

# MCL

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

**winter**  
**2023**

**Met claustrofobie  
in een MRI**

**Doe maar  
duurzaam**

**Voorkomen  
is beter dan  
genezen**

**IC geeft patiënt  
aan beademing  
weer een *stem***



# Samen

De zorg staat onder druk. Na twee pittige coronajaren, kampen we in de nasleep met personeelstekorten en een hoog ziekteverzuim. Wachlijsten lopen op en we kunnen niet altijd de zorg bieden op het moment dat we dat willen. Makkelijke oplossingen zijn er niet. Dat merken onze medewerkers helaas vrijwel iedere dag. Krapte op de arbeidsmarkt blijft en de zorgvraag neemt toe door vergrijzing. In het Noorden nog iets sneller dan elders in het land. Tegelijk hebben we de opdracht om zowel de topklinische als de basiszorg in onze regio voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar te houden. Een belangrijke stap die we als MCL zetten om dit voor elkaar te krijgen, is de voorgenomen fusie met Tjongerschans. Voor ons een mooie en logische stap. Beide organisaties zitten al in één concern 'Zorgpartners Friesland' en helpen elkaar over en weer als dat nodig is. Door samen te gaan kunnen we de zorg beter plannen, zijn we aantrekkelijker voor nieuwe medewerkers en hebben we meer mogelijkheden om te investeren in bijvoorbeeld digitalisering van de zorg. Digitalisering en zorg op afstand moeten voor een belangrijk deel de oplossing bieden richting de toekomst. Dat kunnen we samen beter dan alleen. Maar samen gaat verder dan met z'n tweeën. We zullen en willen ook intensief blijven samenwerken met huisartsen, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en de overige ziekenhuizen in Friesland. Bijvoorbeeld om de zorg op de juiste plek te kunnen geven. Als het kan thuis in de eigen omgeving, als het nodig is in het ziekenhuis met een snelle doorstroom naar huis of in het verpleeghuis voor verder herstel en revalidatie. Daar hebben we elkaar voor nodig. Samenwerken, kennis delen en elkaar niet beconcurreren. Dan komen we verder! Succes was er ook. Zo heeft het MCL in december weer de STZ-status bemachtigd voor vijf jaar. Een topresultaat waar medewerkers heel hard voor hebben gewerkt. Iets om heel trots op te zijn! Het betekent dat we in Friesland topklinische zorg kunnen blijven bieden, volop onderzoek doen en veel jonge mensen opleiden zodat de zorg niet alleen nu, maar ook in de toekomst van hoge kwaliteit blijft.

Goede zorg dichtbij voor de patiënt.

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

**DIGITALISERING EN  
ZORG OP AFSTAND  
MOETEN VOOR EEN  
BELANGRIJK DEEL  
DE OPLOSSING  
BIEDEN RICHTING  
DE TOEKOMST. DAT  
KUNNEN WE SAMEN  
BETER DAN ALLEEN.**





**COLOFON**

**VORMGEVING**

Erik Bosgra - De Bey  
communicatie & vormgeving

**FOTOGRAFIE**

Jeroen Adema  
Menno de Boer

**ILLUSTRATIES**

Rianne Minnema  
Veilig Thuis Friesland

**HOOFDREDACTEUR**

Gerard Akkerman

**REDACTIE**

Arjen Guit  
Jette de Vos  
Leanne Wink-Miedema

**SCHRIJVERS**

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

**FILM**

Jeroen Adema - De Bey  
communicatie & vormgeving  
Eva Tijssma - KREFT video & animatie

**DRUKKER**

Dekker Creatieve Media & Druk

Heeft u vragen en/of suggesties?  
Mail dan naar [webredactie@mcl.nl](mailto:webredactie@mcl.nl)



**18**

Oók in het ziekenhuis geldt: voorkomen is beter dan genezen



De puzzelaars van de OK-planning

**42**



Doe maar duurzaam

**70**

**22**

Delier bij oudere patiënten voorkomen door hulp vrijwilligers



**44**

Ondanks claustrofobie ontspannen in de MRI



**En verder**

- 6 Intensive Care geeft patiënten aan de beademing weer een stem
- 10 'De zorg moet willen leren van zichzelf en anderen'
- 14 Zorgen voor een soepele medische reis
- 16 MCL digitaliseert
- 18 Oók in het ziekenhuis geldt: voorkomen is beter dan genezen
- 22 Vrijwilligers helpen delier oudere patiënten voorkomen
- 26 Het is een wonderlijke wereld
- 29 Hulpverleners en kwetsbaar gezin samen aan één tafel
- 34 Beter zorg voor kwetsbare oudere op de spoedeisende hulp dankzij GEM-team
- 38 Van een uitkering naar een baan dankzij het MCL

- 42 IPB: de puzzelaars van de ok-planning
- 44 Ondanks claustrofobie ontspannen in de MRI
- 48 Pilot maagverkleining in dagbehandeling succesvol
- 52 Centrale sterilisatieafdeling: de olie die de MCL-motor laat draaien
- 55 Column Chantal
- 56 Werken op de mooiste spoedeisende hulp
- 60 Meten is weten
- 64 We gaan bijna richting een kunstmatige alvleesklier
- 68 Onderzoek ondersteunt het verpleegkundig vak!
- 72 Doe maar duurzaam
- 76 Een duurzaam gebouw, een helende omgeving
- 80 Iets extra's bieden met persoonlijke aandacht



# Intensive Care geeft patiënten aan de beademing weer een *stem*

Stel je eens voor, je bent opgenomen op de IC. Door een buisje in je keel, vanwege beademing, ben je niet in staat om te praten. Dit bemoeilijkt de communicatie. Toch wil je als patiënt graag laten weten hoe je je voelt of wat je wilt. Via oogsignalen of armgebaren probeer je te communiceren, maar je boodschap komt niet helemaal over. Hoe fijn is het dat je als IC-patiënt in bepaalde gevallen weer een stem krijgt?

tekst Erik Kofman fotografie Menno de Boer





## “Kunnen praten helpt ook bij het herstel van de patiënt en geeft een *stukje kwaliteit* van leven terug.”

### Complete team geschoold

Ingrid Bakker-van der Meulen is werkzaam op de IC in het MCL als ventilation practitioner. In totaal beschikt het MCL over twee ventilation practitioners. Dit zijn IC-verpleegkundigen die een specialisatie hebben gevolgd met betrekking tot beademing en luchtwegmanagement. Zij spelen een belangrijke rol bij spreken aan de beademing. Bakker-Van der Meulen: “Het hele team in het MCL is geschoold en naast de gebruikelijke scholing maken we ook gebruik van scholing aan het bed. Als er een patiënt spreekt aan de beademing, helpen en denken de ventilation practitioners mee om dat proces te optimaliseren.”

### Gesprek voeren

Bakker-Van der Meulen: “Als een patiënt kan spreken aan de beademing is dat ontzettend prettig voor de patiënt, de familie, maar ook voor ons als verpleegkundigen en intensivisten. Omdat we dan niet telkens met ja-nee-vragen antwoorden krijgen, maar dat we ook echt een gesprek kunnen voeren. Soms een diepgaand gesprek of even een grapje kunnen maken. Kunnen praten helpt ook bij het herstel van de patiënt en geeft een stukje kwaliteit van leven terug.”

### Kennisoverdracht

Inmiddels brengen de IC-medewerkers hun kennis en ervaring ook over naar andere ziekenhuizen. Zo werd de IC van het Amphia ziekenhuis in Breda recent nog geholpen om deze techniek ook daar toe te passen. Eerder gebeurde dat ook al in het Deventer ziekenhuis, Dijklander ziekenhuis,

in het Erasmus en Radboud UMC. Zo kan de IC van het MCL niet alleen in het MCL maar ook daarbuiten van grote waarde zijn om patiënten hun stem letterlijk terug te geven. Egbers: “Daarnaast nemen we ook jaarlijks deel aan de opleiding tot Ventilation Practitioner. Daarbij ontvangen we collega's van andere ziekenhuizen om hier het onderwijs te volgen over spraak en sliktraining tijdens beademing.”

### Ambitie om expertisecentrum te worden

Het MCL heeft de ambitie om een expertisecentrum te worden. Dit biedt meer ruimte voor scholing en onderzoek en dat komt de kwaliteit van IC-patiënten in Nederland ten goede. Egbers: “De methode is makkelijk uit te leggen, maar in de praktijk zijn er veel details waarop gelet moet worden. Het is voor de patiënt een enorme verbetering, maar het betekent voor de IC dat er flink geïnvesteerd moet worden in de kennis om het te kunnen uitvoeren. Hiernaast is samenwerking met logopedisten belangrijk en die zijn nog niet op alle IC's werkzaam. We willen via eigen onderzoek laten zien waarom alle details zo belangrijk zijn, zodat niet alleen de makkelijkste, maar ook de moeilijkste patiënten kunnen praten in de - voor hen - moeilijkste fase van de behandeling. Een doel voor de toekomst is om de methode makkelijker te maken, daar zijn verschillende plannen voor. Eerst testen we dit in een simulator, zodat we het daarna ook zo veilig mogelijk bij een patiënt kunnen toepassen. Daarnaast willen we de simulator “reisklaar” maken, zodat we onze methode in andere ziekenhuizen kunnen tonen voordat we daar met een patiënt starten.” ■

De Intensive Care (IC) van het MCL heeft een speciale methode ontwikkeld, waarbij het lukt om patiënten letterlijk weer een stem te geven terwijl ze aan de beademing liggen. Buiten het feit dat er nu echt met de patiënt gecommuniceerd kan worden, krijgen patiënten hiermee weer een stukje kwaliteit van leven terug.

### Idee ontstaan in de Efteling

Het idee voor spreken aan de beademing is ontstaan in de Efteling. Daar zag intensivist Peter Egbers mensen in een rolstoel die ernstig spierzwak waren, die beademd werden en onderling konden spreken. Egbers: “Toen dacht ik, die spierzwakke patiënten zijn misschien wel vergelijkbaar met mijn spierzwakke patiënten. Toen ben ik gaan kijken of wij dit op de IC ook konden realiseren en dat is gelukt!”

### Techniek

Spreken aan de beademing kan wanneer patiënten een buisje in de luchtweg hebben gekregen, via de hals (tracheacanule), om door te ademen. Om te kunnen praten hebben je stembanden namelijk lucht nodig. Egbers: “Hierbij wordt er een klep in het beademingscircuit gezet waardoor de patiënt lucht krijgt uit de beademingsmachine, maar moet uitademen via de ‘natuurlijke weg’, via de stembanden. Hierdoor kan de patiënt geluid maken en dus praten. Niet iedere patiënt is hier geschikt voor. Patiënten moeten een opening in de hals naar de luchtweg toe (tracheostoma) hebben en goed te instrueren zijn. Deze techniek wordt inmiddels zo'n 20 tot 30 keer per jaar ingezet. Dat lijkt niet veel, maar het zijn patiënten die weken liggen.”



Toekomstige zorg vraagt  
flexibiliteit en wendbaarheid

# 'DE ZORG MOET WILLEN LEREN VAN ZICHZELF EN ANDEREN'

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

**DE UITDAGINGEN ZIJN GROOT, ZOVEEL IS ZEKER. DE VERGRIJZING NEEMT IN RAP TEMPO TOE EN IN HET NOORDEN NOG IETS SNELLER. DIT LEIDT TOT GROTERE EN MEER COMPLEXE ZORGVRAGEN, TERWIJL ER DOOR ONTGROENING STEEDS MINDER MEDEWERKERS ZIJN OM DIE ZORG TE LEVEREN. WE WILLEN WEL MAAR KUNNEN LANG NIET ALTIJD, MET WACHTLIJSTEN IN DE HELE ZORGKETEN TOT GEVOLG. EEN ZORGINFARCT DREIGT. INTUSSEN LOPEN DE ZOR GKOSTEN EN DAARMEE DE PREMIES VOOR IEDEREEN OP. HOE KOMEN WE HIERUIT EN MAKEN WE DE ZORG WEER TOEKOMSTBESTENDIG?**



Een simpele oplossing is er niet, verzekeren Willem Lenglet, lid van de Raad van Bestuur van het MCL, en internist en medisch bestuurder Froukje Ubels. Wat ze wel zeker weten, is dat er veel meer samenwerking nodig is om het tij te keren. Concurrentie en ieder voor zich is echt achterhaald in de zorg. "We moeten veel meer samenwerken en van elkaar willen leren. Op alle niveaus. Dan kunnen we de veranderingen doorvoeren die nodig zijn."

## Veel afslagen

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een multidisciplinair landelijk raamwerk over wat er moet gebeuren om de grootste knelpunten in de zorg aan te pakken. "Alleen heeft dit akkoord veel afslagen en over die afslagen moeten we het wel eens zijn met elkaar, zowel landelijk als regionaal maar ook met bijvoorbeeld huisartsen en collega's in andere ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg en het sociale domein. We moeten werken aan vertrouwen. Dat is de basis. Vind elkaar en verras elkaar niet", aldus Willem Lenglet. Het MCL heeft onlangs bekendgemaakt voornemens te zijn om met Tjongerschans in Heerenveen te fuseren. Beide ziekenhuizen zitten al langer in het concern Zorgpartners Friesland en willen dit nu ook echt gaan verzilveren. Een logische stap. Het samengaan biedt meer en betere mogelijkheden om te investeren in het zo optimaal mogelijk aanbieden van zorg en in digitalisering, innovatie en verduurzaming.

## Beter plannen

Ook kan de zorg efficiënter worden uitgevoerd. "Het is makkelijker operaties te plannen als je over 22 operatiekamers beschikt dan over 14 en 8. Doe je dit als ziekenhuizen afzonderlijk, dan moet je op beide plekken ruimte houden voor onverwachte ingrepen. Straks niet meer, waardoor je uiteindelijk meer patiënten kunt helpen." De ophanden zijnde fusie betekent niet dat beide ziekenhuizen zich daarna terugtrekken op een groter eiland. Integendeel, stellen ze beiden, samenwerking met andere ziekenhuizen, ouderenzorg en huisartsen is en blijft nodig om de zorg toegankelijk,



beschikbaar en betaalbaar te houden. Zo is voor de Juiste Zorg op de Juiste Plaats een intensieve samenwerking nodig met ouderenzorgorganisaties, thuiszorg en Revalidatie Friesland. "Steeds vaker zullen patiënten na een operatie maar een of twee dagen in het ziekenhuis blijven voor intensieve zorg om zodra het kan naar een verpleeghuis, een vorm van zorghotel of zelfs naar huis te gaan voor verder herstel en revalidatie. Dat is vaak een prettiger omgeving voor patiënten, waardoor ze sneller kunnen herstellen. En het is goedkoper."

### Stadspoli

Met huisartsen wordt intensief samengewerkt in de Stadspoli in Leeuwarden. Daar kijken specialisten mee op verzoek van de huisarts. In veel gevallen kunnen de patiënten met een advies van de medisch specialist verder en hoeven ze niet naar het ziekenhuis. De huisarts houdt de regie, de patiënt hoeft niet onnodig naar het ziekenhuis en hoeft daardoor ook geen eigen risico te betalen. Het aantal patiënten dat op deze manier door een specialist uit het ziekenhuis wordt gezien, neemt snel toe. Een andere belangrijke ontwikkeling, die de druk van de zorg moet halen, is digitalisering. Telefonische consulten op afstand, telemonitoring en de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) moeten ervoor zorgen dat meer zorg buiten het ziekenhuis kan en zal gaan. Willem Lenglet pleit ervoor daarin veel meer samen te werken als zorgaanbieders.

### Niet alles zelf uitvinden

"We hebben altijd het idee dat we het zelf moeten uitvinden en dat het daarna pas goed is. Dat is natuurlijk onzin. Je kunt heel veel leren van elkaar en neem vooral over wat goed is en bewezen heeft te werken. Zo profileren het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het OLVG zich als vooraanstaande monitoringsziekenhuizen in Nederland. Daar kunnen we mogelijk veel van leren. Hoe je dat doet, hoe je dat onderdeel maakt van je zorgproces, hoe je gegevens (data) verwerkt en opslaat en dat ook veilig kunt doen." Preventie en het begrip Positieve Gezondheid nemen ook een steeds grotere plek in. Door als samenleving maar ook zorgverleners meer te investeren in leefstijl kunnen we een deel van de ziektes voorkomen. Positieve Gezondheid heeft een bredere kijk op gezondheid en wordt Friesland-breed opgepakt. Al die bewegingen moeten volgens Froukje Ubels bijdragen aan passende zorg. "We doen dit allemaal niet voor onszelf, maar voor een hoger doel, namelijk de beste en meest passende zorg voor de patiënt in een sterk veranderende wereld."

### Behapbaar

Bij het bevorderen van Positieve Gezondheid en zorg op afstand, kan de huisarts een belangrijke rol spelen. Maar ook dat moet je samen ontwikkelen. "Je kunt niet alles zomaar op het bordje van de huisarts kieperen. Je moet samen kijken hoe je dat het beste kunt doen, zodat het ook nog voor de huisarts behapbaar blijft." En de patiënt moet goed worden meegenomen. Nu digitalisering een grotere rol krijgt, is het volgens Froukje Ubels zaak om patiënten daar heel goed bij te betrekken en over voor te lichten. Niet iedereen is even digitaal vaardig. Via mijnMCL kunnen patiënten zich digitaal aanmelden en met de komst van de PGO's krijgen patiënten straks de beschikking over hun eigen dossier en kunnen gegevens tussen zorgaanbieders makkelijk worden uitgewisseld. Maar dan moeten patiënten daar ook mee om kunnen gaan. "Het succes is sterk afhankelijk van het feit of de patiënt de nieuwe ontwikkelingen adopteert en accepteert." Het MCL heeft daarom het digiplein geopend waar patiënten met al hun vragen terecht kunnen.

### Schotten doorbreken

Er gebeurt dus veel en wat er gebeurt, sluit ook goed aan op de plannen die het MCL voor de komende jaren heeft gemaakt. Tegelijk zijn er grote knelpunten die doorontwikkeling en echte stappen lastig maken. Willem Lenglet noemt er twee:

**"HET IS ZAAK  
OM ALLES  
MET ELKAAR  
OPEN EN  
TRANSPARANT  
AAN DE JUISTE  
TAFELS TE  
BESPREKEN."**



"Financiering van innovaties en de AVG, die het gebruik van digitale gezondheidsgegevens door meerdere zorgprofessionals bemoeilijkt door strenge regelgeving. Financiering is nog te sterk gebonden aan allerlei domeinen met hun eigen schotten. Dat maakt samen ontwikkelen vaak heel ingewikkeld." Komt het resultaat ook terecht bij de partijen die hebben geïnvesteerd? Wordt een nieuwe ontwikkeling, nadat deze haar waarde heeft bewezen, na de innovatiefase ook inderdaad onderdeel van de reguliere financiering van zorg? Froukje Ubels noemt als voorbeeld het meedenkconsult. "Bij een digitaal meedenkconsult krijgt de specialist een vraag, maar de huisarts blijft de hoofdbehandelaar. In dat geval mag de specialist niet in het dossier kijken - er is immers geen behandelrelatie met de patiënt - terwijl relevante informatie en uitslagen wel beschikbaar moeten zijn om de patiënt goed te kunnen beoordelen." Voor deze dilemma's moet een oplossing worden gevonden, willen we echt de grote slagen kunnen maken die nodig zijn.

