

# MCL

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

*voorjaar*  
**2024**

**Zorg pas goed  
als patiënt dat  
zo ervaart**

**Thuismonitoring:  
meer inzicht én  
eigen regie**

*Meer*  
*dan* **Zorg**





# Voor u!

**EERST DE VOorgenomen fusie met Tjongerschans. Daarna, als al onze gezamenlijke plannen en ambities worden volbracht, gevolgd door nog een tweede fusie met het Antonius in Sneek waarna mogelijk de ziekenhuizen in Heerenveen en Sneek opgaan in een nieuw te bouwen robuuster ziekenhuis in Joure. Ik kan me voorstellen dat het u als patiënt wel eens duizelt. Dat u zich pijnigt met de vraag: waar is dat allemaal goed voor en waar leidt het toe? Fusies zijn tenslotte niet altijd even succesvol.**

Toch moeten wij deze stappen zetten. Doen we niets, dan wordt door de oplopende personeelstekorten en de steeds hogere kwaliteitseisen aan de zorg, de ziekenhuiszorg in Friesland uiteindelijk uitgehold. Dit kan snel gaan en heeft direct gevolgen voor de reguliere zorg, maar nog meer voor de topklinische zorg waarvoor u in het MCL terecht kan. Denk bijvoorbeeld aan het hartcentrum of complexe oncologische behandelingen.

Als delen van de ziekenhuiszorg in Friesland wegvallen, zullen veel patiënten hun zorg elders zoeken in Zwolle of Groningen. Dat willen we voorkomen en is ook niet nodig als we nu stappen zetten om de zorg anders in te richten. Dan behouden patiënten de huidige topklinische zorg dichtbij, blijven we wetenschappelijk onderzoek doen om de zorg te verbeteren en kunnen we jonge dokters en verpleegkundigen blijven opleiden voor deze regio. Door samen te gaan met Heerenveen, staan we als ziekenhuisorganisatie al sterker. We zijn aantrekkelijker als werkgever en hebben veel meer mogelijkheden om te investeren in bijvoorbeeld vernieuwing en digitalisering.

De volgende stap naar een nieuw ziekenhuis in Joure zorgt uiteindelijk voor een robuuste romp van ziekenhuiszorg in Friesland die toekomstbestendig is. Zo zorgen we ervoor dat de goede zorg die hier nu al is in de provincie voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar blijft. Ook Nij Smellinghe is onderdeel van deze romp, die we samen met de collega's van de (huidige) vier ziekenhuizen en de zorgverzekeraars Zilveren Kruis, De Friesland en VGZ creëren.

Daarbij helpt ook digitalisering en het anders inrichten van de zorg in Friesland. Daar willen en moeten we samen met huisartsen en andere zorgverleners aan werken. Met als doel er voor te zorgen dat u zo veel mogelijk zorg thuis of dichtbij huis kunt krijgen. Heeft u dan echt specialistische zorg nodig, dan moet u daarvoor te allen tijde in één van de ziekenhuizen terecht kunnen zonder lange wachtlijsten. Daar werken we aan. Het is een plan voor over tien jaar. Maar willen we dat ook met succes volbrengen, dan moeten we vandaag al starten. Dat doen we, in uw belang!

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

COLOFON

VORMGEVING

Erik Bosgra - De Bey  
communicatie & vormgeving

FOTOGRAFIE

Jeroen Adema - De Bey  
communicatie & vormgeving  
Menno de Boer

ILLUSTRATIES

Rianne Minnema

HOOFDREDACTEUR

Gerard Akkerman

REDACTIE

Arjen Guit  
Jette de Vos  
Leanne Wink-Miedema

SCHRIJVERS

Gerard Akkerman  
Suzanne Boot  
Arjen Guit  
Femke Jaarsma  
Erik Kofman  
Chantal Mouës  
Inge Schippers  
Inger van Tuinen  
Rogier Verhagen  
Patrick Vink  
Jette de Vos  
Leanne Wink-Miedema

FILM

Jeroen Adema - De Bey  
communicatie & vormgeving

DRUKKER

Dekker Creatieve Media & Druk

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



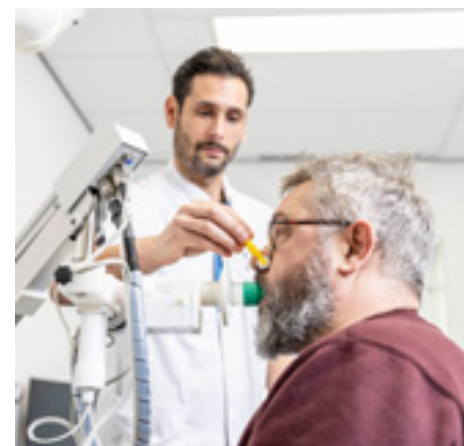
34

Digitale innovaties helpen de zorg vooruit



Onzekere dagen

22



“Zorg is pas goed als ook de patiënt dat zo ervaart”

60

30

Snellere diagnose door CT op de SEH



En verder

- 6 Bescherm je gehoor voor later
- 10 Niets doen is géén optie
- 14 Ziekenhuispsychiater: een belangrijke schakel
- 18 Virtual reality is realiteit
- 22 Onzekere dagen, heb ik wel of geen borstkanker?
- 26 Lekker werkend de eindstreep halen
- 30 Snellere diagnose door CT op de SEH
- 34 Digitale innovaties helpen de zorg vooruit
- 38 De meerwaarde van de klinisch farmacoloog
- 42 We hebben veel te vertellen
- 44 De lat ligt op alle fronten hoog
- 48 Meer dan zorg
- 52 Leukemiepatiënt Daniek: ‘Ze zijn er écht voor me’

74

ECT zorgde ervoor dat Amanda het leven weer kon oppakken



- 54 Afdeling kwaliteit werkt aan cultuurverandering
- 57 Dokters van de toekomst
- 60 Zorg is pas goed als ook de patiënt dat zo ervaart
- 64 MCL kijkt vooruit en beweegt mee
- 66 Meer mogelijk dan men denkt
- 70 Radiologie start met AI
- 74 ECT zorgde ervoor dat Amanda het leven weer kon oppakken
- 78 Bekijk het vanuit de patiënt
- 82 Tropenarts: brede blik naar gezondheidszorg
- 86 Column Chantal
- 88 Kinderverpleegkunde: zorgen voor het hele gezin

# Bescherm je gehoor voor later

In de kroeg, op een festival of concert, maar ook in het zwembad krijgen je oren het ongemerkt zwaar te verduren. Schade aan het gehoor ontstaat vaak al op jongere leeftijd. Niet voor niets dat er steeds vaker oorbeschermers worden aangeboden bij evenementen. Want als je wilt dat je later geen last krijgt van gehoorschade, is de enige optie om nú die oordoppen in te doen.

tekst Jette de Vos fotografie Menno de Boer

Thomas Peters is KNO-arts in het MCL en gespecialiseerd in het oor. Dagelijks behandelt hij patiënten die te kampen hebben met (geh)oorproblemen, zoals oorsuizen, duizeligheid of een piep in het oor (tinnitus). "Het leuke aan het oor is dat het heel divers is. Er is een heel breed scala aan problemen. Sommige dingen kun je makkelijk oplossen, bijvoorbeeld door een buisje te plaatsen bij een lijmoor. En voor andere dingen, zoals bij beschadiging aan de gehoorbeentjes, zijn juist hele bijzondere operaties onder de microscoop nodig. Dit priegelwerk past bij me. Wat ook bijzonder is, is dat het oor echt ons vakgebied is. Geen enkele andere specialist doet iets met het oor."

## Je doet het niet voor vandaag

Helaas kan gehoorschade door lawaai niet verholpen worden met een buisje of microscopische operatie. Juist daarom zet Thomas zich in voor de preventie hiervan. Dit doet hij tijdens zijn spreekuur, maar ook vanuit 'KNO-Stichting Prevent'. "Het moeilijke aan preventie is dat je het niet doet voor nu. Als je vandaag in het lawaai staat, betekent dat niet per se dat je daar morgen direct last van hebt. Vaak wordt de lawaaibeschadiging pas een probleem op het moment dat je bijvoorbeeld op oudere leeftijd (gedeeltelijk) doof wordt. Het doof worden komt dan bovenop de lawaaibeschadiging

*“Als je vandaag in het lawaai staat, betekent dat niet dat je daar morgen direct last van hebt.”*



die je al had, maar waar je nog geen last van had. Gehoorbescherming kan voorkomen dat je geen klachten krijgt, zoals bijvoorbeeld tinnitus. Mijn boodschap: bescherm je oren en houd er rekening mee dat je anders schade kunt oplopen. Dat zul je niet direct merken, maar zodra je ouder wordt en minder goed gaat horen, wordt het wel een probleem”

### **Beleving**

Omdat preventie de enige manier is om het te voorkomen, is gehoorbescherming één van de hoofdonderwerpen van de KNO-vereniging Prevent. Er zijn nog veel vraagstukken rondom gehoorschade waar geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is en waar we nog te weinig vanaf weten. Zogenaemde kennishiaten. Vanuit de vereniging draagt Thomas onderwerpen aan voor op de kennisagenda van de Nederlandse KNO-vereniging. Dit betreft bijvoorbeeld geluidsbeleving: Als de muziek zachter moet in een kroeg, is de muziek dan nog wel leuk? Beleef je het dan nog op dezelfde manier? “We gaan er met zijn allen vanuit dat bij zachtere muziek de beleving ook minder wordt, maar of dat echt zo is weten we eigenlijk niet.” Ook geeft Thomas vanuit Prevent voorlichtingen en deelde hij vorig jaar samen met collega's oordoppen uit bij Formule 1-wedstrijden.

### **Typische uitslag**

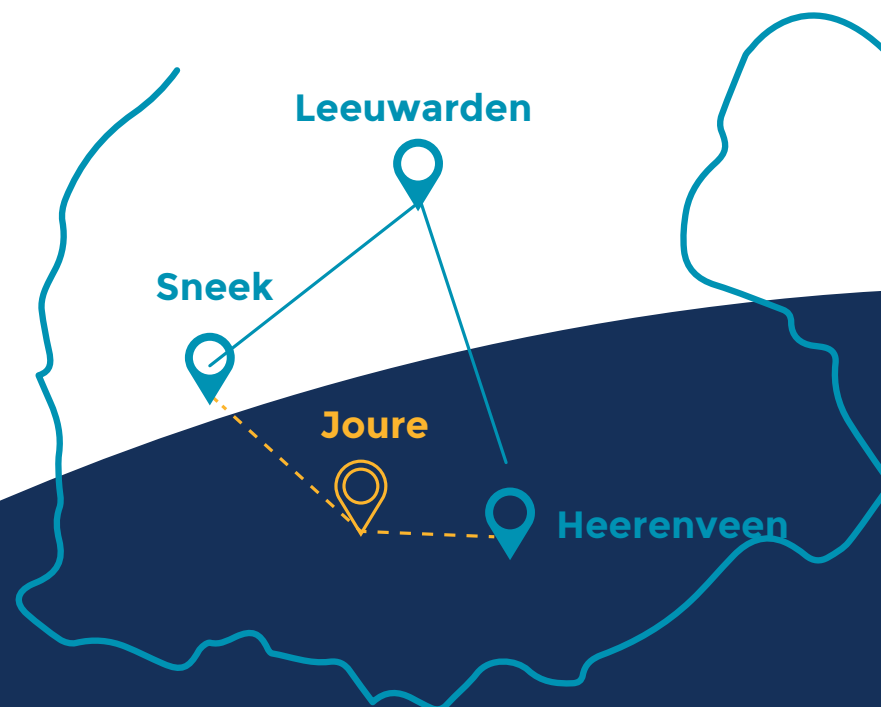
Soms kan Thomas op tijd ingrijpen. Tijdens een gehoortest kan hij al zien of iemand lichte lawaaischade heeft opgelopen. Dit is namelijk een hele typische uitslag. “Je ziet dan al een kleine afwijking, waardoor je kunt vaststellen dat er al enige vorm van schade is. Op dat moment kun je direct adviseren om gehoorbescherming te dragen, om erger te voorkomen. Er is hierbij steeds meer mogelijk met oordoppen, die bijvoorbeeld specifieke frequenties eruit halen. Doe je dit niet, dan is het risico reëel dat je op latere leeftijd dagelijks last hebt van de opgelopen schade. Het frustrerende hieraan is dat er altijd mensen zijn die hun hele leven in lawaai zitten zonder gehoorbescherming en die nergens last van krijgen. Maar er zijn ook mensen die één keer naast een geluidsbox staan en direct schade oplopen. Kortom: neem het zekere voor het onzekere en draag die oordoppen.” ■

## ‘Fusie MCL en Tjongerschans basis voor Fries zorglandschap’

# “Niets doen is géén optie”

De Friese ziekenhuiszorg is sterk in beweging. Het MCL en Tjongerschans willen begin volgend jaar fuseren. En voor de langere termijn ligt er een voorkeursscenario waarbij de ziekenhuizen in Sneek en Heerenveen opgaan in een nieuw te bouwen ziekenhuis in Joure. Toekomstplannen die een grote impact hebben. Waarom is dit zo hard nodig? En - nog belangrijker – wat heeft de patiënt er aan?

tekst Gerard Akkerman Illustratie Rianne Minnema



“Niets doen is geen optie”, daarover zijn Patrick Vink, voorzitter Raad van Bestuur van het MCL, en medisch bestuurder Tanja Schuur het volmondig eens. “Willen we de complexe zorg die we nu aanbieden en constant door ontwikkelen, ook in de toekomst blijven bieden aan de Friese bevolking, dan moeten we echt integreren.”

