

MCL

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

zomer
2023

Eén team, *één ambitie*



Samen beslissen
De patiënt centraal

Proeftuin
voor innovatie

Huidkankerepidemie
Smeren, kleren, weren



Begrip

NA DE FUSIE MET TJONGERSCHANS KUNNEN WE DE ZORG ZO ORGANISEREN DAT WE ONZE MEDEWERKERS NOG SLIMMER KUNNEN INZETTEN

Het zal u niet ontgaan zijn, maar net als in andere sectoren kampt de zorg met flinke personeelstekorten. De vraag naar zorg neemt alsmar toe, maar er zijn steeds minder mensen om die zorg ook te kunnen leveren. Er gaan meer mensen met pensioen, dan er jonge enthousiaste collega's bijkomen. En er zijn mensen uitgevallen door langdurige ziekte, of omdat ze het na twee loodzware coronajaren niet meer volhielden. Dit betekent dat de zorg sterk onder druk staat. We moeten met minder mensen meer doen en dat zal voorlopig niet veranderen. Met alle risico's van dien, dat er meer hardwerkende collega's zijn die het niet meer volhouden, dreigen om te vallen of willen vertrekken. Hier worstelen veel ziekenhuizen mee. Het leidt tot lange wachtlijsten voor patiënten en dat frustrleert weer de artsen en verpleegkundigen die niets liever willen dan zo veel mogelijk mensen zo goed én snel mogelijk helpen. Natuurlijk doen we alles om maar zoveel mogelijk patiënten zorg te bieden. Zo werken we nu al samen met collega's van Tjongerschans, die ons helpen om extra ingrepen te kunnen doen. Na de fusie met Tjongerschans kunnen we de zorg zo organiseren dat we onze medewerkers nog slimmer kunnen inzetten, zodat we

ook daadwerkelijk meer met dezelfde mensen kunnen doen. We leiden op, verpleegkundigen en artsen in grote aantallen. Dat doen we in het kader van Zorg voor het Noorden samen met de andere ziekenhuizen. En we doen wat we kunnen om tegemoet te komen aan wensen van onze medewerkers en om hun ontwikkel- en groeimogelijkheden te vergroten, zodat we als werkgever aantrekkelijk blijven om voor te werken. Daarbij kijken we ook naar de uitkomsten van het medewerkersonderzoek, waaruit bleek dat zorgprofessionals invloed willen hebben op hun eigen werk. We onderzoeken hoe we dit in de hele organisatie(structuur) het beste kunnen borgen. Dit zijn allemaal belangrijke stappen die bijdragen aan het bestrijden van de krapte. Stappen die dus helpen om meer patiënten zorg te verlenen. Alleen het zijn geen wondermiddelen. Het kost tijd en dat betekent dat wij én u voorlopig nog kampen met - te lange - wachtlijsten. Daarvoor vragen we uw begrip in de wetenschap dat iedereen in het MCL iedere dag weer keihard werkt om dit op te lossen.

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

COLOFON

VORMGEVING

Erik Bosgra - De Bey
communicatie & vormgeving

FOTOGRAFIE

Jeroen Adema - De Bey
communicatie & vormgeving
Jeroen Berends - in opdracht
van Johnny Wonder
Menno de Boer

ILLUSTRATIES

Charlotte Harms
Rianne Minnema

HOOFDREDACTEUR

Gerard Akkerman

REDACTIE

Arjen Guit
Jette de Vos

SCHRIJVERS

Gerard Akkerman
Babette Dol
Arjen Guit
Femke Jaarsma
Erik Kofman
Annika Kuipers
Chantal Mouës
Inge Schippers
Inger van Tuinen
Rogier Verhagen
Patrick Vink
Jette de Vos

FILM

Jeroen Adema - De Bey
communicatie & vormgeving

DRUKKER

Dekker Creatieve Media & Druk

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



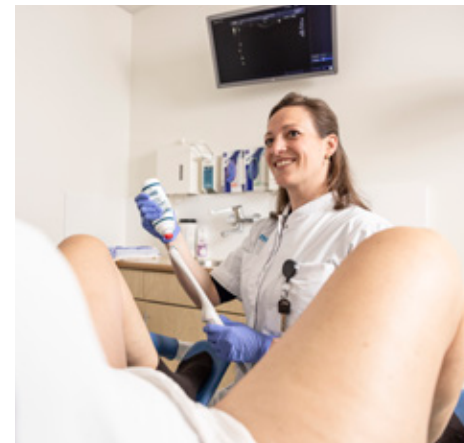
24

Door de lens van de medisch fotograaf:
"Wij staan voor kwaliteit en veiligheid"



Van, voor en door
verpleegkundigen

38



Extreme buikpijn hoort niet
bij menstruatie

60

56

Digitale kliniek: een proeftuin
voor innovatieve ideeën



En verder

- 6 Huidkankerepidemie:
het belang van smeren, kleren, weren
- 10 Samen sterker: één team, één ambitie
- 14 Nieuwe angiokamer biedt meer mogelijkheden
- 18 Patiëntparticipatie vraagt andere rol van arts
- 24 Door de lens van de medisch fotograaf
- 26 Al uw gezondheidsgegevens op zak met een PGO
- 30 SEH-artsen: een onmisbare schakel
- 34 Een cruciale rol bij complexe operaties
- 38 Van, voor en door verpleegkundigen
- 42 Flowmeter verhoogt kwaliteit bypassoperaties
- 46 Traumazorg MCL naar hoger niveau
- 49 Kom werken bij #teamMCL

75

Binnenkijken: de eerste beelden van het interieur



- 50 Column Chantal: consuminderen
- 52 Boos op de zorgverlener
- 56 Digitale kliniek: een proeftuin voor innovatieve ideeën
- 60 Extreme buikpijn hoort niet bij menstruatie
- 64 Cijfers in beeld
- 66 MCL investeert in jonge onderzoekers
- 70 Bereiding chemo- en immunotherapie in de
ziekenhuisapotheek
- 72 Dino Brinkerink is MCL's 'oudste' verloskundige
- 75 Binnenkijken: de eerste beelden van het interieur
- 80 Internist-infectiologen: vraagbaak van het ziekenhuis
- 84 Flexibel ingezet worden op beschouwende afdelingen
- 87 Wat vindt u van het MCL magazine?

HUIDKANKER EPIDEMIE

Het belang van smeren, kleren, weren

In 2021 kregen bijna 83.000 mensen huidkanker. Het is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland en van alle kankersoorten de snelst stijgende. Belangrijkste oorzaak: de zon. We smeren ons niet goed in en verbranden te vaak. Daarom is, naast de behandeling van huidkanker en het stellen van een (vroeg) diagnose, binnen het MCL veel aandacht voor preventie. "Mensen bewust maken van de risico's is een groot deel van ons werk", aldus dermatoloog Marjolijn Haisma.

tekst Femke Jaarsma fotografie Menno de Boer



“Mensen zijn vaak verbaasd hoe snel ze geholpen kunnen worden.”

Landelijk gezien is van alle kankerdiagnoses ongeveer de helft huidkanker. Dermatoloog Marjolijn Haisma en haar collega-huidartsen bij het MCL hebben er dagelijks mee te maken. “We zien hier per dermatoloog zo’n tien tot twintig patiënten per dag met huidkanker.” Ze vertelt dat basaalcelcarcinoom de meest voorkomende vorm van huidkanker is. “Eén op de vijf mensen krijgt hiermee te maken.” Veel agressiever is het melanoom, dat ontstaat uit groepjes pigmentcellen die overal in de huid voorkomen. “We zien het bij zowel mannen als vrouwen”, legt Haisma uit. “Met name vanaf de leeftijdscategorie van dertig tot veertig en het neemt met de leeftijd toe. Bij kinderen is het melanoom zeldzaam.”

Wees alert

Helaas komt het melanoom steeds vaker voor. In Nederland worden jaarlijks meer dan vijfduizend gevallen ontdekt. Omdat het zich zo agressief ontwikkelt én kan uitzaaien, is vroegtijdige ontdekking en verwijdering belangrijk. Ben je er snel bij, dan is de prognose vaker goed. “Als het melanoom is verwijderd, keert de ziekte bij de meeste mensen nooit terug.” Haisma hamert er dan ook op alert te zijn. “Zie je een (nieuwe) moedervlek veranderen en/of krijg je klachten zoals spontaan bloeden, jeuk of pijn? Ga naar de huisarts. Als deze het niet vertrouwt, zal hij de plek zelf verwijderen of word je doorverwezen naar een dermatoloog.”

Smeren, kleren, weren

Naast het stellen van een diagnose en de behandeling van huidkanker, heeft het team van dermatologen binnen het MCL veel aandacht voor preventie. Een mooi voorbeeld hiervan is het initiatief dat zij in de zomer van 2022 opzetten. Bij de ingangen van het ziekenhuis en bij een aantal

horecazaken in Leeuwarden kon je gratis zonnebrandcrème krijgen via een dispenser. “De pilot was gericht op het gebruik van zonnebrandcrème omdat dit één van de beste manieren blijft om je te beschermen tegen zonshade. Smeren verkleint namelijk de kans op het ontwikkelen van huidkanker. Met deze actie wilden we mensen hier bewuster van maken.” Haisma vertelt dat huidkanker overal op de huid kan voorkomen. “Maar in de regel ontstaat het op delen van de huid die aan zonlicht worden blootgesteld. Standaard geven wij aan patiënten daarom dit advies: smeren, kleren, weren. Willen mensen niet smeren, dan is UV-werende kleding een optie. Een ander alternatief is het vermijden van de felle zon tussen elf uur ‘s ochtends en drie uur ‘s middags. Smeer je wel? Dan de onbedekte huid elke twee uur opnieuw insmeren met minimaal SPF 30.”

Snelle actie op de melanoompoli

Voor mensen met een verdachte moedervlek of al bewezen melanoom via de huisarts, is er de melanoompoli. Patiënten kunnen hier iedere maandag- en woensdagmorgen terecht op het speciale melanoomspreekuur. “Is iemand ‘s ochtends bij de huisarts geweest, dan kan hij of zij bijna altijd op dezelfde dag nog terecht op de (melanoom)poli van het MCL. Is er een hoge verdenking op melanoom, dan nemen we direct verdere actie. Soms kan een patiënt zelfs diezelfde dag ook terecht bij de chirurg, als een plek nog verder moet worden weggesneden of onderzoek van de lymfeklieren nodig blijkt. Alles wordt dan meteen in gang gezet. En het mooie is dat echt tijd wordt genomen voor de patiënt. We krijgen hierbij ondersteuning van een oncologieverpleegkundige. Een prettige werkwijze. Mensen zijn vaak verbaasd hoe snel ze geholpen kunnen worden.”

Best mogelijke behandeling

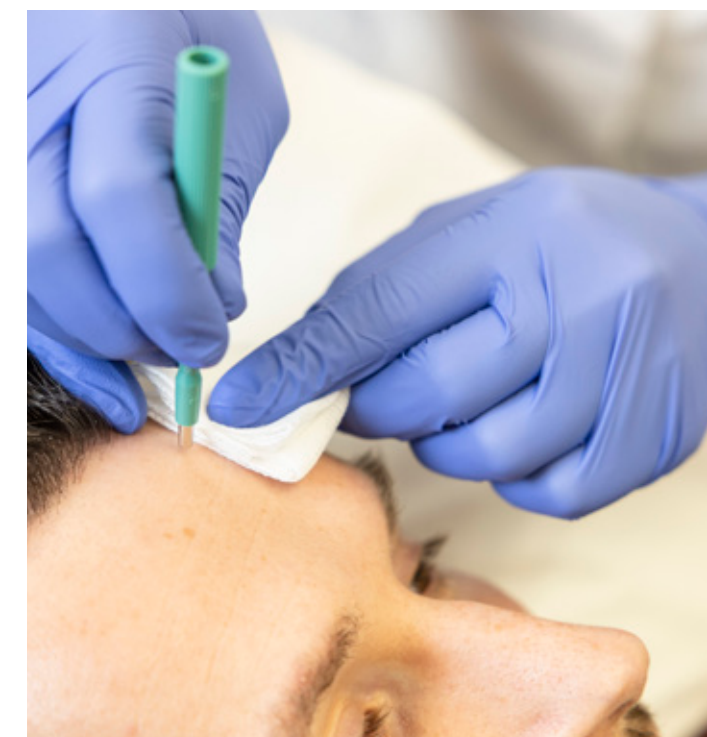
De dermatologen werken ook samen met andere specialismen. “Wij verwijzen onder andere door naar de oncologisch of plastisch chirurg en hoofd-halsoncologisch chirurg. Daarnaast hebben we wekelijks een multidisciplinair overleg waarin we patiënten bespreken. Daar delen we onze meningen en adviseren we elkaar. Daarna maken we een advies voor de best mogelijke behandeling. Deze wordt dan met de patiënt besproken, want hij of zij mag meebeslissen in het proces.” Samenwerken gebeurt ook met andere ziekenhuizen. Zo wordt Mohs-chirurgie - een techniek waarbij de huidkanker laagje voor laagje wordt weggehaald, zodat niet onnodig veel gezonde huid wordt weggesneden - uitgevoerd in Drachten. Dat gebeurt door dermatologen van Nij Smellinghe in Drachten, het Antonius in Sneek en het MCL.”

Bespreekbaar maken

“Of het nu gaat om een moedervlekcontrole, zonshade of mensen die al huidkanker hebben; het onderwerp bespreekbaar maken is nog wel eens lastig”, geeft Haisma toe. “We krijgen vaak te horen: nee hoor, ik lig nooit te zonnen. Maar alle buitenactiviteiten waarbij je onbeschermd de zon in gaat, tellen mee. Vraag je verder, dan blijkt dat ze bijvoorbeeld regelmatig wandelen of fietsen zonder zich in te smeren. Of dat ze als boer zijnde altijd veel buiten hebben gewerkt. Daarom bespreken we alles uitgebreid en vragen we goed door.”

Bewustwording

Haisma benadrukt graag nog eens: hoe sneller je erbij bent, hoe beter. “Denk aan zonshadeplekken, die je kunt zien als een voorloper van huidkanker. Deze kunnen we behandelen met stikstof of chemocrème.” En zo nu en dan de zonnebank bezoeken? Dat raadt ze echt af. “Dit geeft echt bewezen meer kans op alle soorten huidkanker.” Haisma vindt dat je als dermatoloog advies moet durven geven over de mogelijke risico's. Het heeft altijd zin om mensen hier bewuster van te maken en daarmee de kans op het krijgen van huidkanker te verminderen.” ■



SAMEN STERKER

Eén team, één ambitie

MCL EN TJONGERSCHANS WILLEN ZORG BETER ORGANISEREN

DE ZORG VERANDERT RAZENDSNEL. WE VOORZIEN EEN SNEL STIJGENDE ZORGVRAAG DOORDAT ER MEER OUDEREN ZIJN EN ZIJ OOK VAAK MEERDERE AANDOENINGEN TEGELIJK HEBBEN. TEGELIJK NEMEN DE BEHANDELMOGELIJKHEDEN TOE DOOR TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN EN - VAAK - DURE MEDICIJNEN. DIT ALLES LEIDT TOT SNEL STIJGENDE ZORGKOSTEN. AAN DE ANDERE KANT IS ER SPRAKE VAN ONTGROENING. ER ZIJN MINDER JONGE MENSEN OM HET WERK TE DOEN, WAARDOOR ER NU AL EEN GROEIEND TEKORT IS AAN MEDEWERKERS. DIT ZET DE ZORG STERK ONDER DRUK. KORTOM DE ZORG MOET ANDERS, SLIMMER EN DOELMATIGER WORDEN GEORGANISEERD ZONDER VERLIES VAN KWALITEIT. DAT KUN JE BETER SAMEN DOEN DAN ALLEEN. DAAROM GAAN HET MCL EN TJONGERSCHANS IN HEERENVEEN FUSEREN.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

“Niets doen is geen optie”, verzekert Tanja Schuur, medisch bestuurder en klinisch geriater van het MCL. “De zorg staat op een kruispunt van verandering. Als je niets doet, dan betekent dat niet dat er niets verandert. Integendeel, dan worden de veranderingen elders bepaald en overkomt het je als ziekenhuis. Dat willen we voor zijn en deze fusie helpt ons daarbij.”

Het is ook zeker niet zo dat beide partijen tot elkaar zijn veroordeeld omdat één of beide ziekenhuizen er niet goed voor staan. Integendeel. Ondanks de wachtlijsten door personeelstekorten als gevolg van verzuim en vertrekkende medewerkers, hebben beide ziekenhuizen het afgelopen jaar financieel goed gedraaid. Volgens bestuursvoorzitter Patrick Vink is dit dan ook een fusie vanuit ‘robustheid’ met de kracht van twee gezonde partners.

Slagkracht vergroten

“We willen zo onze slagkracht verder vergroten. Door de krachten te bundelen, hebben we meer mogelijkheden om de noodzakelijke innovaties en investeringen in digitalisering te realiseren. En we kunnen ze beter en breder invoeren, omdat de drempels tussen de beide ziekenhuizen straks weg zijn. Van dezelfde investeringen kunnen straks meer patiënten en medewerkers profiteren.”

Ook nu plukken beide ziekenhuizen volgens Arno Huisman, voorzitter van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) en lid van de bestuursraad, al de vruchten van intensieve samenwerking. “We wisselen nu al geregeld medewerkers uit en helpen elkaar waar mogelijk. Zo heeft eind vorig jaar OK-personeel uit Heerenveen in Leeuwarden met succes geholpen om de wachtlijst bij sommige operaties terug te dringen.”



Dit zijn nog tijdelijke oplossingen, bij fuseren kun je de zorg volgens Arno Huisman echt beter en slimmer organiseren. Zo heeft het MCL nu 14 operatiekamers en Tjongerschans 8. "De fusie biedt ons in toenemende mate de mogelijkheid om slim om te gaan met de capaciteiten van beide ziekenhuizen over de volle breedte van de zorgprofielen. Zo is het voor de planning van operaties efficiënter wanneer je beschikt over 22 operatiekamers in plaats van 14 en 8 in de afzonderlijke ziekenhuizen, waarbij op beide locaties ruimte vrij moet blijven voor onverwachte ingrepen. Door OK's op deze manier te benutten, kunnen we meer patiënten helpen en ook medewerkers beter inzetten daar waar ze nodig zijn." Volgens Tanja Schuur is het niet meer van deze tijd dat alle ziekenhuizen individueel alle zorg maar proberen in de lucht te houden. Dit is duur, weinig efficiënt en op den duur ook niet vol te houden. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) waar de ziekenhuizen in Nederland zich aan hebben verbonden, is daarin klip en klaar. Er zal meer zorg geconcentreerd moeten worden, alleen al om straks nog aan de volumenormen voor ingrepen te kunnen voldoen. De beroepsverenigingen van specialisten hebben zelf voor de meeste ingrepen die volumes bepaald. Een ziekenhuis moet deze aantallen halen om aantoonbaar voldoende ervaring op te bouwen en zo de gewenste kwaliteit van zorg te leveren. Haal je de aantallen niet, dan mag een ziekenhuis die ingreep niet langer uitvoeren. Minister Ernst Kuipers pakt op dit punt ook door. Dat bleek onlangs toen hij bepaalde dat kinderhartchirurgie nog maar in twee in plaats van vier centra uitgevoerd mag worden. Dit om de ervaring en kwaliteit van de kinderhartchirurgie op peil te houden.

Topzorg voor Friezen behouden

Voor het MCL is het belangrijk om de complexe zorg op bijvoorbeeld het gebied van oncologie of cardiologie voor alle Friezen in de provincie te behouden. "We willen voorkomen dat patiënten hiervoor straks naar Groningen of Zwolle moe-

ten reizen, als het ook hier kan. Maar daarvoor moeten we als ziekenhuizen goed samenwerken en patiënten naar elkaar verwijzen", vertelt Patrick Vink. Daarbij kan het MCL het stukje topklinische zorg en diagnostiek leveren, terwijl de rest van zo'n traject prima in het ziekenhuis in de regio kan. Het is niet efficiënt en uiteindelijk onbetaalbaar wanneer alle ziekenhuizen in dure technologie investeren. Ook dat kun je beter concentreren. Soms zullen patiënten dan wel binnen de provincie wat vaker moeten reizen, maar als dat betekent dat ze of sneller aan de beurt zijn of kwalitatief betere zorg

krijgen, dan hoeft dat geen probleem te zijn. Tegelijk blijft veel zorg op de plek waar mensen deze ook nu al krijgen. Niet alles gaat over de kop. Topklinische zorg behouden, betekent ook innoveren en wetenschappelijk onderzoek doen. Zo onderzoekt het MCL of elders in universitaire ziekenhuizen ontwikkelde behandelmethoden ook altijd evengoed werken bij alle doelgroepen waarvoor ze zijn ontwikkeld. Zo kunnen er bijvoorbeeld verschillen zijn in effectiviteit van bepaalde medicijnen tussen mannen en vrouwen of kinderen en ouderen. Onderzoek hiernaar draagt direct bij aan betere kwaliteit van zorg en leven voor de patiënt.

