nieuwe bloedvaten te stimuleren. Op dit moment doen we de behandeling alleen nog in onderzoeksverband, maar ik verwacht dat deze over een paar jaar breed beschikbaar is. Zodat we borstkankerpatiëntes na een amputatie nog meer keus kunnen bieden."

“IK ONTDEKTE HET KNOBBELTJE TIJDENS EEN FAMILIEVAKANTIE”

Anette Kerstholt (50) kreeg in 2013 borstkanker. Ze onderging twee keer een borstreconstructie, één keer met een prothese en één keer met eigen vetweefsel. "Ik ontdekte het knobbeltje tijdens een familievakantie in Frankrijk. Eenmaal thuis ging ik ermee naar de huisarts. Voor de zekerheid stuurde zij me door naar het ziekenhuis. De uitslag was niet goed: er waren wel vier tumoren gevonden. Al het weefsel moest uit mijn borst worden verwijderd. Plastisch chirurg Irene Krabbe legde de mogelijkheden uit om een nieuwe borst te maken. Ik kon een directe reconstructie krijgen met een prothese, of op een later moment een DIEP-flap-operatie ondergaan, met eigen vetweefsel. Ik koos voor een prothese omdat ik een DIEP-flap op dat moment te ingrijpend vond, vooral ook vanwege de lange hersteltijd. Niet reconstrueren heb ik overwogen. Maar als het kon, wilde ik graag een mooie oplossing.

De operatie verliep spoedig. Omdat mijn huid erg dun was, kon de prothese alleen niet meteen worden geplaatst. In plaats daarvan kreeg ik eerst een expander. Een tijd later volgde de definitieve prothese en werd mijn andere borst gelift, zodat ze weer ongeveer gelijk waren. Het resultaat was prachtig. Van mijn nieuwe borsten werd ik niet onzeker. Wel van de kilo's die er, als gevolg van de hormoonbehandelingen, gaandeweg bijkwamen. Het extra gewicht maakte me echt verdrietig, ik zat

steeds minder lekker in mijn vel. Op een gegeven moment heb ik Irene Krabbe daarom gevraagd of ze een buikwandcorrectie wilde doen. 'Zullen we dat vetweefsel dan niet gebruiken om een permanente nieuwe borst van te maken?', vroeg ze. Daar heb ik maanden over getwijfeld. Tot dan toe was alles zo goed verlopen, het voelde een beetje ondankbaar. Tegelijkertijd wist ik ook dat de prothese niet eeuwig mee zou gaan en die misschien nog meerdere keren vervangen moest worden. Uiteindelijk heb ik toch gevraagd of ik op de wachtlijst mocht. In januari 2020 werd ik opnieuw geopereerd, toen dus met de DIEP-flap-methode. Uiteindelijk vielen zowel de ingreep als het herstel me 100 procent mee. Een prothese is stug en koud, dus het was heel bijzonder om weer een warme en beweeglijke borst te voelen. Daarmee had ik mijn eigen lichaam terug, zo ervoer ik het. Ik voel me nu misschien nog wel vrouwelijker dan vóór ik borstkanker kreeg. Tegen vrouwen die aan het begin van dit ingrijpende traject staan zeg ik: volg je gevoel en houd zoveel mogelijk zelf de regie. Toen ik uiteindelijk een uitnodiging voor de DIEP-flap-operatie kreeg, bleek ik er nog niet aan toe. Ik heb daarop gevraagd om me weer onderaan de wachtlijst te laten plaatsen. Daar was vanuit het ziekenhuis gelukkig alle begrip en ruimte voor. De tweede keer dat ik aan de beurt was, was ik er wel aan toe. Dat ik het op mijn manier, in mijn tempo heb kunnen doen, heeft me in de verwerking enorm geholpen." ■



JE EIGEN BEDRIJF RUNNEN IN EEN ZIEKENHUIS

HOEVEEL BALLEN KUN JIJ TEGELIJK IN DE LUCHT HOUDEN? ALS **TEAMMANAGER** WORDEN DIE SKILLS BEHOORLIJK OP DE PROEF GESTELD. NAAST HET FEIT DAT JE ALTIJD VOOR JE MEDEWERKERS KLAAR STAAT, HEB JE OOK TE MAKEN MET FINANCIËN, KWALITEIT, ZIEKENHUISBREDE PROJECTEN, TECHNISCHE UITDAGINGEN EN SAMENWERKING MET ANDERE AFDELINGEN, EXPERTISES EN TEAMMANAGERS. "JE RUNT EIGENLIJK JE EIGEN BEDRIJF", LEGT **MARIT WAGENAAR** (TEAMMANAGER ORTHOPEDIE, TRAUMACHIRURGIE & BIJZONDERE TANDHEELKUNDE) UIT.

tekst Jette de Vos fotografie Jeroen Adema



"Ik liet het vak verpleegkundige alweer los en ging als 24-jarige leiding geven aan mijn eigen collega's. Best spannend."

"In een organisatie zoals het MCL is heel veel expertise aanwezig. Op deze manier kan ik altijd van mijn collega's leren. Die samenwerking maakt mijn vak binnen het MCL heel leuk."

Marit is als teammanager verantwoordelijk voor de polikliniek orthopedie, verpleegafdeling orthopedie & traumachirurgie en polikliniek bijzondere tandheelkunde. Marit is opgeleid als verpleegkundige en had nooit verwacht dat dit vak haar passie zou worden. Ze startte in 2014 op afdeling F (orthopedie) als verpleegkundige en groeide al snel door naar regieverpleegkundige. Marit: "Na drie jaar werd mij gevraagd of ik leidinggevende wilde worden op mijn eigen afdeling. Dit was een spannende stap. Ga ik dit nu al doen? Ik liet het vak verpleegkundige alweer los en ging als 24-jarige leiding geven aan mijn eigen collega's. Best spannend." Door goede begeleiding en een bedrijfskundige opleiding raakt Marit snel thuis in haar rol als teammanager en weet ze heel goed wat haar drijfveren zijn. "Ik vind het belangrijk dat medewerkers tevreden zijn en werkzaam zijn in een veilig leer- en werkklimaat. Ze kunnen altijd bij mij terecht als er iets is. Daarnaast staat de patiëntenzorg voorop. Ook de patiënt moet met een goed gevoel terug kijken op de zorg en tijd die hij of zij bij ons door heeft gebracht."

Verantwoordelijk voor het hele patiëntenproces

Als teammanager houd je helicopterview en zet je medewerkers in hun kracht. "Ik vind het heel leuk als ik medewerkers zie groeien. Dat zij zelfstandig dingen kunnen en ik kan loslaten." Hierdoor heeft Marit ook tijd voor andere zaken: Hoeveel productie wordt er gedraaid? Hoeveel patiënten zien we? Zijn de medewerkers en patiënten tevreden? Je zorgt er voor dat het hele patiëntenproces goed verloopt. Daarom ben je bijvoorbeeld betrokken bij verbouwingstrajecten, kwaliteit- en veiligheidsissues en beheer je de begroting. "Mijn werk is zo divers! Elke dag heb ik te maken met nieuwe dingen. 'Hoe ga ik dit nu weer oppakken?' denk ik soms. In een organisatie zoals het MCL is heel veel expertise aanwezig. Op deze manier kan ik altijd van mijn collega's leren. Die samenwerking maakt mijn vak binnen het MCL heel leuk."

Nooit uitgeleerd

Marit vertelt toe te zijn aan volgende stap in de breedte. In het MCL zijn vele projecten waar ze nu vanuit haar rol als teammanager bij betrokken is. Maar projecten aansturen en leiden spreekt haar ook aan. Deze kans heeft ze gekregen, binnenkort start ze als projectleider. Marit: "Misschien word ik later wel weer teammanager, maar deze kans kwam nu op mijn pad en ik wil deze uitdaging graag aangaan." Want ook dat is het MCL. Wil jij verdiepen, doorgroeien of een andere richting op in je carrière? Er zijn zoveel mogelijkheden binnen ons ziekenhuis. Het is aan jou om je koers te bepalen. ■

Kom ook werken bij #teamMCL



Wil je alvast even digitaal sfeerproeven? Bekijk dan het filmpje van Marit.

www.mcl.nl/teammanager

Bekijk onze vacatures op www.mcl.nl/vacatures



Ready? Go!

Verpleegkundigen aan bed klaargestoomd

tekst Erik Kofman fotografic Menno de Boer

DE CORONAPERIODE HEEFT EENS TE MEER BENADRUKT HOE BELANGRIJK DE ZORG OP EEN INTENSIVE CARE (IC) IS. TEGELIJKERTIJD HEBBEN WE GEZIEN HOE KWETSBAAR HET KAN ZIJN EN DAT VOLDOENDE HANDEN AAN HET BED ZEKER GEEN VANZELFSPREKENDHEID IS. OPLEIDEN VAN IC-VERPLEEGKUNDIGEN IS DAAROM HARD NODIG. OM TE ZORGEN VOOR TOEKOMSTBESTENDIGE ZORG LEIDT DE IC VAN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN (MCL) MEDE DAAROM ZELF LEERLINGEN OP AAN BED. EEN GOEDE AANWAS VAN GEMOTIVEERDE IC-VERPLEEGKUNDIGEN VOLGT. VERPLEEGKUNDIGEN DIE GEDURENDE HUN OPLEIDING AL VEEL PRAKTIJKERVARING HEBBEN OPGEDAAN. MAAR WAT IS DE MEERWAARDE VAN OPLEIDEN AAN BED?