Er komen grote uitdagingen op de Friese zorg af. Er komen meer oudere mensen die bovendien steeds ouder worden. Dat betekent een grotere en meer complexe zorgvraag, terwijl er steeds minder mensen zijn om die zorg ook uit te voeren. Personeelstekorten lopen hard op en dat geldt ook voor de

## “Samen ben je flexibeler en kun je beter klappen opvangen”

kosten. Tegelijk worden de eisen aan kwaliteit steeds hoger. Zo moeten ziekenhuizen van steeds meer behandelingen grotere aantallen uitvoeren om ze te mogen blijven doen. Lukt dit niet, dan raken ze die behandelingen kwijt. Gedachte achter deze ‘volumenormen’ is dat de kwaliteit toeneemt als je een behandeling of ingreep vaker doet.

### Stevig ziekenhuis

“Als individuele instellingen kunnen we op termijn deze uitdagingen niet aan. Door te fuseren willen we samen een stevig ziekenhuis zijn dat vooraan wil blijven lopen en dat de middelen heeft om te investeren in digitalisering en nieuwe vormen van zorg”, vertelt Patrick Vink. De fusie tussen MCL en Tjongerschans vormt straks de basis voor toekomstbestendige ziekenhuiszorg in Friesland. Samen met Noorderbreedte en Thuiszorg Het Friese Land een stevig zorgplatform onder de vlag van Zorgpartners Friesland.

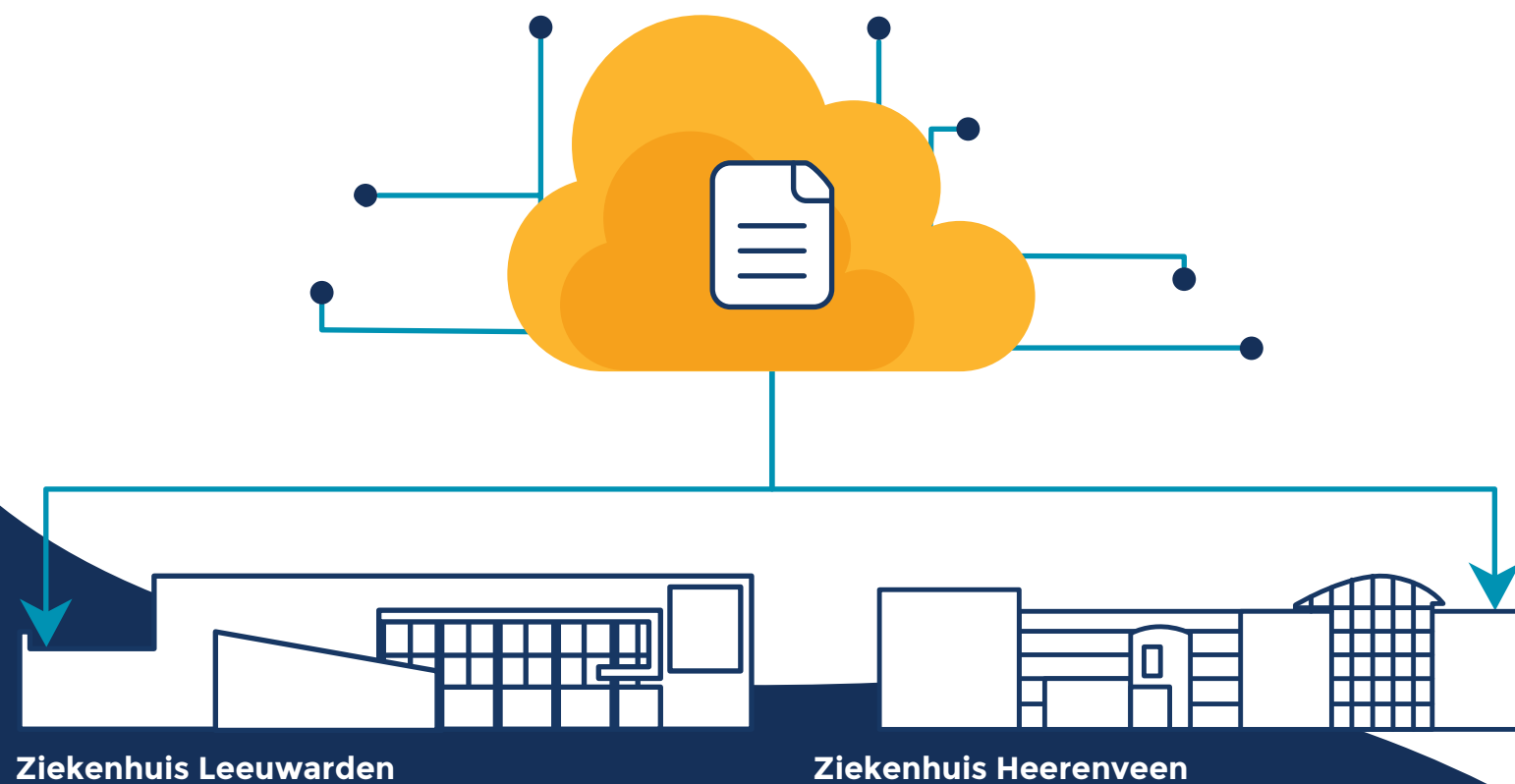


Vaak wordt gedacht dat het MCL als groot topklinisch ziekenhuis geen risico loopt richting de toekomst. Maar dat is zeker niet het geval. Integendeel, voor de topklinische zorg is het MCL afhankelijk van de verwijzingen van de andere Friese ziekenhuizen. Als die in de problemen komen en we bepaalde afdelingen of behandelingen verliezen, zal een aantal patiënten uit de randgebieden eerder kiezen voor ziekenhuizen in Groningen of Overijssel. Dat kan ertoe leiden dat er te weinig patiënten overblijven voor bijvoorbeeld het hartcentrum of bepaalde gespecialiseerde oncologische zorg in Leeuwarden. Gevolg is dat Friezen voor die zorg dan verder zullen moeten reizen en dat steeds minder topklinische zorg 'gewoon' in Friesland beschikbaar is. "Het gaat er dus niet om hoe we er nu voorstaan", verzekert Patrick Vink. "Het gaat vooral om de vraag of we morgen allemaal nog kunnen doen

wat we vandaag doen. Die verantwoordelijkheid voor goede toegankelijke en betaalbare zorg voor de toekomst, voelen we gelukkig allemaal als Friese ziekenhuizen."

### Zorg op afstand

Tanja Schuur snapt dat het voor patiënten en burgers ook wel eens verwarrend en ingewikkeld is wat er allemaal gebeurt. "Ze lezen over digitalisering en dat meer zorg op afstand buiten het ziekenhuis moet gebeuren. Mijn ouders denken dan dat ze niet meer in het ziekenhuis mogen komen. Dat is natuurlijk niet zo. Door meer digitale zorg op afstand te bieden bij patiënten die dat aankunnen, zorgen we er juist voor dat er ruimte overblijft voor patiënten die wel specialistische ziekenhuiszorg nodig hebben. En dat liefst zonder lange wachttijden."



## “Willen we blijven investeren en innoveren en schaarse medewerkers optimaal inzetten, dan zijn deze stappen **echt** nodig”

Door de fusie kunnen MCL en Tjongerschans meer investeren in innovaties en digitalisering. "Zie het als een vliegwiel naar vernieuwing wat we alleen niet kunnen bereiken", aldus Tanja Schuur. Patrick Vink wijst op de capaciteitsplanning, de inzet van medewerkers. Na de fusie wordt het veel makkelijker om capaciteiten efficiënter in te zetten. "Samen ben je flexibeler en kun je beter klappen opvangen. Zo kun je makkelijker over en weer gaten opvullen op de Intensive care of de operatiekamers. Dat betekent niet dat alle wachtlijsten ineens weg zijn, maar we kunnen wel extra patiënten opereren."

### Artsen opleiden

Ook het opleiden van jonge dokters en wetenschappelijk onderzoek naar het effect van behandelingen – twee belangrijke pijlers van STZ-zorg – is beter geborgd na een fusie. Iedereen heeft er belang bij dat het MCL voldoende artsen kan blijven opleiden en dat voldoende artsen en verpleegkundigen wetenschappelijk onderzoek kunnen blijven doen om de kwaliteit van de zorg te blijven verbeteren. De fusie zorgt er bovendien voor dat het ziekenhuis ook als werkgever aantrekkelijk blijft en dat het medewerkers meer ontwikkelmogelijkheden kan bieden. Zo komt wetenschappelijk onderzoek voor meer medewerkers binnen handbereik, evenals het werken aan innovaties.

### Eén elektronisch dossier

Wat Tanja Schuur nog als een groot voordeel voor patiënten ziet, is dat het nieuwe gefuseerde ziekenhuis straks met één elektronisch patiëntendossier werkt. "Dan maakt het niet uit of je in Heerenveen of in Leeuwarden wordt behandeld. Overall kunnen de artsen beschikken over hetzelfde dossier en hoeft de patiënt ook niet steeds opnieuw zijn verhaal te vertellen of foto's te laten maken als hij een deel van de behandeling in Leeuwarden en een deel in Heerenveen krijgt."

Het kan wel zijn dat er op termijn voor wordt gekozen om bepaalde behandelingen op een van de twee locaties te concentreren. In die gevallen kan het zijn dat een patiënt voor een behandeling wat verder moet reizen. Welke dat zijn, is nu nog niet bekend. Het gebeurt overigens alleen als het de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Niet iedereen ziet altijd de noodzaak van deze veranderingen. "Toch is die er echt. Willen we blijven investeren en innoveren en bijvoorbeeld schaarse medewerkers optimaal inzetten, dan zijn deze stappen echt nodig. Wij voelen ons verantwoordelijk voor de zorg. Niet alleen nu, maar ook in de toekomst, zodat deze toegankelijk en betaalbaar blijft en dat Friezen voor de meer complexe en topklinische zorg niet extra ver hoeven te reizen." ■



ZIEKENHUISPSYCHIATER

# EEN BELANGRIJKE SCHAKEL

**ROELOF RISSELADA** IS AL JAREN WERKZAAM ALS **PSYCHIATER**. HET IS EEN FUNCTIE DIE BIJ DIVERSE ZORGINSTANTIES UIT TE OEFENEN IS. IN EEN ZIEKENHUIS IS HET WERK ALS PSYCHIATER IN SOMMIGE OPZICHTEN NÉT EVEN ANDERS. EN PRECIES DAT IS DE REDEN DAT ROELOF BESLOOT OM ZIJN CARRIÈRE IN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN VOORT TE ZETTEN.

tekst Arjen Guit fotografie Jeroen Adema

## Op zoek naar nieuwe uitdaging

Roelof begon zijn loopbaan bij GGZ Friesland, waar hij is opgeleid als ouderenpsychiater. Daarna was hij acht jaar werkzaam als psychiater bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). Hoewel hij erg te spreken is over zijn eerdere werk, merkte Roelof dat hij toe was aan een nieuwe stap. "Ik wilde me graag meer bezighouden met de samenhang tussen psychische problematiek en lichamelijke aspecten. Daarnaast werkte ik bij VNN poliklinisch en vrij zelfstandig als psychiater. Ik was op zoek naar een plek waar ik samen met een team kan werken." Die wensen kon Roelof uiteindelijk vervullen in het MCL, waar hij sinds juni 2022 werkt.



### Verschillende patiëntcategorieën

Als ziekenhuispsychiater ziet Roelof grofweg twee categorieën patiënten. "Enerzijds zijn het de patiënten die al elders onder behandeling zijn voor psychiatrische problemen en die nu een lichamelijke ziekte ontwikkelen en daarvoor in het MCL terechtkomen. Die mensen moeten tijdens hun ziekenhuisopname natuurlijk ook psychiatrisch behandeld blijven worden. Aan de andere kant zijn er ook patiënten die vanwege hun lichamelijke ziekte ook nog een psychiatrische aandoening ontwikkelen tijdens hun behandeling in het MCL. Zo zien we bijvoorbeeld dat Parkinson of hart- en vaatziekten tot depressies kunnen leiden, of dat medicatie zorgt voor psychische ontregeling. Als ziekenhuispsychiater houd ik mij met deze patiënten bezig."

### Collega's geven houvast

Dat doet Roelof niet alleen, maar met zijn collega's in de vakgroep ziekenhuispsychiatrie; vier psychiaters, een verpleegkundig specialist, een consultatief verpleegkundige en arts-assistenten. "We zijn een mooi team waar recent een aanwas van jonge psychiaters is geweest. De onderlinge samenwerking loopt goed en we pakken de casussen ook echt gezamenlijk als team op. Naar die collegialiteit was ik juist op zoek. Dat geeft me wat meer houvast in mijn werk", vertelt Roelof.

### Psychiatrisch en lichamenlijk leed

Samen met zijn collega's behandelt Roelof dus patiënten in het ziekenhuis die een psychiatrische aandoening hebben. Het aanpakken van die problematiek is van zichzelf natuurlijk belangrijk, maar het heeft ook een breder doel, legt Roelof uit. "Als je de psychiatrische problemen medebehandelt, dan heeft de behandeling voor het lichamenlijke probleem waarvoor de patiënt in het ziekenhuis terechtkomt, een grotere kans van slagen. Het is echt tweeledig: het lichamenlijk ziek zijn en het psychiatrisch ziek zijn. En de samenhang daartussen: als psychiater zijn wij echt onderdeel van de behandeling van de patiënten in ons ziekenhuis."

### Verrassingseffecten

Dat is dan ook één van de aspecten die Roelof interessant vindt aan zijn functie als ziekenhuispsychiater: het werken met patiënten die lichamenlijk én psychiatrisch ziek zijn en zich daardoor in kwetsbare omstandigheden bevinden. "Het contact met patiënten en het directe samenwerkingscontact met veel andere zorgverleners hier in het MCL geven me energie. Het is een dynamische omgeving met veel verrassingseffecten. Dat ik als onderdeel van een team daar een rol in kan spelen, geeft me veel voldoening."