Meer mogelijkheden

Niet iedereen in het MCL ziet direct de noodzaak voor een fusie. Er zijn groepen medewerkers die het prima vinden hoe het nu gaat. Ze hebben alles goed voor elkaar, vinden ze. Het is nog maar de vraag of dat zo blijft, aldus Tanja Schuur. "Zoals ik al aangaf, de zorg blijft niet zoals het is en dat geldt ook voor deze medewerkers. In dat geval kun je beter zelf als ziekenhuis proactief de verandering vormgeven."

Ook voor afdelingen die nu niet direct de voordelen zien, gaat de fusie winst opleveren, verwacht zij. "Als de vakgroepen groter worden, nemen de mogelijkheden toe om met elkaar diensten te draaien zonder dat de werkdruk te hoog wordt, maar ook om je als arts te specialiseren en wetenschappelijk onderzoek te doen als je dat graag wilt. Want niet iedereen hoeft wetenschapper te

"DE ZORG
STAAT OP EEN
KRUISPUNT VAN
VERANDERING.
NIETS DOEN IS
GEEN OPTIE."



worden. In Heerenveen en hier in Leeuwarden doen we voor 85 tot 90 procent 'gewone' goede basiszorg. Dus als je dat graag doet, dan is daar ook alle ruimte voor."

Daar ziet Arno Huisman ook een van de voordelen voor verpleegkundigen. Hun mogelijkheden voor scholing en ontwikkeling nemen toe, waarmee de nieuwe organisatie aantrekkelijker wordt als werkgever. "Dat is van groot belang in deze tijd waarin steeds moeilijker personeel te vinden is. Het is een groot voordeel dat mensen straks meer kunnen kiezen." Als voorbeeld noemt hij verpleegkundigen die bewust hebben gekozen voor het meer persoonlijke, kleinschalige karakter van Tjongerschans. Tegelijk kunnen diezelfde verpleegkundigen het ook leuk vinden om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek. Tot nu toe was dat ingewikkeld, maar straks kunnen ze dat, indien gewenst, ook combineren. Daardoor wordt hun werk aantrekkelijker en daarmee de kans groter dat goede mensen behouden blijven.

Om de fusie zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen en mensen ook de tijd te geven eraan te wennen, is volgens Patrick Vink besloten om niet direct al begin volgend jaar allemaal keuzes te maken over welke zorg uiteindelijk waar moet gebeuren. Bij de ondersteunende diensten zal al wel sneller sprake zijn van

integratie, maar bij de zorg zal dit meer organisch verlopen. "Er zijn nu al artsen die veel samenwerken en die allerlei kansen zien in de fusie. Zij zullen sneller gaan. Anderen hebben meer tijd nodig. Die is er, maar uiteindelijk moeten ze allemaal mee."

Meer ziekenhuizen

"Wij houden rekening met de mogelijkheid dat binnen een paar jaar het ziekenhuis in Sneek wil aansluiten bij het MCL en Tjongerschans." Er loopt onder leiding van het strategische onderzoeksbureau Gupta een onderzoekstraject naar de toekomst van de ziekenhuiszorg in Friesland. Daarin werken de vier ziekenhuizen en de zorgverzekeraar Achmea Zilveren Kruis/De Friesland en VGZ samen.

MCL en Tjongerschans kunnen heel snel fuseren, omdat ze eerder al bestuurlijk zijn gefuseerd en samen in een concern Zorgpartners Friesland (ZPF) zitten. We willen nu door zodat we vanuit kracht met meer (financiële) mogelijkheden zelf de noodzakelijke veranderingen in gang kunnen zetten. Of het nu gaat om opleiding van medewerkers, digitalisering van de zorg, de Juiste Zorg op de Juiste Plaats of belangrijke innovaties, wij willen aan de slag. Wij staan daarbij altijd open voor samenwerking met anderen." ■



NIEUWE ANGIOKAMER BIEDT MEER MOGELIJKHEDEN

De afdeling radiologie (cMBT) heeft op 1 april 2023 een nieuwe angiokamer in gebruik genomen. Deze kamer is speciaal ingericht voor het afbeelden en behandelen van bloedvaten. In de nieuwe angiokamer worden de nieuwste technieken op het gebied van interventieradiologie gebruikt. Patiënten kunnen daardoor in het MCL terecht voor kwalitatief hoogwaardige zorg.

tekst Erik Kofman fotografie Menno de Boer

Soorten behandelingen

In de angiokamer worden verschillende behandelingen uitgevoerd. Onder interventieradiologie vallen onder andere bepaalde behandelingen aan de bloedvaten, zoals dotteren, het plaatsen van een stent of het verhelpen van niet te stelpen bloedingen.

Annette Jongma, angiolaborant: "80% van de patiënten zijn mensen die problemen hebben met de doorbloeding van bijvoorbeeld de benen. Wij assisteren de interventieradioloog die dat probeert te verhelpen door te dotteren, oftewel het oprekken van het stukje slagader dat vernauwd is of dicht zit. Dat doen we met behulp van een ballonnetje en als het nodig is, kunnen we daar stents plaatsen, zodat de bloeddorstroom naar de benen of voeten weer beter wordt. Uiteindelijk met als doel dat de pijnklachten of wonden bij patiënten verdwijnen, waardoor ze makkelijker kunnen lopen. De 20% overige zorg bestaat onder andere uit het plaatsen van speciale infuuslijnen (PICC-lijnen). Dat doen we voor het hele ziekenhuis. Hierdoor kunnen mensen bijvoorbeeld voeding of langdurige antibiotica via de bloedbaan krijgen. Met die lijnen kunnen mensen ook naar huis, terwijl ze anders opgenomen moeten blijven."

“Bij het ontwerpen van de kamer is veel aandacht besteed aan het creëren van een zo prettig mogelijke sfeer voor patiënt én personeel.”

Loes Vondeling, angiolaborant: "Ook voor acute situaties kunnen patiënten terecht in de angiokamer, denk daarbij bijvoorbeeld aan het stoppen van bloedingen. Er is 24 uur per dag iemand aanwezig of oproepbaar om ook deze zorg te leveren."

Samenwerking

Het aantal complexe interventies is de afgelopen jaren toegenomen, daardoor is ook de samenwerking tussen interventieradiologen en andere medisch specialisten belangrijker geworden. Patiënten worden in het ziekenhuis intern verwezen naar de interventieradiologie, waarbij het grootste deel vanuit de vaatchirurgie wordt doorverwezen. Patiënten die speciale infuuslijnen nodig hebben, worden doorverwezen vanuit diverse afdelingen en daar vallen ook de poliklinische patiënten onder. Ook worden er veel lijnen ingebracht voor dialysepatiënten.

Meer mogelijkheden

Door de komst van de nieuwe angiokamer kan het behandelteam ook kijken of het aanbod qua behandelingen uitgebreid kan worden. Jongma: "We doen ten opzichte van de 'oude' kamer op dit moment nog geen nieuwe behandelingen, maar we kijken wel of en hoe we de behandelingen in de toekomst kunnen uitbreiden. De nieuwe kamer biedt hier de mogelijkheden voor. Het nieuwe toestel heeft meer mogelijkheden en we kunnen bijvoorbeeld makkelijker om een patiënt heen draaien met het toestel. De apparatuur is zo aangepast, dat, het voor ons makkelijker werkt en de patiënt niet of nauwelijks verplaatst hoeft te worden tijdens een procedure. Erg prettig voor beide partijen, maar met name voor de patiënt. Daarnaast is er ook minder stralingsbelasting, dat is veel beter voor alle aanwezigen in de ruimte."



In bepaalde gevallen is ook anesthesie nodig. Jongma: "Het anesthesietoestel is nu netjes opgeborgen in de kamer, maar wel direct beschikbaar als dat nodig is. De collega's van de anesthesie moesten vroeger altijd in de straling blijven staan, maar omdat het beeldscherm van de anesthesie nu gekoppeld kan worden aan onze eigen beeldschermen, kunnen zij tijdens het maken van de foto's ook uit de straling staan. Ze kunnen dan vanachter de bediening de patiënt nog steeds goed in de gaten houden, dat is voor iedereen gunstiger."

Voor de toekomst kijkt de afdeling ook of bepaalde procedures op oncologisch vlak wellicht uitgevoerd kunnen worden in de angiokamer. Of zaken die nu met behulp van een CT-scan gedaan worden, mogelijk in zijn geheel in de angiokamer gedaan kunnen worden. "Dat betekent dat patiënten tussendoor niet meer 'onnodig' verplaatst hoeven te worden. Dat is echt iets voor de toekomst, maar wel een punt waar patiënten echt voordeel van ervaren. Andere ziekenhuizen doen dit al, dus daar willen we ook zeker gaan kijken", aldus Jongma.

Ervaring in nieuwe kamer

De nieuwe kamer is behoorlijk opgefrist ten opzichte van de oude kamer. Bij het ontwerpen van de kamer is bovendien veel aandacht besteed aan het creëren van een zo prettig mogelijke sfeer voor patiënt én personeel. Vondeling: "We hebben voor afleiding op de muur gezorgd en bij binnenkomst is er een beeldscherm waar patiënten naar kunnen kijken als ze even moeten wachten. Dat was er voorheen niet en zorgt nu toch voor een ander stukje beleving."

Vondeling: "We werken inmiddels een aantal maanden in de nieuwe kamer en dat bevalt erg goed. Het toestel waar we mee werken om de behandelingen uit te voeren, is van hetzelfde merk als het vorige, dus qua gebruik hoeven we niet te wennen aan een nieuwe werkwijze. Wel zitten er meer technische mogelijkheden op dit apparaat, dat gaan we de komende tijd leren en ontdekken." ■



Patiëntparticipatie vraagt andere rol van arts

DE ONTWIKKELING VAN PATIËNTPARTICIPATIE IN HET MCL BEGON ALS EEN IDEALISTISCH INITIATIEF VAN EEN GROEP MEDISCH SPECIALISTEN, MANAGERS, MEDEWERKERS VAN DE GEESTELIJKE VERZORGING EN VAN DE AFDELING KWALITEIT. ZIJ ZAGEN IN DAT DE ZORG NOG STEEDS GEORGANISEERD IS VANUIT HET AANBOD EN VONDEN DAT HET BENUTTEN VAN DE UNIEKE KENNIS EN ERVARINGEN VAN PATIËNTEN DE ZORWKWALITEIT AANZIENLIJK ZOU VERBETEREN. INMIDDELS IS ER EEN FORMELE ZIEKENHUISCOMMISSIE EN HEEFT PATIËNTPARTICIPATIE EEN CENTRALE PLAATS GEKREGEN IN DE TOEKOMSTSTRATEGIE VAN HET MCL.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer en Jeroen Adema

“Het contact tussen zorgverlener en patiënt draait om de vraag of we gaan behandelen en wát we dan gaan doen.”

“Iedereen kent de kreet: ‘de patiënt centraal stellen’. Over het algemeen is dat een vrij loze kreet”, zegt Christiaan Hoff, oncologisch chirurg en initiatiefnemer van het eerste uur. “Wij willen dat juist meer handvatten geven en daarvoor was het belangrijk om patiëntparticipatie formeel onderdeel van de strategie te maken en er concrete, haalbare en meetbare doelen aan te verbinden. We wilden met een paar belangrijke elementen van patiëntparticipatie aan de slag, op verschillende niveaus.” De eerste concrete zaken waarmee nu al goede resultaten worden geboekt, zijn de inzet van focusgroepen, de PREMS en PROMS en de realisatie van een Samen Beslissen-toolbox.

Chat-GPT

Hoff werkte net als vrijwel al zijn collega's veelal volgens 'richtlijngeneeskunde'. “Dat is dat je voor de behandeling uitgaat van wat algemeen als richtlijn voor een aandoening geldt. Adviezen vanuit multidisciplinaire overleggen volgen meestal die richtlijn. Maar die richtlijn is ook een papieren werkelijkheid, waarin de inbreng van de patiënt zelf niet is meegenomen. Die richtlijn zie ik nu meer als startpunt. Het contact

tussen zorgverlener en patiënt draait om de vraag of we gaan behandelen en wát we dan gaan doen. Keuzes zijn er namelijk altijd. Je kunt iets doen of iets nalaten. Je kunt de richtlijn volgen, maar je kunt ook alternatieven bedenken die meer aansluiten op de persoonlijke situatie en de wensen van de patiënt.”

Om die gesprekken goed te begeleiden, ziet Hoff de rol van de zorgverlener fundamenteel veranderen. Hij wijst daarbij naar de steeds grotere rol van Artificial Intelligence in de zorg. “Als je binnen een paar jaar aan Chat-GPT vraagt wat de beste behandeling is voor bijvoorbeeld endeldarmkanker, krijg je in het beste geval een antwoord dat niet onder doet voor wat het multidisciplinair overleg heeft aangeleverd. Dat de medicus die kennis meebrengt als meerwaarde, is een aflopende zaak. Wij voegen weer waarde toe door uit te gaan van de unieke persoon die tegenover ons zit. Die kunnen we helpen in het duidelijk krijgen van wat de aandoening inhoudt en wat dat precies voor die individuele patiënt betekent. Ga je maximaal behandelen, want dat werkt het beste tegen de kanker? Of ga je wat meer sparend behandelen. Dan hou je misschien meer kwaliteit van leven

over. Dat is voor elke patiënt een nieuwe puzzel en daarin moeten we loslaten wat wij als medicus vinden. We worden meer de coach die de patiënt helpt om afhankelijk van zijn wensen, persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden de beste behandelkeuze te maken. Die vertaalslag zie ik AI voorlopig niet maken. Dat blijft mensenwerk.”

Fundamenteel anders denken

Hoff wijst erop dat de ziekenhuiscommissie belangrijk is om die veranderende rol en de inbreng van de patiënt vorm te geven. “We zetten nu een trainingsprogramma op voor alle zorgverleners in het ziekenhuis die beleidskeuzes met patiënten bespreken. Ze leren dan hoe je ‘Samen Beslissen’ vormgeeft en er mee omgaat. We zijn een paar jaar geleden voor het eerst kleinschalig met groepen patiënten om tafel gegaan met de vraag: Hoe vinden jullie dat we het doen? Wat deden we handig en wat konden we beter doen? Zo ontstond de focusgroep. Daarvan willen we dit jaar bij iedere vakgroep initiatieven ondersteunen. Daarnaast richten we onze aandacht op de PREMS en PROMS, middels het invullen van vragenlijsten door patiënten en de uitkomsten met hen te bespreken. Verder proberen we handvatten te geven om patiëntparticipatie vorm te geven in de Samen Beslissen-toolbox. Vanuit het kwaliteitsdomein is daar nog een vierde component aan toegevoegd: Safety-II. Daarin proberen we niet alleen te leren van dingen die fout gaan, maar juist ook van zaken die goed gaan. Inhoudelijk is daarover nog niet zoveel te zeggen, maar de basis is en blijft dat we realiseerbare doelen stellen. Dat werpt inmiddels vruchten af.”



Samen Beslissen-toolbox voor leerbehoefte ‘in het moment’.

Patiëntparticipatie, ‘Samen Beslissen’, is een landelijke tendens waarbij patiënten meer bij keuzes over hun eigen gezondheid betrokken worden.

Maar hoe zorg je ervoor dat een arts ook de handvatten krijgt om te zorgen dat een patiënt zo goed mogelijk mee kan praten over zijn eigen behandeling? Het MCL heeft daarvoor de Samen Beslissen-toolbox online gezet. Er is de wereld aan materiaal beschikbaar om een arts te helpen in het proces van patiëntparticipatie, zegt Eelco den Boer, strategisch adviseur Leren en Ontwikkelen aan de MCL Academie. “Maar vindt door die bomen dan nog maar het bos. Wij proberen tastbaar te maken wat patiëntparticipatie betekent voor de arts in het MCL. Het gaat erom hoe je de juiste vragen stelt en hoe je er achter komt wat de belangen van de patiënt zijn. Hoe kijkt die naar ziek zijn, behandeling en beter worden?”

Pyramide van kennis

De Samen Beslissen-toolbox is een digitale ‘gereedschapskist’. De arts haalt met een paar klikken en binnen enkele seconden de kennis en informatie op die nodig is om het begrip ‘Samen Beslissen’ vorm te geven en de patiënt daarbij het best te helpen. Den Boer: “Waar ik heel erg in geloof, is dat we de informatie en kennis aanbieden op het moment dat daar behoefte

aan is. Dus stel, een arts bereidt een gesprek voor met een patiënt over een behandelplan en denkt, ‘dit is lastig, laat ik even checken hoe het ook alweer zat met die stappen van Samen Beslissen. Welke voorbeelden van vragen kan ik even raadplegen?’ Het uitgangspunt is dat je snel informatie ophaalt die je op dat moment nodig hebt en direct weer door kunt met waar je mee bezig was. Heb je tijd en wil je

meer weten, dan kun je verder klikken en bekijk je een voorbeeldfilmje. Wil je nog een tandje dieper, dan is er een training of een e-learning van de medische federatie. Dus naar behoefte kun je telkens een stapje dieper in die Pyramide van kennis. We willen de toolbox de komende tijd verder vullen met goede voorbeelden uit de praktijk. Bijvoorbeeld kennis delen door artsen te laten vertellen wat het effect is van een goed gesprek. Ze bepalen dan zelf wat voor hen het best werkt om een goed gesprek met de patiënt te voeren. Daarmee kunnen we de mogelijkheden van de toolbox verder verdiepen en verbeteren. We werken ook aan een virtueel oefenmodel van als ik dit antwoord geef, hoe reageert mijn patiënt dan? We willen zo dicht mogelijk op het werkproces van de arts zitten en dus ook in de wachtkamer. We

kunnen op de informatieschermen, de narrowcasting bijvoorbeeld telkens drie vragen tonen die de patiënt zelf aan de arts kan stellen.”

Patiëntendossier

Versie één van de toolbox is klaar, maar de box krijgt de komende jaren meer en meer inhoud. Den Boer: “De technische mogelijkheden om kennis naar voren te halen en te presenteren worden steeds groter. Momenteel is de toolbox beschikbaar op MCL-net, het intranet, maar het liefst bieden we dit aan binnen het werkproces van de zorgverlener, bijvoorbeeld in ons EPD. We werken er ook aan dat de computer kan detecteren waar een arts in het dossier van een patiënt zit, zodat hij dan direct informatie krijgt die daarop gericht is.”

Als opleider is Den Boer blij met de ontwikkeling van de Toolbox. “Omdat we weg gaan van de prikkel ‘oh ja, er moet een cursus komen’. In de praktijk zit je dan met zijn allen in een klasje bij elkaar en eenmaal terug op het werk ben je meestal een groot deel van de kennis weer vergeten. Deze toolbox maakt kennis en informatie beschikbaar op het moment dat iemand een leerbehoefte heeft. Heel specifieke informatie, snel beschikbaar en dan weer verder. Daar word ik blij van.”

De focusgroep orthopedie

Orthopedisch chirurg Wierd Zijlstra kijkt tevreden terug op de eerste focusgroep die hij kort geleden samen met enkele medewerkers organiseerde. “Er zaten vijf patiënten bij elkaar die allemaal behandeld zijn aan een geïnfecteerde gewrichtsprothese. Zij hebben een intensief, behandeltraject doorgemaakt, met spoelingen van been en prothese op de plek van de infectie. Soms moest de prothese eruit. Dan hebben ze dus even niks, dan drie maanden antibiotica en vervolgens een nieuwe ingreep voor een nieuwe prothese. Het zijn lange, zware trajecten.” Zijlstra vroeg de patiënten of ze aan het focusgesprek wilden deelnemen voor tips om de zorg nog beter te maken. Het werd een heel open gesprek met een neutrale voorzitter en twee kwaliteitsmedewerkers die de tips noteerden. Zijlstra zat erbij als stille toehoorder. “De patiënten waren unaniem tevreden over het verloop van hun behandeling. Ze zijn heel ziek geweest, dus dan is er denk ik ook opluchting. Misschien komt dat omdat de behandeling goed is gegaan, misschien komt dat doordat ik erbij zit, maar ik ken al deze mensen en zij kennen mij ook. Ik had niet het idee dat ze een drempel ervaren om daarover vrijuit te praten.”