70-20-10 principe

Op de IC volgen op dit moment twintig leerlingen de opleiding tot IC-verpleegkundige, waarbij ze de lessen volgen aan het Wenckebach Instituut in Groningen. Pytsje Merkus (praktijkopleider en IC-verpleegkundige): "Het is fijn dat wij als afdeling onze ervaring in de praktijk kunnen overbrengen op de leerlingen. Waar voorheen tijdens de opleiding de focus veel meer op de theorie lag, is dat nu anders. Je ziet echt een omslag in de opleiding, waarbij de praktijk veel belangrijker is geworden. 70% leer je in de praktijk door eigen ervaring, 20% door het toepassen en interactie met anderen, denk aan beredeneren en beargumenteren, en 10% in een formele setting zoals de opleiding met bijbehorende boeken. Dit principe passen wij in het MCL ook echt toe."

Toepassing in de praktijk

IC-verpleegkundige in opleiding Tiffany Scholte vindt het fijn dat ze al veel aan de slag kan in de praktijk tijdens haar studie. "Voor de lesdagen nemen we alle theorie door. Op de lesdag beginnen we met een toets en kunnen we meteen zien hoe we ervoor staan. Vervolgens kijken we waar de knelpunten liggen, wat de vragen zijn en hoe we de theorie kunnen toepassen in bepaalde casussen. Daarvoor en daarna kunnen we de theorie al vertalen naar de praktijk bij het MCL. Dat spreekt mij enorm aan en is erg waardevol. Je kunt je op deze manier ontzettend goed ontwikkelen en klaarstomen voor het moment dat je zelf IC-verpleegkundige bent."

Ervaring delen

Binnen de IC doet een breed scala aan leerlingen ervaring op. Merkus: "Naast IC-verpleegkundigen in opleiding lopen ook leerlingen van de spoedeisende hulp, cardio care unit, recovery en de hartkatheterisatiekamer tijdens hun opleiding allemaal mee op de IC. Daarnaast ontvangen we ook HBO-v-studenten die de critical care-minor volgen en medewerkers van de Friese IC's die extern stage lopen in het kader van de IC-verpleegkundige opleiding. Het MCL beschikt over een moderne

IC waar veel verschillende ziektebeelden voorkomen. Daardoor kunnen wij onze ervaringen delen met IC-medewerkers van andere Friese ziekenhuizen, zodat zij ook vertrouwd raken met zaken die ze op de eigen IC minder vaak meemaken."

Opleidingstraject

Alleen de IC-verpleegkundigen in opleiding volgen een langdurig en specifiek opleidingstraject binnen de IC. Merkus: "Alles begint met een voorwerkperiode van zo'n drie maanden om wegwijs te worden op de afdeling, te wennen aan het team en de patiëntencategorie. Daarna start de opleiding. We hebben een dynamische IC in het MCL met veel verschillende casuïstieken, dat is heel wat anders dan een verpleegafdeling. In totaal worden de leerlingen zestien tot achttien maanden onder de vleugels genomen om ze klaar te stomen tot IC-verpleegkundige."

Begeleiding

Begeleiding is een ontzettend belangrijk aspect binnen het opleidingstraject. Scholte: "Op de IC krijg je twee begeleiders toegewezen, waarmee je veel samenwerkt. Maar we werken ook met andere collega's samen, dat zorgt ervoor dat we ook andere werkstijlen leren kennen." Merkus vult aan: "De leerling heeft twee leerprocesbegeleiders en daarnaast zijn alle IC-verpleegkundigen in het MCL ook werkbegeleider. Die kunnen allemaal de leerlingen begeleiden als het nodig is. Maar om te zorgen dat de leerlingen terecht kunnen bij een vast contact- en vertrouwenspersoon,

vinden we het belangrijk dat ze twee vaste begeleiders hebben om op terug te kunnen vallen. Wij blijven liever direct in contact met de leerling, dan dat we over hem/haar spreken." Patiënten die op de IC verblijven kunnen zorg krijgen van IC-verpleegkundigen in opleiding. Scholte: "Je hebt tijdens je dienst één patiënt waar je voor zorgt, daarbij is je begeleider je achterwacht. Soms zorgen we gezamenlijk voor één patiënt, maar als het druk is zorgen we voor twee patiënten. Daarbij coacht en begeleidt de begeleider ons en is er ook aandacht voor klinisch

“Je kunt je op deze manier ontzettend goed ontwikkelen en klaarstomen voor het moment dat je zelf verpleegkundige bent.”



redeneren, doorspreken en oefenen." Leerlingen krijgen af en toe ook de ruimte om samen voor één patiënt te zorgen, onder supervisie van een IC-verpleegkundige. Merkus: "Leerlingen kunnen van elkaar ook ontzettend veel leren als je in verschillende fases zit. Ze leggen dingen daardoor uit aan elkaar en gaan beredeneren en toepassen. Onderling kijken ze dan of ze het begrijpen en of het klopt wat ze zien. Heel waardevol." Volgens Scholte zorgt dat stukje 'vrijheid' ook voor nog meer motivatie, verantwoordelijkheid en trots.

Trots

Merkus is trots op het feit dat de IC zich in de volle breedte inzet om mensen op te leiden en mee te nemen in de vaak complexe IC-wereld. "We hebben de afgelopen periode ontzettend veel mensen opgeleid, meer dan ooit tevoren. Dat doen we samen en dat kenmerkt onze IC. Normaal gesproken leidden we twee keer per jaar drie tot vier leerlingen op, nu streven we ernaar om drie keer per jaar vijf op te leiden. Meer dan een verdubbeling dus. Dat maakt soms ook dat je 18 tot 25 leerlingen op de afdeling hebt rondlopen." ■

#teamMCL

Als de leerlingen de opleiding afgerond hebben, kunnen ze direct aan de slag en krijgen een contract voor onbepaalde tijd. Wil jij ook komen werken bij #teamMCL? Of weten hoe het werken op de IC is? Bekijk dan eens onze verhalenpagina via www.mcl.nl/verhalen of volg @about.ic.mcl op Instagram. Kun je direct digitaal rondkijken op jouw eventuele toekomstige werkplek.

Sfeerproeven

Meelopen op de IC en zelf ervaren wat wij je te bieden hebben? Dat kan! Voor meer informatie over het meelopen en de opleiding tot IC-verpleegkundige kun je contact opnemen met de IC via praktijkopleidersic@mcl.nl.

CHECK!

**Samen verantwoordelijk
voor veilig medicijngebruik**

Ooit opgenomen geweest?
Je herkent dan vast dat de
verpleegkundige bij je aan bed
komt om bijvoorbeeld medicatie
toe te dienen of een infuus
aan te sluiten. Maar hoe weet
de verpleegkundige welke
medicatie jij nodig hebt?

tekst Erik Kofman fotografie Menno de Boer

Medicijngebruik in een ziekenhuis is een complex proces. Vanaf de opname tot het ontslag. Hoe zorgt het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) er samen met jou voor dat medicijngebruik op een veilige wijze wordt toegepast? En wat komt hier allemaal bij kijken? De ziekenhuisapothekerk verzorgt de medicijnen voor alle patiënten bij een verblijf in het ziekenhuis. De ziekenhuisapothekers en apothekersassistenten binnen het MCL hebben dan ook een belangrijke taak. Zij werken samen met medisch specialisten en verpleegkundigen en denken mee over de beste toepassing van medicijnen. Medicijnen kunnen door verkeerd gebruik of bijwerkingen schadelijk zijn voor de gezondheid. Patiënten kunnen door foutief gebruik ziek worden of in het ergste geval zelfs overlijden. Nauwkeurige samenwerking tussen alle afdelingen en de ziekenhuisapothekerk is dus cruciaal. Roshna Azad (apotheker in het MCL): "Bij medicatieveiligheid gaat het om veilige zorg voor de patiënt. Het uiteindelijke doel is dat de juiste patiënt de juiste medicatie, in de juiste dosering, op het juiste tijdstip, in de juiste hoeveelheid en op de juiste wijze inneemt of toegediend krijgt."