**"Als je de psychiatrische problemen medebehandelt, heeft de gehele behandeling een grotere kans van slagen."**

### Meer weten over de afdeling?



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

[www.werkenbijmcl.nl/psychiater](http://www.werkenbijmcl.nl/psychiater)

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



# VIRTUAL REALITY IS REALITEIT

Het MCL ontwikkelt sinds kort samen met NHL Stenden VR-simulatietrainingen voor zorgmedewerkers van het ziekenhuis. De levensechte trainingssituaties leiden tot enthousiaste reacties. “Willen we de zorg in de toekomst op niveau houden, dan kunnen we niet meer zonder VR.”

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

Heleen Nap, teammanager zorgproces van verpleegafdeling U kwam in aanraking met VR toen ze een cursus digitale innovaties volgde. “Er ging voor mij een wereld open. Ik zet zo’n VR-bril op en ik zie een levensechte patiënt liggen. Die kijkt naar me en vraagt mijn hulp. Ik voelde direct de urgentie om te handelen. Het leek levensecht! Ik vroeg me af hoe we dat in de praktijk kunnen inzetten om verpleegkundigen meer dingen te leren, en wat betekent dat dan voor ons?”

## Klinisch redeneren

Tijdens overleg hierover met NHL Stenden bleek de opleiding enthousiast. Samen ontwikkelden ze een eerste training op basis van een patiëntencasus zoals die op afdeling U vaker voorkomt. Nap: “De casus was een patiënt die een darmoperatie heeft gehad en zijn situatie verslechterde.

Hij ging hemodynamisch achteruit, had pijn en moest overgeven. Wat is er dan aan de hand? Op dat moment moet je klinisch redeneren. Afhankelijk van de stappen die je zet, gaat de patiënt voor- of achteruit.” Nap zag dat de realistische VR-training de verpleegkundigen aansprak. “Ze zien die patiënt liggen, die zegt: ‘ik heb pijn, ik moet overgeven...’. Met alle emoties die zo’n scenario oproept, wordt de verpleegkundige echt getest. Je wordt er helemaal ingetrokken.” Decaan Christiaan Boerma van de MCL Academie vult aan: “Het heet VR, maar het is realiteit!” Ook Corina Koning, adviseur Leren en Ontwikkelen van de MCL Academie zag de kansen die VR biedt voor het ziekenhuis en de zorg. “VR biedt de mogelijkheid om verschillende vaardigheden te oefenen. Zowel vakinhoudelijk als op het gebied van samenwerken, communiceren en het tonen

OPLEIDEN



# "DAN HEBBEN WE SIMULATIEONDERWIJS HARD NODIG OM DE ZORGKwaliteit OP PEIL TE HOUDEN"

van leiderschap. In de training zit ook een situatie dat jij het nodig vindt dat de arts nu langs komt om de patiënt te beoordelen, maar dat die op dit moment geen tijd heeft. Wat doe je dan als verpleegkundige? Binnen een VR-scenario kun je dit soort situaties op interactieve wijze oefenen en ondervinden wat de mogelijke gevolgen zijn voor de patiënt en jouw handelen."

## Onbeperkt oefenen

NHL Stenden ontving voor dit idee van VR-simulatie in de zorg de Nationale Onderwijs Premie 2023 uit handen van minister Dijkgraaf en inmiddels wordt op diverse plekken in het ziekenhuis casuïstiek uitgewerkt tot VR-trainingen. Boerma: "Wij vertellen hoe het echt in de praktijk gaat en NHL Stenden bouwt dat nauwkeurig, digitaal na. Bijvoorbeeld de complexe, zeldzame situatie als de reanimatie van een pasgeborene. Maar wat als die baby een hazenlip heeft? Dan past dat kapje niet. Dat vergt dus weer andere vaardigheden. Hoe vaak kom je zo'n situatie in de realiteit tegen? Met VR kunnen we dat soort situaties onbeperkt trainen en dat hoeft niet eens op de werkvloer. Dat is een enorme meerwaarde." Nap vult aan: "Met VR kunnen we bovendien de ervaring van de patiënt centraal stellen, of gesprekstechnieken oefenen. In principe kan een hele collegezaal meekijken. Wat er in

de VR-simulatie gebeurt, wordt geprojecteerd in een zaal en iedereen ziet en hoort wat er gebeurt. Dat evalueren we direct en dat heeft een mooi leereffect."

## Catch 22

De inzet van VR past volgens Boerma in het MCL-profiel van topklinisch ziekenhuis. "We richten ons nu op verpleegkundigen die zich doorontwikkelen en bijgeschoold worden. Maar we kunnen dit ook gebruiken voor mensen die vanuit een ander vak willen instromen in de zorg. Hun opleiding vergt extra tijd en aandacht van de begeleiders en zij hebben die tijd niet. Maar we hebben het zo druk omdat we mensen nodig hebben en die moet je eerst opleiden. Dat is een 'catch 22'. We hebben die instromers nodig en met VR bereiden we ze beter voor op de praktijk. Er is bewijs dat mensen die op deze manier in de praktijk stappen, het ook direct beter doen." Koning haakt in: "De opleiding HBO-V kent een uitval van 40% en dat komt voor een deel omdat de studenten geen realistisch beeld van het vak hebben. Met deze VR-scenario's schetsen we een realistischer beeld van het werk in het ziekenhuis en kunnen een goede match te maken tussen studenten en beschikbare stageplaatsen. VR vervangt de realiteit niet, maar het zorgt er wel voor dat studenten en verpleegkundigen beter beslagen ten ijs komen."



# "ER GING VOOR MIJ EEN WERELD OPEN"

## Virtuele cockpit

Nadelen zijn er eigenlijk niet. Behalve dan dat de praktijk soms weerbarstiger is dan de theorie. "Maar dat is het ook in een skillslab", zegt Boerma. "Piloten trainen ook in de simulator. Pas als je dat heel goed kunt, mag je echt vliegen. Maak dus een virtuele cockpit voor zorgpersoneel. Ook voor

OK-personeel heeft VR een meerwaarde en zelfs voor de snijdende vakken. Want we hebben personeelstekorten op alle fronten. We verwachten rond 2030 een tekort van 150.000 mensen in de zorg, waarvan 20.000 in het ziekenhuis. Dan hebben we simulatieonderwijs hard nodig om de zorgkwaliteit op peil te houden." ■

Voel ik een knobbeltje? Is mijn borst veranderd? Wat als ik wel borstkanker blijk te hebben? Het meedoen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker kan veel spanning oproepen. Helemaal als in de uitslag staat dat er een afwijking in je borst zit, maar dat de röntgenfoto's van het bevolkingsonderzoek niet genoeg informatie geven voor een definitieve uitslag. Je krijgt aanvullend onderzoek in het ziekenhuis. Daar blijkt – gelukkig – dat de uitslag goed is: er is geen sprake van borstkanker.

tekst Inger van Tuinen fotografie Menno de Boer

**HEB IK WEL OF GEEN  
BORSTKANKER?**

**ONZEKERE  
DAGEN**



### Onzekere dagen

Berber Oenema, verpleegkundig specialist op de mamma-polikliniek in het MCL, onderzocht hoe vrouwen met deze uitslag van het bevolkingsonderzoek, een zogenaamde BIRADS-0 (zie kader), dit verwijstraject naar en binnen het ziekenhuis hebben ervaren. Haar onderzoek werd onlangs gepubliceerd in vakblad 'VS'.

Oenema: "Zo'n uitslag van het bevolkingsonderzoek is spannend, weet ik uit de dagelijkse praktijk. Tot op heden was het onbekend hoe vrouwen dit verwijstraject beleven. Ik wilde daarom weten hoe ze dit hele traject - van de uitslag van het bevolkingsonderzoek tot en met de goede uitslag in het ziekenhuis - hebben ervaren en wat we daarin als zorgverleners kunnen betekenen en mogelijk verbeteren."

### Behoeft aan eenduidige informatie

Eén van de belangrijkste resultaten uit het onderzoek is dat vrouwen behoefte hebben aan eenduidige informatie van de betrokken zorgverleners die ze tijdens het verwijstraject spreken. Dit krijgen ze lang niet altijd, vertelt Oenema: "Het blijkt dat de uitleg over wat de BIRADS-0 uitslag van het bevolkingsonderzoek precies betekent, verschilt per zorgverlener. Dat begint al bij de uitleg die ze van de huisarts krijgen. Vrouwen komen geregeld met onjuiste achtergrondinformatie naar de afdeling radiologie in het ziekenhuis. Ze krijgen hier vervolgens een andere boodschap dan bij hun huisarts. Dat kan zorgen voor onzekerheid."

### Nazorg

Deze onzekerheid wordt ook gevoeld bij een groot deel van de vrouwen, nadat zij in het ziekenhuis hebben gehoord dat de uitslag goed is en er géén sprake is van borstkanker. De zorg in het ziekenhuis houdt op na deze uitslag. "Veel vrouwen blijven daarna toch met vragen zitten. Bijvoorbeeld of dit in de toekomst weer kan gebeuren, hoe zij zelfonderzoek kunnen doen en wanneer ze aan de bel moeten trekken. Bij vrouwen met een familiale belasting voor het krijgen van kanker, kan dit hele verwijstraject nog eens voor extra onrust zorgen", aldus de verpleegkundig specialist.

### Vervolg

Oenema doet in haar onderzoek twee praktische aanbevelingen om het verwijstraject voor vrouwen én zorgverleners soepeler te laten verlopen. "In de eerste plaats moeten we zorgen dat er bij de eerstelijnszorgverleners (huisartsen) vol-

ledige en eenduidige informatie wordt gegeven die overeenkomt met de informatie die de vrouwen in het ziekenhuis krijgen. Daarnaast is het advies om na afronding van het beeldvormend onderzoek op de afdeling radiologie een evaluatiegesprek te plannen met de vrouw en een deskundig zorgverlener. Dit geeft rust en voorkomt dat deze vragen weer onterecht bij de huisartsen terecht komen. Om te bepalen hoe we dit als zorgverleners het beste kunnen aanpakken en inrichten, is (verpleegkundig) vervolgonderzoek nodig."

### Tastbaar onderzoek

Oenema, eerst vijf jaar werkzaam als verpleegkundige binnen het oncologisch centrum van het MCL, deed het onderzoek naar het verwijstraject voor haar afstudeerscriptie voor de opleiding tot verpleegkundig specialist. Met succes; ze rondde haar opleiding er afgelopen jaar glansrijk mee af én haar eerste onderzoek werd meteen gepubliceerd in het blad 'VS', een vakblad voor verpleegkundig specialisten.

In Nederland krijgen alle vrouwen van 50 tot en met 75 jaar een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek borstkanker.

De uitslag van het bevolkingsonderzoek wordt weergegeven volgens het Breast Imaging Reporting Data system (BI-RADS).

Dit systeem loopt van BI-RADS 0 t/m BI-RADS 6

De uitslag BI-RADS 0 betekent dat er aanvullend onderzoek in het ziekenhuis nodig is om tot een definitieve classificatie te komen.

Bij 65 tot 75% van de vrouwen met een BI-RADS 0 blijkt na onderzoek in het ziekenhuis dat zij geen borstkanker hebben (vals positieve uitslag). Zij worden weer terugverwezen naar de huisarts en het bevolkingsonderzoek borstkanker.



Die publicatie vindt Oenema "hartstikke mooi", maar ze is vooral trots dat ze binnen haar nieuwe functie zulk tastbaar onderzoek kan doen.

### Beste van beide werelden

Oenema heeft drie dagen per week patiëntencontact op de mamma-polikliniek. Ze is als verpleegkundig specialist bevoegd en bekwaam om zelfstandig te diagnosticeren en behandelplannen te bespreken. Daarnaast heeft ze één dag voor innovatie en vernieuwing, waaronder ook medisch-verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek valt. "In mijn functie heb ik wat mij betreft het beste van beide werelden: door mijn verpleegkundige én medische achtergrond combineer ik 'cure en care'. Ik kijk met mijn verpleegkundige bril naar patiënten en hun dagelijkse praktijk en bedenk hoe we onze zorg met behulp van (literatuur)onderzoek nóg beter kunnen inrichten." ■

**"IK KIJK MET MIJN VERPLEEGKUNDIGE BRIL NAAR PATIËNTEN EN HUN DAGELIJKSE PRAKTIJK EN BEDENK HOE WE ONZE ZORG MET BEHULP VAN (LITERATUUR) ONDERZOEK NÓG BETER KUNNEN MAKEN."**



Word jij onze nieuwe

operatieassistent?

Lekker  
werken  
Lekker  
vrij

**mcl**  
medisch centrum  
leeuwarden

# “Lekker werkend de eindstreep halen”

Het ondergaan van een operatie kan best spannend zijn. Je leven wordt letterlijk in handen gelegd van anderen. Die anderen zijn onder andere onze operatieassistenten. Zij zorgen ervoor dat de operatie vlekkeloos verloopt, dat de operatie goed voorbereid is, de chirurg de juiste middelen en assistentie heeft en de operatiekamer naar behoren werkt. Hoe mooi is het als jij diegene kan zijn?

tekst Leanne Wink-Miedema Fotografie Jeroen Adema

Precies dat is wat Suzanne bijna 25 jaar geleden ook dacht toen zij startte met de opleiding tot operatieassistent. De zorg trok Suzanne altijd al. Vooral om het contact met de mensen. Alleen stond de wereld er in de jaren negentig qua werkgelegenheid heel anders voor. Voor twee inservice-opleidingsplekken tot verpleegkundige waren meer dan vijfhonderd sollicitanten. Suzanne besloot een andere koers te varen en ging aan de slag bij Nuon als computertekenaar. Suzanne: "Na enige tijd werd Nuon commercieel en kwam er voor werknemers budget vrij om zich te laten omscholen. Dat werd mijn kans om toch de zorg in te gaan, maar dan als operatieassistent."