### Belangen overstijgen

Om deze dilemma's te slechten en de stappen te kunnen zetten die nodig zijn om de topklinische en basiszorg voor de noordelijke regio te behouden en verder te verbeteren, is er vertrouwen nodig. Daarvoor moeten alle betrokken partijen op alle niveaus met elkaar in gesprek, rekening houdend met elkaars belangen, maar ook bereid om de eigen belangen te overstijgen als de zorg en de patiënt daar echt baat bij hebben. Gaat het om financiering en AVG, dan zal dat gesprek landelijk moeten worden gevoerd. Gaat het om de toekomst van de acute zorg, dan lijkt het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) aan zet en voor andere ontwikkelingen zijn gesprekken met bijvoorbeeld de ziekenhuizen, zorgverzekeraars of de huisartsen nodig of combinaties hiervan. Een hele klus, maar absoluut noodzakelijk, vinden Willem Lenglet en Froukje Ubels. "Het is zaak om alles met elkaar open en transparant aan de juiste tafels te bespreken. Als we allemaal de urgentie voelen, moet dat lukken. Voor de patiënten en de zorg." ■



# ZORGEN VOOR EEN SOEPELE MEDISCHE REIS



Stevig in je schoenen staan, overzicht houden, goed kunnen luisteren, de juiste vragen stellen en bovenal: een groot hart voor patiënten hebben. Als doktersassistent in het MCL moet je van alle markten thuis zijn én draag je veel verantwoordelijkheid, weten Ilse Tuinstra en Esther Jellema, beiden doktersassistent op de polikliniek chirurgie. “Zonder ons zou een patiënt niet in de juiste spreekkamer of OK terecht komen.”

tekst Inger van Tuinen fotografie Menno de Boer

## Medische route uitstippelen

Ilse en Esther, respectievelijk werkzaam op de poli vaat-chirurgie en de wondpoli, hebben vooral te maken met oudere patiënten. Deze patiënten hebben problemen met hun vaten of een wond aan hun been, waarvoor ze een operatie nodig hebben. Esther: “Ze komen binnen na verwijzing en doorlopen bij ons vaak een langer medisch traject. Wij stippelen - samen met de chirurgen, verpleegkundig specialisten en physician assistants - hun route uit.” De ene helft van de week doen de doktersassistenten dit ‘achter de schermen’ op de administratie, de andere helft draaien ze spreekuur en zien ze patiënten. Ze plannen eerst alle noodzakelijke onderzoeken, zorgen dat de uitslagen hiervan op tijd binnen zijn, bereiden het spreekuur voor en zetten de patiënt op het juiste moment bij de chirurg aan tafel om de vervolgbehandeling te bespreken. Wordt een patiënt geopereerd, dan regelen ze een gesprek bij de afdeling medicatieverificatie, een opnamegesprek op de verpleegafdeling, geven ze voorlichtingsmateriaal aan de patiënt en zetten ze hem of haar op de lijst van de OK-planning.

## Puzzelen

De weg naar de operatie voelt voor veel patiënten als een flinke onderneming, maar voor mensen op leeftijd al helemaal, vertelt Ilse: “We proberen de verschillende onderzoeken en afspraken voor hen altijd handig te combineren of op één dag te plannen. Een hele uitdaging

met zoveel betrokken afdelingen en specialisten, maar het geeft altijd een kick als je dit samen voor elkaar krijgt.” Esther vult aan: “Helemaal als je bedenkt dat we onze dagplanning regelmatig moeten omgooien. Bijvoorbeeld omdat er een patiënt belt die nog diezelfde dag door een chirurg moet worden gezien of omdat de ambulance voor de deur staat met iemand die moet worden opgenomen met teveel pijn of een acute operatie nodig heeft.” In combinatie met de toch al hoge werkdruk, zorgen dit soort situaties voor een hoop gepuzzel voor de doktersassistenten.

## Ontspannen patiënt

Ondanks de soms lastige puzzels, proberen Ilse en Esther altijd tijd voor ‘hun’ patiënten te maken. “Als mensen bij ons binnekomen zijn ze vaak nerveus. Ik breek het ijs dan met een grapje of stel ze gerust met mijn medische kennis”, vertelt Ilse. Esther: “Soms kun je met een heel klein gebaar een groot verschil maken. Zo schakel ik bij oudere, Friese patiënten vaak over op het Fries. Ik zie ze dan meteen ontspannen. Niet iedere patiënt heeft hetzelfde nodig. Dat moet je in ons vak heel goed aanvoelen.” Als patiënten zijn geopereerd, laten de doktersassistenten ze nog niet meteen los. Ze zorgen voor een aansluitend revalidatie- of thuiszorgtraject en zien ze na zes weken terug op nacontrole in het MCL. Een mooie afronding, vindt Esther: “Patiënten maken hier een hele medische reis. Als wij die reis, van begin tot eind, zo soepel mogelijk hebben laten verlopen, is onze missie geslaagd.” ■



# MCL DIGITALISEERT

## DIGITALE ZORG BIJ DE RADIOLOGIE ZORGT VOOR GEMAK VOOR PATIËNT EN ZORGVERLENER

tekst Inge Schippers illustratie Rianne Minnema

**JE WORDT DOOR JE HUISARTS NAAR HET MCL VERWEZEN VOOR EEN RÖNTGENFOTO VAN JE KNIE. JE STAAT LANG IN DE WACHT ALS JE BELT VOOR EEN AFSpraak: "U BENT DE ZOVEELSTE WACHTENDE", EEN AFSpraak OP DE DAG DAT HET JE EIGENLIJK NIET UITKOMT, WEER IN DE WACHTRIJD OMDAT JE DE AFSpraak TÓCH MOET VERZETTEN, BIJ DE HOOFDINGANG VAN HET MCL VIA DE AANMELDZUILEN NOG ALLEMAAL VRAGEN BEANTWOORDEN, TERWIJL HET BIJNA TIJD IS VOOR JE AFSpraak EN JE HAAST HEBT. KAN DAT OOK ANDERS? "JAZEKER", ZEGT TEAMMANAGER NADIA ELHABZIZ, "TEGENWOORDIG KAN DIT VEEL GEMAKKELIJKER. IK GEEF EEN VOORBEELD."**



**"HET BIEDT PATIËNTEN REGIE OVER DE EIGEN AGENDA. ZE HOEVEN NIET TE BELLEN EN HET SCHEELT ONS VEEL TELEFOONTJES."**

"De huisarts stuurt je de verwijzing via een beveiligde mail, waarin staat dat je via mijnMCL zelf een afspraak kunt plannen. 's Avonds log je in in mijnMCL - eenvoudig met DigiD -, gaat naar 'afspraak plannen' en ziet de afspraak 'röntgenfoto knie' staan. Je klikt erop en krijgt de keuze uit diverse momenten. Omdat je door je pijnlijke knie niet kunt autorijden, vraag je je partner wanneer hij in de gelegenheid is om je naar het ziekenhuis te brengen. Jullie leggen de agenda's naast elkaar en kiezen een dag en tijd. Een paar dagen voor je afspraak bereid je in mijnMCL je afspraak voor. Je checkt online je persoonlijke gegevens en vult een aantal vragenlijsten in. Aangekomen in het ziekenhuis loop je meteen door naar de afdeling radiologie. Via de QR-code in de mijnMCL-app meld je je aan bij de schermen en gaat zitten in de wachtkamer. De laborant weet nu dat je er bent. Een aantal dagen na je onderzoek krijg je een melding dat het onderzoeksverslag in mijnMCL klaarstaat."

### Baas over eigen agenda

*Dit klinkt als een prettige werkwijze. Werkt dit zo voor alle patiënten?* Nadia: "In principe is het zelf plannen mogelijk voor alle patiënten die mijnMCL gebruiken en door de

huisarts verwezen zijn voor een röntgenfoto. Helaas maakt nog maar een klein aantal patiënten hier gebruik van. Omdat ze geen mijnMCL hebben of omdat ze niet weten dat dit kan. We willen dit daarom beter bekendmaken bij onze patiënten. Het biedt ze regie over de eigen agenda, ze hoeven niet te bellen en het scheelt ons veel telefoontjes. Een win-win situatie!"

### Wennen voor patiënt en medewerkers

*In je voorbeeld komen verschillende vormen van digitalisering aan bod: Zelf plannen van afspraken, thuis je afspraak voorbereiden, aanmelden bij de zuilen. Dat klinkt heel handig. Ervaart iedereen dit zo?* Nadia: "Steeds meer, maar het was voor iedereen - en voor sommigen nog steeds - wennen. Voor patiënten en voor medewerkers. Toen we startten werd er soms gebromd. Het zou te onpersoonlijk zijn, te lastig en zou extra tijd kosten. In de praktijk bleek dit mee te vallen. Veel patiënten moeten even op weg geholpen worden, maar kunnen het daarna vaak zelf. We bieden hulp bij de zuilen en vaak is er een naaste bij die kan helpen. Daarnaast biedt het digiplein in de winkelstraat hulp bij

mijnMCL. We realiseren ons dat er een groep blijft die niet overweg kan met mobiele telefoon en computers. Hier moeten we voorlopig rekening mee houden. Maar doordat een steeds grotere groep zich wél digitaal redt, ontlast dit onze planners, waardoor onze telefonische bereikbaarheid steeds beter wordt."

### Vallen en opstaan

"Door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt kunnen we gewoon niet anders dan steeds verder te digitaliseren. Zo hebben we een proef gedaan met wachtlijstverkortings bij MRI. Dit hield in dat als iemand zijn MRI-onderzoek afzegt, dit plekje via mijnMCL aan een aantal patiënten wordt aangeboden, die pas later een afspraak hebben staan. Wie dit 'aanbod' het eerst accepteert, krijgt de afspraak en is dus eerder aan de beurt. Het mooie is dat onze planners hier geen werk van hebben, het verloopt volledig geautomatiseerd. We hopen dit snel regulier in te kunnen invoeren, ook voor andere onderzoeken." Enthousiast vertelt Nadia verder: "Patiënten kunnen tegenwoordig ook via mijnMCL een kopie opvragen van beeldmateriaal van hun diagnostisch onderzoek, dit

hoeft dus niet meer via de post. Ik zie nog allerlei andere digitale kansen voor de toekomst. Hier gaan we de komende jaren mee aan de slag. Dit gaat vast met vallen en opstaan en elke keer leren we daar weer van en komen we weer een stukje verder. Zo bouwen we aan een toekomstbestendige zorg die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft." ■

### Wil je meer weten over mijnMCL?

Kom eens langs bij het digiplein in de winkelstraat van het MCL.



Ook op de website van het MCL vind je informatie hierover. [www.mcl.nl/mijnmcl](http://www.mcl.nl/mijnmcl)

Wil je handiger worden met je mobiele telefoon, tablet of computer? Hulp nodig met DigiD en de DigiD-app? Ga dan naar de bibliotheek voor gratis digi-sprekken en computercursussen.



*Oók in het ziekenhuis geldt:*

# VOORKOMEN IS BETER DAN GENEZEN

**IN HET ZIEKENHUIS KOM JE VOOR BEHANDELING, NIET VOOR PREVENTIE, TOCH? "DAT IDEE IS ECHT ACHTERHAALD", ALDUS INTERNIST-ENDOCRINOLOOG HELEN LUTGERS. "ALS MEDISCH SPECIALISTEN ZIJN WE STEEDS MEER BEZIG MET HET VOORKOMEN VAN KLACHTEN. EN, NOG BELANGRIJKER, ERVOOR ZORGEN DAT PATIËNTEN ZO GEZOND EN PRETTIG MOGELIJK KUNNEN BLIJVEN LEVEN."**

Martin van Diemen (66) is er heel eerlijk over: van zijn kwaliteit van leven was zes jaar geleden weinig meer over. "Ik voelde me een oude man", vertelt hij. "Alle puf was er uit. Ik was vermoeid, bewoog me langzamer, had nergens zin meer in. En, levensgevaarlijk, op de motor ben ik tijdens het rijden wel eens een paar seconden weggedommeld. Mijn malaise had invloed op mijn werk, mijn relatie, mijn seksleven. Eerlijk gezegd vond ik er weinig meer aan." Martin had op dat moment een lange rij van aandoeningen en klachten, van suikerziekte en reuma tot een te hoge bloeddruk en schildklierproblemen. Tegen al zijn kwalen slikte hij in totaal meer dan zeventig pillen. "Die moesten me helpen, maar ik werd er veelal juist beroerder van, vooral van de bloeddrukverlagers." In 2016 had hij er genoeg van en liet hij zich doorverwijzen naar internist-endocrinoloog Helen Lutgers van het MCL. "Hoe kom ik zo snel mogelijk van zoveel mogelijk pillen af?", was de eerste vraag die hij haar stelde. Zij adviseerde hem over hoe hij verantwoord kon afbouwen. Ook schreef ze hem voor sommige middelen een alternatief voor, met minder bijwerkingen. Daarna moest Martin vooral zelf aan de slag, met name met het aanpassen van zijn eetgewoonten. "Ik woog op dat moment 130 kilo. Door anders en veel minder te gaan eten, ben ik er daarvan in een paar jaar 35 kwijtgeraakt. Ik vermijd suiker, koolhydraten en vlees zoveel mogelijk. In plaats daarvan eet ik veel vis, groenten en sla. Verder maak ik zelf waterkefir, een drankje met probiotica. Dat helpt mijn stoelgang soepel te houden."

## **Gezondheidswinst**

Op haar poli ziet Helen Lutgers, internist-endocrinoloog, met leefstijl als extra aandachtsgebied, veel mensen met ernstig overgewicht. "Het standaard recept was lang om de klachten van deze patiënten te behandelen en ze verder door te verwijzen naar

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer





## "MIJN DROOM IS DAT WE IN HET MCL STRAKS ÉÉN 'GEZONDHEIDSWINST-LOKET' HEBBEN"

een diëtist. Maar met de boodschap 'u moet afvallen en meer bewegen' zijn veel mensen inmiddels wel klaar. Zeker als ze al jaren met hun gewicht worstelen. Vandaar dat we het tegenwoordig anders aanpakken. We focussen nu vooral op wat ander, gezonder gedrag kan opleveren. Zowel lichamelijk als mentaal. Weer met vriendinnen kunnen wandelen bijvoorbeeld, of in de tuin kunnen werken. Voor zo'n doel raken patiënten sneller gemotiveerd." Je kunt je afvragen of het de taak van een medisch specialist is om dat bespreekbaar te maken. Hoort het onderwerp niet thuis in de spreekkamer van de huisarts? "Daar natuurlijk ook", bevestigt Helen Lutgers. "Maar de helft van alle Nederlanders is te zwaar, met tal van medische problemen tot gevolg. Om daar verandering in te brengen, moeten we met z'n allen samenwerken." Ze geeft toe dat nog lang niet al haar collega's daarvan doordrongen zijn. "Veel van de oudere generatie specialisten zijn nog opgeleid met het idee dat de dokter behandelt en zo mogelijk beter maakt. Anno 2023 is dat echter niet meer genoeg. We moeten er samen óók de schouders onder zetten om aandoeningen en klachten te voorkomen. Voor patiënten én voor de maatschappij. Want alleen zo houden we de zorg op de lange duur toegankelijk en betaalbaar."

### Eén loket

In een ziekenhuis kom je niet zomaar. Vaak zit de schrik bij patiënten die er belanden dan ook goed in. Dat maakt volgens Helen Lutgers dat ze extra openstaan voor een gesprek over een andere leefstijl. Mits de aanpak bij ze past en het ze zo makkelijk mogelijk wordt gemaakt. "Ik vertel ze bijvoorbeeld hoeveel baat ze kunnen hebben bij het vergroten van hun spierkracht. De winst daarvan merk je namelijk snel in je dagelijkse leven. Bovendien heeft meer spierkracht positieve effecten op allerlei processen in je lichaam. Het geeft dus dubbel voordeel. Daarvoor

hoef je echt niet per se ingewikkelde trainingsprogramma's te volgen. Je kunt ook simpele oefeningen thuis doen, op het moment dat het jou uitkomt. Dan houd je het andere gedrag waarschijnlijk beter vol." Interne geneeskunde is niet de enige afdeling in het MCL waar aandacht is voor preventie. Ook op andere poli's gebeurt van alles. Denk aan een speciaal spreekuur voor kwetsbare patiënten of een trainingsprogramma dat de conditie van mensen met darmkanker verbetert, vóórdat ze worden geopereerd. (Zie kader.) "Preventie gaat natuurlijk over meer dan kilo's verliezen", verduidelijkt Helen Lutgers. "Het betekent bijvoorbeeld ook: de kans op complicaties na een operatie verkleinen en dus sneller herstellen. Of: voorkomen dat je steeds meer medicijnen moet gaan gebruiken. Mijn droom is dat we in het MCL straks één 'gezondheidswinst-loket' hebben, waar alle preventie-activiteiten van ons ziekenhuis samenkomen en patiënten maatwerkadvies kunnen krijgen over onder een andere leefstijl en revalidatie. Daar gaan we de komende jaren hard aan werken."

### Energieker

Terug naar Martin van Diemen. Hoe gaat het nu met hem? "Ik ben een ander mens", zegt hij stellig. "Al met al heb ik het tijd net op tijd kunnen keren. Ik voel me zoveel energieker. Dat werkt overal in door. Mijn relatie is weer goed. In september bereik ik mijn pensioengerechtigde leeftijd, maar ik heb bij mijn werkgever al voor een jaar bijgetekend. Allemaal omdat ik, letterlijk en figuurlijk, lekkerder in mijn vel zit. Ja, je leefstijl veranderen vraagt wat meer van je dan een handje pillen slikken. Maar die inspanning betaalt zich dubbel en dwars terug." ■

### Tip van Helen Lutgers

"Gezonder leven gaat voor mij over: gewoon doen. Als je allerlei ambitieuze voornemens verzint over afvallen en meer bewegen, is de kans op falen groot. Hetzelfde geldt voor activiteiten waar je bewust aan begint, want dan kun je er ook weer actief mee stoppen. Veel beter werkt het om vanaf nu, de hele dag door, kleine veranderingen door te voeren. Klop beslag met de hand in plaats van met een keukenmachine. Hang de was aan de waslijn in plaats van dat je die in de droger doet. Dat zijn allemaal vormen van extra beweging. Hetzelfde geldt voor eten. Vervang een koekje door een handje snoeptomaatjes. Geniet van een heerlijke kop smaakjestichee in plaats van frisdranken met of zonder suikers. Juist dat soort kleine aanpassingen houd je beter vol. En samen maken ze toch een groot verschil."

### Nog meer preventie in het MCL

- Trainingsprogramma voor patiënten met darmkanker die geopereerd moeten worden, zodat ze fitter de operatie in gaan, en na de operatie sneller herstellen.
- Longrevalidatieprogramma voor patiënten met bijvoorbeeld astma, COPD of long-COVID, of om behandeling van longkanker beter te doorstaan.
- Speciaal spreekuur 'Kwetsbaarheid in Kaart' voor kwetsbare patiënten, om in overleg een goede afweging te maken tussen mogelijke voordelen en risico's van een intensieve behandeling.
- Valpolikliniek voor mensen (vaak ouderen) die het afgelopen jaar ten minste één keer zijn gevallen. Op deze polikliniek onderzoeken we wat de oorzaak van het vallen is en kijken we hoe deze klacht het best te behandelen is, met als doel botbreuken te voorkomen.
- POPP-poli: extra begeleiding-op-maat voor zwangere vrouwen met een mentale kwetsbaarheid.
- Extra screening van oudere patiënten die binnenkomen bij de spoedeisende eerste hulp, met als doel ze gepersonaliseerde zorg te kunnen bieden, bijvoorbeeld een eiwitrijk dieet tijdens een opname om de spierkracht te verbeteren.



# DELIER

## *bij oudere patiënten voorkomen door hulp vrijwilligers*

Patiënten met een delier, acute verwardheid, kunnen de zorgverlening op een verpleegafdeling aardig onder druk zetten.