Medicatieoverzicht

Wanneer patiënten worden opgenomen is het belangrijk om goed in kaart te brengen welke medicijnen er gebruikt worden. Annette van Ojik (ziekenhuisapotheker in het MCL): "Voor alle geplande en ongeplande opnames wordt een medicatieverificatiegesprek gevoerd. Voorafgaand aan een geplande opname wordt de patiënt gebeld of gaat de patiënt eerst langs het medicatiesprek. Hier wordt samen met een apothekersassistent besproken welke medicijnen er gebruikt worden, om een actueel medicatieoverzicht te creëren. Daarbij is het belangrijk dat patiënten ons zo goed en volledig mogelijk informeren. Voor ongeplande opnames is 24 uur per dag, zeven dagen per week, een apothekersassistent op de spoedeisende hulp aanwezig om die gesprekken te voeren. De apothekersassistent zet alle gegevens vervolgens klaar in het dossier, zodat de behandelend arts dit bij een opname direct kan bekijken en beoordelen." Azad vult aan: "Bij die gesprekken maken we gebruik van het Landelijk Schakelpunt, oftewel het digitaal raadplegen van medicatiegegevens. Als

“Het uiteindelijke doel is dat de juiste patiënt de juiste medicatie, in de juiste dosering, op het juiste tijdstip, in de juiste hoeveelheid en op de juiste wijze inneemt of toegediend krijgt.”

patiënten hier toestemming voor hebben gegeven, kunnen we de medicatielijst van de laatste drie maanden, intoleranties, contra-indicaties en allergieën bekijken zoals het bekend is bij de openbare apotheek. Erg belangrijk, op die manier kunnen we alles gericht verifiëren met patiënten en/of zijn of haar naasten. Nog belangrijker is het beoordelen van deze medicatie tijdens de opname, omdat foutief gebruik van medicatie soms ook de oorzaak van de opname kan zijn."

Medicatiebewaking

De ziekenhuisapothekerk levert per dag honderden verschillende geneesmiddelen in verschillende doseringen. Veiligheid, dus alle activiteiten die gericht zijn op het juist voorschrijven, afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen, is daarbij noodzakelijk. Van Ojik: "Het is onze belangrijkste zorg dat het juiste middel in de juiste dosis in de juiste toedieningsvormen op het juiste tijdstip voor de juiste patiënt op de afdeling is. Vanuit de ziekenhuisapothekerk controleren we wat er is voorgeschreven om eventuele fouten te ondervangen. Daarnaast controleren we op interacties tussen geneesmiddelen en op over- en onderdoseringen. Soms is het ook beter om bepaalde medicatie bij bijvoorbeeld zwangerschap of borstvoeding niet voor te schrijven, dat bewaken we allemaal op de achtergrond. Mochten we iets signaleren, dan nemen we contact op met de artsen en geven we advies." Voor hoogrisico-patiënten, zoals intensive care-patiënten, voeren we

daarnaast tweemaal per week een extra medicatiebeoordeling uit. Voor oncologiepatiënten worden alle chemokuren in de ziekenhuisapothekerk gecontroleerd en klaargemaakt. Daarnaast is op de oncologieafdeling een apothekersassistent aanwezig om ter plekke de medicatieverificatiegesprekken te voeren, voorlichting te geven over nieuwe medicatie en zo nodig bij onduidelijkheden te overleggen met de arts. Ook berekenen we bij medicatie voor kinderen alle doseringen handmatig na. Een aantal voorbeelden van onze activiteiten om medicatie zo veilig mogelijk te kunnen gebruiken."

Gezien, gehoord, geholpen

Binnen het MCL vinden we het belangrijk dat patiënten zich gezien, gehoord en geholpen voelen. Dat betekent ook dat patiënten goed betrokken moeten worden bij het medicijngebruik. Azad: "Artsen, verpleegkundigen en apothekersassistenten betrekken de patiënt zoveel mogelijk bij alle gesprekken en blijven gedurende het behandeltraject in gesprek. Dat begint tijdens het eerste gesprek en eindigt bij ontslag. Dan wordt in kaart gebracht wat het actuele medicijngebruik op dat moment is, wat er gewijzigd is tijdens de ziekenhuisopname en waarom de patiënt bepaalde medicijnen gebruikt."

Nog betere informatie over medicatie

Om patiënten en naasten hier nog beter over te kunnen informeren, lopen er een aantal pilots in huis. Van Ojik: "Op de afdeling cardiologie loopt bijvoorbeeld een pilot waarbij een apothekersassistent het afsluitende gesprek voert bij ontslag en het medicatieoverzicht weer actueel maakt. Hierdoor wordt alles ook weer netjes naar de eerstelijnszorg gecommuniceerd. Normaliter voeren artsen of verpleegkundigen dit gesprek, maar het liefst zou je dat vanuit de apotheek graag zelf willen oppakken. Ook om de artsen en verpleegkundigen, die het vaak al druk genoeg hebben, te ontlasten. De apothekersassistent is hiervoor vrijgemaakt en heeft hierdoor tijd voor de patiënt. Het zorgt tevens voor zichtbaarheid en een laagdrempelige benadering voor de patiënt. Twee werkdagen na ontslag neemt de apothekersassistent ook nog even contact op met de patiënt om te vragen of alles duidelijk is. Dit om de patiënt zo volledig en goed mogelijk te kunnen informeren, ook in de periode na het ziekenhuis."

Vragen

Heb jij naar aanleiding van dit artikel vragen of twijfel je over jouw medicijngebruik? Neem dan contact op met jouw huisarts of apotheek. ■



KRACHTEN BUNDELEN VOOR HOOGWAARDIGE COMPLEXE ZORG

FOCUS OP NIEUWBOUW

tekst Jette de Vos fotografie Menno de Boer Illustratie Rianne Minnema

Dakterras

- VIERDE VERDIEPING:** intensive care
- DERDE VERDIEPING:** technische ruimte, garderobe OK
- TWEDE VERDIEPING:** operatiecomplex
- EERSTE VERDIEPING:** dagbehandelingscentrum, endoscopieafdeling
- BEGANE GROND:** reservering SEH, radiologie

Het MCL bouwt de komende jaren aan een innovatief nieuw ziekenhuis, zodat het MCL als topklinisch (STZ) ziekenhuis ook in de toekomst hoogwaardige en innovatieve patiëntenzorg kan blijven leveren. Het ziekenhuis bouwt in stappen. Het eerste gebouw met onder meer de IC, het operatiecomplex en onderzoeksruimtes moet in 2025 klaar zijn voor gebruik.

Dat bouwen in stappen is een heel bewuste keuze. De zorg verandert snel. Dat heeft ook invloed op bijvoorbeeld het aantal bedden voor de toekomst. Door steeds een nieuw onderdeel op te pakken en niet te starten met een blauwdruk voor het hele ziekenhuis, creëert het MCL ruimte om de plannen steeds aan te passen op wat er op dat moment nodig is. Flexibel bouwen dus, waardoor het MCL als het wordt opgeleverd ook echt aan de laatste moderne zorgvragen kan voldoen. In 2040 - 2045 is de complete nieuwbouw voor alle klinieken, poliklinieken en ondersteunende afdelingen afgerond.

Het MCL wordt een compacter ziekenhuis. In 2025 staat er naast de huidige spoedeisende hulp een nieuw gebouw van vier verdiepingen. De IC, OK, scopieafdeling en dagbehandeling worden hierin gehuisvest. Het vernieuwen van de verpleegkamers van de intensive care, de dagbehandeling en de operatiekamers is noodzakelijk om ook in de toekomst topklinische zorg te kunnen blijven leveren. Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen bij de nieuwbouw? En wat levert dit patiënten en medewerkers op? Christiaan Hoff (vice-voorzitter stafbestuur, medisch bestuurder en chirurg), Peter Egbers (intensivist) en Nynke Bruins (intensivist) lichten toe.

Innovatief gebouw

Een compacter ziekenhuis met meerdere etages boven elkaar maakt de patiëntenzorg een stuk efficiënter. Door het operatiecentrum, de intensive care (IC) – afdelingen die veel met elkaar te maken hebben – te bundelen in één innovatief en toekomstbestendig gebouw, wordt samenwerking beter en daarmee de kwaliteit van zorg hoger. Het nieuwe gebouw komt naast de huidige spoedeisende hulp te staan. Met het naast elkaar bouwen van de scopieafdeling en dagbehandeling op de eerste verdieping ontstaat een patiëntvriendelijk en efficiënt dagbehandelcomplex.

Kwaliteitsslag

Helemaal bovenin het gebouw op de vierde verdieping komt de IC, op de verdiepingen daaronder het operatiecentrum, de dagbehandeling en scopieafdeling. In een volgende stap, na 2025, komen de spoedeisende hulp en radiologie op de begane grond. Door deze behandel- en onderzoekscentra en het operatiecentrum te combineren, maakt het ziekenhuis een enorme kwaliteitsslag. Christiaan Hoff (vice-voorzitter stafbestuur, co-bestuurder en chirurg): “De kwaliteit gaat

omhoog doordat processen die patiënten doorlopen op dezelfde plek gaan plaatsvinden. Nu moet je als patiënt naar verschillende afdelingen in het gebouw. Straks zijn deze afdelingen bij elkaar. Door deze combinatie versnellen we het zorgproces en verbeteren we de zorg. Daar maken we het verschil. We maken patiënten minder patiënt. Je kunt lopend naar de behandelkamer en snel weer naar huis.”