#### Elke dag anders

Maar naast het contact met de patiënt vindt Suzanne ook de technische kant van het vak erg interessant. Suzanne: "Gedurende je werk ben je uiteraard bezig met de patiënt, maar het is ook een heel technisch vak. Zo heb je kennis van operatietechnieken en instrumenten. Soms gebruik je bijna dezelfde instrumenten als wanneer je thuis gaat klussen. Zo zorg je er als operatieassistent voor dat de operatie goed verloopt. Hierbij werk je nauw samen met je collega's. We zijn dan ook een erg hecht team." Maar het mooiste aan haar beroep vindt Suzanne de afwisseling. Suzanne: "Daar word ik echt blij van." De ene dag assisteert zij bij specialisme A en de andere dag bij specialisme B. Zo variëren operaties ook altijd qua lengte. Suzanne: "Die afwisseling vind ik heel mooi en zorgt er ook voor dat ik mijn beroep al bijna 25 jaar met plezier uitvoer."

#### Hecht team

Maar naast de technische kant van het vak en de afwisseling is Suzanne vooral ook erg wijs met haar collega's. Binnen het OK-complex heeft men echt wat voor elkaar over. Als er problemen zijn worden die snel opgelost. Suzanne: "We maken veel mee met elkaar en de gunfactor onderling is groot. Dat voelt fijn." Wanneer het minder druk is worden er leuke spelletjes gespeeld in de teamkamer of is er ruimte voor leuke anekdotes. Suzanne: "Je doet zulke mooie contacten op. Mijn collega's zijn mijn werkvrienden. Zonder kan je niet." Ook als er nieuwe collega's aan de slag gaan bij het MCL worden die met open armen ontvangen. Suzanne: "Elke dag word je gekoppeld aan een collega, zodat je altijd begeleiding hebt. Tot het moment dat je zelfstandig genoeg bent. Zo leiden we dus ook gezamenlijk met het gehele OK-complex mensen op."

***“We doen hele mooie dingen en dat maakt mijn werk elke dag weer leuk.”***

#### Korte reistijd

Toen Suzanne destijds begon met haar opleiding was zij vooral blij dat ze een opleidingsplek had. Naarmate zij langer meedraaide merkt ze vooral hoe prettig het is dat het MCL alles in huis heeft qua specialismen. Suzanne: "We doen hele mooie dingen en dat maakt mijn werk elke dag weer leuk." Maar naast de afwisseling qua werkzaamheden is Suzanne ook erg blij met haar reistijd richting het werk. Suzanne: "Binnen een kwartier ben ik op mijn werk, even omkleden en aan de slag."

#### Lekker werken

Nog een paar maanden en dan is Suzanne 25 jaar in dienst. 25 dienstjaren waarin zij ontzettend veel heeft geleerd. Waar geen dag hetzelfde was en waarin zij lief en leed met collega's heeft gedeeld. Qua ambities heeft ze bereikt wat ze wilde bereiken. Suzanne: "Ik hoop dat ik mijn pensioenleeftijd in het MCL mag halen. Maar daarnaast wil ik vooral lekker werkend de eindstreep halen!" ■

**Bij ons  
op de OK**

Lekker  
werken  
Lekker  
vrij

**mcl**  
medisch centrum  
leeuwarden

# SNELLERE DIAGNOSE DOOR CT OP DE SEH

WANNEER JE DOOR DE AMBULANCE WORDT BINNENGEBRACHT OP DE SPOEDEISENDE HULP (SEH) MET EEN CVA (BEROERTE) OF ACUTE VAATPROBLEMEN, DAN WIL JE NATUURLIJK ZO SNEL MOGELIJK WETEN WAT ER AAN DE HAND IS. OP ÉÉN VAN DE ACUTE KAMERS VAN DE SEH IS SINDS NOVEMBER 2023 EEN NIEUWE CT-SCANNER IN GEBRUIK GENOMEN. MET DEZE GEAVANCEERDE SCANNER KUNNEN DIAGNOSES DIRECT BIJ DE OPVANG WORDEN GESTELD OP DE SEH EN HOEVEN PATIËNTEN NIET EERST NAAR DE AFDELING RADIOLOGIE. DE TIJDWINST DIE DAT OPLEVERT, KAN VAN LEVENSBELANG ZIJN VOOR PATIËNTEN.

tekst Erik Kofman fotografie Menno de Boer





# "HOE EERDER JE DAN WEET WAT ER SPEELT, HOE EERDER DE PATIËNT GEHOLPEN KAN WORDEN"

## Inzet CT-scan

Waar patiënten voorheen, om bij de CT-scan te komen, door de gangen van het ziekenhuis naar de afdeling radiologie moesten, is dat nu niet meer nodig. Zij krijgen nu direct een scan in de nieuwe CT-kamer. Voor instabiele patiënten geldt dat deze bij voorkeur zo weinig mogelijk verplaatst moeten worden en dus na de CT-scan rechtstreeks naar de OK of angiokamer gebracht moeten worden. Uitgebreide stabilisatie van overige patiënten gebeurt in een andere acute kamer en zij worden daarna alleen voor de diagnostiek naar de CT-scanner in de kamer ernaast verplaatst.

Albert Mazairac, radioloog: "De afdelingen radiologie en SEH hadden gezamenlijk een wens voor een nieuwe CT-scanner. Radiologie vanwege het toenemende aantal patiënten en de SEH vanwege tijdwinst bij diagnostiek en een snellere doorstroom van acute patiënten. Door de uitbreiding kunnen we nu ook de reguliere patiënten scannen op de SEH. Het is mooi en vooral goed voor patiënten dat we dit met elkaar gerealiseerd hebben."

## Snellere diagnostiek en doorstroom

Het MCL heeft een belangrijke acute zorgfunctie in de regio. Dit betekent dat het ziekenhuis 24 uur per dag, 7 dagen per week hoog complexe spoedzorg levert. In het MCL werken

vele artsen en verpleegkundigen samen op het gebied van spoedzorg. Dankzij de ondersteunende rol van radiologen en laboranten, kan nu in één keer een scan worden gemaakt op de SEH. Hierdoor kan op efficiënte wijze het gevraagde CT-onderzoek uitgevoerd worden. Deze aanpak zorgt voor tijdwinst bij de diagnostiek en behandeling van patiënten. De overlevings- en herstelkansen van patiënten kunnen hierdoor in belangrijke mate toenemen.

Mazairac: "Je ziet dat, wanneer patiënten binnenkomen, beeldvorming een steeds grotere rol speelt. De clinicus wil snel weten wat er speelt en ook snel tot een diagnose komen. Bij sommige patiënten telt elke seconde, hoe eerder je dan weet wat er speelt, hoe eerder de patiënt geholpen kan worden."

Een ander belangrijk doel van een CT-scan op de SEH is om te zorgen voor een snellere doorstroom van patiënten. Dat is hard nodig, want de druk op SEH's in Nederland is hoog. Maureen de Haan-Lauteslager, SEH-arts: "De doorstroom is belangrijk voor ons, maar met name voor patiënten is deze oplossing erg fijn en belangrijk. Patiënten die een scan nodig hebben, kunnen we nu snel scannen op onze SEH. Patiënten hoeven niet verplaatst te worden, bij ernstige zieke of instabiele patiënten is zo'n verplaatsing namelijk ook een risico en zorgt ervoor dat er veel spullen en collega's mee moeten. Het is voor ons als SEH-medewerkers ook fijn dat we de afdeling niet meer af hoeven. We hebben nu alles op de SEH in huis om de patiënt goed op te vangen en te stabiliseren. Doordat we dit nu op deze wijze georganiseerd hebben, kunnen we snel in het proces de juiste keuzes maken."

## Over de nieuwe CT-scan

Het MCL beschikt over de GE APEX Elite, dit is één van de snelste machines op dit moment. Mazairac: "Deze scanner heeft een meerwaarde voor met name cardiodiagnostiek, trauma's en beroerte. Je kunt bijvoorbeeld heel veel verschillende aspecten van een trauma zien, maar ook bij veel (acute) aandoeningen kan de CT-scan een rol spelen. Het is een ontzettende verbetering voor de acute zorg in het MCL. Daarnaast zien we ook patiënten die een buikoperatie hebben ondergaan en daar complicaties mee hebben, ook die kunnen we scannen om te kijken waar de oorzaak ligt. Het is dus een instrument wat heel breed ingezet kan worden."

Naast de brede inzet geeft de scanner ook een zeer goede beeldkwaliteit en voor de beeldreconstructie wordt deels kunstmatige intelligentie (AI) ingezet om nog zorgvuldiger de beelden te kunnen corrigeren. "Deze scanner heeft een brede detector waardoor hoofd en hart snel gescand kunnen worden. Dit zorgt voor scherpere beelden. Het voorkomt dat een patiënt op de scanner op en neer geschoven moet worden om alles af te beelden. De state-of-the-art scanner werkt verder met slimmigheden als verschillende voltages. Hierdoor kan veel meer diagnostische informatie vergaard worden in vergelijking met een standaard CT-scanner. De afdeling radiologie is erg blij dat het MCL met de investering in deze hoogwaardige CT-scanner haar ambitie als topklinisch ziekenhuis uitbouwt", aldus Mazairac. ■

# "HET IS EEN ONTZETTENDE VERBETERSLAG VOOR DE ACUTE ZORG IN HET MCL"



# DIGITALE INNOVATIES HELPEN DE ZORG VOORUIT

Hoe kan de zorg voor zowel patiënten als medewerkers verbeterd worden? Dat is een vraag waar in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) dagelijks over nagedacht wordt.

Digitalisering speelt hierbij een belangrijke rol. Digitale innovaties bieden volop mogelijkheden om dingen anders, beter en efficiënter te doen. Patiënten en zorgverleners vertellen over enkele ontwikkelingen op dit gebied.

tekst Arjen Guit fotografie Menno de Boer

## Thuismonitoring geeft meer inzicht én eigen regie



**Het MCL doet ervaringen op met thuismonitoring, om patiënten meer inzicht en regie te geven en processen voor zorgverleners efficiënter te maken. Dit wordt onder andere toegepast bij zwangerschapsdiabetes, een tijdelijke vorm van suikerziekte tijdens een zwangerschap. Deze aandoening zorgt voor gezondheidsrisico's voor zowel moeder als baby. De bloedsuikerspiegel moet daarom goed onder controle worden gehouden. Thuismonitoring speelt daarbij een belangrijke rol.**

Daarom werken patiënten die bij het MCL onder behandeling zijn voor zwangerschapsdiabetes sinds april 2023 met de Thuismeten-app van Luscii. Het verschil met de oude situatie is duidelijk, weet ook Lotte, die voor de tweede keer in verwachting is en opnieuw zwangerschapsdiabetes heeft. Anders dan de vorige keer werkt ze nu wel met de app. "Ik moet meerdere keren per dag mijn bloedsuiker meten. Voorheen schreef ik alles op

en mailde ik mijn waardes naar de diabetesverpleegkundige. Eigenlijk dubbel werk dus. Nu kan ik direct de waarde invoeren in de app en verzenden naar het ziekenhuis. Dat scheelt tijd."

De app zorgt ook voor meer inzicht, legt Lotte uit: "In de app kun je eenvoudig je waardes terugkijken en het verloop van je metingen zien. Hiermee krijg je een beter overzicht van je bloedsuikerwaardes. Dat is belangrijk, omdat ik bijvoorbeeld ook goed op mijn voeding moet letten. Met de app kan ik makkelijker zien hoe mijn lichaam reageert op wat ik eet en drink. Daarnaast kan ik via de app berichten sturen naar de diabetesverpleegkundige en zit er ook handige informatie en adviezen in verwerkt. Ik heb nu meer

inzicht en controle over mijn gezondheid dan bij mijn vorige zwangerschap."

De ervaringen met het gebruik van de app zijn positief, benadrukt internist-endocrinoloog Janneke Witteveen. "Het is voor patiënten handig, maar ook voor ons. Het systeem waarin de waardes binnenkomen is overzichtelijk. De diabetesverpleegkundigen krijgen direct een melding als waardes te veel afwijken. Zo kunnen we sneller actie ondernemen. Via de app kunnen we advies digitaal doorgeven aan de patiënt, in plaats van dat er een aparte afspraak gepland moet worden. Wij willen niet meer terug naar de oude situatie."

Naast Luscii werkt het MCL voor verschillende ziektebeelden ook met thuismeten via mijnMCL. MCL doet zo ervaring op met diverse thuismeetapplicaties en is van plan deze toepassingen steeds meer uit te breiden.



***"Ik heb nu meer inzicht en controle over mijn gezondheid dan bij mijn vorige zwangerschap."***

## Spraakherkenning haalt scherm weg tussen patiënt en arts

Sinds het najaar van 2023 kunnen medisch specialisten van het MCL gebruikmaken van een nieuwe, innovatieve manier om gegevens in de dossiers van patiënten te zetten. Waar voorheen alle informatie getypt moest worden, kan de verslaglegging nu gedaan worden via de Dragon Medical One-spraakherkenningsooplossing van Nuance. Het MCL is het eerste EPIC-ziekenhuis in Nederland dat hiermee werkt. Het dicteren van de gegevens zorgt voor tijdsbesparing en beter contact tussen patiënt en arts.

Het vastleggen van gegevens in dossiers is een tijdrovende klus. Het inspreken van de informatie gaat gemiddeld drie keer zo snel als wanneer het getypt wordt. Er blijft meer tijd over voor de patiënt, merkt ook KNO-arts Herbert van den Berge: "Het zorgt voor meer werkplezier. Doordat je niet hoeft te typen terwijl je met de patiënt praat, heb je beter



***“Het zorgt voor meer werkplezier, beter contact met de patiënt en transparantie.”***

contact met de patiënt. Daarnaast kun je vlot werken en heb je minder administratietijd. Ook zorgt het voor transparantie.”