Fietslabyrint

Het focusgesprek haalde goede dingen op, vond Zijlstra, maar die gingen niet zozeer om de behandeling zelf. “Het waren indrukwekkende gesprekken. Emotioneel ook. De patiënten zeiden dat ze goed voorgelicht waren over de behandelopties en waarom er voor een specifieke behandeling is gekozen. Voor dat soort zaken helpt zo’n focusgroep-gesprek ook niet voor mij. Als iemand komt met een acute infectie, moet je bepaalde dingen doen en dan is de keuze beperkt. Maar het vervolg daarop overleggen we heel bewust. En dat waarderen de patiënten ook. Dat gaven ze wel terug. De tips van de patiënten gingen vooral over meer logistieke zaken rondom opname en ingreep. Bijvoorbeeld, wil je op een eenpersoons- of vierpersoonskamer liggen? Daar zijn vanuit infectieoogpunt



“Het gaat erom hoe je de juiste vragen stelt en hoe je er achter komt wat de belangen van de patiënt zijn. Hoe kijkt die naar ziek zijn, behandeling en beter worden?”

wel meningen over maar de patiënt beleeft dat natuurlijk heel anders. Iemand had liever vaker fysiotherapie willen hebben en een ander had liever een langer gesprek met een verpleegkundige. We hebben een fietslabyrint en sommigen hadden daar vaker gebruik van willen maken, want als je alleen maar aan de antibiotica zit en verder ligt te wachten, is dat best vervelend en voor sommigen ook eenzaam. Iemand moest extra geopereerd worden vanwege een stijve knie. Zij zei: 'als ik gespecialiseerde fysiotherapie had gehad en we daar wat meer bovenop hadden gezeten, had die operatie misschien niet gehoeven'."

Keuzepakket

Zijlstra heeft de patiënten verteld wat er met de uitkomsten van het focusgesprek wordt gedaan. "De manier waarop wij opereren of antibiotica geven, wordt er niet anders van. Maar hoe het hele proces loopt, kunnen we wel veranderen en dat moeten we dan

ook doen. Dit focusgesprek leverde concrete zaken op waarmee we een beter keuzepakket kunnen maken. Bijvoorbeeld, we kunnen gespecialiseerde fysiotherapie doen, of fysiotherapie dichtbij huis. Voor wat is een indicatie en wat wil je zelf? Wil je geïsoleerd behandeld worden zodat je rust en tijd voor jezelf hebt? Of wil je wat meer sociale interactie? Wil je een infuus in het ziekenhuis, of wil je met een pomp naar huis? We proberen de afstemming tussen infectioloog en orthopeed in een gezamenlijk spreekuur te organiseren, zodat mensen minder vaak op de poli hoeven te komen. Daar waar overleg telefonisch kan, doen we dat. Dat scheelt reistijd. Kortom: we willen het meer 'patiënt-tailored' maken. Na botkanker is de behandeling van een geïnfecteerde prothese een van de zwaarste trajecten in de orthopedie. Juist dan kunnen de persoonlijke keuzes die een patiënt maakt, helpen om een proces minder zwaar te maken en de kwaliteit van zorg in de beleving van de patiënt te verbeteren. Daarin zit de winst."

“De manier waarop wij opereren of antibiotica geven wordt er niet anders van. Maar hoe het hele proces loopt, kunnen we wel veranderen.”

Enquêtes

In 2020 startte de zorgseenheid oncologie met enquêtes waarin patiënten werd gevraagd of ze door hun arts of verpleegkundige goed zijn meegenomen in de beslissingen over hun ziekte en behandeling. Span: "We begonnen daarmee op de polikliniek hematologie. Maar we vroegen de patiënten ook wat ze bijvoorbeeld van de wachttijd in de wachtkamer vonden of van hun contact met de poli-assistent die ze met hun afspraak hielp. Een tweede enquête hielden we bij een groep patiënten die een maag-darmziekte hadden, geopereerd waren en chemotherapie kregen of bestraald werden. Deze groep ziet meer specialismen dus waren de vragen in de enquête ook wat breder gesteld. Eenzelfde soort enquête zetten we uit bij maag-darmpatiënten die thuis door verpleegkundigen werden bezocht en recent hebben we nog enquêtes gehouden onder patiënten die onze poli en dagbehandeling bezochten. Daarbij ging het vooral om de mening van patiënten over de planning van de behandeling, de omgeving waar ze de behandeling krijgen en of ze nog tips hebben. Van alle enquêtes was het teruggestuurde aantal vragenlijsten 65%. Dat is hoog en laat de betrokkenheid van de patiënten zien. Alle verbeterpunten pakken we op. Sommige patiënten gaven bijvoorbeeld aan dat de wachtruimte vol en druk is en er niet gezellig uitziet. Dat hebben we verbeterd. Ook gaven mensen aan dat ze tijdens het wachten niet weten of hun dokter uitloopt. Daarom loopt nu op alle schermen in de wachtkamer een balkje mee waarop staat welke dokter uitloopt met zijn spreekuur en hoe lang. Dat zijn praktische dingen die een groot verschil maken."

PREMS en PROMS van de zorgseenheid oncologie

Het MCL werkt al een aantal jaren met PREMS (Patiënt Reported Experience Measures) en PROMS (Patiënt Reported Outcome Measures). De PREMS inventariseren de ervaringen van de patiënt en worden via anonieme enquêtes en 'Tips en Tops'-kaartjes uitgevraagd. De PROMS zijn vragenlijsten waarin wordt gevraagd hoe de patiënt zich voelt en hoe het met hem of haar gaat. Dit zijn vragen over bijvoorbeeld pijn, vermoeidheid en emotionele toestand. De PROMS-vragenlijsten zijn niet anoniem en worden via de elektronische patiëntendossiers aan patiënten voorgelegd en in de spreekkamer met de arts besproken. Het uiteindelijke doel van de PREMS en PROMS is het verbeteren van de zorg aan de patiënt. Esther Span, staffunctionaris Kwaliteit van de zorgseenheid oncologie: "Die Tips en Tops-kaartjes werken heel direct. Dat zijn kleine formuliertjes met vragen als 'wat vindt u dat goed gaat?', 'wat kan beter?'. Die kaartjes zetten we sinds 2017 in op onze polikliniek met een ideeën box er naast en ze liggen ook op onze dagbehandeling en in de kliniek. Met uitzondering van de coronajaren hebben we 765 Tips en Tops-kaartjes verzameld. Die worden besproken met de teammanagers van de afdelingen waar ze worden ingevuld."

“Willen we de uitkomsten goed analyseren, dan is het belangrijk om de resultaten in de spreekkamer te bespreken.”

Niet overvragen

De eerste PROMS zijn gestart bij borstkankerpatiënten en sinds kort ook bij patiënten met de Ziekte van Kahler. "Via het EPD stuurden we hen op vaste momenten in het behandeltraject een korte gestandaardiseerde vragenlijst. Die vragenlijsten zijn ontwikkeld door de landelijke wetenschappelijke verenigingen. Die lijsten moeten in het EPD ingebouwd worden en op het juiste moment binnen het behandeltraject uitgestuurd worden. Dat is niet makkelijk te organiseren. Je wilt je patiënten ook weer niet overvragen. De PROMS zijn ook niet anoniem. Willen we de uitkomsten goed analyseren, dan is het belangrijk om de resultaten

in de spreekkamer te bespreken." Een aantal vragenlijsten wordt al bij andere specialismen gebruikt en uiteindelijk is het de bedoeling de PROMS voor alle patiëntengroepen in te zetten. Span: "In de spreekkamer kun je natuurlijk direct inzoomen op wat de patiënt aangeeft. Maar ons doel is om ook op specialisme-niveau te kijken naar wat ons opvalt. Ook landelijk worden data verzameld over uitkomsten van behandelingen. Dat gebeurt anoniem en bevat geen persoonlijke gegevens. Daarbij wordt bekeken of er PROMS worden uitgevraagd en wat daarbij de uitkomsten zijn. De resultaten daarvan kunnen ook enorm waardevol voor ons zijn."



Door de lens van de medisch fotograaf:
“Wij staan voor kwaliteit en veiligheid”

Belangrijk voor de zorg: om iets goed vast te leggen, de juiste diagnose te stellen of om het herstel van een wond bij te houden. Daarvoor schakel je de medisch fotograaf in. Deze prachtige baan is ontzettend schaars in de regio. Het MCL is het enige ziekenhuis in Friesland dat gebruik maakt van deze afdeling.

tekst Babette Dol fotografie Jeroen Adema

De medische fotografie heeft een team van vier dames die zich elke dag inzetten voor een goede foto voor zowel patiënt als arts. Grietine Krol is één van hen en werkzaam in het MCL sinds 2015. Oorspronkelijk werkte ze als doktersassistente, maar sinds 2019 is Grietine medisch fotograaf. Na een periode als invaller werkt ze nu vast op de afdeling.

patiënten in onze eigen studio, maar de medisch fotografen werken ook geregeld bij de poli oogheelkunde, waar we foto's van het netvlies maken, of op de OK. Wij komen ook bij patiënten op de afdeling die niet naar ons toe kunnen komen. Gemiddeld zien wij 30 tot 50 patiënten op een dag.”

Multifunctioneel

Als medisch fotograaf leg je het gedeelte van het lichaam vast waar onderzoek naar gedaan wordt. Dit kan handig zijn wanneer een voor-en-na-foto van bijvoorbeeld een neuscorrectie gewenst is, om het resultaat van de ingreep goed te kunnen beoordelen. Voor artsen kan het ook goed zijn om de juiste diagnose te stellen. Met de camera zie je soms meer dan het blote oog. Grietine: “Onze foto's worden ook gebruikt voor de wetenschap en het onderwijs. Met een foto van een echte casus kan je arts-assistenten beter opleiden.”

Keerzijde

Grietine vertelt dat je als medisch fotograaf ook wel eens minder leuke dingen tegenkomt tijdens het werk. Bijvoorbeeld een mishandeling of vervelende aandoeningen. “Ik heb wel geleerd dat ik niet ieders probleem kan meenemen naar huis, dat houd ik zelf ook niet vol”, zegt Grietine daarover.

Divers werk

Als medisch fotograaf is het werk afwisselend en zie je veel verschillende plekken op een dag. “We zien de hele dag door

Patiënten geruststellen

Als medisch fotograaf zie je veel op een dag en het is belangrijk dat je niet oordeelt. Patiënten moeten zich op hun gemak voelen als ze gefotografeerd worden, benadrukt Grietine. “Je moet als patiënt ook weleens uit de kleding, dan moet je je als medisch fotograaf wel kunnen inleven in iemands onzekerheid en empathie kunnen tonen.”

Luxe

Voor de toekomst hoopt Grietine op meer bekendheid binnen het ziekenhuis, want er zijn patiënten en artsen die niet weten dat zij bestaan. De afdeling medische fotografie staat voor kwaliteit en veiligheid van de patiënt, omdat er kwalitatief goede foto's worden gemaakt en de afdeling handelt volgens het AVG-beleid (De Algemene Verordening Gegevensbescherming), met betrekking tot het beheer van de genomen foto's. Alles komt rechtstreeks in het elektronisch dossier van de patiënt te staan. “Wij staan voor iedereen klaar. Ook in geval van spoed kan er een beroep op ons worden gedaan, wat soms ook in het weekend kan zijn. Het is een luxe dat je dit tot je beschikking hebt in je ziekenhuis, dus maak er ook gebruik van”, is haar duidelijke oproep. ■

“Het is een
 luxe dat je
 dit tot je
 beschikking
 hebt in je
 ziekenhuis.”

Al uw gezondheidsgegevens op zak met een

PGO

Wat heb je daar?

Mijn PGO! Superhandig,
dat wil je ook!



BENT U BIJ MEERDERE ZORGVERLENERS OF -ORGANISATIES ONDER BEHANDELING? VINDT U HET BELANGRIJK OM TE WETEN WELKE INFORMATIE OVER U IS VASTGELEGD BIJ VERSCHILLENDE ZORGVERLENERS? WILT U UW VOLLEDIGE DOSSIER BIJ DE HAND HEBBEN, DUS VAN VERSCHILLENDE ZORGORGANISATIES BIJ ELKAAR? DAT KAN MET EEN PGO - OF VOLUIT PERSOONLIJKE GEZONDHEIDSOMGEVING. MAAR WAT IS EEN PGO EIGENLIJK?

tekst Inge Schippers Fotografie Jeroen Berends - in opdracht van Johnny Wonder Illustratie Rianne Minnema



“Uitslagen van de verschillende ziekenhuizen bekijken, kan met een PGO gewoon in één app.”

“Ik hoop dat in de toekomst patiënten hun PGO al gebruiken voordat ze zorg nodig hebben.”



Al uw gegevens op één plek

Een PGO is een app of website waarin u een kopie van uw verschillende medische dossiers in kunt zien. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitslagen van bloedonderzoeken of een lijst van de medicijnen die u gebruikt, maar ook de gegevens over sport en leefstijl die u zelf bijhoudt met uw smartwatch of telefoon. Alles staat op één plek. Deze gegevens worden nu bewaard op verschillende plekken en u kunt deze informatie meestal inzien door in te loggen op de verschillende portalen van bijvoorbeeld de huisarts, apotheek en het ziekenhuis. In uw eigen PGO komen al deze gegevens samen.

Volop in ontwikkeling

PGO's zijn nieuw en nog in ontwikkeling. Er zijn diverse PGO's om uit te kiezen. U bepaalt welke PGO u wilt. Het gebruik ervan is gratis. Op de website www.pgo.nl van de Nederlandse Patiëntenfederatie kunt u veel informatie vinden over PGO's. Zo vindt u er een keuzetool voor het kiezen van de PGO die het beste bij u past. Binnen het MCL zien reumatoloog Reinhard Bos en mammachirurg Marthe Brinckman voordelen in de PGO's van dit moment en zeker in wat de toekomst nog gaat brengen.

Marthe Brinckman: 'Soms verwijst ik mijn patiënten door naar een andere zorgverlener, en zie ik ze pas een half jaar later weer. Dan kan het lastig zijn om erachter te komen wat er toen bij die andere zorgverlener is gebeurd en geadviseerd,' vertelt Marthe Brinckman, oncologisch chirurg bij het MCL. 'Met een PGO heeft de patiënt die medische gegevens altijd bij de hand en wordt ons spreekuur dus waardevoller.'

'Het opzoeken van uitslagen kan in veel ziekenhuizen nu al via een patiëntenportaal. Maar ik zie PGO's echt als de toekomst. De zorg wordt steeds meer gecentraliseerd. Je kan niet meer voor elk specialisme bij het ziekenhuis bij jou in de buurt terecht. Bij ons in Friesland word je voor longkanker bijvoorbeeld geopereerd in het MCL en moet je voor een verstoorde nierfunctie naar het ziekenhuis in Heerenveen. In plaats van dat je meerdere patiëntenportalen nodig hebt om uitslagen van de verschillende ziekenhuizen te bekijken, kan dat met een PGO gewoon in één app.'

Volgens Marthe Brinckman bewijzen PGO's dus nu al hun waarde, maar het is vooral de belofte die ze in zich dragen waar ze enthousiast van wordt: 'Het zou heel fijn zijn als mijn patiënten straks ook de uitslagen van andere zorgverleners met mij kunnen delen. Nu moet ik namelijk eerst contact opnemen met het andere ziekenhuis, vervolgens worden de uitslagen ingescand, naar ons gefaxt en dan moet de poli-assistente dat in ons systeem zetten. Dán pas kan ik er iets mee. Maar als de patiënt met één druk op de knop zijn of haar dossier met mij kan delen, scheelt dat mij ontzettend veel tijd. Tijd die ik kan steken in de zorg voor mijn patiënt.'

Reinhard Bos: 'Het is fijn dat patiënten een overzicht van onze afspraken kunnen ophalen in hun PGO,' vertelt Reinhard Bos, reumatoloog in MCL. Hij houdt al jaren de ontwikkeling van PGO's nauw in de gaten. 'In een PGO staan niet alleen afspraken met mij, maar ook afspraken met andere zorgverleners die de patiënt heeft. Voor de patiënt is dat fijn, want daardoor heb je geen meerdere patiëntenportalen van verschillende ziekenhuizen nodig.'

PGO's zijn nog volop in ontwikkeling. Nog niet alle zorgverleners zijn aangesloten. Maar Reinhard ziet veel potentie in wat PGO's in de toekomst kunnen brengen: 'Op sommige plekken, zoals de afdeling psychiatrie, is het lastig om informatie over patiënten te verkrijgen, ook voor mij als arts. Dat heeft natuurlijk te maken met privacy, maar soms wil de patiënt juist graag informatie delen. Met een PGO heeft de patiënt zélf de regie over zijn gezondheidsgegevens. Het zou voor mij als arts heel fijn zijn als de patiënt met één druk op de knop via zijn PGO de gegevens die hij wil delen, met mij kan delen.'

'Wat ik hoop is dat in de toekomst patiënten hun PGO al gebruiken voordat ze zorg nodig hebben. Dat ze bijvoorbeeld via een PGO hun slaapritme bijhouden en hoe vaak ze sporten. Dat geeft mij zoveel informatie als ze dan bij mij komen met klachten. Ik kan dan bijvoorbeeld uitsluiten of de pijn door overbelasting door het sporten komt of dat er dan andere onderliggende dingen spelen. Informatie die ik normaal gesproken eigenlijk niet te zien krijg.' ■



Meer informatie:

www.pgo.nl/noord-nederland

Het College Geneeskundige Specialismen heeft onlangs het besluit genomen spoedeisende geneeskunde te erkennen als medisch specialisme. Iets waar de SEH-artsen van de spoedeisende hulp bij MCL met recht trots op zijn. In vijftien jaar tijd bouwden zij hun vak uit tot een volwaardig specialisme waarbij ze alle facetten van de SEH-geneeskunde zelf kunnen uitvoeren. SEH-arts Maureen de Haan-Lauteslager: "Dat je als arts in opleiding op onze SEH alles in de praktijk kunt leren, is best uniek."

tekst: Femke Jaarsma fotografie: Menno de Boer

SEH-artsen: een onmisbare schakel

DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN
SPOEDEISENDE GENEESKUNDE



"DE SPOEDEISENDE HULP (SEH) VAN HET MCL HEEFT 24/7 ARTSEN KLAAR STAAN. EN DAT IS HELEMAAL NIET ZO VANZELFSPREKEND."

De Spoedeisende Hulp (SEH) van het MCL heeft 24/7 SEH-artsen klaar staan. "En dat is helemaal niet zo vanzelfsprekend", aldus SEH-arts Maureen de Haan-Lautelager. "Niet alle ziekenhuizen hebben zogenaamde 'dedicated' SEH-artsen." Trots is ze daarom dat het profiel spoedeisende geneeskunde door het College Geneeskundige Specialismen (CSG) eindelijk erkend gaat worden als medisch specialisme. Waarbij ze aantekent dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog een 'laatste klap' op dit besluit moet geven. "Maar het CGS heeft een duidelijk positief advies afgegeven voor deze erkenning. Wij zien dit hoe dan ook als een bekroning op het werk dat gedaan is en de positie die we voor onszelf hebben verworven. Het is een belangrijke stap voor ons als gehele beroepsgroep, maar ook voor ons als ziekenhuis." Ze doelt hiermee onder andere op collega's die zich bezighouden met wetenschappelijk onderzoek. "Voor hen gaan hierdoor deuren open die eerst gesloten bleven. Door deze erkenning kunnen zij gemakkelijker aanspraak maken op bepaalde subsidies en fondsen. En er kan nog meer aandacht komen voor kwaliteit in opvang van de patiënt met een acute zorgvraag."

Alles zelf uitvoeren

Maureen denkt dat ze hun toegevoegde waarde als specialisme inmiddels wel hebben aangetoond. "In de meeste ziekenhuizen is de SEH-arts wel onmisbaar geworden. Dat ervaren wij hier in ieder geval." Ze verklaart dat grotendeels doordat de SEH-artsen binnen MCL alle aspecten van de SEH-genees-

kunde die er zijn - denk aan luchtwegmanagement (iemand intuberen en beademen), spoedechografie en pijnbehandeling - zelf kunnen uitvoeren. "Dat is lang niet overal zo. Pas de laatste vijf jaar zien we hoe ver we zijn ten opzichte van de landelijke situatie. Dat we bij MCL al die facetten van ons vak als SEH-arts zelf uitvoeren, is best bijzonder."