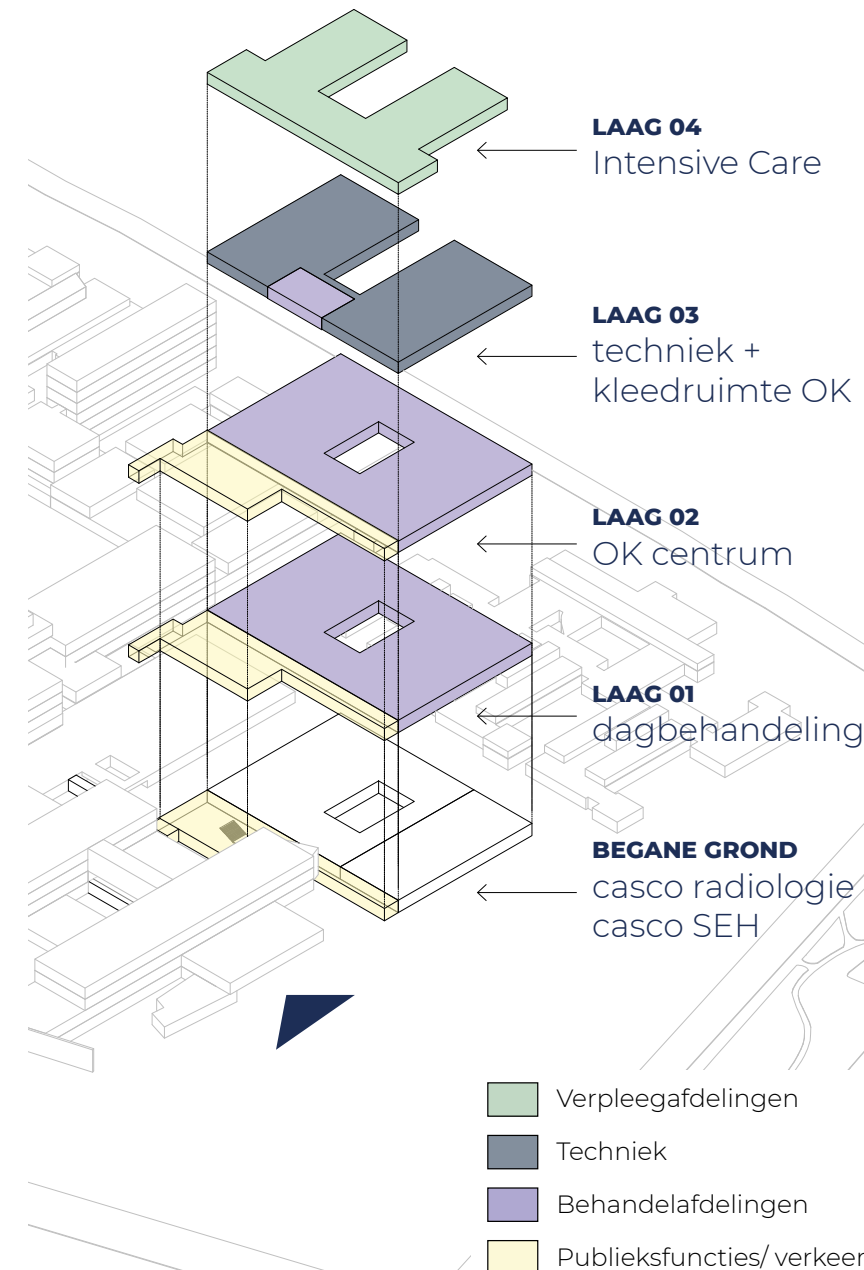
Expertise dichtbij

De nieuwbouw is de ultieme kans om met name de anesthesiologische faciliteiten te verbeteren. Doordat de anesthesie bij de scopieafdeling in de buurt komt, is het voor de anesthesist veel laagdrempeliger om mee te kijken bij een endoscopische ingreep. Christiaan: “Hierdoor zorg je er makkelijker voor dat een anesthesist even meekijkt bij twijfel. De expertise is dichtbij. Dit verlaagt de drempel om meer onderzoeken onder narcose te doen. Dit is nu meer uitzondering dan routine. Bepaalde voor de patiënten vervelende onderzoeken onder narcose kunnen uitvoeren, betekent direct meer kwaliteit en comfort voor de patiënt. Dat is winst.”

Daktuin

Dat de nieuwe IC op de bovenste verdieping komt, is een bewuste en bijzondere keuze, die je in Nederland niet vaak ziet. Meestal wordt deze ruimte gereserveerd voor technische installaties. Dat bij het MCL juist daar de IC mét daktuin komt, maakt het uniek en vernieuwend. “Wij doen dingen een beetje anders dan andere IC’s”, vertelt intensivist Peter Egbers. “Zo vinden we het belangrijk dat patiënten, zeker zij die hier lang liggen, zo nu en dan naar buiten kunnen. Even de wind door hun haar voelen. Dat is zo belangrijk en heeft aantoonbaar een helend effect op de patiënten.” Nu gaan patiënten ook wel naar buiten, maar is dat vaak een behoorlijke klus voor de verpleging.

FUNCTIONELE OPBOUW NIEUWBOUW OK EN IC



Ruimte en comfort

Medewerkers van het MCL zijn intensief betrokken bij het ontwerp. Binnen de mogelijkheden die er zijn worden de wensen en ideeën van de medewerkers toegepast. Er komt veel meer ruimte en daglicht op de IC. Nynke Bruins (intensivist): “Er komen bijvoorbeeld eenpersoonskamers en meer ruimte en comfort. Ook kunnen patiënten makkelijker familie ontmoeten en komt er de mogelijkheid tot rooming in bij delirante patiënten en ernstig zieke patiënten. ‘Buurpatiënten’ zullen hier geen last van hebben.” Dit zijn vooral voordelen voor de patiënten. Bij de bouw is ook rekening gehouden met de werkomstandigheden en hoe die zo goed mogelijk vormgegeven kunnen worden voor de medewerkers. Als het allemaal lukt, komen er tussen de eenpersoonskamers deuren waardoor medewerkers makkelijker van de ene patiënt naar de andere kunnen.

Nog belangrijker is volgens Nynke de extra ruimte in de kamers waardoor zorgverleners makkelijker bij de patiënt kunnen om zorg te verlenen én bij alle apparatuur kunnen komen. “Dat zou een hele verbetering zijn. Tussen twee kamers komt steeds een kleine balie waar we met elkaar en met co-assistenten de patiënt kunnen bespreken, terwijl we tegelijkertijd ook zicht op hem of haar houden door een raam en via een scherm.” Daarnaast wordt de nieuwe IC een ‘stille IC’, waar de piepjes en geluidjes die je normaal veel hoort op verpleegafdelingen verleden tijd zijn. Alarmsignalen komen rechtstreeks binnen op draadloze apparatuur die de medewerker bij zich heeft. Dit is minder stressvol en veel rustiger voor de patiënt. En wat volgens Nynke zowel belangrijk is voor patiënten als voor medewerkers is de aanwezigheid van veel meer daglicht. “Dat draagt zeker bij aan het werkplezier.” Als het uiteindelijk ook lukt om het gebouw zo vorm te geven, zoals de architect het nu met de medewerkers heeft bedacht en uitgewerkt, maakt het MCL een grote sprong voorwaarts. In technologie en behandelmogelijkheden, maar ook in patiëntvriendelijkheid en wordt het een plek waar medewerkers met veel plezier hun werk kunnen doen. ■

"NU MOET JE ALS PATIËNT NAAR VERSCHILLENDE AFDELINGEN IN HET GEBOUW. STRAKS ZIJN DEZE AFDELINGEN BIJ ELKAAR."



Meer informatie
www.mcl.nl/nieuwbouw

ONDERZOEK BIJ ORTHOPEDIE: WETENSCHAP ALS HOOFDZAAK

Tot de speerpunten van MCL horen - naast patiëntenzorg - wetenschap en opleiding. Het MCL is immers één van de 26 STZ-ziekenhuizen in Nederland. De Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen bieden patiënten hoogwaardige topklinische zorg en verzorgen de opleidingen van medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals.

tekst Frits Mostert illustratie Menno de Boer

Binnen het MCL is de MCL Academie de spil van wetenschap en onderwijs. Alle specialismen in het MCL zijn betrokken bij patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie. Bij drie specialismen is wetenschappelijk onderzoek een extra belangrijk taakgebied. Internist Mels Hogendoorn, longarts Anneke ten Brinke en orthopeed Wierd Zijlstra hebben vanuit het MCL ondersteuning gekregen om als hoofdonderzoeker aan de slag te gaan en worden daarbij ondersteund door een promovendus.