Dat laatste merkt ook Miranda, patiënte van Van den Berge: “Als een arts het consult naderhand verwerkt in het dossier, weet je niet precies wat er genoteerd wordt. Nu het tijdens de afspraak wordt ingesproken, hoor ik wat er in mijn dossier komt en kan ik ook aangeven als er iets niet klopt. Dat is prettig.”

Het MCL werkt samen met het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) om spraakherkenning in de toekomst te koppelen aan kunstmatige intelligentie (AI/ChatGPT), om zo administratieve lasten verder te verminderen.



## Tablets aan bed voor meer ontspanning en vermaak



Als je opgenomen wordt in het ziekenhuis, is het belangrijk dat je goed kan ontspannen en even je zinnen kunt verzetten. Lange tijd hingen daarom televisies boven de bedden op de verpleegafdelingen. In 2023 is het MCL echter overgestapt naar het gebruik van tablets. Deze bieden meer vormen van vermaak, en zijn makkelijker in het gebruik.

Net als met de televisies kunnen patiënten via de tablets tv kijken, maar dat is niet het enige. Wieke lag enige tijd in het MCL en vertelt over de mogelijkheden: “Het is fijn dat ik via de tablet meer dingen kan doen. Je kunt naar de radio luisteren, het nieuws lezen, spelletjes spelen of op social media kijken. Ik heb zo wat meer afleiding. Afgelopen nacht kon ik niet goed slapen. Ik heb toen de tablet erbij gepakt en muziek geluisterd en gelezen. Ideaal.”

Naast de vormen van vermaak hebben de tablet nog meer functies. Zo kunnen patiënten algemene informatie over het ziekenhuis of voorlichtingsfilmpjes bekijken. Het MCL onderzoekt hoe de tablets in de toekomst nog verder toegepast kunnen worden. Ook handig is dat de tablets niet alleen in bed te gebruiken zijn. Het MCL stimuleert patiënten om zo veel mogelijk te bewegen. De tv's konden alleen vanuit bed goed bekeken worden. Dankzij een standaard is de tablet ook neer te zetten, waardoor het ook uit bed, aan een tafel bijvoorbeeld, eenvoudig te gebruiken is.



***“Via de tablet is van alles te doen. Ik heb zo wat meer afleiding.”***

# De meerwaarde van de klinisch farmacoloog

Sinds 2003 mag MCL zich een topklinisch opleidingsziekenhuis (STZ) noemen. Hiervoor moet je als ziekenhuis voldoen aan eisen op het gebied van kwaliteit van het onderwijs, (medische) opleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Deze 'titel' zegt onder andere iets over de energie die MCL in specialistische opleidingen steekt. In dat licht is de hererkenning van MCL als opleidingsinstelling voor de klinische farmacologie een mooie prestatie.

tekst Femke Jaarsma Fotografie Menno de Boer

Eric van Roon is ziekenhuisapotheker-klinisch farmacoloog bij MCL en als hoogleraar Klinische Farmacotherapie verbonden aan de Faculteit Wiskunde en Natuurwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Samen met intensivist en klinisch farmacoloog Carina Bethlehem is hij opleider Klinische Farmacologie binnen MCL. Eric vertelt hoe het is gekomen dat Carina deze functie nu met hem deelt. “Vanuit de Landelijke Wetenschappelijke Vereniging worden steeds meer eisen gesteld aan de opleiding. Eén daarvan is dat je twee opleiders moet hebben met de aantekening klinisch farmacoloog. Eentje met als achtergrond ziekenhuisapotheker en daarnaast een arts. Die laatste haalden we voorheen van buiten maar dat was vanuit de Nederlandse Vereniging van Klinische Farmacologie niet meer wenselijk. Wat een geluk dat Carina zich opwierp en zei, dat wil ik wel. Ze heeft zich echt hard gemaakt voor het afronden van de opleiding. Hierdoor is de hererkenning van MCL als opleidingsinstelling voor de klinische farmacologie mede aan haar te danken.”

## “Als klinisch farmacoloog leg je de verbinding tussen de kennis van apotheek en die van de arts in het ziekenhuis.”

### Enthousiast en gedreven

Carina is blij met haar ‘dubbelrol’ bij MCL en schetst kort hoe ze de opleiding tot klinisch farmacoloog heeft doorlopen. “Toen ik in 2020 met de opleiding begon, hadden we te maken met een pandemie. Hierdoor mocht je maar op één locatie tegelijk werken. Ik startte formeel met de opleiding in Utrecht, maar een groot deel, waaronder diverse klinische stages, heb ik in Leeuwarden gedaan.” Eric legt uit dat je officieel drie jaar actief moet zijn als klinisch farmacoloog, voordat je opleider mag worden. “Vanuit de landelijke vereniging hebben we een ontheffing gekregen, waardoor Carina deze functie toch al mag vervullen. En dat heeft alles te maken met haar enthousiasme en gedrevenheid voor dit vakgebied.”

### Verdiepende kennis geneesmiddelen

Terug naar de opleiding zelf. Waar wordt een klinisch farmacoloog eigenlijk voor opgeleid? Eric: “Alle artsen hebben basiskennis van geneesmiddelen. Wanneer je je als arts gaat specialiseren, leer je hier binnen je eigen aandachtsgebied meer over. Apothekers worden er echt voor opgeleid. Zij hebben een veel bredere, diepgaande kennis over geneesmiddelen. Maar ook daar zit de grens aan.” Carina vult aan: “In een ziekenhuis met STZ-status zoals MCL, doe je een aantal extra dingen zoals innovatie, opleiden en onderzoek. Klinische farmacologie is de wetenschap die verdiepende, achterliggende kennis geeft over geneesmiddelen.”

### Context van de patiënt

Maar wat doet een klinisch farmacoloog dan in de praktijk? Carina: “Wij denken mee vanuit de context van de patiënt.” Ze beschrijft een voorbeeldsituatie. “Stel je start een behandeling waarbij de patiënt bepaalde medicatie wordt voorgeschreven. Als arts volg je de regels, je geeft de juiste dosering en je houdt

het verloop in de gaten. Daar is in principe geen diepgaande kennis voor nodig. Dan krijgt die patiënt onverwachte bijwerkingen. Of het middel blijkt minder goed te werken dan verwacht. Dat kan dan bijvoorbeeld komen door een combinatie van medicijnen of doordat het medicijn anders wordt afgebroken in het lichaam. Om dit te onderzoeken, heb je dat stukje onderliggende kennis van geneesmiddelen nodig.” Eric: “Als klinisch farmacoloog leg je de verbinding tussen de kennis van apotheek en die van de arts in het ziekenhuis. Ken je beide werelden, dan kun je op beide vlakken goed meedenken.”



### Basiskennis meegeven

Wat Eric graag nog meegeeft, is dat er los van de opleiding ook veel onderwijs wordt gegeven aan arts- en co-assistenten in het ziekenhuis. “We vinden het belangrijk om bij de basis al kennis mee te geven. Daar zijn we heel actief in. En als je kijkt naar de hele regio noord-oost, is MCL daar wel een voortrekker in.” Carina vertelt dat ze ook buiten werktijd veel aandacht besteedt aan het overbrengen van haar kennis. “Ik zie dat als een soort hobby.” Eric prijst Carina op dat vlak: “Ze is de enige arts die ik ken die zich zó inzet, ook in haar vrije tijd. Ter voorbeeld: vakantie is voor Carina een goede reden om toch onderwijs te geven. Want dan heeft ze tijd.”

### Erkenning voor het vakgebied

Carina en Eric schieten even in de lach wanneer ter sprake komt hoe lastig het is om aan een ‘gewone burger’ uit te leggen wat hun vak nou precies inhoudt. Carina: “Ik moet dit op elke verjaardag uitleggen. Wat doe je dan? Ben je dan ook apotheker?” Lachend: “Nee dus.” Ze merken dat er langzaam meer bekendheid komt voor hun vakgebied en de meerwaarde ervan. Eric: “Artsen, medisch-specialisten maar ook specialisten ouderengeneeskunde weten ons steeds vaker te vinden met vragen als: ik loop hier tegenaan bij deze patiënt, snap jij hoe dat komt? Of heb jij daar ideeën over?” Ook van buitenaf wordt meer en meer toenadering gezocht wat betreft gezamenlijk onderzoek en onderwijs. Eric: “Prachtig om te zien dat we op meerdere vlakken erkenning krijgen.” ■

# We hebben veel te vertellen

Ons ziekenhuis is een veelzijdige en dynamische organisatie. Een wereld waar geen dag hetzelfde is. Waar we er zijn voor mensen op hun kwetsbaarste moment. Waar we lief en leed met elkaar delen. Vanuit onze wereld hebben we veel te vertellen.

**“We delen graag onze verhalen over mensen, zorg, keuzes, meedoen en geluk.”**

Via onze socialmediakanalen delen we deze verhalen graag met je. Verhalen over mensen, zorg, keuzes, meedoen en geluk. Maar wist je dat ook veel afdelingen een eigen Instagramkanaal hebben? Meer dan twintig accounts nemen je geregeld mee via hun verhalen of een post op de feed. Zo worden aandoeningen en behandelingen uitgelegd, personeel voorgesteld en kennis gemaakt met onderzoek. Allemaal op een laagdrempelige manier, om jou digitaal kennis te laten maken met hoe het is om in onze organisatie te werken.

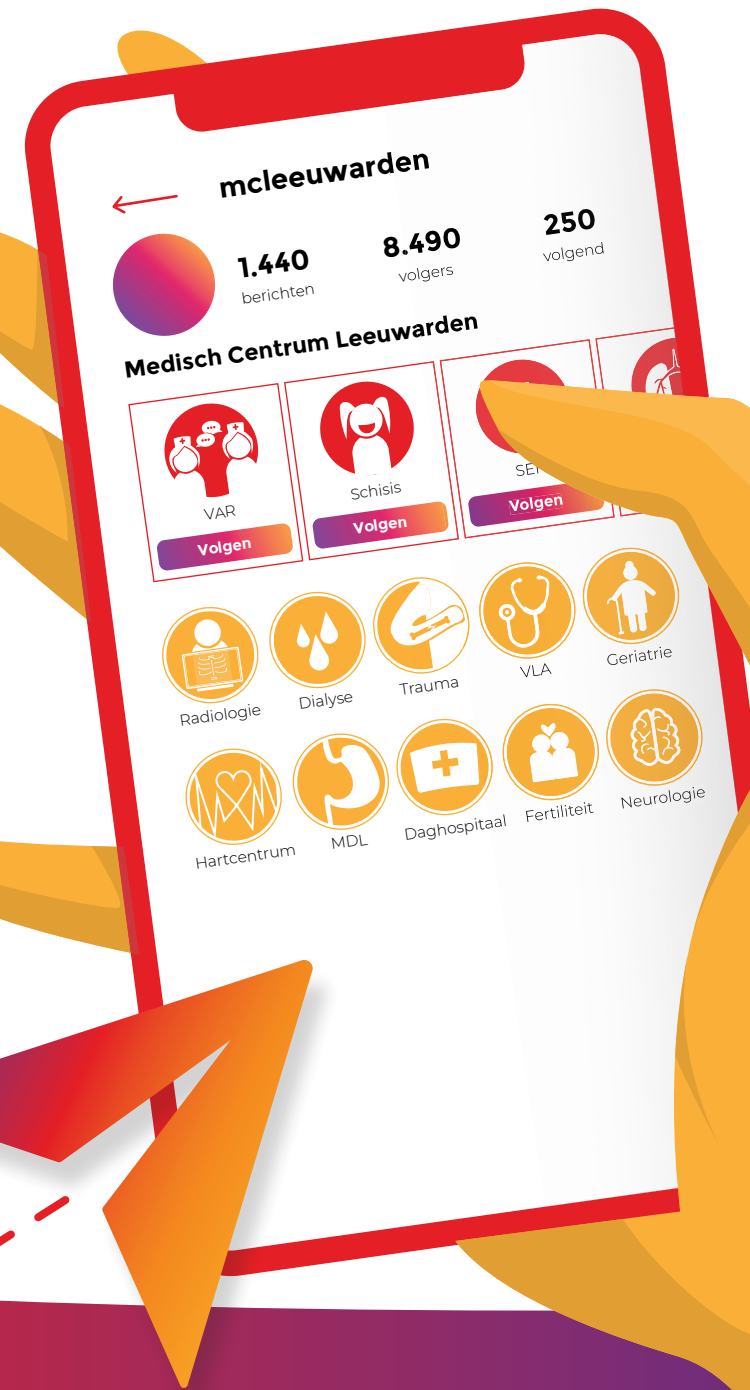


Neem eens een kijkje en verwonder je. En wist je dat een vraag stellen via deze weg aan een afdeling heel makkelijk en snel gedaan is? Zo brengen we onze zorg nog dichterbij.

Benieuwd naar alle verschillende kanalen? Je vindt hen onder de hoogtepunten van **@mcleeuwarden**.



**“Zo brengen we onze zorg nog dichterbij.”**



# “De lat ligt op alle fronten HOOG”



De hoofd-halsoncologische werkgroep in het MCL heeft sinds vier jaar de status van Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis. Deze STZ-erkenning is niet alleen een prachtig vlaggetje op een goed varend schip. Het is tegelijkertijd een zware verantwoordelijkheid waarvoor keihard wordt gewerkt.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

In Nederland is de hoofd-halsoncologische zorg gecentreerd in acht werkgroepen. Het MCL en het UMCG zijn samen het enige hoofd-halsoncologisch centrum in het noorden van het land. De STZ-erkenning betekent dat het MCL en het UMCG samen voorop lopen op het gebied van wetenschap, onderwijs, patiëntenparticipatie, innovaties en kwaliteit van zorg. “De lat ligt op al deze fronten hoog”, zegt KNO-arts, hoofd-halsoncoloog Noortje Schwandt.