Zo ook op verpleegafdeling B (interne geneeskunde) van het MCL. Op deze afdeling staan 36 bedden en het komt regelmatig voor dat een patiënt een delier krijgt. De afdeling startte kortgeleden met het HELP-project (Hospital Elder Life Program), een programma dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld om een delier bij oudere patiënten vroegtijdig te signaleren.

tekst Rogier Verhagen foto's Menno de Boer







*“Als mensen opeens in een ziekenhuis terecht komen, kunnen ze daarvan compleet in de war raken. Het is soms iets heel kleins dat een delier ‘triggert’.”*

Naast de zorg die de patiënten normaal op de afdeling krijgen, wordt er ook persoonlijke en ondersteunende aandacht geboden aan kwetsbare oudere patiënten. Die rol wordt ingenomen door vrijwilligers in nauwe samenwerking met de helpenden. In principe kan een delier voorkomen bij alle soorten patiënten en op alle leeftijden, maar in de praktijk gaat het bij een delier vooral om oudere patiënten. De oorzaak is vaak een blaas- of longontsteking, maar ook obstipatie kan iemand aardig in de war brengen. “Een delier heeft altijd een lichamelijke oorzaak”, zegt verpleegkundige Rinske de Vries. “Ook mensen die net een operatie hebben gehad, kunnen in een delier raken. Als mensen vanuit hun bekende welvertrouwde thuissituatie opeens in een ziekenhuis terecht komen, kunnen ze daarvan compleet in de war raken en weten ze dan niet meer wat er gebeurt. De een is daar gevoeliger voor dan de ander. Het is soms iets heel kleins dat een delier ‘triggert’. Een delier uit zich bovendien op verschillende manieren. Soms is het een stil delier. Dan is de patiënt wat apathisch, in zichzelf gekeerd. Maar het kan ook



het tegenovergestelde zijn. Mensen willen dan weglopen of trekken hun infuus los. Het hoort erbij, maar iemand met een delier kan ook de rust op een afdeling verstoren. Dat we nu vrijwilligers hebben die meer aandacht aan deze patiënten geven en aan de bel trekken als ze iets zien, helpt ons enorm.”

#### Klok op nachtkastje

De Vries en haar collega's brengen al bij opname in kaart of iemand 'deliergevoelig' is. “We vragen of iemand problemen heeft met het geheugen of dat ze al eens eerder een delier hebben doorgemaakt. Als dat zo is, is de kans op een volgend delier groter. Daar anticiperen we op. Het herkennen van een delier is ook niet zo'n probleem, dat zien we meestal wel aankomen. We weten wat we moeten doen. We spreken van tevoren af dat we bij deze patiënten extra goed op het dag-nachtritme letten. We zorgen dat ze weinig prikkels krijgen en we benoemen telkens wat we doen en waarom. Dat geeft duidelijkheid. Soms vragen we familie om foto's mee te nemen van thuis of een klok voor op het nachtkastje zodat de patiënt herkenning heeft en zich beter kan oriënteren. Dat helpt bij een goed dag-nachtritme. Het geeft rust.”

Extra aandacht besteden aan deliergevoelige patiënten levert dus echt wat op. En op de drukke verpleegafdeling is de inzet van goed getrainde vrijwilligers daarbij een uitkomst, zegt ook helpende Geeske Zuidema: “Patiënten willen hun verhaal kunnen doen en zijn soms eenzaam. Het zijn hier natuurlijk ook lange dagen. Er is een tv en eventueel een puzzelboekje en dat is het. Mensen moeten in een rolstoel even van de kamer af kunnen. Iets anders zien dan steeds dezelfde vier muren. Het is een groot voordeel dat wij met de vrijwilligers kunnen overleggen om even bij die en die patiënt langs te gaan om een praatje te maken. Even te vragen hoe het écht met ze gaat, een bakje koffie te drinken, een fruithapje klaar te maken of met een patiënt in de rolstoel naar beneden te gaan voor een wandelingetje of om een gebakje te eten ofzo.” De Vries: “Sociale interactie hoort bij ons vak. Als we iemand wassen of medicatie toedienen, maken we natuurlijk ook wel een praatje,

maar als we zien dat iemand om wat meer aandacht verlegen zit, ontbreekt ons vaak de tijd om er echt even voor te gaan zitten. Vrijwilligers helpen ons daarbij enorm.”

#### Persoonlijke aandacht

Op B loopt een aantal vrijwilligers rond in wisselende diensten. Een paar uur per dag, vooral in de ochtend. Een van hen is Tietie Wijbenga. Ze volgde de HELP-cursus met plezier. “De cursus heeft me handvatten gegeven om goed met patiënten met een delier om te gaan. Dat ligt vooral op het vlak van persoonlijke aandacht en ondersteuning. We horen van de helpenden en verpleegkundigen elke dag welke patiënten meer aandacht nodig hebben of kans hebben in een delier te raken. Bij deze mensen ga ik als eerste langs. Ik vind dat best spannend, omdat ik natuurlijk niet weet hoe deze mensen reageren. Je weet nooit hoe een delier zich ontwikkelt. Maar ik ga er wel altijd op af. Ik weet nu hoe ik ze moet benaderen. Dan probeer ik ze met een praatje wat meer gerust te stellen. Te herhalen dat ze in het ziekenhuis zijn, te vertellen wat er aan de hand is, ze duidelijkheid te geven. Als iemand niet wil eten of drinken, probeer ik te stimuleren om ze wel te laten eten of drinken of ik ga een eindje met ze wandelen. Dan haal ik ze uit de situatie. Dat helpt. Alles natuurlijk in overleg met de regieverpleegkundige en helpenden. Laatst ben ik ook met een patiënt gaan wandelen terwijl ik niet wist of dat zou helpen. Maar het hielp zeker. Ik zag aan haar ogen dat ze dat fijn vond.”

Door de training en het feit dat de vrijwilligers een belangrijke rol spelen in de sociale interactie met deliergevoelige patiënten, voelt Wijbenga zich ook meer onderdeel van het zorgproces. “Het is belangrijk om patiënten te helpen zodat ze zich gezien en gehoord voelen op de afdeling. Zeker mensen met een delier of dreigend delier. Goed omgaan met deze patiënten vergt toch een andere benadering en ook veel tijd. Maar als we daarmee voorkomen dat iemand in een delier raakt, is dat veel waard. Zowel voor de patiënt als voor de zorg en rust op de afdeling. Ik vind het heel bijzonder dat ik dit werk mag doen.” ■



# HET IS EEN WONDERLIJKE WERELD

**FEMKE** IS 23 JAAR, WOONACHTIG IN TERHERNE EN NU 3,5 JAAR WERKZAAM ALS **OPERATIEASSISTENTE** IN HET MCL. ZE STARTTE HAAR CARRIÈRE ALS MBO-V VERPLEEGKUNDIGE IN TJONGERSCHANS. DAAR KWAM FEMKE IN AANRAKING MET DE POLIKLINISCHE OK EN ONTDEKTE ZE DE WONDERLIJKE WERELD VAN HET OPERATIECENTRUM. 'NA MIJN MBO-V STUDIE ZAG IK DE VACATURE VAN OPERATIEASSISTENTE IN OPLEIDING BIJ HET MCL. IK SOLLICITEERDE EN WERD AANGENOMEN.'

"Overdag aan de operatietafel, 's avonds je hoofd leegmaken op het water"



tekst Leanne Wink-Miedema illustratie Rianne Minnema



Het MCL was voor Femke geen onbekende wereld. Gedurende haar studie liep zij ook al stage in het MCL. Een werkplek die haar altijd al aansprak. Meer uitdaging dan een streekziekenhuis, maar minder groot dan een academisch ziekenhuis. Perfect voor Femke. In maart solliciteerde ze voor de opleiding tot operatieassistent. Gezien haar mbo-v studie hoefde zij een gedeelte van het voorwerktraject niet te volgen. "Ik kon daardoor vanaf augustus tot en met de start van de studie aan de slag op de poliklinische OK van het MCL. Hierdoor kon ik het operatiecentrum en de collega's alvast leren kennen."

### Aan de slag

De opleiding viel Femke erg mee. "Alles werd goed uitgelegd en het was heel helder wat je moest doen. In het begin moest je nog veel op en neer naar Groningen, maar naarmate de tijd vorderde ging je steeds meer op de OK aan de slag." Tijdens haar studie had Femke twee praktijkbegeleiders waar zij altijd op terug kon vallen. "Daarnaast had ik in elke unit een hoofdcoach. Maar eigenlijk word je door elke collega begeleid. Door de opleiding leerde Femke alle kneepjes van het vak. "Aan het begin heb je geen idee waar je moet beginnen. Maar er wordt je taak per taak uitgelegd wat de bedoeling is. Zo kun je steeds meer handelingen zelf doen en ga je uiteindelijk zelfstandig omlopen en aan de operatietafel staan. Je takenpakket wordt steeds groter, maar doordat je dit zo geleidelijk doet, krijg je vertrouwen in je werkzaamheden."

### Geen werkdag hetzelfde

Op dit moment is Femke op veel verschillende units van het operatiecentrum werkzaam. De trauma-unit spreekt haar echter het meeste aan. "Ik ben graag actief bezig, zowel op het werk als thuis. Bij de trauma-unit zet je heel veel kleine snelle stapjes die zorgen voor het eindresultaat. Daarnaast heb je veel patiënten op een dag, wat het werk uitdagend maakt." Op de operatiekamer staan elke dag diverse disciplines. Van chirurgen, tot arts-assistente, co-assistenten, anesthesiemedewerkers en leerlingen. Samen met elkaar zorgen zij voor de patiënt. Elke schakel is waardevol. "De sfeer op de OK is, afhankelijk van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, erg leuk. Ik vind de sfeer gemoedelijk, waarin leuk gekletst wordt met elkaar en we ook persoonlijke dingen delen."

### Snel schakelen

Als operatieassistent moet je goed kunnen anticiperen. Een casus kan altijd anders lopen dan gedacht. Daarnaast moet je goed kunnen samenwerken, om kunnen gaan met tegenslagen en met fouten. "Het is wel belangrijk dat je je werk los kan zien van je thuissituatie. Ik ga dan na het werk graag het water op. Surfen, wakeboarden en bootje varen. Even mijn hoofd leegmaken en over iets anders nadenken dan over de patiënt op de operatietafel."

### Evaluëren

Wanneer er iets heftigs gebeurt op de OK wordt er altijd samen met het team geëvalueerd. Wat gebeurde er, wat kon er beter en waar kunnen we van leren? "Daarnaast heb je als leerling je praktijkbegeleider waar je altijd terecht kan." Werken op de OK zorgt ervoor dat je onderdeel wordt van een geoliede machine. Als operatieassistent zorg je ervoor dat alles vlekkeloos verloopt. "Je moet daarom ook communicatief-vaardig zijn én assertief omdat je elke dag met verschillende disciplines te maken hebt."

### Gesloten deuren

Wanneer je aan de slag gaat als operatieassistent is geen één dag hetzelfde. Van een kijkoperatie tot een reanimatie. Werken op de OK is uitdagend, veelzijdig en nooit saai. Achter de gesloten deuren van het ziekenhuis gaat een wonderlijke wereld schuil, waar een team vol gepassioneerde medewerkers klaar staat om het verschil te maken in de patiëntenzorg. Pak jij deze kans?

## Kom ook werken bij #teamMCL

Bekijk onze vacatures op [www.mcl.nl/vacatures](http://www.mcl.nl/vacatures)

## MDA++ DOORBREEKT PATRONEN

# Hulpverleners en kwetsbaar gezin samen aan één tafel

Keer op keer komt er een melding binnen bij Veilig Thuis over hetzelfde gezin. De onveilige situatie met kindermishandeling, verslaving, psychiatrische problemen en werkloosheid blijft zich herhalen. De problemen zijn zo hardnekkig dat het maar niet lukt om tot een oplossing te komen, het patroon te doorbreken en een veilige omgeving te creëren. In zo'n moeilijke situatie kan MDA++ uitkomst bieden. De gezinsvoogd, Veilig Thuis of het gebiedsteam is de regiehouder en bespreekt met het gezin waarom MDA++ hen kan helpen en stelt voor samen dit traject in te gaan.





VAST TEAM  
SPECIALISTEN



Specialist zedenzaken,  
huiselijk geweld en  
kinder mishandeling



Sociaal Psychiatrisch  
Verpleegkundige  
verslavingszorg



Kinderarts



GZ Psycholoog



Psychiatrisch  
verpleegkundige  
/ systeem therapeut



Onderzoeker

GEZIN

- kinderen
- ouders
- (ex-) partners
- familie

FLEXIBELE SCHIL

ONDER ANDERE

- gebiedsteam • hulpverlening
- school • (gezins)voogd
- reclassering



VOORZITTER

REGIEHOUDER

*“Het is heel anders als je zelf meepraat over jouw situatie, dan dat je hoort dat er over je gesproken is.”*

MDA++ staat voor multidisciplinaire aanpak. Gezinsleden gaan bij het MDA++ samen met hulpverleners uit verschillende organisaties om tafel. Hulpverleners praten niet over maar mét het gezin. Narda Bergsma (voorzitter en werkzaam bij Veilig Thuis) en Evelyn van Pinxteren (kinderarts MCL) maken onderdeel uit van één van de twee MDA++ teams in Friesland. Narda: “Het is heel anders als je zelf meepraat en hoort wat mensen zeggen over jouw situatie en welke voorstellen er gedaan worden om de problemen aan te pakken, dan dat je hoort dat er over je gesproken is en ‘we hebben bedacht dat dit voor jou de oplossing moet zijn’. Dat is niet fijn.” MDA++ is een uniek traject, doordat je met z'n allen om tafel zit en als betrokken gezin zelf meebeslist. Een vertegenwoordiger van Fier, GGZ Friesland, Medisch Centrum Leeuwarden, Politie, Verslavingszorg Noord Nederland en Veilig Thuis Friesland zitten standaard in het MDA++ team. Als dat wenselijk is, schuiven ook anderen aan. Dat zijn bijvoorbeeld de school, grootouders, een goede vriendin of andere hulpverleners. De betrokkenen mogen iedereen aan tafel uitnodigen van wie ze denken dat ze kunnen bijdragen aan een oplossing.

**Hardnekkige problematiek**

De casussen die bij MDA++ aan tafel komen, bevatten vaak hele hardnekkige problematiek, waarbij langdurig volgen van een gezin noodzakelijk is. De problemen spelen vaak al van generatie op generatie. Het is niet zomaar ontstaan en gaat dus ook niet zomaar weg. Evelyn: “Dat vraagt om een langdurige aanpak. Als je niet anders hebt leren opvoeden dan met slaan en schoppen, dan zit het in de wortels. Er is heel veel geduld en volhouden nodig om dat te veranderen. Daar zijn we maatschappelijk gezien niet heel goed op ingericht. Doorgaans hebben gezinnen met veel verschillende hulpverleners te maken. Gezinnen moeten hierdoor telkens weer met de billen bloot. Het helpt enorm als je dan binnen MDA++ met een vast team aan de slag gaat. Samen lukt het eerder om patronen te doorbreken.” Narda: “We vinden het belangrijk dat de stem van de kinderen aan tafel wordt gehoord. Soms schuiven kinderen zelf aan. Soms zijn ze te jong. Ook kan het zijn dat een speciaal opgeleide werker vanuit het MDA++ met de kinderen in gesprek gaat. Deze bekijkt met de kinderen wat namens hen aan tafel mag worden gezegd, wat belangrijk voor hen is. Evelyn: “Ook vertalen we naar de ouders wat een kind van een situatie zou kunnen denken op grond van onze kennis van kinderen.”



MDA++ behaalt met deze unieke aanpak veel winst. Uit landelijk onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut blijkt dat het geweld in veel gevallen niet volledig stopt en het problematisch alcoholgebruik niet afneemt. Maar wat ook blijkt is dat het geweld en trauma significant afnemen, de emotionele veiligheid significant verbetert en de kwaliteit van leven toeneemt. Het gezin kan verder en er ontstaat ruimte voor herstel. Door het bewezen succes wordt het model in steeds meer regio's toegepast.

### Friesland als grondlegger, Fier als initiator

MDA++ is tien jaar geleden opgericht in Friesland. Evelyn is destijds door Fier benaderd om mee te denken over het concept. Evelyn: "Fier wilde meer gebruik maken van het feit dat de instanties in Friesland elkaar erg goed kennen. Het doel: veel sneller hulp bieden aan gezinnen waarover keer op keer een melding binnenkwam. Er speelden in die gevallen verschillende problemen zoals verslaving, psychiatrische problematiek en geldschulden waardoor er steeds wel iets was waardoor het niet lukte om te veranderen". MDA++ is voortgekomen uit MDCK (Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling). Hierbij lag de focus alleen op kinderen waarbij mishandeling een rol speelde. Snelle en meer effectieve hulp aanbieden was nodig. Het duurde soms wel meer dan een jaar voordat er daadwerkelijk hulp werd verleend. Evelyn: "Gebaseerd op een Amerikaanse model is toen bedacht om de disciplines die normaal aan bod komen bij een melding van kindermishandeling gelijk vanaf het begin te laten samenwerken. Zodat je vanaf de melding allemaal samen optrekt en dan veel sneller de juiste hulp kan inzetten ter bescherming van het kind." De samenwerking is in de loop der jaren uitgebreid. Verslavingszorg is toegevoegd. Ook is er meer aandacht voor trauma en behandeling gekomen. "De werkwijze is zo effectief, dat de vraag kwam of deze aanpak ook ingezet kan worden bij bijvoorbeeld ouderenmishandeling of huiselijk geweld. Dat is gebeurd, waardoor MDA++ zich niet meer alleen op kinderen richt", vertelt Evelyn.

### Het (eerste) gesprek

Bij het eerste gesprek stelt iedereen zich voor. Er is één vertegenwoordiger per organisatie. Vaak schuiven ouders of meerdere ouders (bij een samengesteld gezin), kinderen en hulpverleners aan. Al met al een groot gezelschap en dus veel mensen aan tafel. Narda: "Sommige ouders vinden het eerst heel overweldigend of onprettig als ze zoveel mensen aan tafel zien zitten. De ervaring is dat wanneer ze daar doorheen zijn, ze de contacten juist waarderen en denken:

Jullie vinden ons belangrijk dat jullie met zoveel mensen met ons willen meedenken." Er wordt altijd eerst geprobeerd bij de betrokkenen aan te sluiten door hen te laten vertellen. Wat ervaren zijzelf als grootste probleem? Narda: "We beginnen bijvoorbeeld bij de ouders en stellen daarna dezelfde vragen aan de hulpverlening. Wat ziet iedereen voor onveiligheden en wat moet er veranderen? Denk hierbij aan verslaving, psychische problemen, gezinsruzies, opvoedkundige onmacht en geen geld voor eten. Dit brengen we samen in kaart." Het is belangrijk dat er goed wordt nagedacht over wat er op de agenda moet. Wat willen jullie inbrengen? Waar willen jullie dat de vertegenwoordigers over meedenken? Dat zijn vragen die het MDA++ team aan de regiehouder stelt. De regiehouder begeleidt het gezin bij dit traject. De regiehouder zorgt ervoor dat die zaken gebeuren die samen met het gezin bedacht zijn.

### Toegankelijke benadering

Ook al spelen niet alle instanties een rol in het probleem, ze zitten wel altijd standaard aan tafel. Ook als er bijvoorbeeld geen sprake is van verslaving of contact met politie, zijn zij wel aanwezig. Iedereen denkt vanuit zijn rol mee en kan vragen stellen vanuit het eigen perspectief. Narda: "Soms vragen mensen waarom een bepaalde instantie aan tafel zit. Bijvoorbeeld verslavingszorg terwijl er helemaal geen sprake is van verslaving. Of de politie als er geen sprake is van strafbare feiten. Het MDA++ denkt mee als team en ieder lid stelt vragen vanuit zijn eigen rol en vakgebied. Soms vertelt een gezin over burenruzies en kan de politie een wijkagent vragen langs te gaan om te praten en afspraken te maken. Als stress naar beneden gaat ontstaat er meer veiligheid." De aanwezige instanties hebben vaak laagdrempelig een introductiegesprek met het gezin of de betrokkenen. Narda: "Het is nogal wat als iemand zegt je moet naar forensische psychiatrie. Maar als iemand van deze organisatie bij jou komt en uitleg geeft over wat deze organisatie kan betekenen voor jou en vraagt 'Wil je er eens over nadenken?', werkt deze benadering vaak heel uitnodigend."