Doeners

Van de medisch specialismen in een ziekenhuis staan orthopeden wellicht bij velen vooral bekend als echte doeners. Daar zit natuurlijk een kern van waarheid in, maar de orthopedie in het MCL houdt zich daarnaast ook nadrukkelijk bezig met wetenschap. Met Dr. Wierd Zijlstra aan het roer houdt de orthopedie in het MCL zich bezig met een reeks verschillende onderzoeken. Het onderzoek

hoort echt bij het MCL, vindt Zijlstra. "We zijn een STZ-ziekenhuis. Daar horen wetenschap en innovatie bij. Je doet het voor het voordeel van de patiënt."

Innovatieve boor

Het onderwerp innovatie komt deels voor rekening van orthopeed en traumatoloog Bas de Hartog, legt Zijlstra uit. Dat doet hij met de 'slimme boor'. Zijlstra: "We plaatsen als orthopeden vaak platen en schroeven om botten te repareren. Bijna te vergelijken met een thuisklusser. Je moet de lengte van de schroef meten. Daar is nu een soort tastaakje voor waarmee je de lengte van de schroef bepaalt. Die uitkomst is niet altijd goed. Een schroef die uitsteekt kan spieren en pezen beschadigen. Met geavanceerde software op de boor kan nu worden bepaald wat de ideale lengte van de schroef is. Zo kun je accurater en veiliger boren. Je verspilt ook minder doordat je geen schroeven die te lang zijn hoeft weg te gooien. Daar zit een kostenoverweging in. Maar je wilt ook dat het



"WE ZIJN EEN STZ-ZIEKENHUIS. DAAR HOREN WETENSCHAP EN INNOVATIE BIJ. JE DOET HET VOOR HET VOORDEEL VAN DE PATIËNT."

in één keer goed is natuurlijk." De Hartog heeft samen met Delftse technici een bedrijf gestart (Slam Orthopedic) waarmee nu de eerste praktijkonderzoeken op kadavers worden gedaan. Zijlstra: "Daarmee willen we kunnen aantonen of de accuratesse van de boor goed is. Op basis van plastic bot is dat al zo. Het is preciezer dan we hadden." Er is een stimuleringssubsidie toegekend door het Medisch Specialistisch Bedrijf van het MCL om het verder uit te bouwen. Het onderzoek loopt dus nog, waarbij een geneeskundestudent nu in het MCL onderzoekt wat de besparing zou kunnen zijn doordat er minder schroeven worden verspild.

Infecties

Ook infecties van prothesen zijn een onderzoeksonderwerp, en bovendien erkend als STZ-speerpunt van het MCL. Binnen NINJA, een noordelijk regionaal samenwerkingsverband (www.ninja-noord.nl), zijn de protocollen bij behandeling van deze complicatie gestandaardiseerd, zodat overdracht bij ernstiger complicaties gemakkelijk verloopt. De aangesloten ziekenhuizen verzamelen ook data om op die basis wetenschappelijk onderzoek te doen. Zijlstra: "Dat heeft geleid tot wetenschappelijke artikelen die bijdragen aan de verbetering van de prothesezorg. We gebruikten bijvoorbeeld oplosbare antibioticamatjes als we de heup spoelden, maar het bleek dat dat helemaal geen zin heeft. Twee keer spoelen leidt in een groot aantal gevallen tot het gewenste resultaat, de eradicatie van de infectie." Het Noordelijke protocol is in het Engels vertaald en is recent internationaal gepubliceerd in 'Arthroplasty'. Binnen het MCL werkt de groep nauw samen met de internist-infectiologen en de medisch microbiologen.

Total hip

De total hip (heupprothese, 'nieuwe heup') is een ingreep die in Nederland zo'n 25.000 keer per jaar wordt uitgevoerd. Er zijn veel gegevens over vastgelegd. Want sinds 2007 worden in Nederland alle heup- en knieprothesen geregistreerd in het Landelijk Register Orthopedische Implantaten (LROI). Later volgden ook schouder-, enkel-, elleboog- en vingerprothesen. Het register is opgezet door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

Het was oorspronkelijk bedoeld als een veiligheidsinstrument voor langetermijnfollow-up voor geplaatste prothesen. In de praktijk is het ook een belangrijke bron voor wetenschappelijk onderzoek. Bart van Dooren is basisarts, met de ambitie om orthopeed te worden. Hij werkt nu als onderzoeker-promovendus en is één van de mensen in het MCL die vanuit zo'n functie de wetenschap steunen. Hij wordt niet alleen begeleid door Dr. Wierd Zijlstra, maar ook door Dr. Rinne Peters, die als co-promotor bij zijn onderzoek is betrokken. Peters volgde eerder een enigszins vergelijkbaar promotietraject in het MCL.

Kogelgewricht

Het promotieonderzoek van Bart van Dooren richt zich op drie deelgebieden van de kennis rond de heupprothese. Hij baseert zijn onderzoek op gegevens uit LROI. Eén onderzoek is naar is de Dual Mobility Cup. Deze is erop gericht om complicaties te voorkomen, met name heupluxatie ('heup uit de kom'). "Ik doe met name onderzoek naar de overleving van dit type cup, dus hoe lang zo'n cup meegaat", legt Van Dooren uit, "en welke problemen zich voordoen in vergelijking met de meer conventionele behandeling." Een 'gewone' heupprothese bestaat uit een kom waar een bol in past – de heup is immers een kogelgewricht. De Dual Mobility Cup bestaat uit een kleine bol, die in een grote bol kan draaien, die op zijn beurt weer in de kom draait ('dual mobility'), waardoor er meer bewegingsvrijheid is en de kans op luxatie sterk verkleint. Het onderzoek is nog in volle gang en de eerste resultaten komen naar verwachting over ongeveer een jaar beschikbaar.

Operatietechniek

Een tweede deelgebied van het onderzoek richt zich op de chirurgische benadering bij de operatie. Een heupprothese kan via de 'zijkant', 'voorkant' en 'achterkant' geplaatst worden. De laatste aanpak heeft in het MCL de voorkeur, maar in Nederland vinden alle werkwijzen brede toepassing. Van Dooren onderzoekt de 'direct superieure benadering' (DSA), een minimaal invasieve vorm van de klassieke achterste benadering, waarmee al ruime

ervaring is opgedaan in het MCL. De vroege resultaten laten een hoge patiënttevredenheid zien, een kortere opnameduur, en minder kans op luxatie. Van Dooren gaat verder naar de landelijke uitkomsten van de DSA kijken op basis van LROI registerdata. Ook Baukje Dijkstra, wetenschappelijk onderzoeker bij de orthopedie, houdt zich bezig met de resultaten van de DSA, mede dankzij een subsidie van het MCL Wetenschapsfonds.

Botbreuken rond de prothese

Van Doorens derde onderzoekslijn richt zich op de periprothetische fractuur: een botbreuk rond de heupprothese. Dat kan bijvoorbeeld na een val gebeuren. Deze problematiek komt steeds vaker voor. De prothese kan los gaan zitten en meer dan eens is heroperatie nodig. "Vaak moet je de heup er uit halen en een nieuwe terugplaatsen", zegt Van Dooren. "Dan heb je vervolgens weer de optie om de prothese terug te plaatsen met of zonder cement." Botcement is een kunststofmateriaal, een verre verwant van plexiglas, waarmee de onderdelen van de heup aan het bot worden 'vastgelijmd'. Bij een operatie zonder

botcement wordt de prothese stevig vastgezet in het bot en groeit het bot er vervolgens omheen, waardoor de prothese nog steviger vast komt te zitten. Van Dooren onderzoekt welke van deze twee werkwijzen bij een periprothetische fractuur het beste resultaat geeft. Van Dooren richt zich in het eerste jaar van zijn aanstelling als promovendus bij het MCL volledig op het onderzoek. "Ik zie nu vooral data, en geen patiënten; en dat mis ik wel een beetje. We bekijken of ik in de toekomst het onderzoek met wat meer artsenerk kan combineren." Maar het onderzoek doen bevalt hem: "Anders dan artsenerk. Het moet je liggen, maar ik vind het zeker leuk. De begeleiding vanuit de universiteit en het MCL zijn goed." De wetenschappelijke ambitie van MCL spreekt hem wel aan. "Het is voor mij geen bijzaak meer; het is echt hoofdzaak op dit moment." Van Dooren: "We hopen met ons onderzoek landelijk maar ook internationaal een beeld aan orthopeden te verschaffen welke prothesen het beter doen, en welke operatietechniek. Daarmee hoop je op de langere termijn de uitkomst van alle operaties die gedaan worden te verbeteren, en het risico op complicaties voor patiënten te verminderen." ■



‘Naadloze nazorg’ voor
kankerpatiënten is
pure
kwaliteitszorg

Verpleegkundig consulenten oncologie van het MCL verlenen sinds een paar maanden ook nazorg aan kankerpatiënten thuis. Het ziekenhuis werkt daarvoor samen met thuiszorgorganisatie Allertzorg Care for Cancer. Gedurende het hele traject van ingreep tot en met nazorg ziet de patiënt nu dezelfde verpleegkundig consulent en dat bevalt uitstekend. Het project loopt vanaf juli 2021 bij de kankerpatiënten van de gastro-enterologie en wordt nu ook uitgebreid naar de nazorg voor borstkankerpatiënten.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer





“Patiënten zijn er erg gelukkig mee dat ze dezelfde *vertrouwde gezichten* gedurende het hele traject blijven zien.”