## Dertig kalenderdagen

“We zien tweehonderd nieuwe patiënten met indextumoren per jaar”, zegt MKA-chirurg, hoofd-halsoncoloog Erik van der Meij. “Dat zijn kwaadaardige tumoren in de regio van de mond-, keel, strottenhoofd en speekselklieren. We moeten minstens tachtig van deze patiënten per jaar behandelen. Dat is een van de SONCOS (Stichting ONCOlogische Samenwerking)-criteria. De laatste jaren behandelden we er telkens tussen de honderdzeventig en tweehonderd. Daarnaast behandelen we ook zo'n tweehonderd huidtumoren en moeten we minimaal twintig patiënten behandelen die al dan niet na een operatie een combinatie van chemo- en radiotherapie krijgen.” Die



*“We kijken vanuit verschillende disciplines hoe we het doorloopp proces kunnen versnellen. Daarbij is het een voordeel dat we een ziekenhuis van korte lijntjes zijn, waarbij we relatief snel zaken met elkaar regelen.”*

aantallen zitten dus goed, maar er zijn ook normen waaraan krap wordt voldaan. Schwandt: “We moeten tachtig procent van onze patiënten binnen dertig kalenderdagen vanaf het eerste consult gaan behandelen. Die norm wordt maar door één ziekenhuis in Nederland gehaald, maar wij schurken tegen die benchmark aan. Daar ligt ruimte voor verbetering.” Schwandt analyseert daarvoor alle patiënten. Ze kijkt waarmee de patiënten binnenkomen, wat de behandeling wordt en wat de tijd is tussen het uitslag-gesprek en de daadwerkelijke start van de behandeling. “We kijken vanuit verschillende disciplines hoe we het doorloopp proces kunnen versnellen. Daarbij is het een voordeel dat we een ziekenhuis van korte lijntjes zijn, waarbij we relatief snel zaken met elkaar regelen.”

#### Da Vinci-robot

De innovaties waaraan de werkgroep hoofd-halsoncologie van het MCL werkt, zijn eveneens belangrijk voor het behoud van de STZ-status. Een voorbeeld is de zorg voor patiënten met tongcarcinomen. Van der Meij: “Dat zijn gemene dingen

die vaak verder groeien dan dat je als dokter doorhebt. We opereren op wat we zien en voelen en dan neem je daarbij een ruime marge om de tumor heen en dat haal je eruit. Maar het is veel beter om dat met geavanceerde technieken te bepalen. Nu wordt een techniek ontwikkeld waarmee je met een echoprobe in de mond tijdens een operatie kijkt hoever de tumor loopt. Daarmee bepaal je dus een stuk accurater de marges van het weefsel dat je eruit haalt. We willen heel graag de beschikking over die echoprobe en dat lijkt nu te lukken. Ook onderkaakreconstructies pakken we professioneler aan. Voorheen verwijderden we een stuk onderkaak en maakten we al verstek zegend van een recht stuk kuitbeen van de patiënt een nieuwe mooie kromme onderkaak. Dat deden we voorheen een beetje op gevoel. Nu doen we dat een stuk preciezer. In Groningen hebben ze een 3D-lab. We geven aan welk deel van de onderkaak we eruit zagen en dan krijgen ze een scan van ons. Aan de hand daarvan ‘printen’ ze een mal. Die plaatsen we op het kuitbeen zodat we precies de juiste stukjes kuitbeen eruit kunnen zagen om er een mooie

onderkaak van te maken. Die sleutelen we er dan bij de patiënt binnen no time in. Heel nauwkeurig en precies. Dit scheelt operatietijd.” Schwandt benoemt een andere innovatie waar ze zeer tevreden over is: robot-chirurgie. “We kunnen deze vorm van chirurgie voor allerlei goed- en kwaadaardige aandoeningen gebruiken. Voor slaap-apneu bijvoorbeeld opereer je de achterkant van de tong. Maar dat doe je ook als je er kanker hebt zitten. Sinds drie jaar werken met de Da Vinci-robot. Die zetten we in voor primaire, kleine nieuwe tumoren, met name in de amandelregio en achter op de tong. Er is een patiëntengroep met een tumor achter op de tong die we tot nu toe alleen maar konden behandelen met bestraling of chemoradiatie. Maar als de kanker daarna terugkwam, konden we niks meer voor ze doen. Met deze robot kunnen we ze echter opereren en ze dus nog een behandelmogelijkheid bieden. We kunnen er ook de diagnostiek mee verbeteren, zeker bij vormen van kanker in de mondholte en achter op de tong, waar we de primaire tumor niet kunnen vinden. Vroeger ging je alle plekken na waarvan je dacht dat de bron kon liggen. Dan nam je blinde biopsies, want je zag niks. Soms had je dan de bron, maar regelmatig ook niet. Nu haal je er met de robot sowieso de amandelen uit maar je kunt er ook een heel oppervlakkig laagje van de achterkant van de tong mee

afhalen. Meestal zit daar de primaire tumor. Binnenkort start er een grote onderzoekslijn met de robot-chirurgie. Er is een toezegging gekomen voor een promovendus voor drie jaar in samenwerking met het UMCG. Ik verheug me daar erg op.”

Binnenkort werkt Van der Meij een dag in de week in Amsterdam aan wetenschappelijk onderzoek naar patiënten met voorstadia van mondkanker. “We zien in het MCL veel patiënten met bepaalde goedaardige afwijkingen van het mondslijmvlies, zoals leukoplakie, die uiteindelijk kunnen ontaarden in mondkanker. Maar kun je nu voorspellen welke patiënt er uiteindelijk kanker gaat krijgen en welke niet? We zoeken al decennia naar het antwoord. Ik wil daar echt graag aan meewerken. De publicaties van de komende jaren tellen bovendien ook in het MCL mee voor de STZ-registratie.”

#### Geoliede machine

Het is dus hard werken om de toppositie in de hoofd-halsoncologische zorg te behouden. De basis, benadrukken Van der Meij en Schwandt, ligt in de geoliede machine die de werkgroep is. “Er zitten 27 specialisten in het team, KNO-artsen, MKA-chirurgen, bestralingsartsen, internist-oncologen, nucleair geneeskundigen, radiologen, pathologen en plastisch chirurgen. Maar minstens zo belangrijk zijn de hoofd-halsoncologische verpleegkundigen Klaske en Wilma”, zegt Van der Meij. “Zij zijn vijftien jaar geleden begonnen met de ontwikkeling van de zorgpaden en onderhouden die ook.” De manier waarop ze dat doen, is uniek in Nederland, benadrukt ook Schwandt. “Ze zijn volledig geïntegreerd, houden de hele zorgketen in de gaten en ook de psychosociale kant van de patiënten. Ze zijn bij het spreekuur, in het eerste jaar bij alle controle bezoeken maar ook bij nieuwe patiënten en hun uitslag-gesprekken. Ze helpen ons om de patiënt nog gestroomlijnder door het hele zorgpad te krijgen.” Daarvoor is ook de registratie en opslag van patiënteninformatie van belang. Dat is nog een dingetje, zegt Van der Meij. “De hoofd-halsoncologische werkgroep voert zo goed mogelijk alle patiëntgegevens in, in een landelijke database. “Het is een landelijke audit en we doen het goed. Maar we voeren wel alle gegevens zelf in en dat kost veel tijd. Het is een enorm voordeel als we binnen onze werkgroep een datamanager kunnen krijgen die dat stukje van ons overneemt. Dat helpt dat dertig-dagen traject te halen en dat is weer goed voor de patiënt. We kunnen niet altijd signaleren, oppakken en zelf uitvoeren. Het is geweldig als we dat verder kunnen professionaliseren.” ■





# MEEER

## DAN ZORG

Als je hoort dat je kind kanker heeft, dan staat de wereld stil. Wat volgt, is een intensief traject van onderzoek, behandeling én onzekerheid. Tegenwoordig genezen verreweg de meeste kinderen, toch lukt het niet altijd. Dat maakt het spannend en de behandeling is zwaar, voor het kind zelf, maar ook voor de ouders, broertjes en zusjes. Dan is het mooi dat een deel van de behandeling dicht bij huis in het MCL kan.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

Sinds vijf jaar is de zorg voor kinderen met kanker geconcentreerd in het Prinses Maxima Centrum (PMC) in Utrecht. Alle kinderen met kanker gaan eerst naar Utrecht voor de juiste diagnose, het maken van een behandelplan en het opstarten van de eerste fase van de behandeling. Afhankelijk van de soort kanker, liggen kinderen deze eerste opstartfase van de behandeling meestal een week tot tien dagen in het PMC. Daarna kunnen ze vaak naar huis en komen ze terug voor controles, chemokuren, bestralingen, tijdelijke opnames of operaties. Een traject dat soms jaren kan duren. Het MCL werkt nauw samen met het PMC en kan via 'shared care' veel van de zorg die de kinderen nodig hebben ook in Leeuwarden bieden.

### Zo gewoon mogelijk

"Shared care betekent centraal wat moet, dicht bij huis wat kan. Wij kunnen hier heel veel. Het hangt van de aard van de ziekte en behandeling af. Maar voor leukemie, wat bij kinderen verreweg het meeste voorkomt, kunnen wij bijna alles bieden of het nu gaat om bloedafnames, chemotherapie of bloedtransfusies als dit nodig is. Kinderen die chemotherapie krijgen, hebben een minder goed afweersysteem. Krijgen ze koorts, dan zien we ze ook eerst in het MCL. Kinderen met zeldzamere aandoeningen zoals een neuroblastoom zien we minder vaak in shared care", vertelt kinderarts Laura Keukens, die als aandachtsgebied kinderoncologie heeft.

“Het is voor kinderen belangrijk dat hun leven zo gewoon mogelijk is.”



Het is voor kinderen, zeker als ze wat ouder worden, belangrijk dat hun leven zo gewoon mogelijk is. Dat ze tussen de behandelingen en onderzoeken door gewoon naar school kunnen en hun vrienden kunnen zien. Daarom is het volgens Richard Kop, verpleegkundig specialist, fijn dat ze niet iedere keer twee uur hoeven te reizen naar Utrecht.

#### Vast team

Er is in het MCL een vast team dat altijd klaar staat voor de kinderen: “Wij proberen bij de behandeling altijd rekening te houden met wat het kind wil. Zo worden kuren afgestemd op de schooltijden. Er is een jongen met gescheiden ouders. Door de week is hij bij zijn moeder, in het weekend bij zijn vader in Friesland. Hij moet om de dag een chemokuur hebben. Bij ons kan hij dan op vrijdagmiddag na schooltijd zijn chemotherapie krijgen, zodat hij toch naar zijn vader kan. Dat is voor ons shared care”, vertelt Kop.

Het mooie is volgens Laura Keukens ook dat we hier relatief dicht bij huis zijn. “In het PMC zijn ze vaak alleen met hun ouders. Het mooie van shared care centrum zijn, is dat het dichtbij is en daardoor vrienden gewoon langs kunnen komen. Dat is gezien de reistijd lastiger in Utrecht. Voor de kinderen is dit dan ook een belangrijke reden waarom ze liever hier worden behandeld dan in Utrecht.”

#### Vaste gezichten

De kracht van het team in Leeuwarden schuilt niet alleen in de vaste gezichten, maar bijvoorbeeld ook in het feit dat er altijd een pedagogisch medewerker op de afdeling is. “Dat is enorme winst”, aldus Richard Kop. “In het begin word je als kind en gezin geleefd door alle afspraken en behandelingen en is er veel aandacht, maar ook in de periode daarna voel je je nog steeds ziek, maar is er vaak minder aandacht. Veel kinderen voelen zich dan wat ‘in de steek gelaten’. Juist dan is het heel belangrijk dat de pedagogisch medewerker er is om te luisteren en met het kind in gesprek te gaan.”

De zorg voor de kinderen gaat verder dan de feitelijke behandeling. Het is juist de aandacht voor het sociale, de wensen van kinderen en het normale leven, die maken dat een kind ook psychisch de behandeling goed doorkomt. Geregeld is er contact met de kinderen en ouders buiten de directe behandeling om. Soms wordt er een verjaardag gevierd in het MCL of een afscheidsdienst bijgewoond als een kind het helaas niet heeft gehaald. “Het is liefdewerk. Je trekt vaak jaren intensief op met een gezin. Dan ontstaat er vaak een speciale band.”

#### Gaat om het hele kind

Richard Kop heeft nog steeds contact met de ouders van een meisje dat hij acht jaar lang heeft verzorgd. “Ze zou nu 26 zijn geweest. Ze was altijd gek op paardrijden. Toen duidelijk was dat ze niet meer beter zou worden, wilde ze nog één keer paardrijden. Ze was halfzijdig verlamd. Toch hebben we kunnen regelen dat ze met speciale hulp nog een keer kon paardrijden en zelf het paard kon mennen. Dat zijn fantastische momenten. Daar doe je het voor. Het gaat niet alleen om de medische zorg, maar om het hele kind en het leven daar omheen.” ■

# LEUKEMIEPATIËNT DANIEK: “Ze zijn er écht voor me”

Het liefst komt Daniek Draaisma uit Stiens nooit in een ziekenhuis. Maar als ze zich een keer minder voelt, een chemokuur nodig heeft of er moet bloed worden geprikt, dan komt Daniek het liefst in het MCL. Zij kennen haar daar het beste, weten wat ze nodig heeft en plannen onderzoeken en kuren zo, dat haar leven zo ‘gewoon mogelijk’ kan doorgaan.

tekst Gerard Akkerman fotografie Menno de Boer

De negentienjarige Daniek kreeg een jaar geleden te horen dat ze leukemie heeft. “Ik was al heel lang niet fit, maar ze konden lange tijd de oorzaak niet vinden. Ze dachten aan Pfeiffer, maar dat was het niet. Tot bij een bloedonderzoek bleek dat de bloedwaardes helemaal niet goed waren. Toen mocht ik van de oncoloog niet meer naar huis en ging het snel.”