### Vertrouwen opbouwen

MDA++ gaat niet thuis kijken. Ze zitten aan tafel en denken mee, maar gaan niet zelf op onderzoek uit. Dat doen de hulpverleners in het veld. Het traject is vrijwillig. Het kan zijn dat er geen oplossing komt in het vrijwillig kader. Dan is er soms een verplicht kader nodig, met maatregelen die kunnen helpen om een patroon te doorbreken. Zo kan de regiehouder volgens Evelyn bijvoorbeeld besluiten een melding te doen bij de Raad voor de Kinderbescherming. "Soms is een kinder-

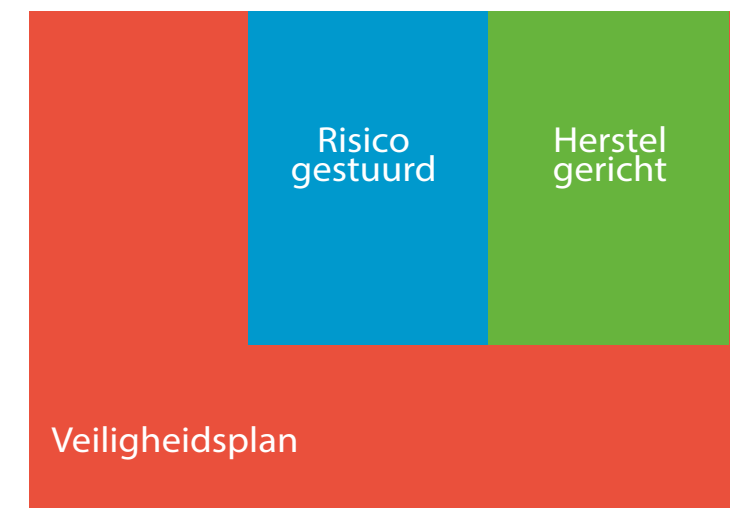
beschermingsmaatregel nodig om knopen door te hakken en het kind veilig te stellen." Dit geldt bijvoorbeeld ook bij de situatieschets waar dit verhaal mee begon en waar steeds maar weer een melding kwam van huiselijk geweld en de hulpverleners er maar niet de vinger achter kregen waarom de problemen zo hardnekkig waren. "Na vier jaar kwam opeens op tafel dat moeder alcoholverslaafd was. Toen konden we die verslaving gaan aanpakken. Zo lang kan het duren voordat het vertrouwen er is en zo'n verslaving bespreekbaar wordt. Doordat je het gezin langer volgt bouw je samen iets op", vertelt Narda."

### Urgentie

Als er traumascreening nodig is, een topteenonderzoek of behandeling vanuit de GGZ, kan dit heel snel worden ingezet. Door de urgentie mogen de vertegenwoordigers vanuit MDA++ snel acties uitzetten buiten de gebruikelijke wachtlijsten om. Hierbij maken de leden gebruik van hun eigen netwerk. Evelyn: "Soms handelen we heel praktisch. We kunnen heel lang praten, maar als er geen geld is om eten te kopen gaan mensen de raarste dingen doen om ervoor te zorgen dat hun kinderen eten hebben. Dat is ook vorm van hulp verlenen, signaleren dat dat speelt en dit oplossen. Je kunt niet behandelen als het onveilig is. Eerst moet er veiligheid worden gecreëerd."

### Top-3 methodiek

MDA++ maakt gebruik van de Top-3 methodiek. Hierbij wordt gestart met een top drie van meest onveilige situaties. Vervolgens worden de risicofactoren in kaart gebracht. Welke onderliggende problemen zijn er die het onveilig houden? Bijvoorbeeld: Is er sprake van verslaving? Is er psychiatrische problematiek of hebben ouders geen werk? Tot slot komen we in de herstelgerichte fase. Zodra er op die risico's, indien mogelijk, passende hulp en behandeling is



***“De problemen spelen vaak al van generatie op generatie. Het is niet zomaar ontstaan en gaat dus ook niet zomaar weg.”***

ingezet en dit met een voldoende door iedereen wordt beoordeeld, kan hersteld worden. Het doel is, dat er sprake is van duurzame veiligheid. De problematiek wordt concreter gemaakt door cijfers te geven. 'Wat vind je de meest onveilige situaties en hoe onveilig schat je dat in?' Evelyn: "Als een ouder iets niet onveilig vindt, maar de gezinscoach vindt het verschrikkelijk onveilig, dan heb je een heel mooi gesprekspunt. Als je de vraag na een half jaar opnieuw stelt en cijfers laat geven, kun je zien of je wat bereikt."

### Duurzame veiligheid

Er is een aantal situaties geweest waarbij seksuele mishandeling binnen het gezin een rol speelde. Daar zit naast veiligheidsaspecten voor het kind ook een heel politie en justitieel kader aan vast. In dit soort situaties kan een traject jarenlang duren. "Stel er is incest geweest en de vader wordt hiervoor opgepakt en moet een gevangenisstraf uitzitten. Zodra deze straf achter de rug is, moet je ook gaan kijken hoe het gezin verder wil. De ene keer maakt het gezin de keuze dat de vader buiten beeld blijft en de ouders gaan scheiden. Maar er zijn ook gezinnen die na de straf en psychiatrische behandeling graag weer samen verder willen gaan. Dat betekent heel veel", legt Evelyn uit. "Alle gezinsleden hebben dan hulp nodig. Misschien hebben ze allemaal traumabehandeling nodig. Dan praat je al snel over heel wat jaren. Dit hebben we een aantal keren meegemaakt. Het is heel mooi als je dat traject uiteindelijk kunt afsluiten. Narda: "Het mooie aan dit soort zaken is dat alle hulpverlening in elkaar gevlochten wordt. Het is wel een gezin waar je het over hebt. Alle individuele trajecten moeten bij elkaar komen en op elkaar zijn afgestemd. We sluiten een traject pas af zodra we duurzame veiligheid hebben gecreëerd. Dat betekent dat er zo'n half jaar tot een jaar geen melding meer is binnengekomen. Bij de afronding geven we altijd aan dat er, indien nodig, ouders opnieuw een beroep op ons kunnen doen." ■



# Betere Zorg

voor kwetsbare  
oudere op de  
spoedeisende  
hulp dankzij  
GEM-team

tekst Arjen Guit fotografie Menno de Boer

WANNEER JE ALS PATIËNT OP DE SPOEDEISENDE HULP (SEH) KOMT, IS HET BELANGRIJK OM GOEDE ZORG OP MAAT TE KRIJGEN. SOMMIGE GROEPEN PATIËNTENVEREISEN SOMS NET EVEN EEN ANDERE AANPAK EN SPECIALE EXPERTISE. BIJVOORBEELD KWETSBARE OUDEREN, WAAR VAAK MEER PROBLEMATIEK SPELT DAN ALLEEN HETGEEN WAARVOOR ZE OP DE SEH TERECHTKOMEN. OM HEN NOG BETERE ZORG TE KUNNEN LEVEREN, HEEFT HET MCL HET GERIATRIC EMERGENCY MEDICINE (GEM)-TEAM OPGERICHT. DIT TEAM BIEDT GERIATRISCHE EXPERTISE OP DE SEH. DAT HEEFT VOORDELEN VOOR DE OUDERE PATIËNT ÉN VOOR DE SEH.





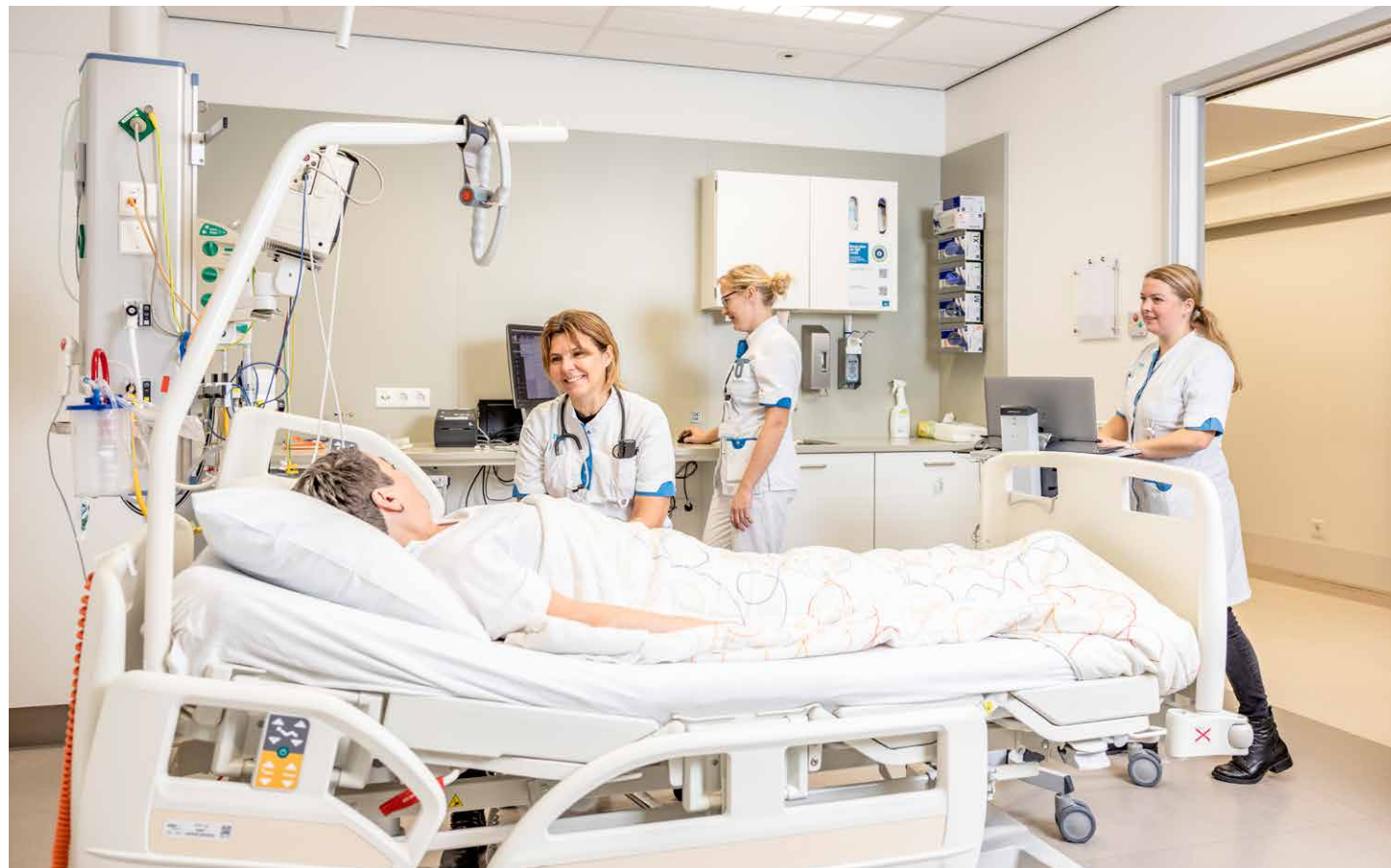
### Inspiratie

Op 3 oktober 2022 startte het multidisciplinaire GEM-team op de spoedeisende hulp van het MCL. Eén van de karktrekkers is Amarins Bontemps-Visser. Sinds 2018 werkt zij in het MCL als klinisch geriater en tegenwoordig is ze ook vakgroepcoördinator. Het was Bontemps-Visser die in het MCL het idee voor een GEM-team opperde, nadat ze zo'n twee jaar geleden voor het eerst hoorde van een dergelijk team in het Tergooi MC. Dat ziekenhuis begon als eerste met een GEM-team, met goede resultaten tot gevolg.

### Vergeeten

Even terug naar de situatie vóór het GEM-team in het leven werd geroepen. In juli 2021 werd het Acut Presenterende Oudere Patiënt (APOP) screeningsprogramma geïmplementeerd op de SEH van het MCL. Daarmee worden alle patiënten van

zeventig jaar en ouder gescreend op kwetsbaarheid, zodat direct passende zorg kan worden geleverd. Dat was een stap in de juiste richting, maar het kon beter. Bontemps-Visser: "We zochten naar manieren om de stroom van kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp te verbeteren. Die patiënten liggen over het algemeen lang op de SEH en hebben vaak complexe casuïstiek waar veel specialismen bij komen kijken. Die langzame doorstroom is voor de spoedeisende hulp een groot knelpunt. Daarbij komt dat één op de vijf kwetsbare ouderen binnen een maand weer terug is op de SEH. Heropname is een goede indicator voor de veiligheid en kwaliteit van ziekenhuiszorg. Verder komt het voor dat een oudere niet in het ziekenhuis hoeft te worden opgenomen, maar tegelijkertijd niet naar huis kan. Er moet dan een geschikte plek voor de patiënt gevonden worden. Ook dat verliep niet altijd soepel. De kwetsbare oudere werd weleens een beetje vergeten, was onze ervaring."



*“Door dit multidisciplinaire team in te zetten, streeft het MCL ernaar om de kwetsbare oudere nog meer passende zorg te geven.”*

### Disciplines samengebracht

Daarom werd ook in het MCL het GEM-team gestart, dat in medebehandeling komt op de spoedeisende hulp bij een positieve APOP-screening. Bontemps-Visser: "De SEH-verpleegkundige doet de kwetsbaarheidsscreening. De patiënt wordt bij een positieve screening verder in kaart gebracht door de verpleegkundig specialist geriatrie. Alle relevante somatische, psychische, functionele en sociale problemen worden meegenomen, evenals de behandelvoorkeuren van de patiënt. De transfer-verpleegkundige wordt er vroegtijdig bij gehaald om eventuele zorgproblemen op te pakken. Deze verpleegkundige weet precies waar in de regio beschikbare bedden zijn, iets waar het SEH-personeel eigenlijk geen tijd voor heeft. Dat moet zorgen voor een soepelere doorstroom, waarmee de druk op de spoedeisende hulp wordt verlicht. De apothekersassistent wordt erbij betrokken voor de medicatieverificatie, omdat het bij kwetsbare ouderen ontzettend belangrijk is om de juiste medicatie voor te schrijven." Door nauw samen te werken met de hoofdbehandelaar is de kwetsbare oudere snel en goed in beeld.

### Passende zorg

Door dit multidisciplinaire team in te zetten, streeft het MCL ernaar om de kwetsbare oudere nog meer passende zorg te geven. De werkwijze van het GEM-team blijft zich, met die visie in het achterhoofd, ook ontwikkelen. Zo zal er meer aandacht komen voor de signalering van een verhoogd valrisico bij de oudere patiënt. "Het vallen gaat nu onderdeel worden van de screening. Bij een verhoogd valrisico zal het GEM-team een multifactoriële valanalyse doen.

### Steeds meer animo

In de noordelijke provincies is het MCL het enige ziekenhuis met een GEM-team. Volgens Bontemps-Visser komt er wel steeds meer aandacht voor gerichtere zorg voor kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp. "Je ziet dat er in verschillende ziekenhuizen animo voor is. Zo is in Antonius in Sneek recent het APOP-programma ingevoerd. Sinds wij met het GEM-team zijn begonnen, is er van diverse kanten al interesse getoond. Zo heeft het Martini Ziekenhuis in Groningen contact met het MCL opgenomen en ook het Meander Medisch Centrum in Amersfoort wil eens met ons sparren over het GEM-team. Zo breidt het zich steeds verder uit en dat is heel mooi."

### Toekomstwensen

Het GEM-team werkt momenteel nog in pilotvorm in het MCL, maar Bontemps-Visser durft al vooruit te denken. "Het team werkt op dit moment alleen binnen kantooruren op doordeweekse dagen. Buiten die tijden wordt het reguliere APOP-programma gevolgd. Ik zou eigenlijk graag zien dat het GEM-team tot in de avond, bijvoorbeeld tot 21.00 uur, werkzaam blijft. We zien juist dat kwetsbare ouderen zich aan het einde van de middag op de spoedeisende hulp presenteren. Het zou mooi zijn als we ook hen nog kunnen helpen met het GEM-team. Uiteindelijk wil je deze zorg zeven dagen per week kunnen bieden." ■



Op de website van het MCL vind je informatie over het GEM-team  
[www.mcl.nl/gem](http://www.mcl.nl/gem)



# VAN EEN UITKERING NAAR EEN BAAN

## DANKZIJ HET MCL

Het MCL, de gemeente Leeuwarden, het UWV en de Friese regionale opleidingscentra slaan de handen ineen. Samen leiden we uitkeringsgerechtigden met een afstand tot de arbeidsmarkt op tot facilitair medewerker in ons ziekenhuis. Waarom? Dat leggen manager zorgondersteuning Hielkje Poiesz en strategisch adviseur leren en ontwikkelen Eelco den Boer van het MCL je graag uit.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer







## “DEELNEMERS DIE HET HELE TRAJECT AFRONDEN, KRIJGEN NA EEN JAAR EEN MBO-DIPLOMA ÉN EEN VOLWAARDIGE BAAN BIJ ONS. DAT IS DUS WIN-WIN.”

Je staat er misschien niet dagelijks bij stil, maar onze facilitair medewerkers spelen een belangrijke rol bij de zorg van patiënten en ondersteuning van het zorgpersoneel. Naast hun schoonmaaktaken maken ze bijvoorbeeld bedplekken gereed voor opname, vullen ze 'platgoed' (zoals lakens, dekens en handdoeken) en andere materialen aan en brengen en halen ze spullen voor verpleegkundigen. "De afgelopen jaren is het voor ons steeds moeilijker geworden om geschikte mensen voor deze functie te vinden", vertelt manager zorgondersteuning Hielkje Poiesz. "Tegelijkertijd willen we als ziekenhuis onze maatschappelijke betrokkenheid tonen. Zo ontstond het idee om uitkeringsgerechtigden met een afstand tot de arbeidsmarkt op te gaan leiden tot facilitair medewerker."

### Naar school en werken

Het MCL ging om tafel met de gemeente Leeuwarden, het UWV en de twee Friese regionale opleidingscentra, ROC Friesland College en ROC Friese Poort. Samen bedachten ze een plan om uitkeringsgerechtigden al werkend te laten leren. In een BBL-traject, zoals het officieel heet, gaan studenten één dag per week naar school en werken ze twee of drie dagen. "Afgelopen maanden hebben we de kandidaten geselecteerd", verklaart adviseur Eelco den Boer. "Het gaat om mensen met een werkloosheids-, arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering die moeite hebben om aan het werk te komen. Bijvoorbeeld omdat ze geen startkwalificatie of relevante werkervaring hebben. Behalve dat er gesprekken

met ze zijn gevoerd, hebben geïnteresseerden ook een paar diensten meegelopen in het ziekenhuis. Zodat ze een goed beeld kregen van het werk en de collega's."