“We willen de verpleegkundige nazorg anders organiseren”, zegt projectleider en teammanager Heleen Nap. “Daar zijn genoeg aanleidingen voor. De oncologische zorg stijgt elk jaar met twee procent en dan moet je blijven kijken naar efficiënte en betere zorg, anders kun je het werk over een paar jaar niet meer aan. De zorg die in het ziekenhuis moet gebeuren, blijft natuurlijk. Maar we zagen kansen om de nazorg bij patiënten thuis, door onze eigen verpleegkundig consulenten te laten doen, onder de hoed van Allerzorg Care for Cancer. Dat leek ons voor beide partijen financieel handig. Maar bovenal zagen we het als mooie kans om de kwaliteit van zorg voor de patiënten te verbeteren. Dat blijkt nu ook in de praktijk. Het is ‘lijnloze’ of naadloze nazorg. Patiënten zijn er erg gelukkig mee dat ze dezelfde vertrouwde gezichten gedurende het hele traject blijven zien.”

Spanning

De samenwerking met Care for Cancer betreft vooralsnog alleen patiënten die geopereerd werden aan gastro-enterologische vormen van kanker. De verpleegkundig consulenten voor deze groep patiënten zijn Merel Kronemeijer en Janneke Wiegiersma. Hun werk is met de thuisbezoeken sterk veranderd en dat vindt Merel een voordeel. “De gesprekken verlopen heel anders. Logisch ook, want als een patiënt naar het ziekenhuis moet, is dat spannender voor hen dan als ze gewoon thuis in hun vertrouwde omgeving zitten. Ze praten dan makkelijker en vertellen meer. Dan komt eerder naar voren waar het bij de patiënt echt om draait en waar ze mee zitten. We zien bovendien hoe de patiënt leeft, we zien de partner en we merken hoe het thuis gaat. Eventuele problemen die er zijn, ook op sociaal vlak,

komen meer naar voren. Zo zag ik laatst een patiënt bij wie de problematiek niet duidelijk was toen ik haar in het ziekenhuis sprak. Maar toen ik bij haar thuis kwam zag ik direct dat de omgeving niet zo schoon was en haar man zat er steeds bij. Ik voelde een ontzettende spanning tussen die twee. In het ziekenhuis was haar man nooit meegekomen en hij bleek ook onderliggend lijden te hebben. Dat beïnvloedde de onderlinge relatie en had een negatieve impact op haar toestand en op de verwerking van wat ze zelf had meegemaakt. In het ziekenhuis praat je daar niet zo snel over. Het is heel privé. Maar thuis kun je daar niet omheen. Het is een beetje zoeken hoe we met die extra informatie omgaan en wat we ermee doen. Dat varieert per patiënt. In dit geval heb ik met de patiënt gewerkt aan meer bewustwording. Ze ziet zelf ook in dat ze iets met haar privé-situatie moet. Kijk, in het MCL ben ik verpleegkundige, doe ik mijn werk en wil ik ook resultaten zien. Maar bij een thuisbezoek zit ik soms een uur met iemand te praten en in het begin twijfelde ik een beetje over de meerwaarde daarvan. Maar naderhand blijkt dat mensen er echt veel aan hebben en blij zijn dat ik geweest ben. Ik heb dus niet eens zoveel ‘meetbaars’ gedaan, maar ik bied wel structuur of psychologische steun. We kunnen met de huisarts overleggen over vervolgcities of de inzet van maatschappelijk werk. En natuurlijk kunnen we eventueel wat vanuit het ziekenhuis opstarten of aanvragen. Ik heb mensen ook wel verwezen naar oncologische revalidatie waar patiënten via bepaalde programma’s hun balans weer kunnen vinden. Het is belangrijk te realiseren dat wij verpleegkundigen zijn en dat het onze taak is om goed te analyseren, te onderkennen waar precies de problemen bij een patiënt liggen en te weten waar je naar kunt verwijzen. Die vaardigheden zijn wel intensiever geworden.” Binnenkort worden er twee verpleegkundig consulenten aan het team toegevoegd. Zij werken met dezelfde patiënten als waar Merel en haar collega Janneke Wiegiersma

mee werken, maar zij doen dat in het voortraject, dus de tijd van eerste onderzoeken tot de diagnose bekend is. Heleen: “Twee verpleegkundig consulenten voor dit werk is te weinig. We streven nu echt naar vier dagdelen in de thuissituatie. Dan heb je meer mensen nodig, want dit is Friesland. De afstanden kunnen groot zijn en onze patiëntengroep is omvangrijk. We zien ongeveer 250 patiënten per jaar. Met zijn vieren kunnen we de verschillende gebieden zo verdelen dat de reistijd per consulent beperkt blijft. En een kwaliteitsvoordeel is dat ze met zijn vieren deze patiënten het hele traject van diagnostiek, operatieve fase en nazorg begeleiden. Dat is een groot pluspunt.”

Besef

De samenwerking met Care for Cancer wordt in het ziekenhuis nauwlettend gevolgd. Heleen: “Wij bieden deze zorg nu standaard aan, maar er zijn meerdere vakgebieden met oncologische patiënten die aan de zijlijn geïnteresseerd toekijken. Bij de groep borstkankerpatiënten starten we binnenkort ook met nazorg in de thuissituatie en de oncologische gynaecologie is eveneens geïnteresseerd om samen met Allerzorg Care for Cancer de nazorg te organiseren.” Merel: “Goede nazorg geven is zó belangrijk. De ziekte kanker wordt in het ziekenhuis behandeld maar thuis beleefd, zegt men wel eens. En dat klopt. Eenmaal thuis realiseren mensen zich echt wat er gebeurd is en wat het voor ze betekent. De hectiek in het ziekenhuis biedt daarvoor te weinig ruimte. Daar is alles erop gericht om te behandelen en de patiënt zo snel mogelijk weer thuis te krijgen. Maar dan zit de patiënt weer thuis en komt het besef. Hun leven staat op zijn kop. Vaak gaan ze anders in het leven staan, dingen anders waarderen en beleven. Daar kunnen we de patiënten enorm bij helpen. Wat wij nu doen is een belangrijke ontwikkeling. Zeker met het oog op de toekomst, waar we alleen maar meer oncologische patiënten verwachten.” ■

PILOT ONDER VOORMALIGE
IC-PATIËNTEN GESTART IN MCL

Spelenderwijs herstel na een IC-opname

Na een opname op de intensive care (IC) wil je als patiënt zo snel mogelijk herstellen. Spieren verzwakken in een mum van tijd en dat zorgt voor een lang herstelproces van maanden tot zelfs jaren. Op dit moment richt het fysieke herstel zich op bijvoorbeeld weer leren zitten, staan en lopen. Maar digitalisering in de zorg is niet meer weg te denken. Daarom besloot Lise Beumeler, promovenda 'Herstel na IC-opname' binnen MCL, te onderzoeken hoe digitale middelen bij kunnen dragen aan het IC-hersteltraject. Samen met Leeuwarder bedrijf 8D Games ontstond het idee om serious gaming en Virtual Reality (VR) in te zetten.

tekst Tim de Jong fotografie Menno de Boer

Ontsnappen aan de werkelijkheid

Een jaar na de operatie werd Simon Hazenberg uit Grou (72) door Beumeler gevraagd of hij een jaar lang gevolgd mocht worden. In eerste instantie om zijn waarden te monitoren voor onderzoek naar hoe mensen herstellen na een IC-opname. Totdat hij een telefoontje kreeg met de vraag om mee te doen aan een eendaags experiment. Simon vertelt over deze dag: "Voor me stond een groot scherm, waarbij iedere

beweging die ik maakte door een schaatsend poppetje werd gevolgd. Ik maakte zwaaiende bewegingen van links naar rechts en moest zelfs bukken voor de brug. Het was net alsof ik degene was die over het ijs bewoog. Je vergeet dat je beweegt, terwijl je de balans en spieren traint." Ontsnappen aan de werkelijkheid is de clou, laat Anja weten. "Iemand is even in een andere wereld en dat werkt motiverend. Ongemerkt kan iemand namelijk meer dan diegene in eerste instantie denkt."



ANJA VAN WIEREN, IC-VERPLEEGKUNDIGE en FYSIOTHERAPEUT binnen het MCL, vertelt: "Op de **NAZORGPOLI** zien we regelmatig mensen met **FYSIEKE, MENTALE en COGNITIEVE** problemen. Dit wordt ook wel het **POST-INTENSIVE CARE SYNDROOM** genoemd (PICS). Daarom hebben we gekeken naar wat we **EX-IC-PATIËNTEN** nog meer kunnen bieden. Vanuit deze gedachte onderzoeken we hoe **VIRTUAL REALITY** ingezet kan worden als aanvulling op het huidige **REVALIDATIETRAJECT**."