## ‘Ze zijn er echt voor me’

Ze ging naar het Prinses Maxima Centrum (PMC) in Utrecht, waar alle kinderen met kanker naar toe gaan voor de eerste diagnose en het opstarten van de behandeling. Bij de meeste vormen van kinderkanker, zoals leukemie, kan een deel van de behandeling in een ziekenhuis in de buurt plaatsvinden. Voor de Friese kinderen vindt deze shared care plaats in het MCL. Dat gebeurt altijd in nauwe afstemming met het PMC in Utrecht. Daniek is zeer actief, of zeg maar druk ‘ik heb ADHD’ en is blij dat ze voor de meeste kuren in het MCL terecht kan. “Na de start van de onderhoudsfase voelde ik me niet fit en lag ik veel op de bank. Normaal maak ik 20.000 stappen op een dag, als ik dan op de bank lig gaat het echt niet goed. In overleg met het PMC kan ik dan altijd gelijk in het MCL terecht. Dan nemen

ze bloed af en zijn ze er echt voor me. Ze praten met me en hebben aandacht. Vaak is het probleem dan niet direct opgelost, maar ik voel me gehoord en een stuk beter.”

## Humor

Als ze verpleegkundig specialist Richard Kop tegenkomt, worden er over en weer grapjes gemaakt. Daniek leeft er van op. De kinderen bouwen een band op met de verpleegkundigen en dokters, omdat ze vaak jarenlang met grote regelmaat in het ziekenhuis komen. Bovendien hebben ze zoveel mogelijk te maken met dezelfde mensen. Het mooie is, volgens Daniek, dat ze in het MCL altijd rekening proberen te houden met de wensen van de zieke kinderen. “Ik reageerde niet goed op een bepaalde kuur. Toen kreeg ik een andere. Maar die moest een tijdlang om de dag worden toegediend. Als dat in Utrecht had gemoeten, dan hadden ze me drie maanden moeten opnemen. Hier kom ik om de dag en krijg ik de kuur aan het eind van de middag na schooltijd. Dan ben ik de volgende morgen voldoende hersteld en kan ik gewoon naar school. Daar ben ik heel blij mee.” En vrienden kunnen op bezoek komen als ze een keer wat langer moet blijven.



## Hippe mutsen

Als Daniek die middag binnenkomt, heeft ze een fraaie modieuze witte muts op met een hip motiefje. “Zelf gemaakt”, lacht ze. Ze heeft wel haar, maar kort. “En dat vind ik niet mooi. Ik heb mijn haar het afgelopen jaar drie keer helemaal afgeknipt omdat ik dan plukken haar in mijn bed vond. Dat wilde ik niet.”

De mutsen van Daniek zijn zo populair, dat ze er inmiddels een hele reeks heeft gemaakt in allerlei kleuren. Met flamingo's, bloemen of zelfs doodshoofden. Trots laat ze de plastic map zien op de kinderafdeling waar de mutsen in zitten. “Ieder nieuw kind met kanker dat hier komt, mag er een uitzoeken. Willen ze er meer, dan vraag ik een vrijwillige bijdrage zodat ik weer nieuwe stoffen kan kopen.” Daniek is er trots op en heeft er plezier in om ze te naaien. “Zo kan ik ook wat terug doen voor het ziekenhuis”, lacht ze. ■

**“Ze praten met me en hebben aandacht. Vaak is het probleem dan niet direct opgelost, maar ik voel me gehoord en een stuk beter”**

# AFDELING KWALITEIT *werkt aan* CULTUUR- VERANDERING

De afdeling kwaliteit van het MCL heeft het afgelopen jaar een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Van centraal gestuurd, is kwaliteitsmonitoring nu een meer decentraal georganiseerde, gedeelde verantwoordelijkheid geworden. Het werk is naast toetsen, meten en rapporteren inmiddels ook gericht op het veranderen van de werkcultuur middels een brede betrokkenheid van zorgprofessionals bij interne audits, incidentenanalyses en trainingen.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

Manager kwaliteit a.i. Chantal Aarts kijkt terug op een veelbewogen periode. "We zijn uitgegroeid tot een professioneel team van twaalf mensen. Daarnaast heeft bijna iedere zorgeenheid of ondersteunende dienst een eigen kwaliteitsfunctionaris. We hebben een veerkrachtig en sterk team met veel kennis en ervaring. De transitie van centraal naar decentraal is goed verlopen. Daar hebben we enorm

hard aan gewerkt het afgelopen jaar. We zijn inmiddels als een soort Haarlemmer olie in de hele organisatie geïntegreerd. Kwaliteitsmonitoring gebeurt nu meer vanuit de lijn, waar het ook hoort. Dit bouwen we verder uit door onder meer te investeren in het veranderen van de cultuur, in gedrag en kennisoverdracht, in het gesprek met elkaar aangaan. Interdisciplinair."

## KWALITEIT

### Specifieke eisen

De afdeling kwaliteit monitort of het MCL aan voor de zorg geldende wet- en regelgeving voldoet en of landelijke ontwikkelingen goed vertaald worden naar toepassingen in het ziekenhuis. Het MCL is Qualicor-gecertificeerd. Dat is een 'normenset' specifiek voor ziekenhuizen en grote zorginstellingen, maar er zijn er meer. In alle normensets zit complexe wet- en regelgeving. Naast algemene wet- en regelgeving worden er specifieke eisen gesteld aan bijvoorbeeld medicatie, medische technologie en bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners. Ook worden aan alle specialismen eisen gesteld vanuit de eigen beroepsgroep. Aarts: "Het doel is dat iedereen in het MCL uiteindelijk dezelfde dingen doet. Bijvoorbeeld hoe je metingen en registraties borgt in een elektronisch patiëntendossier. Dit betekent dat we samenwerken met zorgverleners en ondersteunende diensten als ICT, de MCL Academie en bijvoorbeeld de verpleegkundige adviesraad voor inbreng van specifieke kennis, creëren van betrokkenheid en draagvlak voor implementatie."

### Week van de Mol

De zorg loopt aan tegen de overregistratie, vindt Aarts. "De gedachte was ooit dat als alles volgens protocol ingericht wordt, het aantal incidenten afneemt. Maar het blijkt dat er dan juist te veel of te weinig handelingen worden verricht bij patiënten omdat puur het protocol werd gevolgd, terwijl de unieke situatie wellicht iets anders had gevraagd. Ik wil de protocollen niet zozeer loslaten, maar wel minder strak kijken naar de cijfers." De zorg van nu vraagt volgens Aarts om een cultuurverandering en de afdeling kwaliteit gebruikt verschillende interventies om die bewustwording te creëren en kennis over te dragen. "Na een calamiteit wordt altijd terug gekeken naar wat er is gebeurd. Nieuw is de Safety II-gedachte waarbij niet specifiek gekeken wordt naar wat er fout is gegaan, want er worden nog maar zelden fouten gemaakt. Het doel is juist te leren van de dingen die dagelijks goed gaan om te voorkomen dat het in de toekomst eventueel fout gaat. Daarbij moeten zorgmedewerkers – multidisciplinair – met elkaar gesprekken voeren, elkaar dieper bevragen en elkaar serieus

nemen in hun kennis en observaties. Een verpleegkundige ziet een patiënt meer en kent de patiënt, als persoon, vaak beter dan de dokter. Ze moeten elkaars werkelijkheid willen onderzoeken en dat kan alleen als ze de sterke hiërarchie in de zorg loslaten." De afdeling voert ook interne audits uit, waarbij het pad van een patiënt door het ziekenhuis wordt gevolgd om te zien of de zorg aan de eisen voldoet en of de patiënt voldoende gehoord wordt. Een groep medewerkers van zowel ondersteunende diensten als medisch specialisten en verpleegkundigen is specifiek opgeleid om die audits te lopen. "Er zijn meer goede

ontwikkelingen", zegt Aarts. "Vanuit de Vereniging Medische Staf is recent een 'Week van de Mol' georganiseerd waarbij een specifieke groep verpleegkundigen en dokters hygiëne-voorschriften overtrad. Het is leerzaam om te zien hoe collega's daarop reageren en of ze elkaar erop aanspreken. Daarnaast bestaat de trend 'Samen Beslissen' waarbij het niet meer alleen de arts is die de behandeling bepaalt. De patiënt wordt steeds meer betrokken bij de zorg. Wat wil de patiënt? Wat is echt noodzakelijk en wat draagt bij aan de kwaliteit van leven? Dokters voeren dan heel andere gesprekken met patiënten."

### Lerende organisatie

Aarts is blij met de transitie die de kwaliteitsadviseurs en de kwaliteitsfunctionarissen binnen de ZE's hebben doorgemaakt. "We zien de verbeteringen al, en daar zijn we trots op. Het is goed dat zorgmedewerkers en specialisten meer leren vertrouwen op elkaars kennis, zelfstandigheid en ieders professionele verantwoordelijkheid. Medewerkers spreken elkaar vaker aan op wat bepaalde situaties 'doen' met zowel de patiënt als de zorgverlener. Er worden meer, zogenaamde 'multiprofessionele' gesprekken gevoerd waarbij we zien dat oude hiërarchische verhoudingen wat worden teruggedrongen. We zijn daarin echt een lerende organisatie. Het is ook een goede ontwikkeling dat patiënten meer eigen inbreng krijgen bij het meten en evalueren van de kwaliteit van zorg. Het is ontzettend belangrijk om met elkaar in gesprek te blijven over wat goed gaat, wat beter kan en welke consequenties dat eventueel heeft voor de inrichting van de zorg in het ziekenhuis." ■

## Functie uitgelicht

# DOKTERS van de TOEKOMST

In het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) leiden we de dokters van de toekomst op. We zijn niet voor niets lid van het Samenwerkingsverband Topklinische opleidingsziekenhuis (STZ). In het MCL willen we elke dag leren. We zijn nieuwsgierig: wat kan er beter? En hoe kunnen we dat doen? Daarom gaan in het MCL werken, leren, onderzoeken en ontwikkelen hand in hand. Klinkt dat ambitieus? Misschien. Is het realistisch? Beslist!

tekst Leanne-Wink Miedema Illustratie Rianne Minnema Filmpje De Bey communicatie & vormgeving

Als startende basisarts (ANIOS) is het mogelijk om ervaring op te doen in ons opleidingsziekenhuis. Bij ons krijg je de ruimte om je verder te ontwikkelen en zie je dagelijks de dynamiek die een topklinisch ziekenhuis me zich meebrengt. Pieter Veenstra is begonnen als ANIOS in het MCL en is nu uiteindelijk tot spoedeisendehulparts doorgegroeid naar AIOS. Pieter: "Het mooie aan het MCL is dat het een opleidingsziekenhuis is, hierdoor heb je eerder kans op een opleidingsplek. Wanneer je namelijk als ANIOS begint in het MCL vergroot je je kans op het krijgen van een opleidingsplek, omdat je al bij de opleiders in beeld bent."

**Meedenken**

In het MCL is er de Vereniging Leeuwarden Arts-assistenten (VLA) voor alle A(N)IOS. Deze organisatie organiseert geregeld leuke uitjes en creëert zo onder de arts-assistenten een gevoel van saamhorigheid. Daarnaast word je, wanneer je in het bestuur zit, ook betrokken bij besluiten rondom arts-assistenten.

*“Wanneer je namelijk als ANIOS begint in het MCL vergroot je je kans tot het krijgen van een opleidingsplek”*



**ANIOS Ioana Antonescu**

"Hierbij ga je gedurende ander halfjaar aan de slag als ANIOS op verschillende afdelingen. Dit biedt mogelijkheden om je keuze voor de toekomst makkelijker te maken."



**ANIOS Lois Oldhoff**

"Reizen naar het MCL is goed te doen. Met de auto ben je er in 45 minuten en met de trein in iets meer dan dertig minuten. Het ideale is dat het MCL vlakbij het station ligt. Daarnaast kun je bij het MCL gratis je auto parkeren. Ook is er een ruimhartige reis- en verhuiskosten vergoeding."



**AIOS Pieter Veenstra**

"Het mooie aan het MCL is dat het een opleidingsziekenhuis is, hierdoor heb je eerder kans op een opleidingsplek. Wanneer je namelijk als ANIOS begint in het MCL vergroot je je kans tot het krijgen van een opleidingsplek, omdat je al bij de opleiders in beeld bent."

**Goed bereikbaar**

Er werken veel arts-assistenten in het MCL die in Groningen wonen. Zo woont ANIOS Lois Oldhoff in Groningen. Lois: "Reizen naar het MCL is goed te doen. Met de auto ben je er in 45 minuten en met de trein in iets meer dan dertig minuten. Het ideale is dat het MCL vlakbij het station ligt. Daarnaast kun je bij het MCL gratis je auto parkeren. Ook is er een ruimhartige reis- en verhuiskosten vergoeding."

**Kansen**

Het MCL is een ziekenhuis met een fijne sfeer. Pieter: "Er is niet een hiërarchie voelbaar en dat is prettig. Er is altijd supervisie aanwezig, ook bij andere specialismen." Naast fulltime werken is ook vierdaagse werkweek mogelijk. Dit geeft de arts-assistenten ruimte om hun tijd zo efficiënt mogelijk in te richten. Zo kun je ook een opleidingsprofiel kiezen met verschillende

cursussen. Lois: "Je gaat dan een project doen voor een afdeling of ziekenhuis-breed. Zo richt ik mij nu op het duurzaamheidsprofiel. Je leert hierdoor vakoverstijgend te denken."