### Diploma en een baan

Uiteindelijk werden zo tien mensen uitgekozen. Zij startten half november met hun opleidingstraject van een jaar, de eerste vier maanden met behoud van uitkering, daarna in dienst van het MCL. "De leeftijden variëren van begin dertig tot in de zestig", zegt Hielkje Poiesz. "Hun achtergrond is heel divers. En heel leuk: twee van hen hebben eerder als vrijwilliger in ons ziekenhuis gewerkt." Ze is blij verrast door het enthousiasme van de nieuwe medewerkers. "Nadat ze op de werkvloer hadden meegelopen, gaven ze aan dat het werk leuker en afwisselender was dan ze dachten. Ze hadden echt zin om aan de slag te gaan." De meeste lessen worden niet in het ROC, maar in het MCL gegeven. Door ROC-docenten en ook door medewerkers van het ziekenhuis. "Zo halen we het onderwijs letterlijk naar binnen en kunnen we daar ons eigen stempel op drukken", aldus Eelco den Boer. "Deelnemers die het hele traject positief afronden, krijgen na een jaar een MBO-diploma op niveau 2 én een volwaardige baan bij ons. Dat is dus win-win." Als de aanpak een succes wordt, hoopt hij dat het MCL in de toekomst op deze manier niet alleen meer facilitair medewerkers, maar misschien ook mensen voor andere functies kan opleiden. "Want de komende jaren hebben we nog veel nieuw personeel nodig." ■

### Deelnemster Naroushka Faneyt (35)

"Ik was op zoek naar werk. Mijn contactpersoon bij het UWV tipte me over het BBL-traject bij het MCL. Ik was meteen enthousiast, want ik heb een achtergrond in de schoonmaak. Om te ontdekken of een baan in het ziekenhuis bij me paste, liep ik twee dagen mee op de afdeling waar endoscopieën worden gedaan. Het werk was veel gevarieerder dan ik dacht. Mijn begeleider legde alles goed uit. Aan het einde van de dag had ik wel pijn in mijn voeten van het vele lopen! Maar dat went vast snel. Net als weer naar school gaan; ik merk dat ik mijn hersenen weer wat moet oprispen. Het leuke is dat we elkaar in de klas helpen. Ik kijk ernaar uit om over een jaar mijn diploma te halen. Wie weet kan ik daarna doorgroeien naar een andere functie in het ziekenhuis."

### Deelnemster Lydia de Jong - Zwart (45)

"Van huis uit ben ik styliste, maar ik dacht er al een tijdje over om de zorg in te gaan. Toen mijn schoonmoeder een half jaar geleden in een verzorgingshuis werd opgenomen, was dat het duwtje dat ik nodig had. Ik wilde graag iets nuttigs doen en mensen helpen. Maar waar begin je zonder relevante diploma's? Het BBL-traject bood de uitkomst. Na mijn proefdagen op de intensive care was ik nog enthousiaster dan daarvoor. Het is een bijzondere afdeling met veel reuring, precies wat ik wilde. Wat ik ook heel leuk vind is dat ik als facilitair medewerker veel verschillende taken heb. Ik denk dus niet dat ik me hier snel ga vervelen. Het fijnste is dat ik iets zinvol doe en de dag van mensen een beetje beter kan maken. Voor mijn gevoel zit ik hier helemaal op de goede plek."



# IPB: DE PUZZELAARS VAN DE OK-PLANNING



Zonder het integraal planbureau (IPB), geen operaties binnen ons ziekenhuis. Iedere dag zet een bevlogen team zich in om de OK-planning voor het operatiecomplex te vullen. Een ingewikkeld proces, waarbij klinische- en dagopname-capaciteit (het aantal beschikbare bedden) van grote invloed op de planning zijn.

tekst Tim de Jong fotografie Menno de Boer

Achter de schermen plannen achttien IPB'ers OK-operaties voor veertien specialismen in. Brenda Venema - teamleider IPB - vertelt: "Plannen is puzzelen, mogelijkheden zien en kunnen combineren. Voorheen werden operaties op de poliklinieken gepland, maar door alle expertises in het IPB samen te brengen kunnen we van elkaar leren om ons werk nog beter te doen. En dat lukt aardig. We worden steeds beter in ons vak, want dat is het: een vak apart."

## Een dag als IPB'er

Erna van Houten – OK-planner orthopedie – vertelt over haar werk: "Je weet om 8.00 uur al wat er op je pad komt, maar je bent nooit echt klaar. In feite begin je waar je gisteren mee eindigde. Een operatie plan je namelijk niet binnen tien minuten in, daar gaat een heel traject aan vooraf. Ons werk start wanneer de operatieaanvraag via de behandelend arts in het Elektronisch Patiënten Dossier (Epic) is gezet. Vervolgens komt de patiënt op volgorde van urgentie op de wachtlijst te staan. Daarna start het vooronderzoek. Intussen overleggen wij met de OK's, poli-assistentes en eventueel met firma's en zoeken we vele zaken uit. Indien er plek is, de arts kan opereren en de materialen voor de operatie voorradig zijn (bijvoorbeeld een nieuwe heup of benodigde instrumenten), kunnen we de operatie echt inplannen. Dan nemen we telefonisch contact op met de patiënt om de operatiemogelijkheden te bespreken."

## Impact corona

Uitgestelde operaties, gesloten OK's, lage klinische en IC-capaciteit en een toegenomen wachtlijst van 1000 naar 3000 patiënten. Corona oefende veel invloed op het operatie-planningsproces uit. En nog steeds. "Dagelijks ontvang ik telefoontjes van patiënten die al langer dan een jaar op de wachtlijst staan, wat erg vervelend is. Maar nog vervelender

**“PLANNEN IS PUZZELLEN, MOGELIJKHEDEN ZIEN EN KUNNEN COMBINEREN.”**

vind ik dat we niet weten wanneer men wel aan de beurt is", legt Erna uit. Brenda vult aan: "Wegens veel ziekteverzuim onder OK-personeel en verpleegkundigen op verpleegafdelingen, kan ons IPB nog niet op volle toeren operaties plannen. Voorheen planden we zes weken tot drie maanden vooruit, nu is dat maar een week. De lange wachtlijst werken we niet zomaar weg. Ik denk dat we daar de komende twee tot drie jaar nog aan vastzitten." Toch ging veel wel goed. Driekwart van de operaties viel wel te plannen, waaronder de urgente operaties. Dit zijn operaties voor spoed, oncologie en botbreuken die binnen zes weken uitgevoerd moeten worden. "Dus als je het in verhouding bekijkt, hebben we het nog niet zo slecht gedaan."

## Hybride werken

Operaties zijn ook vanuit huis te plannen, merkte het IPB in coronatijd. "Je kunt je thuis soms beter concentreren en men werkt effectiever. Daarom wordt hybride werken de nieuwe standaard", aldus Brenda. ■

## Cijfers over het IPB

### AANTAL OK-OPERATIES IN 2019

**11.577** totaal, **964** per maand

### AANTAL POLIKLINISCHE OK IN 2021

**7500** per jaar



# *Ondanks claustrofobie* **ONTSPANNEN IN DE MRI**

Met claustrofobie in een MRI. Voor mensen met extreme angst voor kleine ruimtes is dit een regelrechte nachtmerrie. In het MCL komen jaarlijks zo'n 100 patiënten die een MRI-scan nodig hebben, maar vanwege een ernstige angststoornis de nauwe tunnel niet in durven. Het MCL bedacht een manier om deze mensen toch te helpen: de claustrofobiepoli.

tekst Inger van Tuinen fotografie Menno de Boer



**Nare ervaring**

“Het begon met een angstig, beklemmend gevoel. Ik had het idee dat ik geen kant op kon en de controle over de situatie verloor. Uiteindelijk stakte mijn adem en raakte ik in paniek”, vertelt Dennis Dronkers (43) over zijn nare ‘MRI-ervaring’ ruim een jaar geleden. Toen hij onlangs hoorde dat hij opnieuw de MRI in moest voor een scan van zijn nekwevels, brak het angstzweet hem uit. Claustrofobische patiënten zoals Dennis werden voorheen doorverwezen naar een speciale kliniek, zoals in Hardenberg, waar ze een ‘open’ MRI hebben. Een mooie optie, maar niet ideaal voor patiënten; ze moeten verder reizen én de beeldtechniek van een open MRI is nu eenmaal beperkter dan die van een gesloten MRI.

**Totaalpakket aan hulpmiddelen**

Dat kan en móet anders, vonden ze op de afdeling neurologie, waar ze heel regelmatig patiënten doorverwijzen voor een MRI-scan. En dus staken een neuroloog, klinisch psycholoog en röntgenlaboranten Elske Huisman en Judith van der Galien de koppen bij elkaar. Samen maakten ze een stappenplan om claustrofobische patiënten zo ontspannen mogelijk de MRI in te krijgen. “Je moet het zien als een totaalpakket aan

hulpmiddelen, waarmee we een bange patiënt van a tot z bij de procedure begeleiden”, legt Judith uit. Die procedure begint bij de arts. Wanneer een patiënt wordt verwezen voor een MRI - en hij of zij geeft aan een ernstige vorm van claustrofobie te hebben - meldt de arts deze persoon aan voor de claustrofobiepoli. De patiënt krijgt daarna al snel een belletje van Elske of Judith. Zo ook Dennis: “Ik kreeg een duidelijke, rustige uitleg over wat ik kon verwachten. Er was alle ruimte om vragen te stellen.” Tijdens dit gesprek kunnen patiënten ook een afspraak maken om eerst een keer ‘proef te liggen’ in een MRI. Dennis ging echter meteen voor de echte scan: “Ik wilde er niet te lang tegenaan hikken.”

*“De angst die ik vorige keer voelde, was er nu gewoon niet.”*



**Een bekende, vriendelijk stem**

De röntgenlaborant die de patiënt als eerste belt, is ook degene die deze persoon opvangt bij binnenkomst op de röntgenafdeling. Een bewuste keuze, vertelt Elske: “Zo hebben we de juiste voorkennis en hoeven we vragen niet opnieuw te stellen. Dat geeft vertrouwen en rust.” Dennis beaamt dit: “Het was fijn om die bekende, vriendelijke stem weer te horen. Juist op het moment dat mijn spanning in de wachtkamer begon op te lopen.” Eenmaal over de drempel van de MRI-ruimte, nemen Elske en Judith hun patiënten stapje voor stapje mee in het proces: ze laten de MRI zien, leggen uit hoe alles werkt en klinkt tijdens de scan, waar de alarmknop zit en waar zijzelf zitten tijdens het scannen. Pas als patiënten zelf aangeven dat ze er klaar voor zijn, gaan ze in de MRI. Dit geeft ze controle over de situatie.

**Film kijken**

Naast de intensieve begeleiding van de claustrofobische patiënten, zet het MCL ook een scala aan gereedschappen in om het onderzoek voor hen aangenamer te maken. Door de recente aanschaf van drie, extra brede MRI's heeft een patiënt nu een stuk meer ruimte dan in een standaard MRI. Bovendien beschikken ze sinds april over het nieuwe

innovision systeem van Siemens. Met dit systeem kunnen patiënten die voor een scan van hun hoofd komen niet alleen muziek luisteren, maar nu ook een film kijken, wat de nodige afleiding biedt. Dennis, componist en pianist van beroep, koos niet voor een film, maar voor muziek tijdens zijn laatste scan. “Ik sloot mijn ogen en kon me dusdanig ontspannen dat ik de muziek kon omzetten in noten. Ik weet niet waar het hem nou precies in zat, maar de angst die ik vorige keer voelde, was er nu gewoon niet.” Dennis zijn ervaring staat niet op zichzelf: Van alle (ernstig) claustrofobische patiënten die eerst naar een externe kliniek werden verwezen, wordt nu 80% via de claustrofobiepoli in het MCL geholpen.

**Investeren in tijd**

Het succes van de poli, die inmiddels een jaar draait, schuilt volgens Judith in het feit dat het zorgproces hier anders wordt benaderd: “Door de lange wachtlijsten en hoge werkdruk wordt de zorg steeds efficiënter ingericht. Alles moet sneller, persoonlijk contact is er soms nauwelijks nog bij. Met deze poli draaien we dit bewust om: hier investeren we juist in tijd met onze patiënten. En dat verdient zich terug: we kunnen hier uiteindelijk meer mensen helpen én met een goed gevoel naar huis sturen.” ■



# Pilot maagverkleining in dagbehandeling *succesvol*

Maagverkleiningsoperaties in het MCL kunnen in de toekomst vaker in dagbehandeling worden uitgevoerd. In navolging op landelijke ontwikkeling is er mede door de goede samenwerking met de anesthesist, verkoever- en afdelingspersoneel een succesvolle pilotstudie verricht onder elf patiënten die in september binnen het CON (Centrum voor Obesitas Noord-Nederland) zijn geopereerd.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer



Bij de klassieke dagbehandeling ligt een patiënt vier uur in het ziekenhuis waarna het bed door de volgende patiënt wordt ingenomen. Bij de maagverkleining is dagbehandeling alleen mogelijk als de ongeveer drie kwartier durende ingreep voor de middag is uitgevoerd. De rest van de dag werkt de patiënt onder leiding van het verpleegkundig team aan het herstel en kan 's avonds rond een uur of zeven naar huis met extra pijnstilling, saturatiemeter en instructies. Qua logistiek is de dagbehandeling dus maar aan drie patiënten per dag aan te bieden en niet elke patiënt komt ervoor in aanmerking. Mensen moeten niet te jong en niet te oud zijn, mogen geen diabetes hebben of gereguleerde slaapapneu, geen bloedverdunners gebruiken en intrinsiek gemotiveerd zijn om snel naar huis te willen. Daarnaast moeten ze op minder dan 100 kilometer van het MCL wonen om bij eventuele complicaties snel in het ziekenhuis te kunnen zijn.

### Gezonde leefstijl

Het MCL is het enige noordelijke centrum voor maagverkleiningsoperaties. Jaarlijks behandelt het team zo'n 900 patiënten die minimaal dertig tot soms meer dan tachtig kilo te zwaar zijn en een BMI van vijfendertig met co-morbiditeit of een BMI van veertig of hoger zonder co-morbiditeit hebben. Vaak hebben ze echter hoge bloeddruk, suikerziekte of slaapapneu. De operatie zelf is een keuze tussen de gastric bypass en de gastric sleeve. Welke het wordt, verschilt per patiënt. "De gastric sleeve is de klassieke maagverkleining waarbij een stuk maag wordt verwijderd zonder een omleiding van de dunne darm te creëren. Bij de gastric bypass gebeurt dat wel", zegt bariatrisch chirurg Ewoud Jutte. "Het idee was vroeger: een kleinere maag, daar kan weinig in en dus val je af. Maar tegenwoordig wordt de werking veel meer gezien als gevolg van hormonale veranderingen. We zien juist dat eten snel doorstroomt en daardoor worden verderop in je darmen weer

cellen gestimuleerd die je hormoonhuishouding beïnvloeden. Het feit dat het eten niet meer of sneller door het eerste stuk van de dunne darm gaat, de twaalfvingerige darm, stimuleert de suikerregulatie positief. Het gaat dus niet alleen maar om het weghalen van een stuk maag, maar vooral om een reset van je hormoonhuishouding. Je lichaam gaat langdurig meewerken om gewichtsreductie te bereiken." De operatie is een vitaal maar ook klein onderdeel van het totale traject dat een 'obese' patiënt ondergaat. "Bij aanmelding voor de operatie willen we weten of de patiënt begrijpt wat dit inhoudt en of die al met een diëtist bezig is geweest om het voedingspatroon aan te passen", zegt Jutte. "Dan hebben we het niet over een dieet, maar over het 'inslijpen' van een aangepast voedingspatroon dat past bij een maagverkleining. Zo leer je om zes keer per dag kleine beetjes te eten, eten en drinken te scheiden, je leert wat goede voeding is en wat je wel en niet kunt eten. Soms vergt dat nog wel een paar maanden. Daarnaast vraagt een gezonde leefstijl ook om een actieve leefstijl. Na dat voortraject wordt de patiënt in het MCL gescreend door een multidisciplinair team, bestaande uit onze diëtist, een internist, psycholoog en verpleegkundig specialist. Zij bepalen of de patiënt een operatie kan ondergaan of dat er bijvoorbeeld nog een eetstoornis behandeld moet worden. Soms worden mensen voor de ingreep afgewezen. Dat heeft dan vooral psychische redenen of er is geen sociaal vangnet thuis. Dat vangnet is cruciaal want als je je niet aan het voedingspatroon kunt houden, te veel alcohol drinkt of thuis te weinig steun krijgt, kun je later weer in de problemen komen.

### Valkuilen

De operatie gebeurt laparoscopisch en duurt ongeveer drie kwartier. Direct daarna begint de herstelfase en het wennen aan een levenslang streng voedingspatroon. Verpleegkundige Tjitske Pol: "We motiveren de patiënten zo snel mogelijk in beweging te komen. Als we ze de hele middag laten



liggen en om 20.00 uur zeggen, gaat u maar naar huis, dat werkt niet. We helpen de mensen om vertrouwen in hun lijf te krijgen. Dat ze beseffen dat de pijntjes die ze voelen verklaarbaar zijn, dat het erbij hoort en niets is om je ongerust over te maken." De patiënt blijft nog vijf jaar onder controle bij de verpleegkundig specialist. "Mensen kunnen door een maagverkleining een derde van hun lichaamsgewicht verliezen, maar dan komt er een nieuw soort evenwicht", zegt verpleegkundig specialist Sanne Feenstra. "In het eerste jaar valt iedereen af en daar hoeft je niet eens zoveel voor te doen maar daarna gaat het lichaamsgewicht weer omhoog. Als je in dat nieuwe evenwicht niets verandert aan je leefstijl, glij je langzaam weer af naar de beginsituatie. Daarom proberen we de patiënten met gerichte scholing en een leefstijltraining aan dat goede voedingspatroon te laten wennen. Zij volgen groepsbijeenkomsten met de diëtist die ze leert het goede voedingspatroon vol te houden. Een psycholoog helpt de patiënten om het risico op terugval in oude leefwijzen te

voorkomen en leert ze te accepteren wie ze zijn na de ingreep. Er zijn mensen die twee jaar na de ingreep in de spiegel kijken en die zich nog steeds te dik vinden. Bovendien gaat veel uitgerekt huid hangen. Dat is confronterend. Dan is er ook nog de psychische druk van mensen om hen heen. Als ze die allerlei lekkere dingen zien eten, worden ze verleid. Op elk feestje staan er valkuilen op tafel zoals gebak, taart en cola. Patiënten werken hard om een gezonde leefstijl op te bouwen en levenslang vast te houden. Dat hou je alleen maar vol met een goede motivatie en steun van het thuisfront. Dat laatste is onontbeerlijk." Het team gaat graag door met het aanbieden van de maagverkleiningen in dagbehandeling. Jutte: "De eerste mensen kregen in september deze operatie in dagbehandeling en waren er heel blij mee. Verder is alles rond de dagbehandeling geregeld. Mensen krijgen instructies mee wat ze moeten doen bij complicaties en onze spoedeisende hulp is op de hoogte. Dus als er iets gebeurt, is iedereen er op voorbereid." ■

***“We helpen de mensen om vertrouwen in hun lijf te krijgen. Dat ze beseffen dat de pijntjes die ze voelen verklaarbaar zijn, dat het erbij hoort en niets is om je ongerust over te maken.”***



*centrale sterilisatieafdeling:*  
**DE OLIE DIE  
DE MCL-MOTOR  
LAAT DRAAIEN**

In het MCL wordt iedere dag een grote hoeveelheid medische instrumenten gebruikt. Het spreekt voor zich dat deze instrumenten schoon en dus veilig moeten zijn om bij patiënten te gebruiken. De centrale sterilisatieafdeling (CSA) van het MCL is hier verantwoordelijk voor. Daarmee heeft de CSA een verantwoordelijke taak binnen het ziekenhuis en vormt de afdeling een onmisbare schakel, zo vindt ook CSA-teamleider Mark Vijver: “Wij zijn de olie die de motor van het MCL laat draaien.”

tekst Arjen Guit fotografie Menno de Boer





# “Je zou kunnen zeggen dat de OK de motor is van het ziekenhuis. In dat geval zijn wij de olie die de motor laat draaien.”