Snel handelen

"Generalistisch opgeleide artsen hebben een brede blik en de tools om snel te differentiëren, oftewel onderscheid te maken. Zo kunnen we snel handelen en dat werkt heel efficiënt. Patiënten gaan óf vrij vlot weer naar huis, óf komen terecht op een andere afdeling in het ziekenhuis. Uiteindelijk willen we allemaal hetzelfde. De patiënt de beste zorg bieden en deze gauw de juiste kant op krijgen. Als SEH-arts willen we graag veel zelf doen. Maar we weten ook wanneer we er een collega-specialist bij moeten halen en betrekken die er waar nodig vroegtijdig bij is. Daarnaast kunnen we rekenen op een omvangrijk team aan verpleegkundigen, basisartsen, SEH-artsen in opleiding en arts-assistenten van andere specialismen."

Spoedzorg op hoog niveau

Zelf begon Maureen in 2008 aan de opleiding in het MCL. "Echte SEH-artsen waren er nog niet. Een club ambitieuze mensen heeft de boel toen opgezet, met als kartrekker traumachirurg Rob Leemans. Dat wij nu een officieel opleidingscentrum voor SEH-artsen zijn, is mede aan hem te danken." Ze is een beetje jaloers op hoe de arts-assistenten van nu worden opgeleid. "Zij



leren alles 'on the job' met supervisie van een SEH-arts. Die begeleiding hadden wij destijds niet." Des te trotser is ze op wat ze samen met haar collega's van de SEH heeft neergezet. "Toen ik bij het MCL begon, was hier al heel goede zorg. Nu leveren we spoedzorg op een nog hoger niveau."

Van elkaar leren

Ze vertelt dat ze als vakgroep en afdeling een ontzettende ontwikkeling hebben doorgemaakt. "Er komen steeds meer mensen die hier op de SEH stage willen lopen. Het is ook wel uniek wat wij hier aanbieden. Je kunt hier alle aspecten van het vak leren én onder supervisie van een SEH-arts toepassen in de praktijk." De SEH-artsen blijven ook zichzelf continu verder ontwikkelen. Door het volgen van cursussen en door vaardigheden up-to-date te houden in samenwerking met col-

lega-specialisten. "Iedere maandag gaat één van ons mee met de anesthesioloog om intubatievaardigheden te onderhouden. Of we doen een scenariotraining samen met internisten of chirurgen. We helpen elkaar en leren van elkaar."

Blijven vernieuwen

Als kracht van de vakgroep noemt Maureen de ambities en vernieuwingsdrang. "In de vakgroepvergadering grappen we weleens over die eeuwige lat. Dat we die iedere keer hoger leggen." Wat betreft vernieuwen vindt ze de VR-brillen op de kinderafdeling een mooie tool. "Pijnstilling is ook afleiding van de angst en we zien dat dit goed lukt met de VR-bril. Te gek om dit soort ontwikkelingen toe te passen en ook weer mee te nemen in de opleiding. En heel fijn dat je betrokken collega's hebt die met je mee willen ontwikkelen." ■

WERKEN ALS ANESTHESIEMEDEWERKER

EEN CRUCIALE ROL BIJ COMPLEXE OPERATIES

EEN PATIËNT GEDURENDE HET HELE PROCES VAN EEN OPERATIE BEWAKEN: DAT IS IN EEN NOTENDOP DE TAAK VAN EEN **ANESTHESIEMEDEWERKER. MIRJAM DE VOOGD** VERVULT DEZE FUNCTIE IN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN (MCL), IETS DAT HAAR GOED BEVALT. HET WERK ALS ANESTHESIEMEDEWERKER IS VOOR MIRJAM EEN MOOIE COMBINATIE TUSSEN TECHNISCHE EN SOCIALE ASPECTEN. DAARNAAST BIEDT HET MCL HAAR DIVERSE MOGELIJKHEDEN OM HAAR VAK UIT TE OEFENEN.

tekst Arjen Guit fotografie Jeroen Adema



"Het is mijn taak om de patiënt tijdens de operatie te bewaken."

Mirjam is 45 jaar, is ruim 20 jaar samen met haar partner en is moeder van twee dochters. Inmiddels werkt ze al 12,5 jaar als anesthesiemedewerker in het MCL. Daarvoor werkte ze, direct aansluitend op haar opleiding, in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De opleiding tot anesthesiemedewerker is een gerichte opleiding die je kunt doen nadat je afstudeert als hbo- of mbo-verpleegkundige. "Het is een opleiding van drie jaar. Het eerste halfjaar ga je naar school en is volledig gericht op theorie. Vervolgens ga je stagelopen en combineer je werken in de praktijk met leren op school. De opleiding is mij goed bevallen", vertelt Mirjam over haar studietijd.

Vitale lichaamsfuncties

Als anesthesiemedewerker is het de taak van Mirjam om een patiënt tijdens een operatie te bewaken. "Ik hou de vitale lichaamsfuncties van de patiënt in de gaten en zorg ervoor dat die stabiel blijven. Het gaat dan bijvoorbeeld om de ademhaling, hartslag en bloeddruk. Als er veranderingen optreden in die lichaamsfuncties, signaleer ik dat en heb ik contact met de anesthesioloog. Samen bespreken we welke stappen we moeten zetten om de vitale functies weer te stabiliseren", legt Mirjam uit. Ze komt voor haar functie op veel verschillende afdelingen. Niet alleen op de OK, maar bijvoorbeeld ook op de spoedeisende hulp, angiografie- en röntgenafdeling. De functie past goed bij haar. "Je bent heel zelfstandig in je keuzes en handelingen. Daarnaast ben je ook erg technisch bezig en heb je veel verantwoordelijkheid. Het is tenslotte mijn taak om de patiënt tijdens de operatie te bewaken. Dat vind ik heel fijn en geeft me energie."

Specialiseren

Voor degenen die het ambiëren, zijn er als anesthesiemedewerker ook nog diverse mogelijkheden om je te specialiseren en door te groeien. Mirjam: "Je kunt nog vervolgoopleidingen doen, bijvoorbeeld tot cardioanesthesiemedewerker. Ook kun je je specialiseren in het preoperatief spreekuur, dat doe ik zelf inmiddels ook. Dan spreek je de patiënt voorafgaande aan de operatie en bespreek je de operatie en de verdoving. Daarnaast volg ik een opleiding om zelfstandig sedatie te mogen geven. Er zijn dus veel opties om jezelf te ontwikkelen."

Complexe operaties

Mirjam werkte oorspronkelijk dus in het UMCG, maar koos ervoor om naar het MCL te gaan. Niet alleen om persoonlijke redenen, maar ook vanwege het karakter van het MCL. "Ik had het op mijn vorige plek erg naar mijn zin, maar toen ik de mogelijkheid kreeg om in het MCL aan de slag te gaan ben ik daarvoor gegaan. Ik woon in Leeuwarden, dus de stap betekende minder reistijd en wat meer tijd voor mijn gezin. Wat me daarnaast bevalt aan het MCL, is dat het een groot, perifeer regionaal ziekenhuis is. Hier doen wij ook grote en ingewikkelde operaties, zoals long-OK's en buikingrepen. Dat is iets dat mij heel erg aantrok." In het team van het MCL heeft Mirjam het erg naar haar zin. "De sfeer is ontzettend leuk. Je werkt behoorlijk individueel, maar toch staan we er als team en zijn we er altijd voor elkaar. Ik zit hier helemaal op mijn plek." ■

"Als anesthesiemedewerker zijn er diverse mogelijkheden om je te specialiseren en door te groeien."

Kom ook werken bij #teamMCL



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

www.werkenbijmcl.nl/anesthesiemedewerker

Bekijk onze vacatures op
www.werkenbijmcl.nl/vacatures





Van, voor en door VERPLEEGKUNDIGEN

Op elke afdeling werkt altijd wel één verpleegkundige die net wat verder kijkt, zoekt naar verbeteringen en vernieuwing bedenkt voor de dagelijkse zorgpraktijk. Die ene collega die graag nieuwe inzichten deelt, binnen en buiten de eigen afdeling. Deze verpleegkundigen zijn sinds januari 2023 van harte welkom bij het verpleegkundig platform, dat is opgericht door de verpleegkundige adviesraad (VAR) van het MCL.

tekst Jette de Vos Fotografie Menno de Boer

Sindsdien zijn deze collega's naast verpleegkundigen ook 'verpleegkundig visionairs' en daarmee dé schakel tussen beleid en werkvloer. Zij houden zichzelf, hun collega's en het verpleegkundig vak een spiegel voor én krijgen handvaten om zelf aan de slag te gaan met verbeteringen die zij graag willen doorvoeren.

Voor de VAR is het verpleegkundig platform een prachtige doorontwikkeling. Het platform is er voor het versterken van verpleegkundig zeggenschap, de doorontwikkeling van de beroepsgroep en het verstevigen van verbindingen tussen afdelingen onderling, maar ook tussen het ziekenhuisbeleid en de werkvloer. Bovendien heeft de VAR er een enorme achterban bij gekregen om mee te kunnen sparren en in te schakelen als ze iets nieuws willen introduceren of een bepaald probleem moeten oplossen.

Corien Feenstra (verpleegkundige en projectleider verpleegkundig platform), Marriët Twijnstra (verpleegkundige en VAR-lid) en Gerry Boonstra (verpleegkundige en verpleegkundig visionair) zijn vanaf de start betrokken bij het verpleegkundig platform en lichten de meerwaarde toe.

Beleidsmakers en werkvloer verbinden

De invoering van de verpleegkundig visionairs is precies wat de VAR nodig had om de werkvloer te betrekken. De VAR is sinds 2020 onderdeel van de bestuursraad van het MCL, maar de VAR-leden merkten dat er echt nog wel verbinding nodig was



tussen de beleidsmakers en de werkvloer. De werkvloer wist niet altijd aan welke beleidzaken gewerkt werd. Andersom was dat ook het geval, legt Marriët uit. "We zijn nu heel breed vertegenwoordigd, op elke afdeling en een aantal poliklinieken is een verpleegkundig visionair aangesteld. Ook verpleegkundig onderzoekers sluiten aan. Dit zorgt ervoor dat veel input van verpleeg-

kundigen opgehaald kan worden. De visionairs kunnen ook advies geven aan de VAR en een opdracht weer teruggeven waar de VAR mee aan de slag gaat."

Focus

De visionairs zijn verdeeld over vier verschillende expertgroepen met elk hun eigen thema. Deze zijn bepaald aan de hand van het jaarplan van de VAR. Deze thema's zijn: binden, boeien en behouden van verpleegkundigen; cultuur en gedrag; professionalisering van de beroepsgroep; STZ-profiel, onderzoek, innovatie en ontwikkeling. Corien: "Een jaarplan is natuurlijk heel globaal. De expertgroepen hebben daar een praktische concretisering op gemaakt. Onder het beleidsstuk

hangen zij hun problemen en aandachtspunten. Als andere verpleegkundigen dan deze problemen herkennen, kunnen ze prioriteren. Zo zorgt de VAR samen met de visionairs ervoor dat dingen beter kunnen. En uiteindelijk is het niet alleen beter voor de verpleegkundigen, maar ook voor de patiënten."

Vinger in de pap

De visionairs krijgen enorm veel enthousiasme en energie van deze functie, omdat het gevoel geeft dat ze weer eigenaar van hun beroep worden, legt Gerry uit. "Als verpleegkundige word ik momenteel vaak geleefd. Er worden mij dingen opgelegd die ik moet doen. En een deel daarvan doe ik omdat het nuttig is, maar er zijn ook echt dingen waarbij ik dat gevoel niet heb. Dit komt nu aan het licht en wordt aangepakt." Daarnaast wordt er door verpleegkundigen onderling veel over problemen gesproken, maar ze hebben geen idee of en hoe iets wordt opgepakt. Gerry: "Daar krijg ik nu inzicht in. Als visionair krijg ik de vinger in de pap en kan ik dingen gedaan krijgen." Dit lukt doordat de visionairs hier ondersteuning in en tijd voor krijgen. Acht uren per maand besteden zij aan het verpleegkundig platform. Zo is Gerry momenteel bezig met het aanpakken van de administratielasten. "We doen nu soms administratie omdat het moet, niet omdat het nuttig voelt. Dat willen we veranderen. Dit begint met uitgebreid onderzoek. Wat zijn de eisen? Hoe werken andere ziekenhuizen? Wat kan het elektronisch patiëntendossier?"

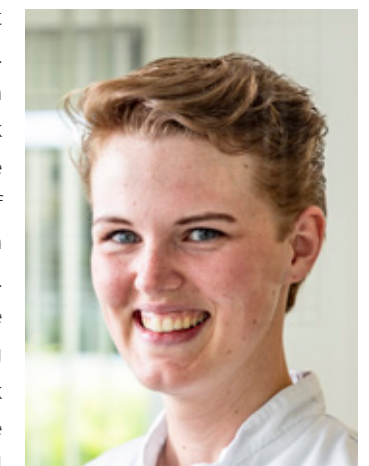
Veranderslag



Op de werkvloer zie je soms negatieve bijeffecten die niet voorspeld waren bij een verandering. Corien: "Nu hebben verpleegkundigen een collega (visionair) om dit te melden. Hierdoor ontstaat eigenaarschap en verantwoordelijkheid. De stem van de verpleegkundige wordt beter gehoord, met als bijeffect dat deze medewerkers zich ook meer verbonden voelen met

**"ALS VISIONAIR
KRIJG IK DE
VINGER IN DE
PAP EN KAN IK
DINGEN GEDAAN
KRIJGEN."**

de organisatie." Dit motiveert en dat merken de VAR-leden. Marriët: "Verpleegkundigen houden van praktisch te werk gaan. En dat is precies wat de visionairs doen. Ze dragen zelf verbeterpunten aan en gaan daarvoor op onderzoek uit. Dat is echt leuk om te zien. Ze zoeken zelf uit wie ze nodig hebben en hebben dan ook een vrijbrief om iedereen te benaderen. Vanzelfsprekend ondersteunt de VAR hierbij." Corien vult aan: "Ze krijgen handvaten én tijd. Die combi is goud waard en zorgt voor blijere verpleegkundigen aan bed."



Toekomst

Marriët, Corien en Gerry zien het verpleegkundig platform als een doorgaand proces. Corien: "Het platform is pas net van start. Het biedt ons de mogelijkheid vernieuwing de organisatie in te brengen. Hierbij zullen we af en toe fouten maken en kunnen er nevenziekten ontstaan. Dat mag. We zijn een lerende organisatie." Marriët: "Zolang het uitgangspunt blijft dat de vernieuwingen praktisch toegepast kunnen worden. Iets wat eerst heel wollig klinkt, praktisch maken. Dat is verpleegkundig eigen en daar zijn wij als verpleegkundigen heel goed in." ■

Flowmeter

VERHOOGT KWALITEIT BYPASSOPERATIES

Het MCL voert sinds enkele maanden bypass-operaties uit met behulp van een 'flow-probe'. De sonde werkt met Transit Time Flow Measurement (TTFM) en meet het bloedvolume dat door de aderen stroomt.

tekst Rogier Verhagenn fotografie Menno de Boer

Met de techniek kan de chirurg al tijdens de ingreep controleren of de aangebrachte bypass goed functioneert. Zo niet, dan kan direct worden ingegrepen. Het was een wens van het hart-vaatcentrum om de flow-probe te gebruiken om zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Cardiothoracaal chirurg David Stecher wil inmiddels niet meer zonder het apparaat opereren. Een bypass is een omleiding van een kransslagader van het hart, bedoeld om een ernstige soms levensbedreigende vernauwing of verstopping van de kransslagader te omzeilen. Stecher. "We maken een omleiding zodat bloed weer vrijuit kan stromen. Daarvoor gebruiken we een slagader van achter het borstbeen. We maken dan een klein sneetje in de kransslagader van het hart, een kleine opening stroomafwaarts van de vernauwing. Daarop hechten we die slagader vast. Of we gebruiken stukjes ader uit het been of een stukje slagader uit een onderarm. Die 'grafts' hechten we dus vast aan de kransslagader."

Hartschade

Het MCL voert jaarlijks ongeveer 350 bypass-operaties uit. Normaliter zijn er volgens Stecher een paar mogelijkheden om te checken of de bypass goed functioneert. "Met een echo van het hart controleren we of de hartspier goed knijpt. Als blijkt dat een bepaald gedeelte van het hart achterblijft, kan het zijn dat daar een probleem met de omleiding zit, maar dit kan ook het gevolg zijn van andere oorzaken. Dan is er natuurlijk het hartfilmpje of ECG, waarmee we eventuele zuurstoftekorten kunnen waarnemen en je hebt de hemodynamiek, de bloeddrukmeting. Deze testen gebeuren al tijdens de operatie. Ze geven wel goed inzicht, maar je kunt nooit helemaal goed voorspellen of de bypass goed werkt. Het kan op de operatiekamer allemaal prima lijken aan de hand van deze onderzoeken, maar de patiënt kan dan toch na de operatie op de intensive care opeens een infarct doormaken. Dat



"HET IS EEN MAAR EEN PAAR MINUUTJES EXTRA WERK OM HET TE GEBRUIKEN, MAAR HET BETEKENT EEN ENORME KWALITEITSSLAG."

Kwaliteitsslag

Stecher wil niet meer zonder de flow-probe opereren. "Het gebruik van deze probe geeft zoveel informatie, waardoor je nog direct kunt ingrijpen als dat nodig is. Het geeft rust als blijkt dat de bloeddorstroming goed is en de verbinding die je gelegd hebt, goed functioneert. Hoe vaker je met dit apparaat werkt, hoe meer inzicht je krijgt in wat de metingen en alle additionele afgeleide parameters betekenen. Of een nieuw

aangebrachte graft niet goed functioneert, verdraaid of geknikt zit, geeft bijvoorbeeld verschillende curves in de metingen. Je weet direct wat er fout is en kunt dat tijdig herstellen. Het is nog te vroeg om te zeggen dat het aantal patiënten dat met complicaties terugkomt vermindert, maar het geeft wel meer garantie op het werk. Het is iets heel simpels. Het is een maar een paar minuutjes extra werk om het te gebruiken, maar het betekent een enorme kwaliteitsslag." ■

willen we graag voorkomen." Op de intensive care worden door bloedtestjes de hartzymen gemeten. Als blijkt dat de omleiding niet goed functioneert, pieken deze stofjes en maakt de patiënt een acuut hartinfarct door. Vaak is het leed dan al (deels) geleden en kan er meestal niet zoveel meer worden gedaan. "Zo'n patiënt kan met spoed naar de katheterisatiekamer om te kijken waar het probleem zit. Mogelijk kan er nog wel ergens een stent geplaatst worden om de schade te beperken." Een ander scenario is dat een bypass de eerste dagen prima functioneert en na enkele weken opeens minder goed of niet meer werkt. Dat kan ook enkele jaren na dato gebeuren. "Het is moeilijk te zeggen hoe vaak 'graft failure' precies voorkomt, maar een van de oorzaken is een technisch probleem bij de aanleg van de vaatverbindingen. Deze zijn met flowmetingen tijdens de operatie mogelijk al vast te stellen en dus te verhelpen. Volgens de literatuur is vroege graft failure in de slagaderbypasses ongeveer 1% en bij de aders uit het been tot ongeveer 10%. Een niet te verwaarlozen probleem dus."

Direct ingrijpen

De bloedvaten zijn maar enkele millimeters dik en daarin leggen chirurgen met naald en draad een vaatverbinding aan. "Bij het werken met deze fragiele kleine vaatjes kan er makkelijk iets mis gaan", zegt Stecher. "Bovendien kan de graft iets verdraaid of geknikt zijn zonder dat dit goed zichtbaar is. De flow-probe is bedoeld om deze complicaties te voorkomen. De sonde heeft een U-vorm die om het bloedvat wordt gelegd. De probe stuurt een signaal door het vat heen. De vertraging die dat signaal door de bloedstroom oploopt, wordt omgerekend in milliliters per minuut. Dat geeft een goed beeld van de bloeddorstroming. Ook kan met een aparte imaging probe een soort echo van de vaatverbinding gemaakt worden. Dan zie je of de verbinding goed is gelegd, of dat er onregelmatigheden te zien zijn. Zo nodig maak je direct de bypass opnieuw. Vaak blijkt daarna dat de flow weer goed is. Dit apparaat maakt dus direct duidelijk of wat je doet, het gewenste effect heeft of niet. Zo hopen we vroege graft-failures te voorkomen."



TRAUMAZORG MCL NAAR HOGER NIVEAU

STEL JE EENS VOOR, JE KRIJGT TE MAKEN MET EEN AUTO-ONGEVAL OF JE BREEKT JE PINK. DAN IS HET FIJN OM TE WETEN DAT ER ALTIJD EEN TEAM VAN SPECIALISTEN VOOR JE KLAAR STAAT IN MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN (MCL). DE TRAUMACHIRURGEN EN TRAUMA-ORTHOPEDEN INTENSIVEREN HUN SAMENWERKING EN STARTEN MET DE MULTIDISCIPLINAIRE TRAUMA-UNIT. DEZE UNIT ZORGT ERVOOR DAT PATIËNTEN TE ALLEN TIJDE KUNNEN REKENEN OP GOEDE TRAUMAZORG IN HET MCL, DAT DOOR NAUWERE SAMENWERKING TEVENS NAAR EEN HOGER NIVEAU GETILD WORDT.