Toekomstmuziek

Als het aan Simon ligt zit er toekomstmuziek in deze digitale ontwikkeling: "Het houdt je scherp of het maakt je weer een beetje scherp. En het nodigt uit om oefeningen te doen. Vooral de lol dat sommige dingen nog niet lukken, doet je vergeten waar je eigenlijk mee bezig bent; het herstellen na een opname op de IC."

Vervoltraject

"We onderzoeken op dit moment wat op de IC haalbaar is en welk effect deze techniek heeft op het fysieke en mentale functioneren. Het met een VR-bril op maken van een puzzel is iets waar we nu mee experimenteren. Met de bril zie je een huiskamer met puzzelstukjes. Door je handen over de tafel te bewegen, kun je de juiste stukken op zijn plek leggen. Het spel kan zittend uitgevoerd worden, waardoor het ook in de vroege revalidatie inzetbaar is. Hoe en wanneer we deze techniek in de praktijk gaan gebruiken is nog onduidelijk, maar ik ben er zelf erg enthousiast over," aldus Anja. ■

"Vooral de lol dat sommige dingen nog niet lukken, doet je vergeten waar je eigenlijk mee bezig bent; het herstellen na een opname op de IC."

De kracht van 'comfortgericht' communiceren

Spanning, angst- en pijngevoelens bij patiënten kunnen verminderen en wellicht zelfs worden vermeden door een andere manier van communiceren. Met deze 'comfortgerichte' communicatie is ervaring opgedaan in het Amerikaanse Boston, maar ook in het Deventer ziekenhuis. Klinische psychologen Jo-Anneke Pelinck en Josta Hofstee zijn ervan overtuigd dat het een meerwaarde kan hebben in het MCL.

tekst Rogier Verhagen illustratie Menno de Boer



Iedereen kent wel het placebo-effect; dat je denkt een werkzaam pilletje te krijgen terwijl het in feite een pil zonder werkzame bestanddelen is. Het geloof in die pil zorgt er al voor dat je je beter gaat voelen. Maar dit geldt ook andersom. Een negatief verwachtingseffect heeft eveneens grote invloed op hoe mensen dingen beleven. Als patiënten bij hun chemokuur verwachten dat ze zwaar misselijk worden, is de kans groter dat ze zich ook daadwerkelijk zo gaan voelen. Dit heet het 'nocebo-effect'. "Placebo- en nocebo-effecten zijn eigenlijk de standaard situaties. Zij weerspiegelen het normale menselijk gedrag", vindt Josta Hofstee. "Taal zet je hersenen op scherp. Als je weet dat er gevaar dreigt, gaan je hersenen zich daarop voorbereiden. Als je zegt 'nu komt de pijn', reageert het lichaam en maakt het zich klaar om die pijn op te vangen. Je neemt de pijn beter waar en dat pijngevoel overheerst dan."

Verwachtingspatroon

Hofstee en haar collega Jo-Anneke Pelinck behandelen patiënten die naar de medische psychologie worden verwezen omdat ze angstig zijn voor het ondergaan van medische ingrepen zoals het krijgen van een injectie of een scan. Pelinck: "Sommige mensen zijn echt zo oncomfortabel dat ze niet meer naar het ziekenhuis durven. Soms wordt een behandeling onderbroken of vermeden omdat de patiënt té gespannen is." Wat Hofstee en Pelinck willen en wat ook werkt, zo blijkt uit ervaringen in Boston en in het Deventer ziekenhuis, is de communicatie op een andere manier insteken. Positiever. Deze comfort gerichte communicatie is gebaseerd op traditioneel hypnotisch taalgebruik waar je de bewoordingen gebruikt naar de wenselijke situatie. Hofstee: "Je voorkomt de woorden waarvan je verwacht dat dat een nocebo-effect geeft. Je informeert de patiënt op een kalme manier naar waarheid over een behandeling en gebruikt er bewoordingen voor die neutrale of positieve associaties bij de patiënt teweegbrengen. Een simpel voorbeeld is: 'ik ga je een injectie geven'. Iedereen in Nederland weet: een injectie, dat doet pijn. Maar als je zegt: 'ik ga

het medicijn toedienen', dan is dat positiever. Dat activeert een ander verwachtingspatroon dan 'pijn'. Want hopelijk wordt het met dat medicijn beter, dus dan gaat het verwachtingspatroon van de patiënt de andere kant op. Daarmee is het mogelijk om angst- en pijngevoelens van patiënten zo laag mogelijk te houden. Als je eenmaal deze communicatietechniek onder de knie hebt, vergt het weinig energie, maar kan het enorm veel opleveren."

Groene pijn

Hofstee beseft dat het overgaan op een comfortgerichte communicatie een complete omslag binnen het MCL betekent. Hofstee: "Het klinkt best lastig en dat heeft te maken met een zeker automatisme om vrijwel altijd de nadruk te leggen op de negatieve kant van zaken. Maar zeg nu zelf: het klinkt beter als je zegt: je hebt 90% goed, dan dat je zegt je hebt 10% fout. Maar het is meer dan het taalgebruik alleen. Ook houding en symbolen zijn belangrijk. In coronatijd waren in het ziekenhuis wachtkamers deels afgesloten met grote rode kruizen. Voor een patiënt die alleen maar die rode kruizen ziet, kun je verwachten dat dat spanning verhogend werkt. Terwijl, als je een groene pijn plaatst die zegt 'gaat u hier maar zitten',

dan zeg je hetzelfde maar het heeft een heel ander effect op mensen. Een ander belangrijk punt is 'spiegelen', het aannemen van de houding van degene die tegenover je zit. Het voelt misschien wat tegen-intuïtief, want als iemand boos naar voren leunt, ben je geneigd rustig achterover te buigen tot de bui over is. Maar ga je meedoen in die houding, dan voelt iemand zich eerder begrepen en komt wellicht ook eerder tot rust. Dan gaat het gesprek meer waar het over moet gaan. Ook kunnen we virtual reality-filmpjes laten zien met ontspanningsoefeningen. Zo laat je zien wat iemand kan verwachten en hoe iemand zo ontspannen mogelijk kan worden, of zelfs afgeleid kan worden als bijvoorbeeld een infuus wordt aangeprikt."

“Als patiënten bij hun chemokuur verwachten dat ze zwaar misselijk worden, is de kans groter dat ze zich ook daadwerkelijk zo gaan voelen.”

Minder herhaalconsulten

In Nederland komt volgens Hofstee steeds meer aandacht voor comfort-gericht communiceren "In Boston verricht hypnotherapeut Elvira Lang er veel onderzoek naar. Met verrassende resultaten. Daar worden bijvoorbeeld veertig procent minder MRI's afgebroken als gevolg van angst bij de patiënten. Spanningsreductie is ook erg belangrijk. Als mensen te gespannen een gesprek met hun arts voeren, weten we dat de patiënt maar zo'n 15% van dat gesprek onthoudt. Een naar bericht blijft altijd een naar bericht, maar als de sfeer meer ontspannen is, stijgt de kans dat een patiënt meer van het gesprek meekrijgt. Herhaalconsulten zijn dan ook minder nodig omdat de patiënt het de eerste keer al begrepen heeft. Het kan dus heel wat opleveren." Pelinck en Hofstee kijken vooral naar de ervaringen in het Deventer ziekenhuis, dat al een jaar of tien bezig is met comfort-gerichte communicatie. "Mensen zijn naar Boston gegaan om zich erin te scholen en hebben dat vervolgens in het ziekenhuis geïmplementeerd. Het is mooi om te merken dat men door het hele ziekenhuis heen bezig is met deze manier van communiceren. Wij hebben hetzelfde voor ogen. Een cultuur creëren waarin het gewoon wordt om met elkaar zo te praten, met patiënten, met elkaar. Het moet echt onze taal gaan worden."