Gebruikte medische instrumenten worden vanaf de OK rechtstreeks bij de CSA afgeleverd. Naast operatiematerialen komen ook instrumenten vanaf de poliklinieken en verpleegafdelingen bij de CSA terecht. De instrumenten zijn onderverdeeld in sets, die specifiek zijn voor bepaalde ingrepen. In het MCL zijn er naar schatting zo'n 1.500 verschillende instrumentensets, dus het is belangrijk om deze materialen gegroepeerd te houden. Wanneer de instrumenten bij de CSA binnenkomen, doorlopen ze een uitgebreid proces tot ze weer schoon en steriel zijn en klaar zijn om opnieuw gebruikt te worden.

## Machines en handwerk

Allereerst worden de instrumenten – die per set in een bakje zitten – in een klein uur schoongemaakt in een volledig geautomatiseerde machine. Daarna komt er handwerk aan te pas. Medewerkers van de CSA controleren ieder instrument van iedere set nauwkeurig. Is alles goed schoon geworden? Zijn de sets compleet? Werken de instrumenten allemaal nog? Lampjes worden gecontroleerd, scharen worden weer



dicht gedaan en alle sets worden compleet gemaakt. Daarna worden de sets met de hand verpakt. Er komen twee lagen verpakkingsmateriaal omheen: de buitenste laag is voor het transport en de binnenste gaat er op de operatiekamer pas af. Dit vouwen gebeurt zorgvuldig volgens een specifieke techniek, waardoor micro-organismen de kans niet krijgen om bij de instrumenten te komen. De verpakte sets worden daarna in een sterilisatiemachine geplaatst. In grofweg een uur tijd worden de instrumenten verhit en gesteriliseerd. Eenmaal uit de machine worden de sets klaargezet en kunnen ze direct de OK op gebracht worden, wanneer dit nodig is.

## Essentiële schakel

De CSA zorgt er dus voor dat medische instrumenten schoon, steriel, functioneel en op voorraad zijn. Dit maakt de afdeling een belangrijke schakel in het MCL met een verantwoordelijke taak. “Je zou kunnen zeggen dat de OK de motor is van het ziekenhuis. In dat geval zijn wij de olie die de motor laat draaien”, zegt CSA-teamleider Mark Vijver over de rol van zijn afdeling. “Als wij ons werk niet zouden doen, is er maar een beperkte voorraad van instrumenten beschikbaar waar het ziekenhuis ongeveer een dag mee vooruit kan. En als wij onze taak niet nauwkeurig uitvoeren, kan dit grote consequenties hebben voor de patiënt.” Om die verantwoordelijke taak uit te kunnen voeren, is het personeel van de CSA goed opgeleid. Verder zijn richtlijnen en normen erg belangrijk. Denk aan de eerdergenoemde vouwtechnieken die worden toegepast, maar ook aan de werking van de machines. Zo worden de sterilisatiemachines van de CSA jaarlijks door een onafhankelijke partij getoetst, maar de afdeling voert zelf ook iedere dag een kleine test uit om te zien of alles naar behoren werkt. “Wij hebben een grote verantwoordelijkheid richting de patiënt en die taak nemen wij erg serieus”, aldus Vijver. ■



# Chantal

COLUMN

tekst Chantal Mouës fotografie Menno de Boer

Junior vereniging, bestuurlijke vertegenwoordiging, pappadag, uitstroom profiel, parttime. Doelmatig, competenties, verantwoord(elijk), social media, footprint, persoonlijke groei, FOMO.

## DE LAT ZIJN WIJ, de hoogte bepaal jij!

Een nieuwe generatie artsen staat aan de vooravond van het nieuwe werken. Met mijn 48 jaar behoor ik ondertussen tot de generatie van “daarvoor”. Tijdens mijn opleiding duurde mijn werkdag zolang er werk was, en nee... (over)uren werden toen bij voorkeur niet geregistreerd. Parttime werken was nog onbespreekbaar. Zwanger worden was een zegen, maar zwanger zijn een last. Bij voortgangsgesprekken werd gezocht naar bewijslast en waar een compliment een witte raaf was, was kritiek dat zeker niet. De opleiding was zodanig ingericht dat je werd gekneed naar de gelijkenis van je opleider om uit te groeien tot een zelfstandig en onverschrokken dokter. Gedurende de opleiding had je weinig invloed op de positie van “De lat”, laat staan de hoogte er van. De route naar het eind van je opleiding was er een van “oogkleppen op en doorbikkelen”; het zogenaamde BH-BHtje (bek houden, briefje halen). Terug naar de zorg(en) van nu. De opleiding tot dokter wordt gekaderd, ingebed, geroosterd, geregistreerd, getoetst en gestuurd. Op de agenda staan nu onderwerpen als duurzaamheid, zinvol leven en eigen regie. Zij scheiden het nut van het nutteloze en redigeren hun loopbaan binnen de eigen gekozen kaders. Zij leven naast het werken in plaats van voor het werken. De nieuwe generatie dokters ziet zichzelf, terecht, niet als een workhorse om het rooster rond te krijgen. Ze zijn meer dan een ‘anios als werkbijtje’ of een ‘co zonder naam’. De lat bepalen zij

en de hoogte ook. Deze ontwikkeling is op het eerste gezicht een gezonde ‘way of live’. Maar ook deze nieuwe generatie komt voor grote uitdagingen te staan. Het aantal ouderen stijgt exponentieel met als gevolg dat de zorglast zal gaan verzwaren. Daarnaast zal er de komende 10-15 jaar een toename van pensioen gerechtigde collega's zijn. Ondanks dat de toekomst niet in de handen ligt van de opleiders van nu, is het wel een probleem dat wij nu progressiever moeten aanpakken. Maakt de nieuwe generatie zich daar ook al druk om? “Slim spelen!” roep ik elk weekend langs het hockeyveld als coach van de jongens C1. Wat niet zozeer betekent dat ze harder moeten rennen, maar.... precies! Ze moeten slimmer spelen. Niet de bal brengen, maar het veld middels lange passes overbruggen. Een-tweetjes maken, elkaar backup geven en een overtreding forceren in hun cirkel. Oftewel: ze moeten samenwerken, elkaar steunen en op die manier verandering forceren. Wie van de volgende generatie dokters pakt deze handschoen op en verzint een slimme oplossing voor het collectieve probleem? Want als coach kan je constateren en roepen dat het anders moet, maar de strijd wordt op het veld gestreden. ■



# WERKEN OP DE MOOISTE SPOEDEISENDE HULP

REANIMATIES, DE GROTERE TRAUMA'S EN COMPLEXE VAATZORG: EEN GREEP VAN WAT AAN BOD KOMT OP DE SPOEDEISENDE HULP VAN HET MCL. DE SPOEDEISENDE HULP AFDELING HEEFT DAN OOK EEN REGIOFUNCTIE, WAAR 24/7 HOOG- EN LAAGCOMPLEXE ZORG WORDT AFGEWISSELD. "WE HEBBEN EEN PRACHTIGE SEH, MISSCHIEN WEL DE MOOISTE VAN NEDERLAND. WE ZIJN HIEROVER VEEL TE BESCHEIDEN. WE HEBBEN ÉÉN VAN DE NIEUWSTE EN MEEST MODERNE SEH'S VAN HET LAND", VERTELT **CONSTANT COOLSMA (SEH-ARTS)**.

tekst Jette de Vos fotografie Jeroen Adema



"We hebben één van de nieuwste en meest moderne SEH's van het land."



Constant woont in Groningen en rijdt elke dag 65 km om naar zijn werk te komen. Hij werkt nu tien jaar in het MCL. De reden dat Constant zo graag in het MCL werkt, heeft te maken met de positie die hij als SEH-arts heeft. "SEH-artsen worden gezien als volwaardig medisch specialisten, hierdoor kunnen wij ons ook zo gedragen. Als er specifieke spoedeisende hulp nodig is bij een patiënt, dan komen specialismes direct naar ons toe. Als SEH-arts ben je regisserend dokter voor de hele vloer. We zien patiënten voor alle specialismes. We zijn hoofdbehandelaar van bepaalde categorieën patiënten en standaard medebehandelaar van alle MTS rood en oranje getrieerde patiënten. Dit zijn de patiënten die de meest urgente zorg nodig hebben. Ook zijn we teamleider bij opvang van zwaargewonde en kritiek zieke patiënten."

### Skills

Alle SEH-artsen beschikken over de benodigde skills. Zo zijn alle 14 artsen echo-gecertificeerd, en zien zij zich als expert in de behandeling van acute pijn. Dit betekent dat de SEH arts bepaalde vormen van regionale anesthesie toepast en procedurele sedatie en analgesie uitvoert, in de volksmond 'roesje' genoemd, waarmee pijnlijke en ongemakkelijke procedures op de SEH uitvoerbaar zijn op een voor de patiënt acceptabele wijze. Ook wordt het luchtwegmanagement in principe zelfstandig toegepast. Constant: "Dat kunnen wij in de volle breedte uitoefenen en verder ontwikkelen." Daarnaast krijgt de afdeling binnenkort een eigen CT-scan. "Dit is ontzettend belangrijk met name voor de neurologische patiënten, die snel een behandeling in de zin van trombolysen nodig kunnen hebben. Maar ook voor allerlei andere ziektebeelden is het natuurlijk heel handig om de CT-scan op de spoed te hebben en niet eerst met de patiënt op transport te moeten naar de CT-scan," vertelt Constant.

### Opleidingsziekenhuis

Het MCL is een topklinisch opleidingsziekenhuis (STZ). Hiermee voldoet het ziekenhuis aan verschillende eisen die voornamelijk te maken hebben met de kwaliteit van het onderwijs, (medische) opleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Constant: "Ik wilde heel

graag werken in een opleidingsziekenhuis, daar blijf je zelf veel beter bij. Je wordt gedwongen je te verdiepen als je mensen opleidt. Dat is niet alleen leuk om te doen, maar je wordt er zelf echt beter van in je werk." Levenslang leren spreekt Constant heel erg aan, hij is nooit uitgeleerd. "Als je je op een gegeven moment verveelt - wat ik me haast niet voor kan stellen - dan zijn er nog voldoende andere mogelijkheden voor verbreding. Ik ben opleider geworden als nevenfunctie, maar je kunt ook vakgroepvoorzitter of medisch coördinator van de SEH worden. Of je kunt wetenschap bedrijven."

### Nooit een normale dag

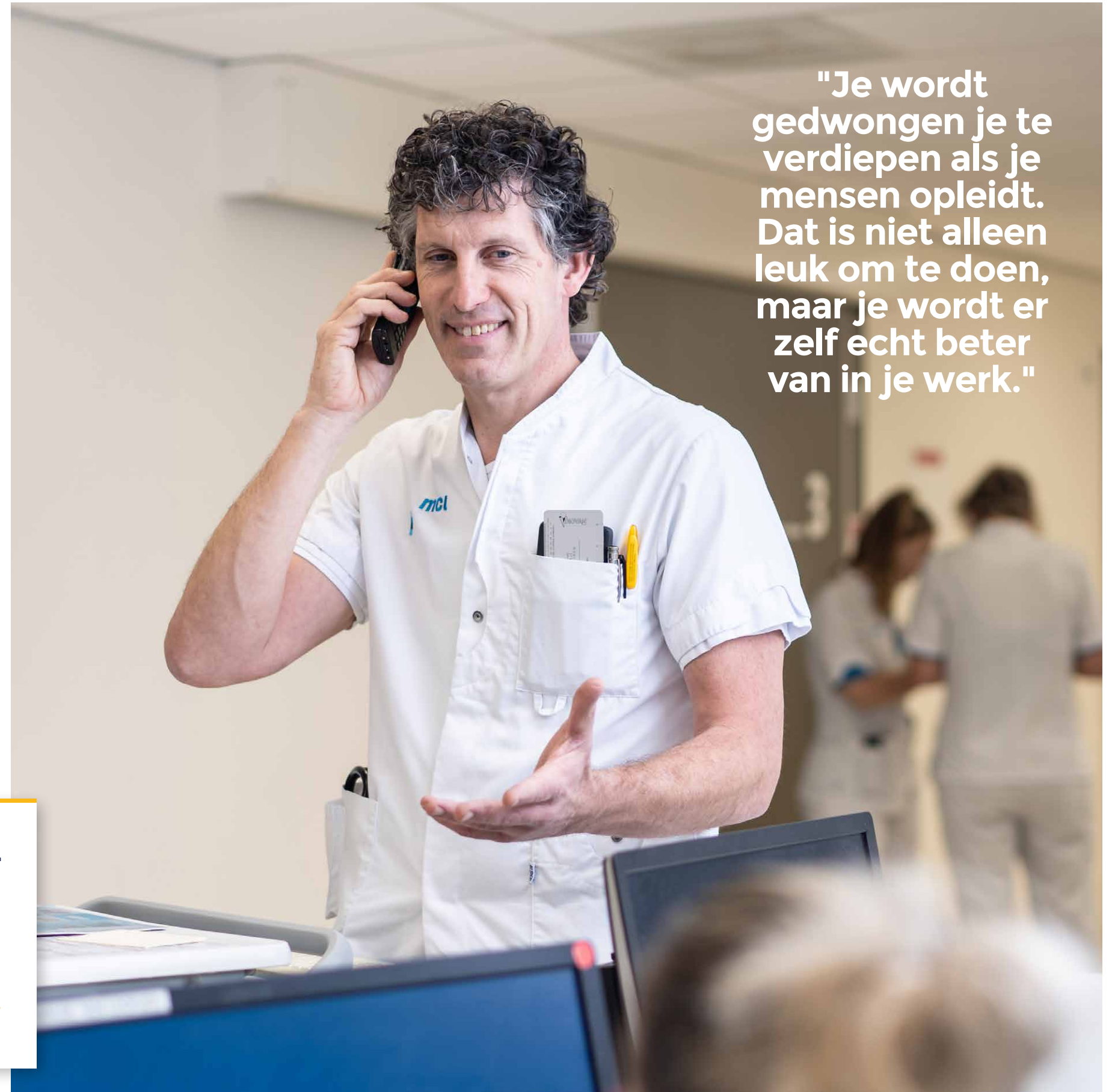
Als SEH-arts heb je twee verschillende rollen. Constant: "Je hebt de regiefunctie, waarbij je orde moet scheppen in de hele chaos en steeds moet proberen alle processen zo snel en effectief mogelijk te laten verlopen. En je hebt de rol van praktisch SEH-arts, waarbij je de patiënten zelf ziet." De SEH-arts ziet met name de ziekere patiënten, maar ook veel kleinere casussen tussendoor om het proces zo vloeiend mogelijk te laten verlopen. "Het is vaak enorm druk. Dat is altijd de uitdaging, daar moet je van houden. Ik houd er heel erg van dat het elke keer anders is en heb dan ook nooit een normale dag. Dat is direct het onderscheidende aan mijn vak. Natuurlijk zit er wel structuur in de dag door verschillende overdrachtsmomenten en afstemming met verpleegkundigen, maar wat zich daartussen allemaal afspeelt is elke dag weer anders, maar dat maakt het enorm leuk." ■

### Kom ook werken bij #teamMCL



Wil je alvast even digitaal sfeerproeven? Bekijk dan het filmpje van Constant.  
[www.mcl.nl/sehartsmetskills](http://www.mcl.nl/sehartsmetskills)

Bekijk onze vacatures op [www.mcl.nl/vacatures](http://www.mcl.nl/vacatures)



"Je wordt gedwongen je te verdiepen als je mensen opleidt. Dat is niet alleen leuk om te doen, maar je wordt er zelf echt beter van in je werk."



# *Meten is* **WETEN**

Als je voor een operatie onder algehele narcose gaat, houdt een anesthesioloog steeds in de gaten hoe het met je gaat. Nieuwe technieken helpen daarbij. Anesthesioloog Tammo Brouwer: "Dankzij extra informatie kunnen we nog betere narcosezorg geven."

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer

Simpel samengevat zorgt een anesthesioloog ervoor dat een chirurg veilig kan opereren en dat een patiënt een operatie zo comfortabel mogelijk doorstaat. Om zijn werk goed te kunnen doen, meet hij tijdens een ingreep steeds de vitale lichaamsfuncties van een patiënt: de hartslag, de bloeddruk en het zuurstofgehalte in het bloed. Die gegevens vertellen hem hoe het met de patiënt gaat en of er zo nodig actie moet worden ondernomen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de bloeddruk van een patiënt te veel daalt. "Dan dienen we vocht of medicijnen toe, of een combinatie van beide", vertelt anesthesioloog Tammo Brouwer, die vanaf 2001 in het MCL werkt. "Dat is belangrijk om complicaties te voorkomen. Bij een langdurig lage bloeddruk gaat er namelijk minder zuurstof naar de organen en andere weefsels. Met mogelijk schade tot gevolg, bijvoorbeeld aan de nieren. Vandaar dat we daar heel alert op zijn." De bloeddruk- en de hartslagmeting geven







## "PATIËNTEN BIJ WIE WE DE APPARATUUR INZETTEN, HOEVEN DAARNA GEMIDDELD EEN DAG KORTER IN HET ZIEKENHUIS TE BLIJVEN."

hiervoor belangrijke informatie. Maar die gegevens alleen zijn eigenlijk niet genoeg. Het menselijk hart- en vaatstelsel vormt namelijk een razend ingewikkeld systeem. Als de bloeddruk tijdens een operatie daalt, kan dat ook meerdere oorzaken hebben. Bijvoorbeeld bloedverlies of uitdroging, met verschillende effecten op het hart. "Om doeltreffend te kunnen ingrijpen, hebben we meer data nodig", aldus Brouwer. "Zodat we vervolgens de juiste behandeling kunnen kiezen om het probleem te verhelpen."

### Minder lang in het ziekenhuis

Daar komt de moderne techniek om de hoek kijken. Sinds een paar jaar gebruiken Brouwer, collega-anesthesioloog Paul van Beest en speciaal daarvoor opgeleide anesthesiemedewerkers tijdens hoog risico-operaties namelijk een bewakingsmonitor, die allerlei extra informatie geeft. Bijvoorbeeld de hoeveelheid bloed die het hart per minuut en per slag uitpomp, en de variatie daarin. "Als die te laag is, gaat er te weinig bloed naar het hart", legt Brouwer uit. "We noemen dat 'ondervulling'. Door het bloedvolume aan te vullen met vocht of door medicatie te

geven, is het hart in staat om per slag weer meer vloeistof door het lichaam te pompen en zo dus ook meer zuurstof naar de weefsels en cellen te transporteren." Te veel vocht - 'overvulling' - is echter ook weer niet goed. Dan raakt het hart overbelast en verslechtert de zuurstoftoevoer juist. Bovendien vergroot overvulling de kans op complicaties als wondinfectie en longontsteking. "Dankzij onze meetapparatuur kunnen mijn collega's en ik onder andere het slagvolume goed in de gaten houden en dus de juiste behandelkeuze maken. Afgelopen jaren hebben we wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van het apparaat. Daaruit bleek dat patiënten bij wie we de apparatuur inzetten daarna gemiddeld een dag korter in het ziekenhuis hoeven blijven. Vermoedelijk omdat hun lichaam het minder zwaar te verduren heeft gehad tijdens de operatie en ze daar dus sneller van herstellen."

### Alarmbel

Maar de techniek doet meer. Tammo Brouwer en zijn collega's gebruiken ook een systeem dat tijdens een operatie alarm slaat, nog vóórdat de bloeddruk van een patiënt (ernstig) daalt.

Een computerprogramma kan zo'n bloeddrukdaling namelijk voorspellen, waardoor de anesthesioloog eerder kan ingrijpen. In dat programma zitten de gegevens van duizenden patiënten die onder narcose zijn geweest. Op basis daarvan is een algoritme (een set instructies om een berekening te maken) in staat om de kans in te schatten dat de bloeddruk van de patiënt gaat zakken. Die informatie gebruikt de anesthesioloog om zijn beleid op aan te passen. "Zo'n waarschuwingssysteem vervangt geen mensen", benadrukt Brouwer. "Maar zo'n alarmbel tijdens de operatie helpt ons wel om tijdig te kunnen reageren."