Intensivering samenwerking

In 2019 werden de eerste stappen gezet richting een intensievere samenwerking tussen de traumachirurgen en trauma-orthopeden in het MCL. Tot die tijd werd de klinische en operatieve traumazorg vooral gescheiden georganiseerd. De artsen vonden dat dat patiëntgerichter en effectiever kon en namen het initiatief tot meer samenwerking.

Orthopedisch chirurg Bas de Hartog: "In 2019 hebben we al eens onder de loep genomen wie wanneer welke dienst had en wat er in die dienst gedaan werd. Voorheen was het bijvoorbeeld zo dat de grootste ongelukken opgevangen werden door de traumachirurgen en alle wervelletfels door de trauma-orthopeden. Toen hebben we gezegd, we zijn allemaal traumachirurg en zien patiënten met een vergelijkbare zorgvraag. Daarom hebben we dat gelijk getrokken en werd de balans beter. Nu gaan we de volgende stap maken, waarbij we echt als één team gaan samenwerken binnen de trauma-unit."

Volgens traumachirurg Arvid Munzebrock is het goed dat beide specialismen nu samen vanuit verschillende perspectieven naar de problemen kijken. "De orthopeden hebben veel verstand van gewrichtsproblemen en slijtage en wij hebben als traumachirurgen veel verstand van fracturen. Dat vult elkaar heel goed aan."

Vervolgstap

Met deze vervolgstap tillen de artsen de traumazorg in het MCL naar een hoger niveau voor patiënten met letsel op het gebied van het steun- en bewegingsapparaat. Zo werkt een vast team van specialisten voortaan nauw samen en hantieren zij dezelfde protocollen en werkwijzen. De trauma-unit bestaat uit drie trauma-orthopeden en vijf traumachirurgen. Samen vangen zij traumapatiënten op die via de SEH of een verwijzing binnenkomen. Ook nacontrole vindt plaats op de trauma-unit.

De Hartog: "Wij zijn verantwoordelijk voor alle traumapatiënten die in het MCL binnenkomen. We willen allemaal gelijke aandacht hebben voor traumatologie, zowel voor de patiënt op de SEH als op de operatiekamer. Zo borgen we ook de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van zorg. Wij voelen als artsen de intrinsieke motivatie om de traumazorg nog beter te maken en willen aantonen dat we echt een goed functionerende trauma-unit in het MCL hebben."

"DE ORTHOPEDEN HEBBEN VEEL VERSTAND VAN GEWRICHTSPROBLEMEN EN SLIJTAGE EN DE TRAUMACHIRURGEN VEEL VERSTAND VAN FRACTUREN. DAT VULT ELKAAR HEEL GOED AAN."

Een groot voordeel is ook dat de betrokken specialisten onderling eenvoudiger patiënten kunnen overnemen van elkaar. Door de medische overdrachten zijn de specialisten binnen de trauma-unit op de hoogte van alle traumapatiënten in het MCL. Als de traumachirurg dienst heeft gehad, kan een trauma-orthopeed de (operatieve) zorg voor de patiënt eenvoudig overnemen. Dat geldt ook andersom.

Jaarlijks zien de specialisten zo'n 70 ernstig gewonde patiënten in het MCL. "We kunnen bijna alles hier, alleen neurochirurgie doen we niet. Iemand met schedelhersenletsel gaat bijvoorbeeld naar het UMC in Groningen", aldus Munzebrock.

Optimale zorg

Door de concentratie van kennis en kunde profiteert de patiënt van de best mogelijke traumazorg in Friesland, waarbij de zorg om de patiënt heen in nauwe samenwerking met alle betrokken disciplines wordt geleverd. De traumachirurgen en de trauma-orthopeden vormen de basis van de trauma-unit. Zij kunnen dat uiteraard niet alleen en daarom zijn in de multidisciplinaire samenwerking ook de SEH, operatiekamer, (poli)kliniek, gipskamer en dagbehandeling onmisbare schakels. "We streven met elkaar naar optimale kwaliteit van zorg voor de patiënt. Daarbij is goede samenwerking essentieel, waarbij we los van wie er dienst heeft altijd goede traumazorg willen leveren. Doordat we gezamenlijk nog intensiever met traumazorg bezig zijn, worden we daar met elkaar ook beter in. Daarin kunnen we veel van elkaar leren, waar de patiënt vervolgens weer van profiteert."

Voor specialistische zorg kan een beroep gedaan worden op de 'tweede ring'. Dat zijn bijvoorbeeld orthopeden die niet actief betrokken zijn bij de traumaopvang of bij de directe behandeling van vrij simpele fractuur, maar die wel gespecialiseerd zijn in bepaalde gewrichten. Munzebrock: "Zo nemen we de bij complexe schouderproblemen contact op met de schouderorthopeed. In dat soort situaties kunnen we dus snel en gericht expertise inzetten van onze collega. Daarnaast werken bij ook veel samen met de plastisch chirurgen, revalidatie-artsen en geriater. Deze multidisciplinaire samenwerking is belangrijk om alle (complexe) patiënten goed te kunnen helpen." ■

Al onze vacatures zijn nu te vinden op www.werkenbijmcl.nl/vacatures



gemiddeld **45** vacatures



snel en direct in contact komen



21 vakgebieden



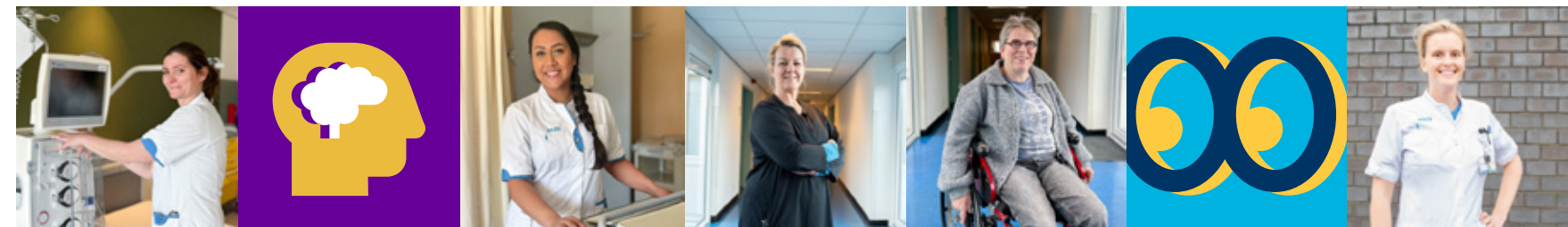
direct duidelijkheid over salaris en uren



71 verhalen van MCL'ers



alles wat je wil weten over jouw toekomstige baan en opleidingsmogelijkheden



Solliciteer makkelijk en snel
Kom werken bij #teamMCL

CONSUMINDEREN

En dan is daar die dag. De dag waarop mijn vader stierf. De man die mij het startschot gaf, de bougie van mijn motor en de helft van mijn DNA. Hij heeft in zijn leven veel winterdagen meegemaakt, die ook de laatste maanden van zijn bestaan kenmerkten. Hij leefde zoals voorgenomen: rauw, hardwerkend, vastberaden, met het oog op een betere toekomst. Zijn generatie had het motto: 'spaar voor later, zorg voor brood op de plank en leef zuinig!' Mijn ouders gaven het startsein van mijn bestaan, waar later ook vele anderen mijn leven versnelden, vooral tijdens mijn opleiding. De generatie van mijn ouders leerde me dat hard werken niet vies is en essentieel voor de (goede) zorg. Nu behoor ik tot de generatie die een vliegwielt probeert te zijn voor de volgende. Maar ook ik merk dat ik voorzichtig moet manoeuvreren binnen het spanningsveld dat ontstaat tussen de waarden van mijn opvoeding en de huidige tijdsgeest. Mijn vader versterkte onbewust mijn vriendschappen met vriendinnen door me te dwingen zuinig te zijn. Ik moest kiezen tussen het betalen voor het gebruik van de vaste telefoon of mijn fiets pakken en naar hun huis rijden. Destijds ergerde ik me mateloos aan zijn

***Zeg eens eerlijk?!
Waarom zouden we zo hard werken als we niet meer jagen op materiële bezittingen, als huizen onbetaalbaar zijn en de zorg viraal gaat?***

uitspraak: "Wat is er nu zo belangrijk dat je moet bellen terwijl je haar morgen op school spreekt?" Ik wist dat ik het anders zou doen! Ironisch genoeg is het nu zelfs nog onpersoonlijker geworden. We 'appen' nu met elkaar. Met het harde werken in een maatschappij vol mogelijkheden is ook ons consumptiegedrag veranderd. En dan bedoel ik niet alleen het soort consumptie

waarvan je in gewicht toeneemt. Huizen, televisies en andere apparatuur in overvloed, dubbele vakanties, meerdere auto's. Elke generatie heeft nu meerdere generaties iPhones. We sparen niet meer, we vergaren! Ons consumptiegedrag heeft echter een tol geëist van het milieu met de overvloed aan plastic, wegwerp-artikelen, batterijen en afval. Ook in de gezondheidszorg heeft dit geleid tot een overvloed aan behandelingsopties en een

groeïende drang om te behandelen, zowel bij patiënten als artsen. En hier staan we nu, te midden van een nieuwe generatie artsen. Een generatie met een andere werkhethiek; minder uren, flexibiliteit, tijd voor rust en overwegingen, en later is nu. Er wordt niet meer zoveel waarde gehecht aan grootsheid, overvloed of langdurigheid. Ze overwegen hun stappen zorgvuldiger en



zijn zich meer bewust van hun ecologische voetafdruk. Elke generatie creëert de volgende. Heeft de generatie van 'meer' de generatie van 'minder' voortgebracht? Zijn zij de artsen die moeten leren consuminderen waar 'het onderste uit de kan halen' lange tijd de norm was? Ironisch genoeg zijn het juist de artsen uit de generatie van overproductie en grenzeloze behandeling die de hand op de knip moeten houden. Er moet namelijk minder behandeld worden, korter en goedko-

Chantal

COLUMN

tekst Chantal Mouës fotografie Menno de Boer

per. Maar ondertussen zijn wij het die wijzen naar de nieuwe generatie artsen, alsof ze nog niet volledig gevormd zijn. Het is begrijpelijk dat daar spanning door ontstaat. Maar wie moet zich eigenlijk aanpassen aan wie? Generaties komen en gaan. Ik heb zelf twee zonen opgevoed in generatie Z. Ze hebben consuminderen tot kunst verheven. Voedsel is doelgericht, in poedervorm en/of shakes. De digitale wereld staat centraal, met AI als zowel leerling als leraar. Bellen lijkt volledig te zijn afgeschaft en appen is nu het nieuwe normaal. Kortstondige contacten middels snappen verdwijnen voordat het netvlies het heeft kunnen vastleggen. Een tussenjaar wordt geïntroduceerd om te reflecteren op de druk en verplichtingen van de middelbare school. Waarbij deze zin nu vast als een verbaasde emoticon in je brein doorwerkt.

Toch hebben ze gelijk en voel ik me soms net als mijn vader, die me hoofdschuddend herinnerde aan het motto van 'hard werken en sparen voor later'. Zeg eens eerlijk?! Waarom zouden we zo hard werken als we niet meer jagen op materiële bezittingen, als huizen onbetaalbaar zijn en de zorg viraal gaat? Met alle uitdagingen die op ons pad komen, is tijd nemen voor reflectie en minderen misschien wel de beste oplossing. Op een stormachtige vrijdag, 24 maart van dit jaar, realiseerden we ons dat het voor mijn vader niet meer haalbaar was om nog een dag verder te gaan. Het had ook geen zin meer; er was geen reden meer om nog meer ondersteunende uit de kan te halen. Een tijdperk en een hoofdstuk werden afgesloten, en de drukinkt wacht op de volgende schrijver...ChatGPT? ■

BOOS OP DE ZORGVERLENER

Agressie en ongewenst gedrag in ziekenhuis nemen toe

AGRESSIE EN ONGEWENST GEDRAG TEGEN ZORGPERSONEEL NEEMT TOE. ARTSEN OF VERPLEEGKUNDIGEN DIE ALLES DOEN OM GOEDE ZORG TE VERLENEN, WORDEN GEREGLD 'GETRAKTEERD' OP SCHELDKANONNADES, DREIGEMENTEN OF SOMS ZELFS KLAPPEN. FYSIEK OF VERBAAL IN HET ZIEKENHUIS ZELF, MAAR OOK VIA DE TELEFOON OF SOCIAL MEDIA. WAS TOT VOOR KORT ÉÉN BEVEILIGER PER DIENST VOLDOENDE, NU DENKT HET MCL NA OVER HET AANTREKKEN VAN EEN DERDE BEVEILIGER OM MEDEWERKERS DAG EN NACHT ZO GOED MOGELIJK TE KUNNEN BESCHERMEN. HET GELD DAT HIERVOOR NODIG IS, ZOU HET ZIEKENHUIS LIEVER IN MEER HANDEN AAN HET BED INVESTEREN.

tekst Gerard Akkerman Illustratie Rianne Minnema



Dit verhaal zou eigenlijk niet geschreven moeten worden. Toch is dit helaas nodig. Op de plek waar artsen, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers alles in het werk stellen om patiënten te behandelen, verzorgen en waar ze kunnen beter te maken, zou je verwachten dat ze in ieder geval met respect worden bejegend. Gelukkig is dat vaak ook zo, maar ook steeds vaker niet. Hoewel agressie, evenals de ernst ervan, toeneemt, worden er toch nog steeds relatief weinig incidenten gemeld. "Afgelopen jaar waren het er 195", aldus Dirk Faber veiligheidskundige en preventiemedewerker van het MCL. "Dat is summier, het zouden er meer dan tweeduizend moeten zijn." Dirk Faber kan het weten. Hij deed uitgebreid onderzoek naar het fenomeen 'ongewenst gedrag in ziekenhuizen' en schreef er een proefschrift over.

Weinig melden

Dat zorgverleners zo weinig melden, komt volgens hem omdat velen denken dat het bij hun werk hoort, dat het een gevolg is van ziekte of stoornis en dat de patiënt er niet zo gek veel aan kan doen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om dementerende patiënten bij geriatrie die als gevolg van hun dementie of een delier ongewenst gedrag vertonen. Of psychiatrische patiënten die agressief zijn door stemmen in hun hoofd. Dat het bij je werk hoort, verwerpt Dirk Faber resoluut. "Het is nooit normaal dat je wordt uitgescholden op je werk." En het gaat verder. Seksuele intimidatie komt ook voor in de vorm van het roepen van 'lekker wijf' tegen een verpleegkundige of het tonen van een geslachtsdeel. "Volstrekt onaanvaardbaar, ook als je ziek bent. Medewerkers maken heel wat mee." Familieleden kunnen ook behoorlijk agressief reageren als het niet gaat zoals zij willen. Dit was bijvoorbeeld in coronatijd het geval als ze maar met een of twee mensen bij een zieke op bezoek mochten.

Van het padje

Amanda Davenport, teammanager bij de spoedeisende hulp (SEH), ziet bij de SEH ook een toename van agressie en ongewenst gedrag. Er wordt in scholing meer aandacht

aan besteed, ook om medewerkers te laten zien dat wat patiënten en familie soms allemaal zeggen niet acceptabel is. Een deel van de agressie wordt veroorzaakt door verwarde

**"DIT
VERHAAL
ZOU
EIGENLIJK
NIET
GESCHREVEN
MOETEN
WORDEN.
TOCH IS DIT
HELAAS
NODIG."**

mensen die op de SEH belanden of mensen die 'helemaal van het padje zijn door het gebruik van alcohol en drugs'. Vooral die laatste categorie neemt toe en zorgt volgens Amanda Davenport soms voor heel vervelende en bedreigende situaties. In de avond en nacht zou er dan ook standaard een beveiliging zichtbaar moeten zijn zodat deze snel kan ingrijpen als het uit de hand loopt. En soms staat de beveiliging al preventief bij de deur van de patiënt. "Daar zijn we blij mee. Soms wordt er geslagen en probeer je de situatie tot bedaren te brengen, maar dat lukt niet altijd. Dan is het fijn dat er beveiliging is." Er zijn ook bezoekers en patiënten die gefrustreerd raken als ze in hun ogen te lang moeten wachten of als ze niet de behandeling krijgen die ze willen. "Soms is de zorgvraag niet echt acuut. Komt er dan iemand binnen die wel ernstig ziek is, dan gaat hij of zij altijd voor. Dat vinden sommige mensen maar moeilijk te accepteren. Ze reageren egoïstisch en zijn alleen gericht op zichzelf. Ze vinden dat ze direct geholpen moet worden."

Voornaam op badge

Veel medewerkers willen alleen nog maar hun voornaam op hun badge hebben, omdat ze anders bang zijn dat ze op social media worden lastig gevallen. Iets wat ook geregeld gebeurt en heel bedreigend kan zijn. Of ze laten zich 's nachts door de beveiliging naar hun auto begeleiden, omdat ze dat niet goed alleen durven. Net als Dirk Faber vindt ook Amanda Davenport dat medewerkers vaker zouden moeten melden. Dan wordt het probleem nog beter zichtbaar en kan er ook eerder wat aan worden gedaan, omdat er meer gegevens beschikbaar zijn over bijvoorbeeld wanneer, hoe en in welke situaties bedreigingen worden geuit. Want de gevolgen kunnen groot zijn. Agressie of ongewenst gedrag op het werk is volgens Dirk Faber een belangrijke 'trigger' voor ziekteverzuim. En niet zelden langdurig. Het kan lang goed gaan, maar als medewerkers te vaak met verbale en/of fysieke agressie te



maken krijgen, kan er een breekpunt komen. Het ziekenhuis ondersteunt medewerkers door trainingen, nazorg en het uitdragen van een 'zero tolerance beleid'. Ook stimuleert het MCL om vooral aangifte te doen van heel vervelende incidenten. Veel medewerkers zien er vanaf, omdat ze dan met naam en toenaam in het proces-verbaal terecht komen en vrezen dat ze dan te achterhalen zijn. Toch vindt het ziekenhuis dit volgens Dirk Faber wel van belang omdat je daarmee een duidelijk signaal afgeeft dat bepaald gedrag in het ziekenhuis absoluut niet wordt geaccepteerd.

Gele en rode kaart

Het ziekenhuis heeft ook de mogelijkheid om rode kaarten uit te delen. Een rode kaart betekent volgens Dirk Faber dat een patiënt niet meer welkom is in het ziekenhuis en wordt geweigerd als hij of zij zich meldt voor een reguliere behandeling. Alleen voor acute zorg kan iemand dan nog in het ziekenhuis terecht. Dit wordt officieel vastgelegd en ondertekend door de Raad van Bestuur. Dit gebeurt alleen in extreme situaties, waarbij een patiënt bijvoorbeeld meerdere keren zeer intimiderend en bedreigend optreedt. "Dan heeft iemand het echt te bont gemaakt. Gelukkig gebeurt dit niet zo vaak." Andere ziekenhuizen worden hier ook van op de hoogte gesteld. Wat vaker gebeurt, is het uitdelen van een 'gele kaart'. Ook deze sanctie wordt vastgelegd in het dossier en de beveiliging is op de hoogte. De gele kaart is volgens Dirk Faber en Amanda Davenport een officiële waarschuwing. Dit betekent dat de patiënt welkom is in het ziekenhuis, maar dat er preventief bij het bezoek een beveiliging wordt ingeschakeld. Bij nog een gedragsovertreding wordt er een rode kaart uitgedeeld die leidt tot een verbod tot het MCL. Volgens Dirk Faber is de gele kaart ook bedoeld om mensen bewust te maken dat hun gedrag echt niet kan. "Je wilt dat ze tot inkeer komen, sorry zeggen en inzien dat ze fout zijn geweest."

Minder respectvol

Volgens Dirk Faber speelt 'Dr Google' een belangrijke rol bij veel incidenten binnen de zorg. "Mensen accepteren niet meer zomaar wat de dokter zegt. Ze googelen en lezen zich in en vertellen de dokter dan wat ze denken dat ze hebben. Als de dokter er dan anders over denkt of als ze niet de medicijnen krijgen die ze eisen, dan worden ze boos en agressief. Mensen worden minder respectvol naar artsen. Niet geloven wat de dokter zegt, was vroeger ondenkbaar. Een kritische bewuste houding is goed, maar graag wel met respect." ■

Digitale kliniek

EEN PROEFTUIN VOOR INNOVATIEVE IDEEËN

In een wereld die steeds digitaler wordt, kan de zorg niet achterblijven. Digitalisering is een speerpunt van het MCL en daarom wordt er voortdurend gezocht naar nieuwe mogelijkheden om de zorg te verbeteren.