Teach the teacher-training

Sinds afgelopen najaar voerden Hofstee en Pelinck gesprekken met management, met zorgeenheden, met dokters en verplegend personeel om meer draagvlak te krijgen voor comfortgerichte communicatie en om uit te zoeken wat de mogelijkheden zijn. De reacties zijn hoopgevend. Hofstee: "Na een presentatie van Jo-Anneke ging haar boodschap als een lopend vuurtje door het ziekenhuis. Diverse verpleegkundigen en specialisten vroegen om meer informatie. Er zijn al veel mensen in het MCL enthousiast, waaronder de afdeling communicatie en de MCL-academie die bereid zijn ons te helpen om dit op te zetten, vooral ook het organisatorische deel. Een groep enthousiaste psychologen, medisch specialisten, verpleegkundigen en pedagogisch medewerkers wordt de kerngroep. Inmiddels zijn we op het punt gekomen dat we trainers moeten gaan trainen die dit in het hele ziekenhuis gaan uitdragen. A la de 'teach the teacher'-trainingen. Daarvoor komt een aantal trainers langs die in Amerika zijn opgeleid. Uiteindelijk moet deze vorm van communicatie normaal worden in het ziekenhuis. Het vergt een cultuuromslag maar ik geloof dat we er allemaal beter van worden." ■



ZORG BIEDEN BIJ EEN WONDERLIJKE GEBEURTENIS

DIVERSITEIT EN ONVOORSPELBAARHEID. MOMENTEN DIE VOOR KIPPENVEL ZORGEN. GETUIGE ZIJN VAN IETS WONDERLIJKS EN DAARBIJ VAN GROTE WAARDE KUNNEN ZIJN. HET VAK VAN **OBSTETRIEVERPLEEGKUNDIGE** IS ERG BIJZONDER. **MANON TABAK - DE HAAN** EN **MARJAN HOEKSTRA - JONKER**, BEIDEN VERPLEEGKUNDIGEN DIE DE OBSTETRIE-OPLEIDING DOEN, VERTELLEN OVER HUN LIEFDE VOOR HET VAK EN WAT HET WERKEN IN HET VROUW-, MOEDER- EN KINDCENTRUM VAN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN ZO MOOI MAAKT.

tekst Leanne Wink-Miedema fotografie Piet Douma



"Je komt iedere keer weer in aanraking met andere mensen en andere situaties."

Manon begon al in 2009 met werken in het MCL, op de geriatrie-afdeling, maar is pas sinds augustus 2021 te vinden op verpleegafdeling E van het moeder- en kindcentrum. Ze had altijd al een sterke kinderwens en het hele gebeuren rondom zwangerschappen vindt Manon iets wonderbaarlijks. "Het leek me mooi om iets in dat proces te kunnen betekenen", zegt ze over de keuze om de overstap naar de verloskunde te maken. Terwijl ze nog werkzaam was bij de geriatrie, liep Manon al een dagje mee op afdeling E. Haar interesse werd die dag alleen maar sterker, met uiteindelijk de overstap tot gevolg. Marjan werkt al 23 jaar in het MCL en begon bij de trauma- en vaatchirurgie. "Op andere afdelingen heb ik veel geleerd en toen ik de kans kreeg om op de kraamafdeling te werken, greep ik die met beide handen aan." Ook Marjan werkt sinds de zomer van 2021 op afdeling E.

Gezinsgerichte zorg

Als obstetrie-verpleegkundige bied je zorg voor moeder en kind bij veel aspecten die bij een zwangerschap en bevalling komen kijken. Denk bijvoorbeeld aan het begeleiden bij het voeden en verzorgen van een pasgeboren baby, maar ook aan het helpen van zwangeren met klachten zoals misselijkheid. Wat in het werk van een obstetrie-verpleegkundige erg belangrijk is, is gezinsgerichte zorg, zo leggen Manon en Marjan uit. "We zijn er om de ouders begeleiding te bieden en, waar mogelijk, te voorzien in hun wensen. Het gaat er, naast de zorg voor de baby natuurlijk, echt om dat zij een zo goed mogelijke ervaring hebben. We beantwoorden hun zorgvraag, geven advies en ondersteunen ze bij alles waar ze tegenaan lopen. Doordat je er voor zowel de baby als de ouders bent, is het werk op deze afdeling heel divers", aldus Manon. Gelukkig word je als startende obstetrie-verpleegkundige heel geleidelijk meegenomen in de verschillende onderdelen van het werk. Eerst heb je een voorwerkperiode. Je wordt dan ingewerkt op de kraam- en gynaecologie afdeling en de zorg voor zwangeren. Als je met de obstetrie-opleiding start, kom je uiteindelijk ook op de verloskamers te werk.

Onvoorspelbaar en uitdagend

Manon en Marjan zijn beiden erg blij met het werk dat ze doen, omdat ze het een prachtig vak vinden. Manon: "Het is hier nooit saai. Vergeleken met andere afdelingen in het ziekenhuis, waar patiënten vaak langer liggen, is hier veel doorloop. Je komt iedere keer weer in aanraking met andere mensen en andere situaties." Marjan beaamt dat. Voor haar is het vooral de onvoorspelbaarheid wat het werk zo leuk maakt. "Geen dag is hier hetzelfde. Als ik opsta en naar mijn werk gaat, weet ik nog niet wat ik vandaag

ga meemaken. Soms is het rustig, soms is het druk. Je weet van tevoren natuurlijk ook nooit hoe een bevalling gaat lopen, ook daar zit verschil in. En geen enkele persoon is hetzelfde. Iedereen vereist een unieke, persoonlijke benadering. Ook dat is uitdagend", aldus Marjan. Met die uitdagingen gaat ook een zekere mate van verantwoordelijkheid gepaard. "Als verpleegkundige ben je eigenlijk de ogen van een arts. Wij zien een patiënt vaker en langer dan een arts, dus het is ook aan ons om opvallende zaken te signaleren. Die verantwoordelijkheid is er dus zeker. Maar dat geeft ook juist een mooie uitdaging, wat ik ook heel fijn vind aan het werk", legt Manon uit. Ook Marjan houdt van de uitdaging die het obstetrie-vak met zich meebrengt: "Het is een erg leuk specialisme met veel uitdagingen. Daar krijg ik juist energie van."

Drijfveren

Over de vraag waarom Manon en Marjan iedere dag met plezier naar hun werk gaan, hoeven ze allebei niet lang na te denken. "Ik krijg veel energie van mijn werk. Het is een fijn beroep en ik doe dat op een leuke afdeling met dynamiek. Het contact met de mensen, leuke collega's en een goede sfeer", vertelt Marjan over haar drijfveren. Manon: "Op de afdeling waar ik hiervoor werkte, merkte ik dat ik op een gegeven moment geen uitdaging meer had. Het is zo'n bewuste keuze geweest om hier naartoe te gaan. Dagelijks krijg je een nieuwe situatie voor je kiezen, dat is heel leerzaam. En keer op keer blijf ik het een wonder vinden wanneer er zo'n gezonde baby in de wieg ligt." Daar sluit Marjan zich bij aan. "Je bent getuige van een bijzondere gebeurtenis. Je bent bij iets heel wonderlijks. Dat geeft kippenvel."

Complexe zorg en veel kansen

Naast dat Manon en Marjan gelukkig zijn met het werk dat ze doen, zijn ze ook blij dat ze dat in het Medisch Centrum Leeuwarden kunnen doen. "Het MCL is een hele prettige omgeving. Het ziekenhuis is niet te groot, maar het heeft wel alle complexe zorg die in dit vak voorkomt. Het is dus allemaal heel overzichtelijk, maar we mogen wel veel bieden", zegt Marjan. Manon prijst de kansen die je in het MCL krijgt om verder te ontwikkelen. "We

"Je bent getuige van iets heel bijzonders. Dat geeft kippenvel."



zijn een opleidingsziekenhuis. Dat betekent dat je mooie kansen aangeboden krijgt. Er zijn genoeg opleidingsmogelijkheden en je wordt hier ook goed gestimuleerd om jezelf te blijven ontwikkelen. Je werkt ook veel samen met artsen die in opleiding zijn. Er heerst een echt opleidingsklimaat en dat is heel fijn." Dat is dan ook één van de dingen waarin het MCL zich onderscheidt. Marjan: "Je krijgt hier alle ruimte om te leren in je eigen tempo. En je staat er nooit alleen voor." Manon vult aan: "Je mag hier echt leren, die ruimte krijg je ook. Het voelt hier vertrouwd en veilig. Je wordt daarin meegenomen, de begeleiding is goed en je kunt altijd bij iemand terecht met vragen of om even je hart te luchten." Dat is ook te danken aan de goede sfeer op de afdeling. Manon en Marjan voelden zich meteen welkom en de samenwerking maakt het werk heel prettig.

Voldoening

Het mag duidelijk zijn: Manon en Marjan zijn tevreden over hun werk in het MCL en kunnen het anderen dus ook sterk aanraden. Het werk is divers en uitdagend, je komt terecht op een afdeling met leuke collega's en er is een fijn leer-werkklimaat. "Het is fantastisch om mensen te kunnen ondersteunen in zo'n grote en mooie levensgebeurtenis. En ook als iets niet helemaal volgens plan verloopt, of wanneer er zich verdrietige situaties voordoen, kunnen wij de zorg bieden die nodig is. Dat geeft veel voldoening." ■



Ben je benieuwd hoe het er aan toe gaat op de kraam- en verlosafdeling? Volg [@kraam_verloskunde_mcl](https://www.instagram.com/kraam_verloskunde_mcl) op Instagram

Kom ook werken bij #teamMCL



Wil je ook als obstetrie-verpleegkundige aan de slag? Bekijk het filmpje van Manon en Marjan. www.mcl.nl/obstetrie-verpleegkundige

Bekijk onze vacatures op www.mcl.nl/vacatures

“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.