### Vooraf risico's inschatten

Nieuwe technieken worden trouwens niet alleen tijdens, maar ook voor en na een operatie gebruikt. "Als enige ziekenhuis ter wereld verzamelen we bijvoorbeeld voorafgaand aan een hoog risico-operatie ook al gegevens over onder andere de hartfrequentie en het slagvolume van de patiënt", verklaart Brouwer. "Die informatie helpt ons om, samen met de voorgeschiedenis, het gesprek met de patiënt en het lichamelijke onderzoek, een betere inschatting te maken van het operatierisico. Zo weten we bij wie we extra moeten opletten en welke patiënten we bijvoorbeeld vóór de operatie al extra vocht moeten geven. Zodat we nóg betere zorg kunnen verlenen." Overigens kan de uitkomst van zo'n risicoinschatting ook zijn dat een patiënt mogelijk niet sterk genoeg is voor een operatie. "Dat bespreken we dan in een multidisciplinair overleg, waar behalve de anesthesioloog bijvoorbeeld ook de betrokken specialist, een intensivist en zo nodig cardioloog bij zit", besluit Brouwer. "En, best bijzonder: we nodigen ook familieleden uit om bij zo'n overleg aan te schuiven. Uiteindelijk gaat het immers om hun dierbare. Niet meer dan logisch dus, om een ingrijpend besluit als wel of niet opereren samen te nemen." ■







# WE GAAN BIJNA RICHTING EEN kunstmatige alvleesklier

Suikerziekte is volksziekte nummer één in Nederland. De meeste van hen blijven onder behandeling van hun huisarts, maar toch behandelt het MCL nog zo'n 1600 diabetespatiënten per jaar. Daarbij werken de specialisten goed samen met huisartsen en ook de technische mogelijkheden nemen snel toe.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer



# "ALS PATIËNTEN HUN ALARMEN INSTELLEN, WORDEN ZE GEALARMEERD BIJ EEN TE LAGE OF TE HOGE SUIKERWAARDE. DAT IS WEL EEN GAMECHANGER."

Type 1-diabetes is een auto-immuunziekte, antistofgerelateerd en insulineafhankelijk. Deze patiënten houden de ziekte levenslang. Type 2-diabetespatiënten kunnen genezen, dat heeft altijd met leefstijl te maken. "Type 2 is simpelweg 'insuline-ongevoeligheid' en je kunt met leefstijlveranderingen je insulinegevoeligheid verbeteren", zegt internist-endocrinoloog Janneke Witteveen. "Het gros van de diabetes Type 2-patiënten hoeft niet naar het ziekenhuis. De huisarts voert de meeste zorg zelf uit, maar we werken goed samen op basis van landelijke, duidelijke, transmurale afspraken."

## Meekijk-consult

In de afspraken is helder waar de specialisten meerwaarde hebben ten opzichte van het werk van een huisarts, zegt Witteveen. "Wij zien bijvoorbeeld patiënten bij het starten van insulinetherapie als de huisarts dat nodig acht, bij slecht ingestelde diabetes, als de patiënt een zwangerschapswens heeft, als een patiënt start of wil starten met een andere therapie of als die vanwege zijn beroep beperkte therapeutische opties heeft en soms is er twijfel over de diagnose diabetes type 2. Dan vindt diagnostiek naar de diagnose plaats. Daarnaast kan een patiënt problemen hebben met cholesterol of bloeddruk of er zijn complicaties zoals nierschade. Bij simpele vragen kijken we via ketenzorg op papier mee, tijdens een email-consult. Daarnaast kan de patiënt eenmalig naar ons verwezen worden voor een meekijk-consult. Dan zien we de patiënt een half uurtje en maken daarna een plan waarmee de huisarts en de patiënt verder kunnen. Dan gaat het vaak om adviezen voor de huisarts ten aanzien van de juiste diagnose of een andere therapie-instelling. We hebben bovendien nog de unieke optie dat de huisarts bij de diabetesverpleegkundige een meekijk-consult kan aanvragen. Dan gaat het vaak om instructie over de uitvoering van een behandeling, bijvoorbeeld het starten van insulinetherapie."

## Makkelijke sensor

Ook de technische mogelijkheden om patiënten te behandelen nemen snel toe en aan alle innovaties doet het MCL mee, zegt Witteveen. "Een patiënt moet telkens zijn suikerwaarde meten. Dat kan met een vingerprik waarbij een druppel bloed in een scannertje wordt gebracht waarna de suikerwaarde gemeten wordt. Inmiddels plakken patiënten al sensoren op de arm en halen er telkens de scanner op hun telefoon langs voor de actuele suikerwaarde. Daarmee kun je als het ware direct de invloed meten van bijvoorbeeld de pizza die je net opgegeten hebt. Maar ook dit niveau zijn we voorbij. Inmiddels zijn deze sensoren standaard met alarm uitgerust. Als patiënten hun alarmen instellen, worden ze gealarmeerd bij een te lage of te hoge suikerwaarde."

Dat is wel een gamechanger. Want als een patiënt veel aanvallen van hypoglycemie heeft gehad, voelt hij die hypo's eigenlijk niet meer goed aankomen. Dat is levensgevaarlijk. Vaak zien we dat mensen hun suikerwaarde bewust hoog houden omdat ze bang zijn een hypoglycemie te krijgen, bijvoorbeeld omdat ze alleen thuis zijn. Door de alarmen zijn ze er dus op tijd bij en krijgen ze geen echte hypoglycemie meer. Daardoor zien we hun diabetesinstellingen verbeteren. Inmiddels is er voor een selecte groep nog een kleinere, plattere variant beschikbaar waarbij de patiënt niet eens meer hoeft te scannen met de telefoon. Je kunt de sensor ook koppelen aan een smartwatch wat controle wel heel makkelijk maakt. Qua meten is er dus heel veel veranderd, maar ook in de generaties insulinepennen en insulinepompen zien we mooie ontwikkelingen. Zo zijn er sensoren die in verbinding staan met een insulinepomp en rechtstreeks aangeven dat die pomp meer of minder insuline moet afgeven. Dan ga je al bijna richting een kunstmatige alvleesklier."



## D-team

In het MCL loopt dagelijks een D-team rond: een Diabetesteam, bestaande uit een arts of arts-assistent en een diabetesverpleegkundige. Het D-team houdt diabetespatiënten in de gaten die elders in het ziekenhuis zijn opgenomen, bijvoorbeeld na een ongeluk, voor een operatie of omdat ze een hartinfarct hebben gehad. Witteveen: "Vaak zijn vaatpatiënten ook diabetespatiënt. Er gebeurt tijdens een opname veel met de patiënten zoals een operatie, sondevoeding of een

steroïdenbehandeling, allemaal veranderingen waarbij je kan verwachten dat de suikerwaarde gaat variëren. Het D-team gaat langs bij de patiënt, checkt dagelijks de glucosewaarden en anticipeert op wat er verder met de patiënt gaat gebeuren. Als iemand nuchter moet zijn voor een operatie, kun je tevoren de medicatie aanpassen bijvoorbeeld. Zo voorkom je complicaties zoals een ernstige hypoglycemie of hyperglycemie en uiteindelijk leidt dat tot kortere ligduur en een beter herstel." ■



# ONDERZOEK

## ondersteunt het verpleegkundig vak!

De zorg beweegt voortdurend. Nieuwe inzichten en een veranderend zorglandschap zorgen ervoor dat verpleegkundigen up-to-date moeten blijven. Wetenschappelijk onderzoek helpt daarbij, en om dat te stimuleren hebben MCL en NHL Stenden Hogeschool een lectoraat opgezet. Dat blijkt op meerdere vlakken erg waardevol. Het komt niet alleen de zorg voor de patiënt ten goede, maar biedt ook voordelen in een alsmaar krimpende arbeidsmarkt.

tekst Arjen Guit foto's Menno de Boer



### Samenwerking tussen MCL en NHL Stenden

Onderzoek doen in de zorg is niet nieuw, ook in het MCL niet. In de medische discipline is wetenschappelijk onderzoek al langer onderdeel van de dagelijkse praktijk om zo de zorg voor patiënten te verbeteren. Wetenschappelijk onderzoek in de verpleegkundige praktijk is echter relatief nieuw. Dat wil zeggen, verpleegwetenschap bestaat al wel sinds halverwege de vorige eeuw, maar verpleegkundig onderzoekers zie je pas sinds kort ook in ziekenhuizen rondlopen. Zij voeren wetenschappelijk onderzoek uit om specifiek de verpleegkundige zorg voor patiënten te verbeteren. Om verpleegkundig onderzoek te stimuleren en te ondersteunen is in het voorjaar van 2018 al het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg in het leven geroepen. Dit is een samenwerking tussen MCL en NHL Stenden Hogeschool.

### Onderzoeken faciliteren

Dr. Margreet van der Cingel is van oorsprong zelf verpleegkundige en is nu als gepromoveerd onderzoeksleider ruim vier jaar lector. Het lectoraat bestaat uit enerzijds onderzoekers van het MCL en anderzijds docent-onderzoekers van NHL Stenden. Sinds afgelopen jaar kan het lectoraat bovendien samenwerken met verpleegkundig onderzoekers in de ZE's omdat het MCL er echt voor gekozen heeft verpleegkundig onderzoekers in functie te zetten. Dit betekent dat er nu ook op de verpleegafdelingen van het MCL verpleegkundigen in een combinatiefunctie als verpleegkundig onderzoekers werken. De taak van het lectoraat is om relevante onderzoeksthema's vast te stellen en er samen met de onderzoekers voor te zorgen dat de onderzoeken goed worden uitgevoerd. Verpleegkundige onderzoeksthema's zijn bijvoorbeeld onderzoek naar de beste manier waarop verpleegkundigen patiënten kunnen ondersteunen in het dagelijks functioneren, of bij preventie van risico's zoals vallen of ondervoeding, of helpen een gezonde leefstijl te bevorderen zoals in de voorbereiding op een operatie of juist bij het ontslag naar huis.

### Vertaalslag richting verpleegkundigen

Als lector is Van der Cingel, die onlangs een tweede termijn van vier jaar voor haar lectoraat heeft gekregen, degene die dit in goede banen leidt en is ze ook het gezicht van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek in het ziekenhuis. Daarbij wordt samengewerkt met de wetenschapscommissie van het MCL en de Verpleegkundige Advies Raad (VAR). "De VAR vertegenwoordigt de verpleegkundigen in de organisatie. Zij weten dus wat er in de beroepsgroep speelt en dat levert

**“Als we goede zorg willen verlenen en de kwaliteit van zorg overeind willen houden, moeten we het vak up-to-date houden met nieuwe kennis.”**

ons als lectoraat waardevolle input op. Tegelijkertijd kan het lectoraat helpen een vertaalslag te doen richting de VAR voor alles dat met verpleegkundig onderzoek te maken heeft”, legt Van der Cingel uit.

### Up-to-date blijven

De inzet op verpleegkundig onderzoek en het positioneren van verpleegkundig onderzoekers in de organisatie is een landelijke ontwikkeling die ook in de STZ-ziekenhuizen speelt, waar het MCL er één van is. Voor de professionalisering van de beroepsgroep is onderzoek doen en gebruiken belangrijk, vertelt Van der Cingel. “Als we goede zorg willen verlenen en de kwaliteit van zorg op lange duur overeind willen houden, moeten we het vak up-to-date houden met nieuwe kennis uit onderzoek en kunnen inspelen op nieuwe ontwikkelingen. Daar moet het lectoraat in helpen. Niet alleen het vergaren van nieuwe kennis, maar ook het verspreiden daarvan is een belangrijke taak. En hoe zorg je dat de verpleegkundigen plezier houden in hun werk en over hun vakgebied vanuit die kennis mee kunnen denken?”

### Betere zorg voor de patiënt

Door nieuwe kennis te gebruiken in de praktijk, kan de zorg voor patiënten ook voortdurend verbeterd worden. Van der Cingel legt dit uit aan de hand van een voorbeeld. “In het verpleegkundige beroep zijn allerlei handelingen die gebruikelijk zijn, bijvoorbeeld

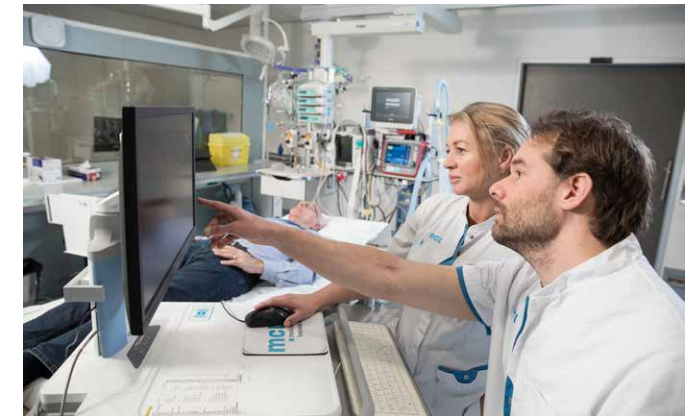
het gebruik van beddekken bij onrustige patiënten, waarvan onderzoek heeft aangetoond dat ze helemaal niet zo goed zijn en zelfs averechts werken voor de patiënt. Dit wordt de ‘beter laten-lijst’ genoemd. Verpleegkundig onderzoek moet op die manier leiden tot aanpassingen in de zorg. Dat geeft aan hoe waardevol onderzoek voor de kwaliteit van zorg is.”

### Profiteren op krappe arbeidsmarkt

Daarnaast is het bieden van een loopbaanperspectief voor verpleegkundigen ook een belangrijke reden om verpleegkundig onderzoek in de praktijk in te voeren en verpleegkundig onderzoekers in functie te zetten. Dat kan van grote waarde zijn in de arbeidsmarkt, die steeds meer onder druk komt te staan. Het wordt voor ziekenhuizen moeilijker om voldoende personeel te werven en die krapte geldt zeker voor de verpleegkundige beroepsgroep. “In die grote beroepsgroep zijn mensen die onderzoek doen heel leuk vinden, er een universitaire opleiding in doen of hebben gedaan en hun kwaliteiten graag willen inzetten. Om die groep te behouden helpt het als het MCL ze meer mogelijkheden biedt. Op die manier hoop je hen voor een langere tijd aan het ziekenhuis te kunnen binden.” Ook kun je meer nieuwe verpleegkundigen enthousiasmeren om naar het MCL te komen. “We vergroten hiermee de aantrekkingskracht. Als jij verpleegkundige bent en geïnteresseerd bent in het doen van verpleegkundig onderzoek, dan kan het MCL zo een hele mooie plek zijn om te komen werken. Wij bieden op dit moment mogelijkheden die nog niet overal geboden worden.”

### Gezicht gekregen

Het lectoraat bestaat nu ruim viereenhalf jaar en Van der Cingel ziet duidelijk wat het in die periode heeft opgebracht. “Nu weten mensen hier veel beter wat verpleegkundig onderzoek inhoudt. Het heeft echt een gezicht gekregen. Ik ben blij dat het MCL voor een lectoraat en verpleegkundig onderzoekers in de praktijk heeft gekozen en vooral ook hoe het MCL verder wil gaan met de resultaten van onderzoek dat we tot nu toe hebben gedaan. Verpleegkundig onderzoek wordt echt gezien als iets dat nodig is. Je merkt aan iedereen hier dat het belangrijk wordt gevonden. Dat is een compliment voor het MCL.” Haar wensen voor de volgende vijf jaar zijn ook helder: “Ik hoop dat over een aantal jaren verpleegkundig onderzoek op iedere afdeling heel normaal is geworden. Als wij als verpleegkundigen ons werk goed willen doen, moeten we zorgen dat we ons vak bijhouden en daar is onderzoek in de patiëntenzorg heel belangrijk in.” ■





# DOE MAAR DUURZAAM

Eerlijk toegegeven: de zorg is niet de meest duurzame sector. Zo zijn alle zorginstellingen samen verantwoordelijk voor 7 procent van de Nederlandse CO2-uitstoot. In het MCL doen we er alles aan om daar zo snel mogelijk verandering in te brengen. Vier goede voorbeelden uit ons hart- en vaatcentrum.

tekst Marte van Santen fotografie Menno de Boer





## "HET MOOISTE IS NATUURLIJK ALS WE MET ONS AFVAL STRAKS SPULLEN KUNNEN PRODUCEREN, DIE WE DAARNA WEER IN ONZE EIGEN ZIEKENHUIZEN GEBRUIKEN."

### **Interventiecardioloog Joost Haeck en cardioloog Steef Sinkeler van het MCL en cardioloog Robin Nijveldt van het Radboudumc startten samen Hartplastic.**

Joost Haeck: "Een hartkatheterisatie is een ingreep waarbij een arts de bloedvaten van het hart in beeld brengt. Dit gebeurt met een dun slangetje, een katheter. Daarmee kunnen we via de bloedvaten bij het hart komen. Zulke slangetjes gebruiken we ook bij dotterbehandelingen, om dichtgeslibde bloedvaten te heropenen. Daarbij gebruiken we allerlei instrumenten en materialen. Voor de veiligheid zijn die allemaal afzonderlijk in plastic verpakt. Al die verpakkingen leverden een enorme berg plastic afval op. Per ingreep in de katheterisatiekamer zo'n twee vuilniszakken vol, die rechtstreeks in de verbrandingsoven belandden. In 2019 ben ik daarom gaan onderzoeken welk deel van het schone plastic - dat niet met een patiënt in contact is geweest - we zouden kunnen hergebruiken. Twintig procent, zo bleek; de rest is vanwege de samenstelling niet geschikt voor recycling. Van daaruit ging het balletje rollen. Samen met twee andere cardiologen en twee laboranten heb ik de stichting Hartplastic opgericht. Inmiddels hebben we een proces ontwikkeld om het herbruikbare, 'schone' plastic tijdens de behandeling meteen te scheiden en in te zamelen. Vervolgens vermalen we dat met behulp van een shredder tot granulaat, een soort plastic korrels en grondstof voor nieuwe producten. Haakjes, bakjes, pillendoosjes of meubilair, bijvoorbeeld. Die maken we met een 3D-printer. Het mooiste is natuurlijk als we met ons afval straks spullen kunnen produceren, die we daarna weer in onze eigen ziekenhuizen gebruiken. Dan is de cirkel rond. Verder hopen we andere ziekenhuizen te stimuleren om hetzelfde te gaan doen. In totaal zijn er 49 hartkatheterisatiekamers in Nederland, waar dagelijks honderden patiënten worden behandeld. Er valt dus nog een wereld te winnen. Onder andere ziekenhuizen in Nijmegen, Zwolle en Maastricht zijn al met onze aanpak aan de slag. Daarnaast willen we ook medische producenten wakker schudden. Want het zou natuurlijk nog beter zijn om bij de bron te beginnen, door instrumenten en materialen anders en slimmer te verpakken. Ook hiervoor geldt: voorkomen is beter dan genezen."

### **CIED-technicus Marco Luik helpt om gebruikte pacemakers en ICD's te verzamelen, zodat die gerecycled kunnen worden.**

"In het MCL plaatsen we jaarlijks zo'n 500 pacemakers, ICD's en Implanteerbare Loop Recorders: apparaatjes die de hartslag meten, in de gaten houden en zo nodig versnellen of corrigeren. Een CIED-technicus ondersteunt een cardioloog daarbij, onder andere met het doen van metingen en het instellen en uitlezen van de apparaten. Patiënten bij wie de pacemaker of ICD is vervangen - de gemiddelde levensduur is zes tot tien jaar - nemen het oude exemplaar vaak mee naar huis. Maar die van overleden patiënten werden tot een jaar of twee geleden bij het chemische afval gedaan. Zonde, want er zitten veel waardevolle grondstoffen in die prima kunnen worden hergebruikt. Zo is de metalen behuizing gemaakt van titanium en bestaat de batterij voor een groot deel uit lithium. Alle reden dus, om afgedankte apparaten te verzamelen. Tegenwoordig sturen we die op naar een gespecialiseerd bedrijf dat ze recycleert. Titanium wordt na het omsmelten bijvoorbeeld gebruikt bij de constructie van vliegtuigen, lithium voor batterijen van mobiele telefoons, tablets en laptops. Het lijkt misschien een druppel op een gloeiende plaat, maar als wereldwijd alle pacemakers, ICD's en Implanteerbare Loop Recorders worden gerecycled, maakt dat een groot verschil!"