De digitale kliniek is hier een goed voorbeeld van. Onder die noemer bedenken verpleegafdelingen van het MCL nieuwe ideeën op het gebied van digitalisering, die vervolgens als pilot getest worden. Dit met als doel om met innovaties de zorg te verbeteren, zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt.

tekst Arjen Guit fotografie Menno de Boer



“Digitale innovaties maken ons werk prettiger en we kunnen betere zorg bieden aan onze patiënten.”

De digitale kliniek kun je zien als een soort proeftuin voor digitale innovaties. Het is ontstaan vanuit de bredere visie van het MCL op digitalisering. Het ziekenhuis hecht veel waarde aan digitale mogelijkheden om de zorg te verbeteren, door bijvoorbeeld de inzet van mijnMCL en patiëntenvoorlichting aan de hand van animaties. Om te onderzoeken hoe de verpleegkundige zorg kan worden verbeterd door middel van digitale middelen, is de digitale kliniek in het leven geroepen.

Pilots

Momenteel zijn drie verpleegafdelingen van het MCL aangesloten bij de digitale kliniek: afdeling M (longziekten), F (orthopedie en traumachirurgie) en sinds kort ook P (cardiologie). Op elk van deze afdelingen is een werkgroep van verpleegkundigen. Zij komen om de twee weken bij elkaar en kijken of ze nieuwe ideeën hebben om de zorg te verbeteren. Deze innovaties kunnen dan als pilot in de praktijk getest worden op de deelnemende afdelingen. Twee van de verpleegkundigen die bij de digitale kliniek zijn betrokken, zijn Jolanda van der Bij – Goldsborough en Jitze van der Zee. Zij vertellen over enkele pilots die reeds getest zijn.

Slimme controleapparaten

“We hebben twee pilots al succesvol afgerond”, vertelt Jitze. “We hebben de inzet van nieuwe controleapparaten onderzocht. Het gaat om apparaten waarmee de bloeddruk, het zuurstofgehalte in het bloed en temperatuur van patiënten gemeten wordt. Het grote verschil is dat deze nieuwe appara-

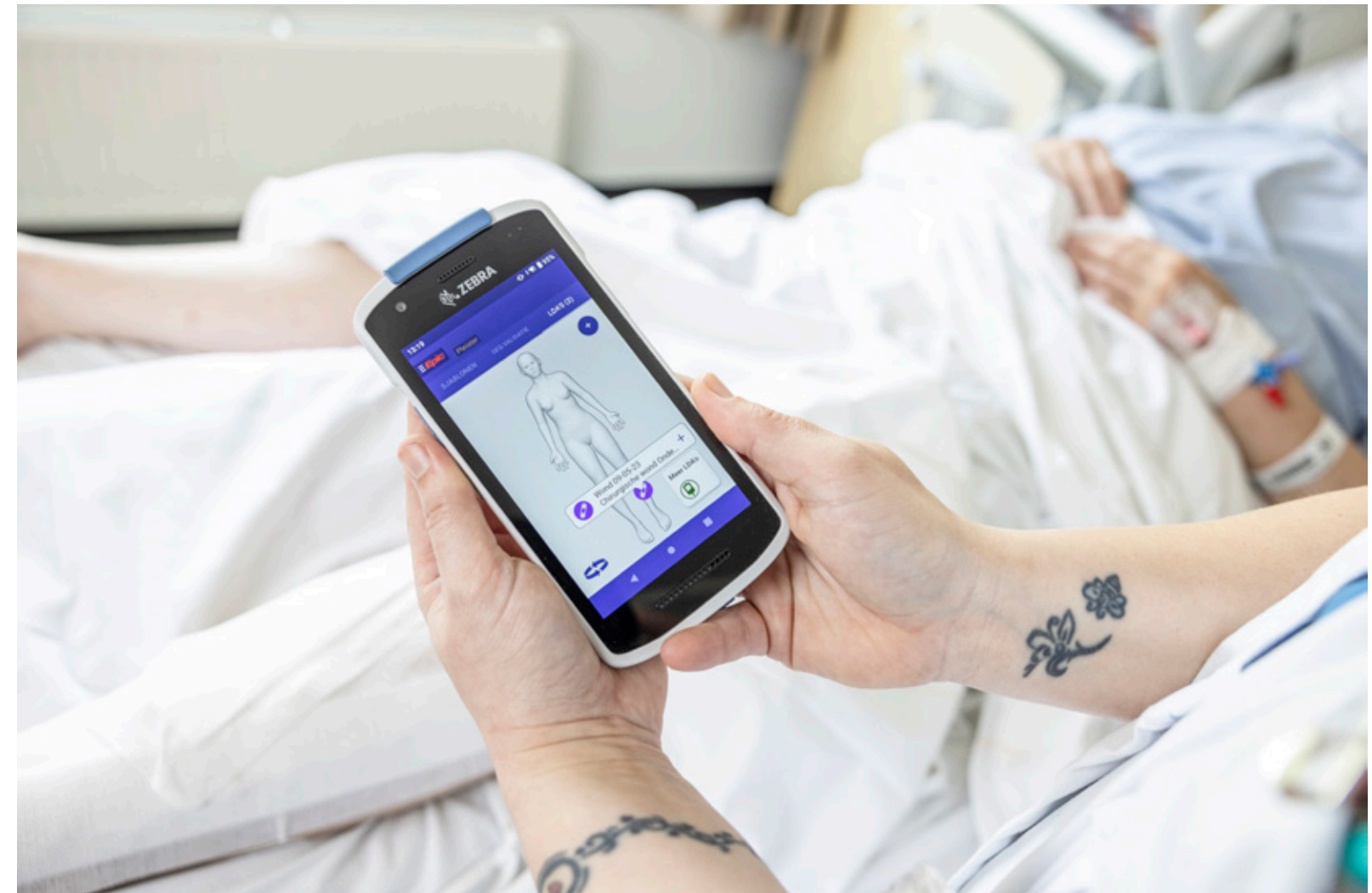
ten gekoppeld zijn aan EPIC, het elektronische patiëntendossier.” Door die koppeling kunnen handelingen die voorheen handmatig uitgevoerd werden door verpleegkundigen, nu geautomatiseerd worden. “De gegevens die je bij de patiënt meet, zetten we voorheen zelf in het dossier. Dat is dus dubbel werk: aflezen en vervolgens overtypen. Met dit nieuwe apparaat worden al die gegevens automatisch erin gezet. Dat scheelt weer handelingen”, licht Jolanda toe. De pilot met deze controleapparaten was succesvol. Het hele ziekenhuis gaat er gebruik van maken.

Sneller en veiliger

Het idee is bedacht in de coronaperiode. In de oude situatie stelde de verpleegkundige bijvoorbeeld de bloeddruk vast, werd dit op een briefje geschreven en ging de verpleegkundige naar een computer om het in het dossier te zetten. “In de coronaperiode kon dit niet, omdat we niet van de kamer af konden. Toen bedachten we dat het eigenlijk veel makkelijker zou moeten kunnen. Het is ideaal als je bij de patiënt aan bed toegang hebt tot het dossier en gegevens direct kunt verwerken”, vertelt Jolanda. Bijkomend voordeel is dat er veiliger wordt omgegaan met patiëntgegevens. Er zijn niet langer briefjes met informatie in omloop, alles komt direct in het dossier terecht. En doordat de gegevens automatisch na de meting in het dossier worden gezet, kan het ook niet vergeten worden of onjuist worden ingevoerd.

Niet bellen, maar chatten

Een ander idee dat uit de digitale kliniek is voortgekomen, is een chatfunctie voor artsen en verpleegkundigen. Deze beveiligde chatfunctie (de berichten zijn alleen leesbaar voor degenen die op dat moment chatten, bijvoorbeeld een arts en verpleegkundige) is geïntegreerd in EPIC. Het kan gebruikt worden vanaf een vaste werkplek, maar ook op mobiele apparaten. Jitze: “We bellen elke dag enorm veel met elkaar. Nu kunnen we eenvoudig een chatbericht sturen, waar de arts zodra hij of zij tijd heeft op kan reageren. Zo worden artsen minder vaak gestoord via de telefoon.” Ook dit idee is na een succesvolle testperiode door het hele ziekenhuis uitgerold.



Patiëntendossier op zak

Ondertussen is de volgende pilot alweer opgestart: het zogeheten ‘mobiele device’. Het is een apparaat dat wat weg heeft van een mobiele telefoon, al is mede na feedback van patiënten gekozen voor een ontwerp dat er wel iets van afwijkt. Zo ontstaat bij hen niet de indruk dat de verpleegkundige steeds op de eigen mobiele telefoon bezig is. “Het mobiele device is eigenlijk het patiëntendossier op een mobiel apparaat. Hiermee kun je precies hetzelfde doen als dat je normaal op een vaste computer doet met het dossier, maar nu heb je het bij de hand. Dat betekent dat je ter plekke bij de patiënt eenvoudig het dossier kunt inzien en er informatie aan toe kunt voegen”, aldus Jitze. Op het mobiele device is tevens de CarePocket App geïnstalleerd. In deze applicatie staan de meest gebruikte zakkaartjes en ook een telefoonlijst, waardoor verpleegkundigen deze informatie altijd snel bij de hand hebben.

Win-winsituatie

De ideeën die voortkomen uit de digitale kliniek zijn er veelal opgericht om handelingen te automatiseren. Dat brengt verlichting in het werk van verpleegkundigen, stellen Jitze en Jolanda, maar uiteindelijk profiteert ook de patiënt daarvan. “Als het gaat om de verwerking van gegevens, deden we veel dingen dubbel. Al die handelingen lijken simpel, maar kosten veel tijd. Nu het geautomatiseerd wordt, hebben wij meer tijd voor de patiënt. We merken dat zij dat prettig vinden. We hebben meer contact met ze en als ze vragen hebben, is het fijn dat we alle actuele informatie tegenwoordig bij de hand hebben. Daarnaast wordt er veiliger omgegaan met hun gegevens. Het is dus een win-win-situatie. Digitale innovaties maken ons werk prettiger en we kunnen betere zorg bieden aan onze patiënten.” ■

EXTREME BUIKPIJN HOORT NIET BIJ MENSTRUATIE

Endometriose verdient multidisciplinaire aanpak

Elke maand opnieuw hevige buikpijn hebben. 'Het hoort erbij' wordt vaak gedacht. Maar voor sommige vrouwen betekent het zelfs dat ze op die dagen niet kunnen werken. Extreme pijn ervaren tijdens de menstruatie is abnormaal. Endometriose kan de oorzaak zijn van de klachten.

tekst Jette de Vos fotografie Menno de Boer

Ondanks dat deze aandoening bij 1 op de 10 vrouwen voorkomt wordt er bij de pijn nog niet altijd gedacht aan deze ziekte. Hierdoor worden veel vrouwen jarenlang van het kastje naar de muur gestuurd. Het multidisciplinaire endometriose team van het MCL brengt daar verandering in. Claartje van Tilburg – Huisman is gynaecoloog in het MCL en heeft als aandachtsgebied endometriose- en fertiliteitszorg. Samen met een multidisciplinair Endometriose team maakt ze zich hard voor deze zorg. Dit team is in november 2021 opgericht. Claartje: "Sindsdien nemen we in het MCL meer tijd voor de patiënte en wordt ze in het hele proces meegenomen. Dit wordt door de patiënten als heel waardevol ervaren. Deze

Wat is endometriose?

Bij endometriose zit er weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder, bijvoorbeeld op de eierstokken of eileiders. De gemiddelde tijd van klachten tot diagnose is acht jaar. Bij sommige vrouwen wordt de pijn voorgeschreven. Claartje: 'Dit is op zich heel mooi, want het onderdrukt de pijn en maakt de endometriose minder actief. Maar het is geen behandeling, je krijgt het er niet mee weg.' De ernst van de endometriose komt daarnaast niet altijd overeen met de ernst van de klachten. "Soms zie

je op de echo niets, maar heeft de patiënte wel heel veel klachten," legt Claartje uit. Aan de hand van de hulpvraag wordt samen met de patiënte een behandelplan opgesteld. Endometriose kan op medicamenteuze (bijvoorbeeld pijnstilling of hormonen) en niet-medicamenteuze (denk aan fysiotherapie of middels een dieet) worden aangepakt. Operatief kan er een laparoscopie uitgevoerd worden. Het verschilt per casus welke behandeling effectief en gewenst is.



vrouwen lopen vaak al erg lang rond met klachten en er wordt vaak pas in een laat stadium gedacht aan endometriose. Dit komt onder andere doordat moeders vaak hun dochters vertellen dat pijn erbij hoort, en huisartsen deze mogelijke diagnose ook niet altijd bespreken. Hierbij treedt veel vertraging op. Daarbij zijn vrouwenziekten veel minder goed onderzocht dan mannenziekten waardoor ze veel minder aandacht krijgen. Dit is echt een groot gemis."

Multidisciplinaire aanpak

Het multidisciplinaire team komt maandelijks bij elkaar in een multidisciplinair overleg (MDO). Er worden MRI scans bekeken en de leden krijgen terugkoppeling van patiënten die verwezen zijn naar bijvoorbeeld het bekkenpijnteam. Claartje: "Doordat we vanuit dezelfde gedachtegoed de patiënten behandelen, kunnen we heel efficiënt samenwerken en zo goed mogelijke zorg leveren. Ook de terugkoppeling vanuit de verschillende specialismes is heel erg zinvol om te krijgen. We wisselen enorm veel kennis uit, wat de kwaliteit van zorg verbetert." Het team bestaat uit een grote groep specialisten met allemaal hun eigen expertise, waaronder een gynaecoloog, chirurg, radioloog en uroloog maar bijvoorbeeld ook een pijnspecialist, bekkenfysiotherapeut, psycholoog en seksuoloog.

Doordat het team zo uitgebreid is wordt er sindsdien ook meer gebruik gemaakt van alle niet-medicamenteuze opties. Dit zorgt ervoor dat patiënten bij verschillende soorten behandelaren terecht kunnen én verhoogt de kwaliteit van leven. "Bij deze groep spelen in de verschillende fases van hun leven weer andere vraagstukken waar dan gericht aandacht aan gegeven kan worden. Waar de één nog bezig is met haar kinderwens, denkt de ander aan een baarmoeder verwijdering om zo van klachten af te komen."

Tijdens het geoordeelde endometriosesprekkuur wordt meer tijd voor de patiënte genomen. Diepgaande anamnese en uitgebreid gynaecologisch onderzoek wordt altijd gedaan. "Hierbij nemen we de patiënte echt mee in wat we doen en stellen we een (mogelijke) diagnose. We kijken samen met de patiënte welke klachten belangrijk zijn om aan te pakken. Zo kan bijvoorbeeld het bekkenpijnteam of een diëtist ingeschakeld worden. Door de focus niet alleen op medisch vlak te richten, kunnen we vaak kwaliteit van leven enorm verbeteren en de regie bij de patiënte laten. Dat is echt de meerwaarde van het multidisciplinaire team", legt Claartje uit.

Multidisciplinair team



“Waar de één nog bezig is met haar kinderwens, denkt de ander aan een baarmoeder verwijdering om zo van klachten af te komen.”

Samenwerking UMCG

Eén keer in de zes weken heeft het multidisciplinaire team een regionaal multidisciplinair overleg (MDO) met het UMCG. Hierin kan casuïstiek ingebracht worden, door het MCL maar ook door andere regioziekenhuizen. Er worden onder andere protocollen besproken en onderwijs gegeven. Claartje: "Bij vrouwen die opnieuw klachten krijgen of wanneer het te complex wordt, is het fijne om met een level 2 centrum te kunnen overleggen. Daarnaast is het heel prettig terugkoppelingen of aankondigingen van verwijzingen ook mondeling te bespreken".

De samenwerking met het UMCG betekent ook dat er patiënten uitgewisseld worden. "Wij behandelen in het MCL patiënten met endometriose met zowel een milde vorm, als diep infiltrerende endometriose. Bij blaas en darmbetrokkenheid kunnen patiënten ook hier geopereerd worden. Als er darmbetrokkenheid is maken we de afweging of we het hier of in het UMCG behandelen, afhankelijk van de ernst van de ingroei. Andersom krijgen wij patiënten van het UMCG die ook bij ons behandeld kunnen worden. Deze uitwisseling werkt heel prettig." aldus Claartje.

Hoger level

In Nederland kunnen Endometriose Expertisecentra zorg leveren op level 1 (complexe zorg) en level 2 (hoog complexe zorg). Onlangs heeft het MCL level 1 erkenning toegekend gekregen van de NVOG visitatie commissie. Voor level 2 toekenning moet het volume groter zijn en onder andere ook darmsegment resecties voor diep infiltrerende endometriose worden verricht. Momenteel worden patiënten naar het UMCG doorverwezen als dit verwacht wordt. Claartje: "Door vaker samen met de chirurg te opereren en meer op elkaar ingespeeld raken zal het wellicht ook in de toekomst mogelijk zijn voor deze indicatie. We hopen door de officiële

Weetjes

Endometriose komt voor bij één op de tien vrouwen tussen de 20 – 55 jaar. Dit betekent dat 400.000 vrouwen in Nederland deze ziekte hebben.

Bij paren met een kinderwens komt endometriose zelfs bij 40-50% voor, wat vaak de oorzaak van het uitblijven van een zwangerschap blijkt te zijn.

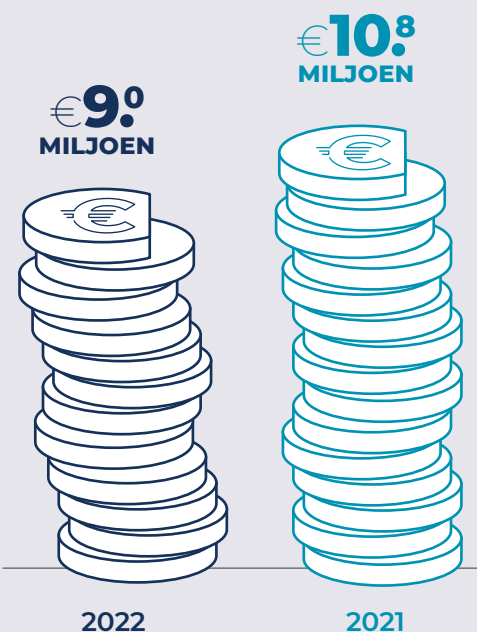
Tijdens zwangerschap hebben vrouwen geen last van endometriose.

65 procent van de vrouwen met endometriose geeft aan dat de ziekte invloed heeft op het verloop van hun carrière. Zo maakt een derde van hen een carrièreswitch vanwege de (pijn)klachten, een vijfde stopt zelfs helemaal met werken.

level 1 erkenning hét Friese verwijscentrum te worden voor zowel huisartsen als andere soortgelijke ziekenhuizen." Naast de levels is inzicht in cijfers en het ontvangen van feedback noodzakelijk om kwaliteit verbeteren en het niveau van de zorg te blijven verbeteren. De fertilitateitsverpleegkundige is hier een belangrijk onderdeel van. Zij kunnen fungeren als een spin in het web. "Endometriosepatiënten willen graag te alle tijden iemand kunnen bereiken en ergens terecht kunnen. Na jaren onzekerheid voelen zij zich vaak aan hun lot overgelaten. Die zekerheid bieden geeft hen enorm veel vertrouwen en rust," merkt Claartje. ■

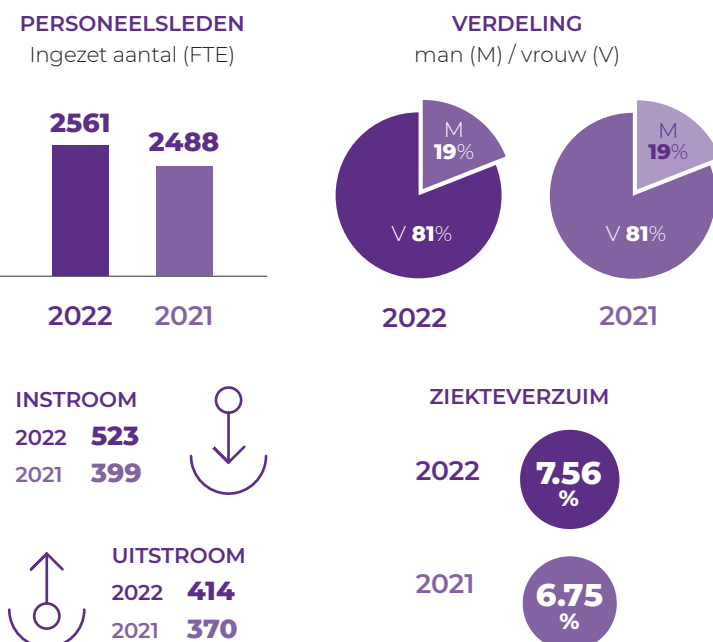
Cijfers IN BEELD

Resultaat



Het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) heeft een bewogen jaar achter de rug. De besmettingsgraad door COVID-19 bleef bij vlagen hoog en had direct invloed op het ziekteverzuim en de beschikbare klinische capaciteit. Desondanks steeg het aantal klinische opnamen met **4,4%** ten opzichte van 2021. Krapte aan personeel door uitstroom en ziekte zorgde ervoor dat het MCL niet alle capaciteit aan OK-ruimte optimaal kon benutten. Medewerkers konden daardoor niet altijd de zorg leveren die ze willen leveren en **wachlijsten** bleven lang. Financieel heeft het ziekenhuis, ondanks deze uitdagingen, het jaar 2022 afgesloten met een **positief** resultaat van **9 miljoen euro** (2021: €10,8 miljoen).