### **Laborant Wiljan Dassen nam het initiatief om plastic ECG-plakkers beter te benutten en zo minder afval te produceren.**

"Om een ECG - een hartfilmpje - te maken, plakken we tien plastic plakkers op een patiënt: twee ter hoogte van de schouders, twee ter hoogte van het bekken en zes op de borstkas. Alleen al in ons hart- en vaatcentrum gebruiken we er jaarlijks meer dan 45.000. Aan de elektroden op de plakkers worden kabeltjes bevestigd, die de elektrische geleiding van het hart meten. Als er vervolgens een röntgenfoto wordt gemaakt, moeten de zes plakkers van de borst worden verwijderd omdat die anders in beeld komen. Naderhand



plakken we er nieuwe voor in de plaats. Dat moet toch handiger en duurzamer kunnen, dacht ik een jaar geleden. Mijn idee was om meer röntgen-doorlaatbare plakkers te gaan gebruiken. Die kunnen dus tijdens het maken van een röntgenfoto blijven zitten. Ze zijn weliswaar iets duurder, maar je hebt er uiteindelijk minder van nodig. Om zeker te weten dat de resultaten minstens even goed zouden zijn, hebben we een pilot gedaan. De uitkomst? Doorlaatbare plakkers hebben alleen maar voordelen. We gebruiken nu ongeveer een derde minder plakkers en produceren dus minder plastic afval. Minder plakken scheelt ook tijd en geld en is fijner voor de patiënt. En omdat je de elektrodes niet verplaatst, zijn de metingen nóg nauwkeuriger. Winst voor iedereen, kortom."

### **Laborant Dirk Jan de Boer zorgde ervoor dat zogenaamde EFO-tips worden ingezameld en gerecycled.**

"EFO staat voor elektrofysiologisch onderzoek. Dat is bedoeld om hartritme stoornissen op te sporen. Voor zo'n onderzoek gebruikt een arts een aantal elektrodekatheters. Die worden meestal via de lies ingebracht en naar het hart geschoven. De uiteinden van de katheters, tips genoemd, zijn gemaakt van platina. Dat geleidt de stroom goed. Op elke katheter zitten tussen de twee en twintig van die tips. Voorheen gooiden we ze na gebruik weg. Dat is niet alleen zonde van het - herbruikbare - materiaal, maar ook van het geld. Elke tip kost namelijk vijf à zes euro. Vandaar dat we ze tegenwoordig na een operatie van de katheters afknippen, verzamelen en naar een recyclebedrijf sturen. De opbrengst gebruiken we voor bijscholingen van medewerkers. Overigens was dit nog maar een eerste stap. In het MCL dotteren we ook veel hartpatiënten. De uiteinden van de draden die we daarvoor gebruiken, zijn ook van edelmetaal. Die verzamelen we nu dus eveneens. De volgende stap is dat we de boortjes gaan recyclen, die worden gebruikt om kalk uit verstopte kransslagaders te verwijderen. Zo maken we ons ziekenhuis steeds een beetje duurzamer." ■



# Een duurzaam gebouw, een helende omgeving



**EEN VOLLEDIG KLIMAATNEUTRAAL MCL. IN 2050 MOET HET EEN FEIT ZIJN. EEN AMBITIEUZE, MAAR NOODZAKELIJKE DOELSTELLING. KLIMAATVERANDERING IS NAMELIJK DE GROOTSTE BEDREIGING VOOR ONZE GEZONDHEID VOLGENS DE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). OMDAT DE ZORGSECTOR ZELF MAAR LIEFST VERANTWOORDELIJK IS VOOR 7 PROCENT VAN DE CO<sub>2</sub>-UITSTOOT (KOOLDIOXIDE) EN 4 PROCENT VAN HET AFVAL IN NEDERLAND, MOET DE ZORG FLINK VERDUURZAMEN. HET MCL ANTICIPEERT HIER ONDER ANDERE OP DOOR DE KOMENDE JAREN TE BOUWEN AAN EEN NIEUW, INNOVATIEF EN COMPACT ZIEKENHUIS.**

tekst Inger van Tuinen

## Green Deal 3.0

Al in 2018 ondertekende het MCL de Green Deal 2.0 'Duurzame Zorg voor een gezondere toekomst'. In december 2022 is ook onder de Green Deal 3.0 een handtekening gezet. Hiermee heeft het ziekenhuis zich verbonden aan een duurzame agenda en gecommitteerd om een bijdrage te leveren aan verdere verduurzaming van de zorg. In de deal zijn concrete afspraken gemaakt om het milieu te ontlasten, maar ook over de inzet op gezondheidsbevordering van patiënten én medewerkers in de zorg.

## Juist nieuw bouwen

Om de doelen uit de Green Deal te behalen, is het onder andere nodig om het gebouw te verduurzamen. Dat betekent dat het MCL de komende jaren juist nieuw moet bouwen. Andy van der Geest, procesmanager nieuwbouw in MCL en één van de grondleggers van de nieuwbouw van het ziekenhuis, vertelt: "De beperkte functionaliteit in de huidige gebouwen en de leeftijd van een deel van het complex is in de eerste plaats reden voor de nieuwbouw. Om daarnaast te kunnen voldoen aan de steeds strengere energiewetgeving, moeten we toewerken naar een compacter ziekenhuis met minder vierkante meters vloeroppervlak en beter gebruik van duurzame technologieën. Ook moeten we een ziekenhuis bouwen dat nóg beter plek biedt voor innovatie, onderzoek en onderwijs."

## Bouwen in stappen

Dat nieuw bouwen gaat niet in één keer, maar in stappen. Het eerste nieuwe gebouw - de acute as - met onder andere de IC en OK moet in 2026 klaar zijn. In de jaren daarna bouwt het MCL gefaseerd verder tot in 2040-2045 de complete nieuwbouw staat. "Door in stappen te bouwen kunnen we steeds weer inspelen op de veranderende zorgvraag - en dus het aantal bedden - in de toekomst. Maar ook op de klimaatverandering en de daarbij horende eisen", aldus van der Geest.

## Een helende omgeving

Met de nieuwbouw kan het MCL de CO<sub>2</sub>-uitstoot sneller omlaag brengen: in 2030 al met 55 procent, in 2050 volledig. In het nieuwe MCL - en tijdens de bouw hiervan - wordt bovendien 'circulair gewerkt': er worden zo min mogelijk nieuwe grondstoffen gebruikt, er vindt zo min mogelijk vervuiling plaats. Van der Geest benadrukt dat duurzaamheid binnen de nieuwbouw echter meer betekent dan het ontlasten van het milieu: "Een gezond makende leef- en verblijfsomgeving creëren voor onze patiënten, bezoekers en medewerkers is minstens zo belangrijk. Bijvoorbeeld door het ziekenhuis zo groen mogelijk in te richten, te voorzien van de juiste hoeveelheid daglicht en mensen uitnodigen om te bewegen. Kortgezegd komt het nieuwe, duurzame MCL straks tegemoet aan de behoeften van de huidige generatie, zonder dat de toekomstige generaties tekort worden gedaan."

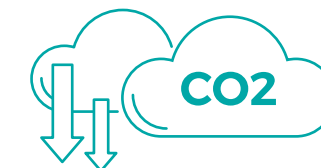
# HOE MAKEN WE DE NIEUWBOUW VAN HET MCL DUURZAAM?

## Green Deal Duurzame Zorg (3.0)

Het MCL heeft de **Green Deal** Duurzame Zorg ondertekend. Het uiteindelijke doel is **groene** en **klimaatneutrale zorg** in 2050.

**Vier pijlers** van de Green Deal Zorg:

- 1) Verminderen van CO<sub>2</sub>-uitstoot
- 2) Circulair werken
- 3) Schoon water en afvalwater
- 4) Gezonde werk- en verblijfsomgeving



## Verminderen van CO<sub>2</sub>-uitstoot

In 2021 is de **routekaart Energietransitie** en **Verduurzaming** van het **Vastgoed** MCL opgesteld met als doel een **reductie van 55% CO<sub>2</sub>-uitstoot** in 2030 naar **volledig fossielvrij** in 2050.



## Geen aardgas

Binnen de **nieuwbouw** van het MCL wordt **geen gebruik** meer gemaakt van **aardgas**.

- Verkennend onderzoek '**Warmtenet Leeuwarden**' naar haalbaarheid van toepassen van **duurzame** warmte (geometrie)

## Gebouw

- Hoogwaardige **isolatie** van de gevels en daken.
- **Triple zonwerende beglazing** met kleurechtheid en licht doorlatendheid.
- Optimale balans tussen **daglicht** en **warmtebalans**.



## Energievoorziening

De energievoorziening (verwarming en koeling) en de **ventilatie** in de nieuwbouw worden via **sensoren automatisch** aangepast aan de behoefte.

- Warmte koude opslag met **warmtepompen** voor verwarming en koeling van het gebouw.
- Toepassen van **ventilatie** met vocht en **warmte terugwinning**.
- De ventilatiesystemen worden voorzien van **adiabatische bevochtiging**.
- De nieuwe (groene) **Main Equipment Room (MER)** van ICT wordt geventileerd met **buitenlucht**.



## Uitgangspunten ontwerp nieuwbouw

- De nieuwbouw wordt volledig verlicht met **LED-verlichting**. Bedienbaar of met aanwezigheidsdetectie.
- De nieuwbouw wordt voorzien van **zonnepanelen** en **groene daken**.
- Met uitzondering van douchegelegenheden, **geen gebruik van warm water**.
- MCL hanteert **duurzame inkoopcriteria** voor alle apparatuur.



## *Circulair werken*

### *Scheiden van afval*

- Er komen **grote ruimten** voor het kunnen **scheiden** van **afval**.
- Sorteren afval en kleding wordt **geautomatiseerd**.



### *Hergebruik van materialen*

- De bouw delen van het oude gedeelte van het MCL (Triotel) worden **circulair gesloopt**. Deze materialen worden duurzaam **ontmanteld, gescheiden** en ergens anders **hergebruikt** (98%)
- De bestaande **medische inventaris** zoveel mogelijk gebruiken in de nieuwbouw
- Voor alle bomen die worden gekapt op het terrein van MCL, worden **nieuwe én extra bomen terug geplant**
- Het te dempen **wateroppervlak terugbrengen** op het eigen terrein.
- **Grond, kunst** en overige **materialen** die vrijkomen op het terrein worden zoveel als mogelijk **hergebruikt**

## *Gezonde werk- en verblijfsomgeving*



### *Een gezond binnen klimaat*

- Ruimten met **veel daglicht**, zicht op **groen** vanuit de verblijfsruimten van **patiënten**.
- Temperatuur en verlichting is **individueel bedienbaar** (uitgezonderd algemene publieke ruimten).
- **Lichtwering** per ruimte bedienbaar, **gezonde lucht**, waar mogelijk kunnen ramen worden geopend.
- Aandacht voor **akoestiek**, voorkomen van geluidhinder.
- Gebruik van **gezonde, duurzame materialen**.



### *Heldere gebouwstructuur*

- **Off stage** gebieden voor **privacy** en rust.
- **Trappen** zijn **zichtbaar** en niet verstopt, nodigen uit om te **bewegen**.
- Waar mogelijk gebruik maken van **planten, water** om 'buiten' naar binnen te halen.
- In verkeersgebieden en rond verblijfsgebieden worden **objecten** (kunst) en **media** geplaatst om naar te kijken.
- Voor het **interieur** worden **natuurlijke** en **duurzame** materialen toegepast.



### *Tuinen en terrein*

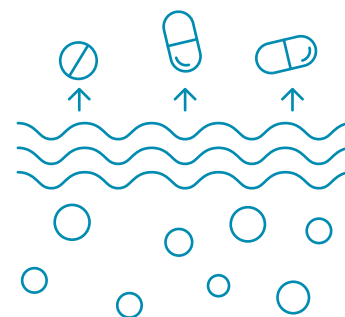
- Publiekelijk toegankelijk:
- Uitwerken van een beeldkwaliteitsplan door een **landschapsarchitect**.
  - Vaststellen kwaliteitsniveau m.b.t. **greenlabel NL** voor terrein en tuinen.
  - Abbingapark in figuurlijke zin aansluiten op de **campus** van MCL en Noorderbreedte.
  - **Functioneel** gebruik van **tuinen** door patiënten en bezoekers en medewerkers.
  - **Bed- en rolstoelvriendelijk, herkenbare routes**.



## *Schoon water en afvalwater*

### *Medicijnresten uit het water*

- Bestaande **riolering** wordt **omgelegd** met een aansluiting op het gemeentelijke hoofdriool
- Op het terrein van het MCL wordt **ruimte** gehouden voor een **toekomstige installatie** voor het **zuiveren** van **medicijnresten** uit het afvalwater.



## *Ontwerpcriteria en toetsing*

Het concept duurzaam bouwen is verankerd in de nieuwbouwplannen van het MCL. Dit is conform hoge duurzaamheid **standaarden** en **criteria**.



- Voor de **10e keer op rij** heeft het MCL voor het jaar 2023 het **gouden certificaat Milieuthermometer Zorg** ontvangen van het keurmerkinstituut
- BREEAM (certificering voor duurzame nieuwbouw - **score zeer goed**)
- BENG (**Bijna Energieneutrale Gebouwen**) Vergunningsaanvraag voor de nieuwbouw van het MCL voldoet hieraan.



# IETS EXTRA'S BIEDEN MET PERSOONLIJKE AANDACHT

**JACOBINA BANDSTRA IS DIALYSEVERPLEEGKUNDIGE**  
IN HET MCL. VIA TUSSENSTATIONS KWAM ZE IN DIE  
FUNCTIE TERECHT. MET EEN REDEN. ZE ZOCHT NAAR  
WERK WAARIN ZE MET BEGELEIDING EN PERSOONLIJK  
CONTACT VOOR EEN LANGERE PERIODE IETS KAN  
BETEKENEN VOOR PATIËNTEN. DE KEUZE OM  
DIALYSEVERPLEEGKUNDIGE TE WORDEN WAS VOOR  
HAAR HET PUZZELSTUKJE DAT TOT DAN TOE ONTBRAK.

tekst Arjen Guit fotografie Jeroen Adema



"SOMS ZITTEN  
PATIËNTEN  
ERGENS MEE  
EN VINDEN  
ZE HET FIJN  
OM DAT TE  
KUNNEN  
DELEN. DAN  
NEEM IK DUS  
ECHT EVEN DE  
TIJD OM BIJ  
ZE TE ZITTEN."



Jacobina (27) begon in februari 2020 bij het dialysecentrum in het MCL. Ze zou de opleiding tot dialyseverpleegkundige gaan volgen, maar doordat dat samenviel met de start van de coronapandemie liep dat enige vertraging op. Na op de afdeling voorwerk gedaan te hebben, kon ze later dat jaar de opleiding alsnog starten. Die rondde ze met succes af en inmiddels werkt ze al zo'n anderhalf jaar als verpleegkundige in het dialysecentrum.

### Begeleiding van patiënten

Jacobina heeft de mbo-opleiding tot doktersassistent en de hbo-v gedaan. Tijdens stages deed ze al wat werkervaring op in de zorg (en ook in het MCL). In die functies kreeg ze het gevoel dat ze iets miste. "Wat ik jammer vond in mijn eerdere functies, is dat ik het stukje betrokkenheid en werken in het ziekenhuis niet goed kon combineren. In de thuiszorg, waar ik ook nog een periode heb gewerkt, vond ik het erg leuk om iemand voor een wat langere periode te begeleiden en iets op te bouwen. Dat miste ik bij mijn eerdere functies in het MCL."

### Ontbrekend puzzelstukje

Daarom dacht Jacobina na over wat echt bij haar past. "Ik zag een vacature bij het dialysecentrum en collega's zeiden me dat dat iets voor mij zou zijn. Ik ben mij gaan verdiepen en kwam erachter dat je in deze functie echt dat stukje begeleiding erbij hebt, precies hetgeen wat ik nog miste." Jacobina besloot te gaan voor een baan als dialyseverpleegkundige. Een keuze waar ze nog altijd volledig achter staat. "Tot op de dag van vandaag ben ik heel blij dat ik hiervoor gekozen heb. Ik heb het ontbrekende puzzelstukje gevonden."

### Proces aan bed

In het dialysecentrum worden patiënten met nierproblemen behandeld. Mensen die een dermate verslechterde nierfunctie hebben en geen uitzicht hebben op een spoedige transplantatie, worden behandeld. Dialyse neemt de functie van de nieren over en filtert afvalstoffen uit je bloed. Patiënten komen doorgaans drie keer per week een dagdeel naar het ziekenhuis voor dialyse. Als dialyseverpleegkundige begeleidt Jacobina ze gedurende die behandeling. "Wij zorgen voor het hele proces aan het bed. We starten de dialyse op en blijven de patiënt dan voortdurend monitoren. We houden de bloeddruk en gesteldheid van de patiënt in de gaten zodat we indien nodig vroegtijdig actie kunnen ondernemen. De situatie waarin een patiënt verkeert kan snel veranderen, daar moet je op kunnen inspelen. We houden constant een klinische blik."

### Luisterend oor

Naast dat je als dialyseverpleegkundige medische taken uitvoert, ben je ook een luisterend oor. Jacobina: "Vier uur aan de dialyse is best lang. Soms zitten patiënten ergens mee en vinden ze het fijn om dat te kunnen delen. Dan neem ik dus echt even de tijd om bij ze te zitten. Voor degenen die dat willen, zijn wij er." Dat maakt het werk persoonlijker en aangezien patiënten regelmatig langskomen, bouw je al gauw een band op. Dat is precies het missende puzzelstukje waar Jacobina naar zocht. "In deze functie ben ik veel bezig met de begeleiding van de patiënt en ik zie ze voor een langere periode. Dat contact vind ik mooi. Daarom ben ik dialyseverpleegkundige geworden. En wat mij iedere dag weer motiveert, is het feit dat je bijdraagt aan een behandeling waarmee de patiënt zijn of haar leven kan voortzetten. Dat geeft echt voldoening."

### Hecht en modern

Als je dialyseverpleegkundige in het MCL wordt, kom je terecht in een team van in totaal zo'n 70 collega's. "Ons team is heel hecht en vanaf het begin kom je in een warm bad. Ik voelde me meteen welkom", vertelt Jacobina. Dialyse Fryslân, zoals het dialysecentrum heet, heeft naast het MCL nog een locatie in Heerenveen. Jacobina en haar collega's werken afwisselend op beide locaties. Werken bij het MCL bevalt haar goed. "We zijn een modern dialysecentrum. We bieden het totaalpakket qua dialyse en beschikken over de nieuwste machines. Werken in het MCL betekent ook dat je genoeg mogelijkheden hebt om jezelf te ontwikkelen. Bij onze afdeling word je bijvoorbeeld gestimuleerd om onderdeel te worden van een werkgroep. Er is voor iedereen wel iets leuks om eraan te doen." ■

### Kom ook werken bij #teamMCL



Wil je alvast even digitaal sfeerproeven? Bekijk dan het filmpje van Jacobina.  
[www.mcl.nl/dialyseverpleegkundige](http://www.mcl.nl/dialyseverpleegkundige)

Bekijk onze vacatures op [www.mcl.nl/vacatures](http://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 een topklinisch opleidingsziekenhuis. 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](http://www.mcl.nl/vacatures)



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.