Arbeidsmarkt



Productie



| Productieparameter | 2022 aantal | 2021 aantal | 2020 aantal |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Dagbehandelingen | 22.416 | 21.348 | 21.040 |
| Opnames | 22.742 | 21.931 | 22.671 |
| Verpleegdagen waarvan | 110.480 | 109.020 | 110.180 |
| Verkeerde bed dagen | 6.091 | 3.866 | 2.932 |
| Consulten waarvan | 380.431 | 371.406 | 371.519 |
| Consulten op afstand | 115.353 | 134.809 | 122.869 |

Fusie MCL EN TJONGERSCHANS

Het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en Ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen zijn voornemens om te fuseren. De beoogde datum voor de juridische fusie is 1 januari 2024. Op dit moment werken we de fusieplannen verder uit, leidend tot een voorgenomen fusiebesluit dat ter advisering wordt voorgelegd aan de medezeggenschapsorganen van MCL en Tjongerschans.



Voor beide ziekenhuizen is het een **logische stap** om te fuseren. De BV's MCL en Tjongerschans maken al langer deel uit van één concern: **Stichting Zorgpartners Friesland**. We zetten deze stap om het **zorgaanbod** in de regio te **versterken**. De ziekenhuizen bedienen samen een grote regio die zich uitstrekt van de provincie Fryslân tot de Noordoostpolder, de kop van Overijssel en Zuidwest Drenthe. Door onze **krachten** te bundelen en gezamenlijk een **groter verzorgingsgebied** van zorg te voorzien maken we ons sterker om de **kwaliteit, toegankelijkheid** en **betaalbaarheid** van medisch specialistische zorg in de regio te behouden. Daarbij gaat het om **excellente** algemene zorg en **topklinische** zorg.

Visitatie STZ

Het MCL is met vlag en wimpel geslaagd voor de vijfjaarlijkse visitatie als Topklinische Opleidingsziekenhuis en mag zich dus weer vijf jaar STZ (topklinisch) ziekenhuis noemen. Daarbij is het ziekenhuis beoordeeld op de pijlers:

1. Strategie, Beleid en Topklinisch klimaat
2. Opleiden
3. Topklinische zorg
4. Wetenschap
5. Innovatie
6. 24/7 Topklinische en complexe acute zorg



Opleidingen

Het MCL is als STZ ziekenhuis in de regio een belangrijke opleider van **specialisten** en **verpleegkundigen**. Het MCL werkt hierbij nauw **samen** met de andere Friese ziekenhuizen.

| | '22 | '21 | '20 | '19 |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|
| Coassistenten | 179 | 235 | 170 | 223 |
| Overige stages | | | | |
| coassistenten | 60 | 69 | 30 | 70 |
| Arts-assistenten i.o. | 112 | 100 | 95 | 88 |
| Stagiaires | | | | |
| Mbo-V / Hbo-V | 182 | 161 | 159 | 177 |
| Vervolgopleidingen | | | | |
| verpleging | 171 | 143 | 111 | 116 |



Wetenschappelijk onderzoek

In 2022 zijn **91** onderzoeken goedgekeurd (**2021: 92**).

Innovatie

In 2022 heeft de innovatiecommissie **vier** projecten een **subsidie** toegekend van ieder **€20.000**.



MILO (MCL Interactieve Leer Omgeving) is het **Learning Experience Platform** voor **medewerkers**, waar ze onder meer e-learning modules kunnen volgen. In 2022 zijn er:
- **63.579** leerelementen succesvol afgerond
- **22.410** beoordelingen uitgevoerd
- **44.108** certificaten behaald

MCL INVESTEERT IN JONGE ONDERZOEKERS

Jonge onderzoekers kunnen in de praktijk zelden blijven op de plek waar ze hun promotieonderzoek hebben gedaan. Maar Lise Beumeler, Edith Visser en Dionne Sizoo vormen een uitzondering. Het MCL blijft in hen investeren. Er zit perspectief in hun onderzoeklijnen met directe effecten op de verbetering van de patiëntenzorg. Tijdens hun promotie werkten ze bovendien aan een sterkere verbinding tussen studenten en jonge onderzoekers in het ziekenhuis en dat willen ze doorzetten. “We leren van elkaar en stimuleren en coachen elkaar. Dat heeft ons enorm geholpen.”

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

"HET MCL INVESTEERDE IN ONS VOOR ONS PROMOTIEONDERZOEK. DAT HEEFT AANTOONBAAR NUT EN MEERWAARDE VOOR HET ZIEKENHUIS EN DE PATIËNTENZORG."

Lise Beumeler is inmiddels gepromoveerd. Ze onderzocht welke patiënten het eerste jaar na IC-opname het best herstelden en waar dat aan kon liggen. Daarmee zette ze de eerste stappen naar een meer persoonsgerichte revalidatie. Dionne Sizoo hoopt komend najaar te promoveren bij het Centrum Obesitas Noord-Nederland. Ze onderzoekt de spiermassa van mensen met ernstig overgewicht en hoe dat verandert na een maagverkleining. Edith Visser rondt haar proefschrift ook af. Zij onderzoekt op de longpoli of voeding en de verdeling tussen vet- en spiermassa een relatie hebben met astma en ontstekingen van de luchtwegen. Afgelopen maart startte ze alvast als epidemioloog bij het Wetenschapsbureau van de MCL Academie.

Vet- en spiermassa

De onderzoeksgegevens van de drie promovendi werken vrijwel direct door op de feitelijke patiëntenzorg en het belang van hun werk is dus overduidelijk. Dionne: "Bariatric, de zorg rondom obesitas, is sinds vorig jaar 'onderscheidend gebied'. Dat betekent dat we meer geld krijgen voor onderzoek, patiëntenparticipatie, innovatie en opleiding. Dat onderzoek willen we groter en meer gestructureerd opzetten met een database met gegevens van zoveel mogelijk patiënten. Wij opereren jaarlijks zo'n duizend patiënten. Als je al hun gegevens in een database stopt, gaat het hard. We kunnen dan makkelijker in kaart brengen welke complicaties er zijn bij welke ingrepen en welke consequenties



dat heeft. In een groter onderzoek kun je bovendien meer onderzoeklijnen opzetten. Ik coördineer dat en doe daarnaast mijn eigen onderzoek. Wij ontwikkelen nu een methode om met echo de spiermassa te meten. Dat is een innovatie die we standaard in onze patiëntenzorg willen opnemen. Ook onderzoeken we welke operatie beter is voor welke patiënt. Er lopen dus verschillende onderzoeken." Ook Lise borduurt voort op haar promotieonderzoek: "Mijn onderzoek staat dicht bij de klinische praktijk. De ideeën zijn ook voornamelijk ontstaan vanuit de ervaringen van bijvoorbeeld onze verpleegkundigen van de nazorgpoli. Wij kijken hoe we die vragen in het onderzoek kunnen uitwerken en geven dat terug aan de werkvloer. Zij kijken dan hoe ze dat in de zorg kunnen implementeren. Zo heb ik in mijn proefschrift de relatie tussen eiwitten en energie in de voeding op het herstel van de patiënt beschreven. Dat wordt direct serieus door de afdeling opgepakt met een nieuwe werkgroep rondom voeding. Die kijkt hoe we de richtlijnen hiervoor kunnen aanscherpen. Het liefst willen we de komende vier jaar ketenzorg voor de IC en goede nazorg opzetten. Dat is het hoofddoel en dat was het ook toen ik voor mijn proefschrift bezig was. Maar dit is niet iets wat je in vier jaar kunt doen. Gelukkig hebben we bij ons op de afdeling een nieuwe promotieonderzoeker aangesteld die hiermee verder kan, Pien Christiaanse. Daar heb ik zin in. Maar het is ook veel zorginrichting, veel netwerken. Daarvoor heb ik de afgelopen vier jaar ruimte gekregen en dat vind ik leuk om te doen." Edith: "Het risico van onderzoek doen is natuurlijk dat je niet altijd iets vindt. De relatie voeding en astma hebben we bijvoorbeeld niet kunnen aantonen. Wel zien we dat een slechtere spiermassa gerelateerd is aan slechtere uitkomsten bij mensen met matig tot ernstig astma. Maar omdat deze groep ook vaak obesitas heeft, wordt een lage spiermassa mogelijk onvoldoende herkend. Er moet dus meer aandacht komen voor de totale lichaamssamenstelling, met als doel een gezond gewicht en behoud van spiermassa."

"IN HET MCL HEBBEN WE SNEL CONTACT MET ELKAAR, DUS ZIT JE NIET ALLEEN IN JE EIGEN WERELDJE."

Snel contact

Lise, Dionne en Edith namen het initiatief om onderzoekers her en der in het ziekenhuis met elkaar in contact te brengen. "In coronatijd merkten we dat die verbinding heel nuttig en prettig is. We zochten elkaar maandelijks digitaal op en bespraken waar we tegenaan liepen. We lazen elkaars stukken en gaven feedback op bijvoorbeeld academisch schrijven. Dat is een specifieke vaardigheid die onderzoekers moeten ontwikkelen." Sinds dit jaar zijn de digitale ontmoetingen veranderd in fysieke bijeenkomsten. Uit alle hoeken en gaten van het ziekenhuis haken andere onderzoekers en studenten aan. Dionne: "Over het algemeen zitten onderzoekers binnen hun eigen afdeling op een eilandje. Je hebt vaak geen idee wat men elders in het ziekenhuis doet. Het leuke aan het MCL is dat je dit makkelijk inziet, juist vanwege die kortere lijnen en dat je ook eerder ziet dat je ideeën van anderen wellicht kunt toepassen op je eigen onderzoek. We hebben snel contact met elkaar, dus zit je niet alleen in je eigen wereldje. Tegelijkertijd moeten onderzoekers heel veel zelf uitzoeken. Daarin hebben we geprobeerd samen wat dingen op te zetten en we merkten dat andere onderzoekers in het ziekenhuis daar graag bij aansluiten. Dat willen we inbedden in een vaste structuur." Juist daar ligt een taak die Edith graag op zich neemt, in haar nieuwe rol als epidemioloog bij de MCL Academie. "Er is echt behoefte aan begeleiding bij het opstellen van onderzoeksprotocollen of als je voor je onderzoek langs een medisch ethische commissie moet. We hebben met ons drieën ervaren hoe belangrijk het is dat wij elkaar makkelijk konden vinden. Maar dat is op veel afdelingen anders en dan kan het Wetenschapsbureau ondersteuning bieden."

Lise sluit af: "Het komt vrijwel niet voor dat je na een PhD-traject ergens meteen kunt blijven werken. Het MCL investeerde natuurlijk in ons voor ons promotieonderzoek. Dat heeft aantoonbaar nut en meerwaarde voor het ziekenhuis en de patiëntenzorg. Het MCL ziet dat en waardeert dat door de investering door te zetten en ons aan te nemen. Het imponerende van de onderzoekswereld is dat er veel gefocust wordt of je wel voldoende publiceert in hoog aangeschreven tijdschriften. Hier gaat het ook om ons als persoon en dat vind ik heel mooi en bijzonder. Dat ze mensen willen vasthouden waarvan ze weten dat ze goede dingen doen. Daar ben ik trots op." ■

BEREIDING CHEMO- EN IMMUNOTHERAPIE IN DE ZIEKENHUISAPOTHEEK



*“Wij laten
niets aan
het toeval
over.”*

PATIËNTEN DIE KANKER HEBBEN, WORDEN IN VEEL GEVALLEN BEHANDELD MET CHEMO- OF IMMUNOTHERAPIE. DE COLLEGA'S VAN DE ZIEKENHUISAPOTHEEK VAN HET MCL MAKEN JAARLIJKS 18.000 TOT 20.000 VAN DIT SOORT GENEESMIDDELEN. DE BEREIDING IS MAATWERK; DE KLEINSTE AFWIJKING VAN HET RECEPT KAN BIJWERKINGEN VEROORZAKEN OF DE WERKING VERMINDEREN. IN DE ZIEKENHUISAPOTHEEK WERKEN ZE DAN OOK IN OPPERSTE CONCENTRATIE, VERTELT APOTHEKERSASSISTENT ESTHER DE WITH: “WIJ LATEN NIETS AAN HET TOEVAL OVER.”

tekst Inger van Tuinen fotografie Menno de Boer

De collega's van de ziekenhuisapothekers verzorgen de medicijnen voor alle patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis en controleren of zij de medicatie mogen hebben. Alles wat niet te koop is, maken zij bovendien zelf. Het bereiden van chemo- en immunotherapie, ook wel cytostatica genoemd, is een groot onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden van de bereidingsafdeling in de ziekenhuisapothekers.

Geen make-up

Werken met cytostatica is een verantwoordelijke klus, vertelt Esther: “Wij maken deze kuren voor kwetsbare patiënten. Al voor we van start gaan met de bereiding, volgen we daarom een strikt veiligheidsprotocol. Zo voorkomen we dat de cytostatica vervuild raken of wij zelf met deze stoffen in aanraking komen.” Esther en haar collega's werken in 'geclassificeerde' ruimtes (zeer schone ruimtes die getest worden op micro-organismen en deeltjes) en zijn van top tot teen gehuld in steriele kleding. Ook het dragen van sieraden en make-up is uit den boze.

Binnen twee uur

Op het moment dat het recept van de arts binnenkomt, gaan de apothekersassistenten aan de slag; ze controleren de dosering en het overige medicatiegebruik in het elektronisch

patiëntendossier, bereiden alle benodigde stoffen voor de kuur voor en gaan daarna aan de slag met de bereiding in een veiligheidswerkbank. Een soort afzuigkast met glas ervoor, waar constant steriele lucht in wordt geblazen. “Vanaf het moment dat we de opdracht krijgen, hebben we maximaal twee uur om de kuur bij de patiënt te krijgen. We streven er uiteraard naar om dit zo snel mogelijk te leveren en in de praktijk lukt dit meestal ook. Met de grote hoeveelheid kuren die we in ons ziekenhuis aan patiënten leveren, is dat aanpoten”, aldus Esther.

Stap voor stap

Ondanks dat ze in de ziekenhuisapothekers af en toe snel moeten schakelen, verliezen de assistenten en apothekers de regels en procedures nooit uit het oog. Esther: “We doorlopen veel controlestappen en leggen alles digitaal vast. Bovendien bereiden we de kuren 'gravimetrisch'. Dit betekent dat we alle stoffen voor de kuur op de milligram nauwkeurig wegen op een speciale weegschaal, die is gekoppeld aan het automatische bereidingsstelsel.” Zodra de apothekersassistenten klaar zijn met bereiden, volgt er nog een laatste controle door de ziekenhuisapothekers die alle doorlopen stappen checkt. Pas daarna wordt de kuur 'vrijgegeven' voor de patiënt.



Concreet bijdragen aan de zorg

Door de vergrijzing en betere opsporingsmethodes, komen er steeds meer mensen met kanker in het MCL. Dat merken ze ook in de ziekenhuisapothekers. De hoeveelheid kuren die ze maken, neemt jaarlijks met 5 tot 10 procent toe. Esther en haar collega's merken dit ook. Zij 'bewegen mee' met de drukte op de oncologische afdelingen: “Mijn collega's en ik worden hierdoor uitgedaagd om zelfstandig na te denken en te werken. Dat de hoeveel mensen met kanker toeneemt, is natuurlijk zorgelijk. Ik vind het mooi dat we voor hen medicatie op maat kunnen maken en zo heel concreet kunnen bijdragen aan hun zorg.”

Dino Brinkerink is MCL's 'oudste' verloskundige

De pijn, de poep en plas. De oerdrift en verlossing. Het grote geluk wanneer ouders hun kind voor het eerst vasthouden. Het verdriet die enkele keren dat het niet goed gaat. Veel zaken rondom bevallingen blijven altijd hetzelfde volgens verloskundige Dino Brinkerink (64). Gewoon wordt haar werk - ook na 3000 bevallingen - echter nooit: "De energie die vrijkomt bij een geboorte blijft het mooiste dat er is."

tekst Inger van Tuinen fotografie Menno de Boer

Een ouder geboren

Een groot deel van haar carrière begeleidde Dino vrouwen van het begin van de zwangerschap tot en met de kraamweek. De laatste jaren doet ze alleen nog maar bevallingen. Dino: "Natuurlijk is er wel sprake van professionele gewenning, maar het blijft een enorme eer om bij een geboorte te zijn. Ik mag er getuige van zijn dat er naast een kind ook een moeder, vader én soms ook grootouders worden geboren. Zij worden op dat moment - letterlijk - ouder. Ik zie ze daar in de verloskamer tot bloei komen."



"Het blijft een enorme eer om bij een geboorte te zijn"

Oer

Het hele geboorteproces is "enorm oer", vertelt Dino. Iets heel primairs, waar we ons in de Westerse wereld soms maar moeilijk aan kunnen overgeven: "Veel vrouwen willen vanuit hun hoofd in hun kracht komen, de controle houden. Terwijl het helpt om je over te geven aan de pijn en fysieke reflexen." Dino probeert ze met haar begeleiding vooral terug te brengen naar dat natuurlijke proces: "De ene vrouw heeft aanmoediging en herhaling nodig, de ander moet ik juist moederlijk toespreken. Na 36 jaar en zoveel bevallingen ontwikkel je daar wel voelsprietten voor."

Controleren

Controle willen houden, is een logische reflex én van alle tijden. Wel ziet de verloskundige de laatste jaren dat het idee van maakbaarheid toeneemt. Steeds meer vrouwen, en ook hun partners, willen hun bevalling volledig regisseren: "Dat botst soms met het grillige verloop van een bevalling. Bijvoorbeeld als iemand koste wat kost geen oxytocine (weeën opwekkend hormoon) of antibiotica wil, ook als het een ernstige infectie of bloeding na een bevalling kan voorkomen. Hoe je bevalt, is ieders eigen keuze en het is niet zo dat er maar één waarheid is, maar ik probeer wel altijd te achterhalen wat de gedachte of het gevoel van de vrouw achter een keuze is. Vaak is dat toch angst voor overgave."

Voortschrijdend inzicht

De maakbaarheid van deze tijd - volgens Dino deels ingegeven door de digitalisering en opkomst van sociale media - is niet alleen maar lastig. Het heeft ook voordelen: "Het idee dat pijn er gewoon bij hoort, is de laatste jaren genuanceerd. Er is veel meer aandacht gekomen voor het luisteren naar de vrouw en voor de positieve effecten van één op één begeleiding en ontspanning, zoals bevallen in bad." Met de ontwikkeling van de tijd en maatschappij, is ook de verloskunde ontwikkeld. "Natuurlijk heb ik de afgelopen 36 jaar voortschrijdend inzicht gehad, daar beweeg je in mee", aldus Dino.

De kracht van het team

Sommige dingen veranderen en wennen volgens Dino echter nooit. Bijvoorbeeld de zwaarte die je voelt wanneer een kind vlak voor of tijdens de geboorte overlijdt: "Die zeldzame momenten wegen voor mij even zwaar als alle goede. De begeleiding die je dan samen met je collega's biedt, is heel delicaat. Met alles wat je op zo'n moment als team doet of laat kun je het verschil maken voor de ouders. Dat maakt het tegelijk ook heel waardevol."

Het team waarmee Dino in het MCL werkt, is relatief jong. Ondanks dat ze de oudste verloskundige is op de afdeling, ervaart ze dat niet zo. Haar jongere collega's, maar ook de jonge doelgroep (de moeders, vaders en baby's), waarmee ze werkt, motiveren haar en houden haar scherp. Dino: "Door hen en de dynamiek op de afdeling kan ik hier de dertig jaar zijn die ik me vanbinnen voel. Het zal op een gegeven moment vast ook goed zijn om afscheid te nemen van je werk, maar zover ben ik voorlopig nog niet. Al die mooie geboortes geven me nog teveel levensenergie." ■



"Het idee dat pijn er gewoon bij hoort, is de laatste jaren genuanceerd."

BINNENKIJKEN: DE EERSTE BEELDEN VAN HET INTERIEUR

WARM, VERRASSEND, GROEN, DUURZAAM, LICHT ÉN ACTIVEREND; MET HET INTERIEUR VAN DE NIEUWBOUW WIL HET MCL EEN PRETTIGE EN GEZONDE OMGEVING CREËREN VOOR PATIËNTEN, MEDEWERKERS EN BEZOEKERS. DE AFGELOPEN MAANDEN WERKTE HET MCL MET ONTWERPTEAMS, EEN GROTE GROEP MEDEWERKERS ÉN DE TOEKOMSTIGE GEBRUIKERS INTENSIEF AAN HET INTERIEUR. NU LIGT ER EEN DEFINITIEF ONTWERP.

tekst Inger van Tuinen Interieursimpresies EGM architecten

De centrale hal van de nieuwbouw



Zoveel mensen, zoveel wensen

Een interieur ontwerpen voor een ziekenhuis gaat niet over één nacht ijs, vertelt Jellie van de Graaf, procesmanager nieuwbouw: "Het interieur moet er niet alleen prettig en sfeervol uitzien, het moet juist in een ziekenhuis ook patiëntvriendelijk, veilig, duurzaam en praktisch in gebruik zijn. Daarnaast hebben we in het MCL te maken met veel verschillende gebruikers die iets van het ontwerp moeten vinden. Van verpleegkundigen en artsen tot onze schoonmaakdienst en patiënten. Zoveel mensen, zoveel wensen."

Masterplan als basis

Om zo goed mogelijk aan al deze wensen en eisen tegemoet te komen, heeft het MCL samen met ontwerpbureau MMEK eerst een zogenaamd 'masterplan interieur' ontwikkeld. "We wilden een goede en gezamenlijke basis leggen voor het interieurontwerp voor de eerste bouwfase (acute as) én toekomstige fases. MMEK heeft daarom samen met zo'n 80 MCL'ers, met verschillende functies, tijdens themasessies nagedacht over de sfeer en uitstraling van de nieuwbouw", aldus Van de Graaf.

Op basis van de uitkomsten van deze sessies ontwikkelde MMEK het uiteindelijke plan. Hierin staan de waarden die volgens de MCL'ers het vertrekpunt voor het ontwerp zouden moeten zijn; Topklinisch, Duurzaam, Fries, Warm (Mienskip) en Healing (gezonde omgeving). Ook zijn in het plan uitgangspunten voor de publieke ruimten, poliklinieken en verpleegomgevingen uitgewerkt in woord en beeld. Het bevat referenties en voorbeelden die de visie voor het interieur laten zien.

Thema's per verdieping

| | |
|-----------------------|--|
| Friese Wouden | |
| Terpen en Weilanden | |
| Slenken en Zandruggen | |
| Stinsen en States | |
| Friese Wateren | |
| Geulen en Prielen | |

Meer informatie:
www.mcl.nl/nieuwbouw

"SAMEN MET ZO'N 80 MCL'ERS IS NAGEDACHT OVER DE SFEER EN UITSTRALING VAN DE NIEUWBOUW."

Aan de slag met het ontwerp

Aan de hand van het masterplan is de architect (EGM) vervolgens aan de slag gegaan met een eerste ontwerp. Royal Haskoning (RHDHV) maakte het lichtontwerp hierbij. Belangrijkste uitgangspunten voor het ontwerp waren dat patiënten – ondanks dat ze natuurlijk liever niet in het ziekenhuis zijn – zich er geborgen en prettig voelen. En dat het voor medewerkers een fijne en uitdagende plek is om te werken. "Een lichte, activerende en groene omgeving bevordert het herstelproces en bevordert het werkplezier. De architect heeft daarom een natuurlijke, rustige basis gemaakt aan de hand van Friese natuurthema's. Met het meubilair, kunst en bijzondere projecties geven we pit aan het ontwerp en proberen we onze patiënten, medewerkers en bezoekers ook te verrassen", vertelt de procesmanager.

Voor en door medewerkers

Het ontwerp van de architect is stap voor stap tot stand gekomen in samenwerking met veel verschillende medewerkers en partijen uit het MCL. Denk hierbij aan de toekomstige gebruikers van de nieuwe acute as (medewerkers van de IC, OK en dagbehandeling) en de cliëntenraad. Maar ook collega's van de facilitaire dienst, ICT, hygiëne- en infectiepreventie, fysiotherapie, ARBO en de technische afdeling dachten mee.

Volgens van de Graaf zijn al deze collega's onmisbaar geweest in het proces: "Denk bijvoorbeeld aan zoiets als verlichting; een zorgmedewerker kan ons vertellen welke handelingen precies worden verricht aan het bed en dat je daarbij niet in je eigen schaduw moet staan. Dit soort informatie is essentieel voor het ontwerp." MCL haalde deze feedback op tijdens 'gebruikerssessies', maar toetste het ontwerp van de architect ook tussentijds bij diverse afdelingen. "Dit heeft veel tijd en energie gevraagd van onze medewerkers, maar het levert ons ook veel op. Er staat straks een prachtig gebouw waar onze patiënten en medewerkers zich thuis voelen." ■

Dagbehandeling

Thema: Stinsen en States



Gouden bies als herkenningspunt ontvangstbalie



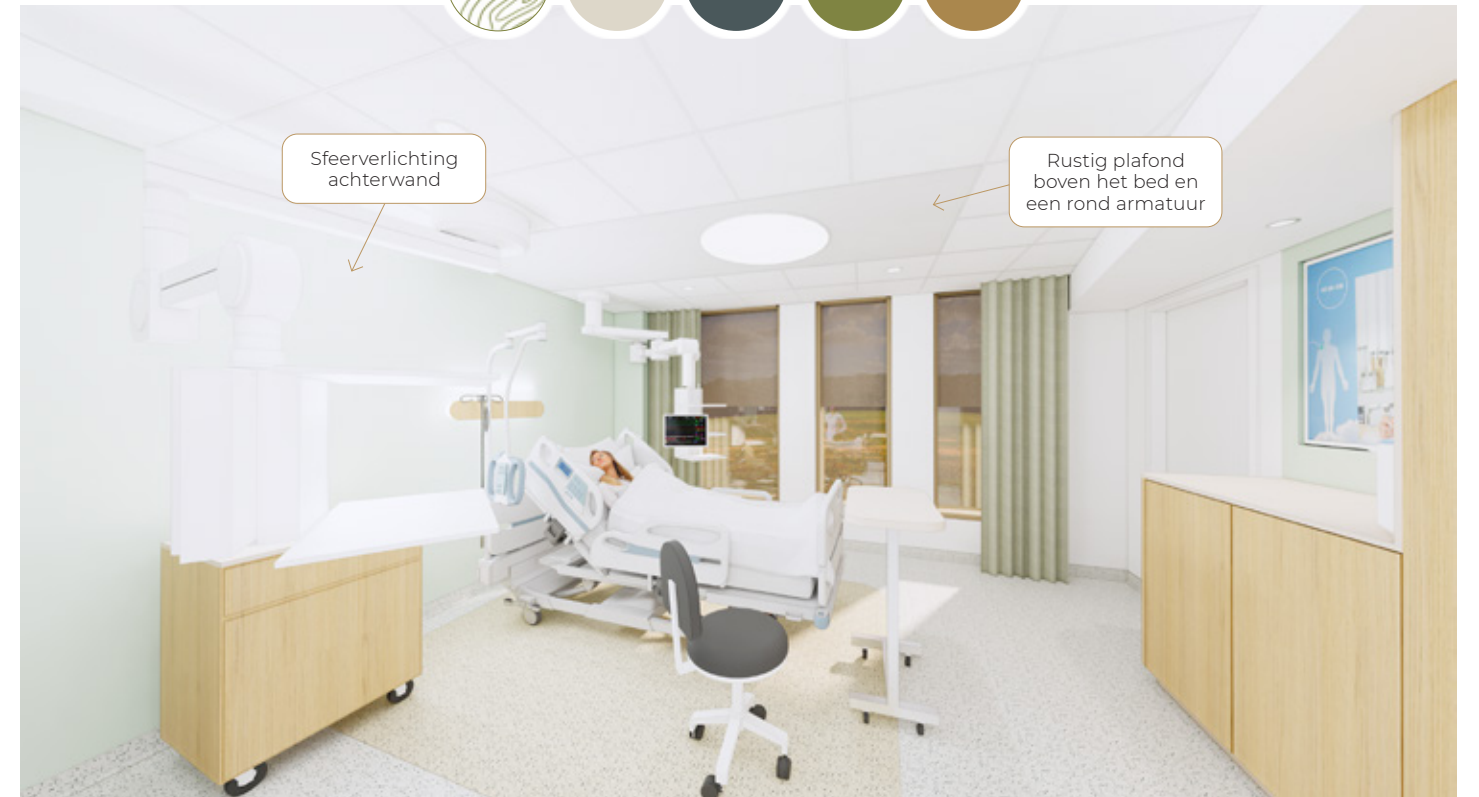
Operatiecomplex

Thema: Slenken en Zandbruggen



Intensive Care

Thema: Friese Wouden





Internist-infectiologen:
**VRAAGBAAK
VAN HET
ZIEKENHUIS**

Bloedbaaninfecties, Q-koorts, virale hepatitis, hiv en tropische ziekten. Allen voorbeelden van infecties die ons lichaam aanvallen. Des te belangrijker is het om snel de juiste diagnose te stellen, zodat een passende behandeling kan worden opgestart. Internist-infectiologen Marit van Vonderen en Linda Kampschreur zijn blij dat er steeds meer aandacht is voor infectieziekten. “We zien onszelf als de aanjagers binnen dit specialisme, maar we doen het natuurlijk samen met een heel team.”

tekst Femke Jaarsma fotografie Menno de Boer

Sinds 2020 wordt het specialisme infectieziekten binnen het MCL erkend als 'onderscheidend gebied' (OG). OG's zijn (clusters van) bijzondere zorgfuncties, waarin het ziekenhuis wil excelleren en de beste zorg wil leveren. Een hele eer, vinden zowel Marit van Vonderen als Linda Kampschreur. Van Vonderen begon in 2008 bij het MCL en was destijds de eerste internist-infectioloog in Friesland. "Het was echt pionieren. We moesten bewijzen dat we nodig zijn." Ze is daarom erg blij met de erkenning. Kampschreur werkt sinds 2015 als internist-infectioloog in het MCL. "Er komen steeds meer complexe infectieziekten. Daarnaast worden we ouder, hebben mensen vaker afweeronderdrukkende medicatie nodig en krijgen we steeds meer met infecties van lichaamsvreemd materiaal te maken." Van Vonderen benadrukt dat ze het niet alleen doen. "We werken veel samen met andere afdelingen. Denk aan polikliniekmedewerkers, het researchteam, hiv-verpleegkundigen, het antibioticateam en collega's van andere specialismen. Het is een superteam en daar zijn we trots op."

Breed specialisme

De infectiologen beschrijven hun vak als uniek. "Infectieziekten is een breed specialisme. We hebben raakvlakken met vrijwel alle disciplines in het ziekenhuis en zijn zodoende een vraagbaak voor andere afdelingen. Meedenken met collega's heeft veel meerwaarde." Dat ze van hun vak houden straalt er vanaf. "Het is een positief gestemd vakgebied omdat we mensen vaak beter kunnen maken." Kampschreur: "Omdat het met veel andere vakgebieden samenhangt, kijken we er op een holistische manier naar patiënten. We vragen een patiënt niet alleen waar hij last van heeft, maar ook waar hij op vakantie is geweest, wat zijn leefstijl is, of hij huisdieren heeft. We kijken naar een heel persoon, niet alleen naar het virus of de bacterie."

Allergiepoli

Het duo is zeer gedreven. Wat betreft wetenschappelijk onderzoek en innovatie - twee van de OG-criteria - zijn ze behoorlijke stappen aan het maken. Van Vonderen noemt antibiotica bij allergie. Van Vonderen: "Voorheen stond bij 10 tot 20 procent van de patiënten een allergie in het patiëntendossier, terwijl dit in de meeste gevallen niet klopte. Een verkeerde registratie kan flinke gevolgen hebben. Zeker bij een levensbedreigende infectie, wanneer blijkt dat een bepaald

“Meer bewustzijn over infectieziekten is een grote stap vooruit voor ons als ziekenhuis én voor de maatschappij.”



medicijn toch wél toegediend had mogen worden. Dit proces zijn we aan het verbeteren." Kampschreur: "In het verleden waren er dan situaties waarbij antibiotica werden vermeden. Door voor alternatieven te kiezen werd goede behandeling onthouden. Daarom hebben we binnen MCL een allergiepoli opgezet, de eerste in Friesland. Nu pikken we 90 tot 95 procent van de allergieën eruit, waardoor we patiënten met een infectieziekte op de juiste manier kunnen behandelen."

Zelf onderzoek doen

Van Vonderen vertelt enthousiast over de landelijke en internationale onderzoeken waar ze vooral tijdens de coronatijd aan mee mochten werken. "We kwamen erachter dat

we hier als MCL best goed in zijn. Ondertussen worden we ook gevraagd voor andere, niet coronagerelateerde, onderzoeken." Dit motiveerde hen om zelf onderzoekstrajecten op te zetten. Als voorbeeld noemt Kampschreur vaatprothese-infecties. "Dit betreft een complexe patiëntengroep waar nog geen goede richtlijnen voor gelden. Samen met het UMCG en het Radboud, twee universitaire ziekenhuizen, hebben we een landelijke database opgericht. Het MCL heeft hier het initiatief in genomen en nu gaan we zelf onderzoek doen en dit verder inrichten."

Met patiënten in gesprek

Optimale behandeling van complexe infectieziekten is hun hoofdmissie. "Optimaal betekent niet alleen dat iemand de beste behandeling krijgt, maar tevens op de juiste plek en voor de juiste duur. En dat is niet te lang, niet te kort. Patiënten willen meestal het liefste snel weer naar huis en een infuus kan bijvoorbeeld ook thuis. We bekijken nu hoe we dit gestroomlijnd kunnen laten lopen."

Een andere missie is het weghalen van het negatieve stigma rond hiv. "Tegenwoordig kunnen we hiv goed behandelen. We praten hier binnen het hiv-centrum ook veel over met patiënten. Niet alleen over hun behandeling, maar aan bod komen ook vragen als 'kon je snel terecht?', 'luistert de dokter goed naar je?' en 'wat mis je nog?'. Van Vonderen kaart aan dat patiëntparticipatie (één van de OG-criteria) nog wel in de kinderschoenen staat. "Daarom houden we regelmatig enquêtes. Wij kunnen immers van alles bedenken, maar minstens zo belangrijk is hoe de patiënt er tegenaan kijkt."

Meer bewustzijn

Een grote uitdaging voor de toekomst noemen ze de spagaat waarin zij als internist-infectiologen zitten met betrekking tot het voorkomen van verspreiding van infectieziekten. "Kwetsbaren wil je beschermen zonder dat je anderen beperkt. Hoe zorg je er dan voor dat de risico's niet te groot worden en je tegelijkertijd een ziekenhuis in de lucht kunt houden?" Hier hebben ze niet direct een antwoord op. "Risico's zijn niet helemaal te vermijden. Kijk naar corona. En dat geldt voor alle infecties. Meer bewustzijn over infectieziekten en de risico's is al een grote stap vooruit. Voor ons als ziekenhuis én voor de maatschappij." ■

ONTDEKKEN WAAR JE HART LIGT

FLEXIBEL INGEZET WORDEN OP BESCHOUWENDE AFDELINGEN

DESIREE MEERSMA IS VERPLEEGKUNDIGE EN BEGON ZES MAANDEN GELEDEN TE WERKEN IN DE POOL VOOR DE BESCHOUWENDE AFDELINGEN VAN HET MCL. HAAR CARRIÈRE IN HET MCL IS BEGONNEN OP AFDELING B, DE INTERNE GENEESKUNDE, WAAR ZE ALS STAGIAIRE WERKTE. OMDAT DESIREE IN HAAR AFSTUDEERJAAR ZAT, WERD ZE NA HAAR STAGE GEVRAAGD OM IN DE POOL TE KOMEN WERKEN. DEZE POOL IS EEN PLEK WAAR VERPLEEGKUNDIGEN ROULEREN TUSSEN ZES INTERNE AFDELINGEN - INTERNE GENEESKUNDE, DIALYSE, NEUROLOGIE, MEDISCH PSYCHIATRISCHE UNIT, LONGZIEKTEN EN GERIATRIE - EN WAAR ZE DE KANS KRIJGEN OM HUN KENNIS EN VAARDIGHEDEN TE ONTWIKKELEN EN TE ONTDEKKEN WAAR HUN KWALITEITEN LIGGEN.

tekst Annika Kuipers fotografie Jeroen Adema



"DOORDAT IK VOOR KORTE TIJD OP ÉÉN AFDELING WERK, ONTWIKKEL IK MEZELF IN HET SPECIALISME EN KRIJG IK EEN BREDE KENNIS VAN DE MEDISCHE ZORG."

Kansen ontdekken

Iedere afdeling heeft zijn eigen specialistische handelingen en kennis, die Desiree meeneemt naar de volgende afdeling. "Doordat ik voor korte tijd op één afdeling werk, ontwikkel ik mezelf in het specialisme en krijg ik een brede kennis van de medische zorg." Omdat de pool verschillende beschouwende afdelingen laat zien, kom je er op een speelse manier achter welke afdeling het meest bij jouw wensen past. Mocht je liever voor een iets langere periode op een afdeling werken, maar nog wel willen ontwikkelen, dan is deze werkgroep de juiste manier om dit te doen.

Doorgroeimogelijkheden

Als medewerker in deze werkgroep sta je onder vast contract. Als er een interne vacature vrijkomt op één van de afdelingen van de pool, mag je gaan solliciteren, zodat je vast op die afdeling kan gaan werken. Desiree heeft in de korte tijd dat ze in het MCL werkt, gemerkt dat werken op verschillende afdelingen haar in staat heeft gesteld om te leren waar haar hart sneller van gaat kloppen. Hoewel haar passie bij de interne geneeskunde ligt, waar ze oorspronkelijk haar stage volgde, kiest ze ervoor om langer in de pool te blijven om andere interesses te ontdekken. "Je hebt nu de tijd om kennis op te doen van verschillende afdelingen. Ook al past de afdeling niet bij je, heb je de ervaring op de afdeling wel meegemaakt en dat vind ik erg waardevol."

Met open armen

Als je variërend werkt op verschillende beschouwende afdelingen, heb je niet een vast team. Er werken diverse verpleegkundigen. "Hoewel ik slechts voor een korte periode van ongeveer drie maanden bij een afdeling werk, heb ik nooit het gevoel gehad dat ik er niet bij hoor. Iedereen verwelkomt je, staat open voor vragen en is bereid je te helpen."

"OOK AL LIGT IEMAND IN HET ZIEKENHUIS, ER SCHUILT ALTIJD MEER ACHTER DE PATIËNT DAN DE OPNAME-DIAGNOSE."

De waardering van de patiënt

Wat Desiree het belangrijkste vindt in haar werk als verpleegkundige is dat zij de patiënten kan laten voelen dat ze belangrijk zijn. "Een dag is voor mij geslaagd als de patiënt aangeeft zich gehoord te voelen en met liefde te zijn behandeld. Tijd spenderen aan de patiënten en ze laten voelen dat ik er voor ze ben is denk ik het allermooiste van het vak. Ook al ligt iemand in het ziekenhuis, er schuilt altijd meer achter de patiënt dan de opnamediagnose." Het werk op de verschillende afdelingen biedt Desiree de mogelijkheid om zich te richten op haar passie en om haar vaardigheden verder te ontwikkelen. ■

Kom ook werken bij #teamMCL



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

www.werkenbijmcl.nl/verpleegkundigebeschouwend

Bekijk onze vacatures op
www.werkenbijmcl.nl/vacatures

Wat vindt u van het MCL magazine?

VUL DE ONLINE VRAGENLIJST IN!

Uw mening is belangrijk voor ons.

Scan de QR-code of ga naar www.mcl.nl/mclmagazine om naar de enquête te gaan.



Het beantwoorden van de vragen duurt ongeveer 3 minuten.

Met de uitkomsten verbeteren wij het magazine. De vragenlijst is anoniem, de antwoorden zijn niet naar u te herleiden.



*“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.werkenbijmcl.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.