**ANIOS traineetraject**

Naast opleidingsprofielen wordt er ook een ANIOS traineetraject aangeboden. Dit betekent dat de stages worden afgestemd op jouw belangstelling. ANIOS Ioana Antonescu: "Hierbij ga je gedurende ander halfjaar aan de slag als ANIOS op verschillende afdelingen. Dit biedt mogelijkheden om je keuze voor de toekomst makkelijker te maken." ■



**Meer weten en sfeerproeven?**

Scan de code om het filmpje te bekijken.

*Werken in MCL is:*

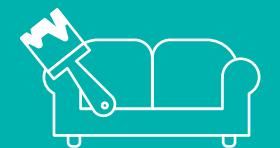
Werken in een STZ-ziekenhuis



Vergoeding voor al je verhuiskosten



Een bedrag voor inrichting



Werkende arts-assistenten in opleiding



95

Vervolgopleidingen om uit te kiezen



23

Werkzaam in het MCL in 2023

102  
AIOS



64  
ANIOS

**ERNSTIG ASTMAZORG IN MCL:**

# “Zorg is pas goed als ook de patiënt dat zo ervaart”

Het expertisecentrum ernstig astma van het MCL bestaat alweer 10 jaar. Het centrum staat vooral bekend om het eendaagse diagnosetraject, dat wereldwijd als voorbeeld voor goede zorg wordt gezien. Maar het expertisecentrum blijft zich verder ontwikkelen. Longartsen Anneke ten Brinke, Akke-Nynke van der Meer en longarts-fellow Ilse Boudewijn vertellen er graag over. MCL magazine laat daarnaast ook Eric Voigt - patiënt en lid van de patiëntenraad - aan het woord over zijn ervaringen in het MCL.

tekst Inge Schippers fotografie Menno de Boer



## "HET IS ERG BELANGRIJK DAT ER NAAR PATIËNTEN GELUISTERD WORDT. HET IS HEEL MOOI DAT DE ZORGVERLENERS HIERVOOR OPEN STAAN EN HET ZELFS STIMULEREN."

### "Real world evidence"

Anneke ten Brinke: "We blijven ons inzetten voor het verbeteren van de ernstige astmazorg in Nederland. Dit doen we onder andere door wetenschappelijk onderzoek te doen. Bijvoorbeeld naar nieuwe medicatie. Deze zijn eerst in studieverband onderzocht bij specifieke patiëntengroepen. Maar, wat doet deze medicatie bij onze eigen patiënten? Bij wie werkt het wel, bij wie niet? Dit willen we weten. We gaan in ons ziekenhuis daarom aan de slag met de zogenaamde 'real world evidence'."

### Kennis moet je delen

Akke-Nynke vult aan: "Hoewel er vanuit het hele land en ook daarbuiten naar het MCL wordt gekeken als voorbeeld voor de zorg van ernstig astma, kunnen wij niet alle patiënten zien en behandelen. Daarom willen wij onze expertise delen en onze kennis en ervaring verspreiden. Dit doen we door het geven van scholing, schrijven van wetenschappelijke artikelen en het meedoen aan landelijke en Europese overleggen en werkgroepen. Zo komt onze expertise ten goede aan zoveel mogelijk patiënten."

### Uniek fellowship

Een andere ontwikkeling is de aanstelling van de eerste longarts-fellow voor ernstig astma. Een fellow is een medisch specialist die zich binnen haar vakgebied nog weer extra specialiseert. Fellow Ilse Boudewijn legt uit: "Als fellow heb ik naast de normale patiëntencontacten extra tijd om me bezig te houden met het verbeteren van de zorg voor ernstig astma. Dit is belangrijk, omdat we ook nog steeds veel niet weten over ernstig astma."

### Patiëntenraad ernstig astma

De longartsen zien verder dat de rol van de patiënt steeds belangrijker wordt en juichen deze ontwikkeling toe. Zo hebben zij in het MCL voor ernstig astma een patiëntenraad opgezet. In deze raad zitten zorgverleners, ondersteuners en patiënten en is bedoeld om mee te denken en te adviseren over de zorg voor patiënten met ernstig astma. Anneke: "Zo'n patiëntenraad kost ons wel tijd, maar het levert ook veel op. Zorg is namelijk pas goed als ook de patiënt dat zo ervaart!"

### Patiënt durft te zeggen wat hij nodig heeft

De longartsen zijn trots op de zorg die ze bieden in het MCL, maar hoe ervaren hun patiënten de zorg? Eric Voigt (55 jaar), docent aan NHL Stenden Hogeschool is al enige jaren onder behandeling in het MCL. "Ik ontwikkelde pas op latere leeftijd astma. Ik was 45 jaar toen ik klachten kreeg. De reguliere behandeling sloeg helaas niet aan. Na diverse onderzoeken bleek waarom. Ik bleek de variant "ernstig astma" te hebben, een vorm van astma die weinig voorkomt. Dit betekent dat ik onder behandeling blijf bij de longarts. Gemiddeld kom ik twee keer per jaar voor een afspraak naar het MCL."

### Leren van elkaar

Een aantal jaren geleden werd Eric benaderd door longarts Anneke ten Brinke met de vraag deel te nemen aan de nieuw op te richten patiëntenraad voor ernstig astma. "Als docent weet ik hoe waardevol het is om kennis te delen en samen te werken. Ik heb daarom niet getwijfeld en heb me aangemeld. Het is erg belangrijk dat er naar patiënten geluisterd wordt. Van medische zaken heb ik geen kennis. Maar hoe de zorg wordt georganiseerd, hoe er met patiënten wordt gecommuniceerd, welke invloed de ziekte en de behandeling heeft op je leven, dat zijn zaken waarover we met de zorgverleners en hun ondersteuners kunnen praten. Het is goed dat zij weten hoe wij zaken ervaren en welke ideeën wij hebben voor verbetering. Het is heel mooi dat de zorgverleners hiervoor open staan en het zelfs stimuleren."

### Begrip van medepatiënten is fijn

De patiëntenraad komt vier keer per jaar bij elkaar voor overleg. De raad brengt verder nieuwsbrieven uit en organiseert 'ernstig astmacafés' voor patiënten die in MCL onder behandeling zijn. Eric: "De astmacafés zijn erg waardevol. Patiënten krijgen verdiepende informatie over hun aandoening. Daarnaast is het prettig om te praten met mensen met dezelfde aandoening en ervaringen te delen. In je eigen omgeving loop je soms tegen onbegrip aan. Astma is toch gewoon goed te behandelen? Waarom neem je de lift naar de 1e verdieping? Mijn medepatiënten begrijpen mij zonder uitleg. Dat is erg fijn."

### Iedereen even belangrijk

Eric is blij in het MCL onder behandeling te zijn. "Je merkt aan alles dat het een echt team is. Iedereen is daarin even belangrijk: patiënt, arts, verpleegkundige, fysiotherapeut of spreekuurassistente. Dit nodigt uit om als patiënt aan te geven wat je nodig hebt en wat je belangrijk vindt. Daar leren de artsen weer van en zo maken we samen de zorg voor ernstig astma steeds beter". ■

**Astma** is een chronische ademhalingsaandoening, waarbij patiënten last hebben van ontsteking en vernauwing van de luchtwegen. Dit geeft symptomen zoals piepende ademhaling, kortademigheid, druk op de borst en hoesten. Bij ernstig astma zijn de symptomen niet goed onder controle te krijgen met standaard astmamedicijnen. Mensen met ernstig astma hebben vaak hogere doses medicatie of aanvullende therapieën nodig om hun symptomen effectief te beheersen. Deze vorm van astma kan aanzienlijke invloed hebben op het dagelijks leven. In Nederland hebben bijna 600.000 mensen astma. Hiervan heeft minder dan 5% de vorm ernstig astma.





# Bouw vooruit

## MCL kijkt vooruit en beweegt mee

tekst Inger van Tuinen

Het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) start in 2024 met de nieuwbouw. In het nieuwe gebouw komt het operatiecentrum, de intensive care en dagbehandeling.

We bouwen niet alleen aan een indrukwekkend gebouw, maar ook aan een innovatieve, duurzame en toekomstbestendige plek. Samen met medewerkers. Met oog voor de buurt. Waar patiënten en bezoekers zich prettig voelen en (toekomstige) collega's worden uitgedaagd.



Benieuwd hoe het nieuwe gebouw er straks van binnen en buiten uitziet? Bekijk de video!

**HET MCL KIJKT VOORUIT.  
SLIM, SAMEN, DUURZAAM EN GROEN.**



Poliklinische Apotheek Leeuwarden

# “Meer mogelijk dan men denkt”

In de centrale hal van het MCL zit de Poliklinische Apotheek Leeuwarden (PAL). Hier staan apothekersassistenten en apothekers dag en nacht klaar om patiënten van hun medicatie te voorzien. Directrice van de PAL Jitske Hegge en apotheker Lotte van 't Hoff vertellen meer over de onmisbare rol die de PAL vervult.

tekst Suzanne Boot fotografie Menno de Boer



## “Het is onze taak om goed naar de openbare apotheek te communiceren over wat er na een bezoek aan het MCL aan medicatie wijzigt”

### PAL

De PAL heeft een regiofunctie als poliklinische apotheek. Patiënten kunnen hier 24/7 terecht; op werkdagen, maar ook in het weekend en 's nachts via de dokterswacht en spoedeisende hulp. De PAL verstrekt medicatie voor patiënten die van de polikliniek komen, die hun ontslag uit het ziekenhuis hebben gekregen of die thuis geneesmiddelen nodig hebben die worden voorgeschreven door een medisch specialist van het MCL. Daarnaast zit bij het Oncologisch Centrum Leeuwarden (OCL) een dependance van de PAL. Hier kunnen oncologiepatiënten hun medicatie verkrijgen.

### Brug

De PAL zorgt voor een goede overdracht tussen het MCL en de openbare apotheek. Jitske vertelt: “Voor beide partijen behartigt je belangen en zorg je dat de samenwerking voorop staat.” Om de overdracht zo nauwkeurig mogelijk te houden, vraagt de PAL of de patiënt akkoord gaat met het beschikbaar stellen van diens gegevens in het Landelijk Schakel Punt (LSP). Deze gegevens staan niet lokaal opgeslagen en kunnen alleen worden opgevraagd en overgedragen via het LSP. Dit betekent dat de patiënt de toestemming altijd kan herroepen. Dankzij het LSP kunnen we in heel Nederland veilig en vlot medicatie verstrekken. “We zijn de brug tussen het ziekenhuis en de thuisapotheek. Het is onze taak om goed naar de openbare apotheek te communiceren over wat er na een bezoek aan het MCL aan medicatie wijzigt. Zo voorkomen we dat patiënten dubbele medicatie gaan gebruiken of medicatie die gestopt moet worden door gaan gebruiken”, voegt Lotte hieraan toe.

### Een stap verder

De PAL gaat - dag en nacht - net een stukje verder dan de openbare apotheek. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om minder vaak voorkomende ziektebeelden. Vaak is het zo dat de PAL hier meer ervaring mee heeft, omdat de PAL ziekenhuis-specialistisch is en vaker met specifieke gevallen te maken krijgt. Ook wordt de PAL sneller benaderd voor

medicijnen die moeilijk leverbaar, of juist specialistisch en daardoor niet standaard verkrijgbaar zijn. Volgens Jitske is het een puzzel wanneer een belangrijk medicijn niet leverbaar is. De PAL kijkt dan in binnen- en buitenland om te achterhalen waar het medicijn wel ingekocht kan worden. De reikwijdte van de PAL is heel groot en samen met een netwerk van artsen en apothekers uit ander ziekenhuizen kunnen ze veel oplossen. Het werk bij de PAL is onder andere hierdoor heel afwisselend “Als je hier 's ochtends komt weet je nooit hoe de dag zal lopen” licht Jitske toe.

### Samen goede zorg

De PAL verstrekt veel intraveneuze antibiotica (antibiotica die via een infuus wordt toegediend) aan patiënten die gezond genoeg zijn om naar huis te gaan om verder te herstellen, maar de antibiotica nog wel intraveneus moeten krijgen. Artsen weten de PAL hier steeds beter voor te vinden. Het thuis toedienen van antibiotica draagt bij aan het herstel en kwaliteit van leven van de patiënt en brengt minder kosten met zich mee. Ook zorgt dit ervoor dat bedden in het MCL sneller vrijkomen voor nieuwe patiënten. De PAL regelt in samenwerking met het transferpunt dat de thuiszorg het infuus komt aansluiten. Jitske concludeert: “Er is veel meer mogelijk dan men denkt.” ■

# RADIOLOGIE START MET

# AI

Artificial Intelligence in de zorg.  
“Het komt eraan. Dus daar kan je dan ook maar beter tijdig mee beginnen.”  
De afdeling radiologie van het MCL start dit voorjaar met Veyelung: een AI-systeem dat ondersteunt bij het snel in beeld brengen van ‘nodules’ in het longweefsel. Deze kleine bolletjes, zichtbaar op CT-scans, kunnen duiden op longkanker.

tekst Rogier Verhagen fotografie Menno de Boer

# "AI WORDT STEEDS MEER MAINSTREAM. WE HEBBEN HET GEVOEL DAT WE OP DIE TREIN WILLEN STAPPENG"

Veyelung is een tool die beelden van CT-scans boordeelt, volumes detecteert en kwantificeert. De AI-tool is gemaakt door het Nederlandse bedrijf Aidence. Een paar ziekenhuizen in Nederland werken al met Veyelung. Met goede resultaten. Maar voor het MCL is het een primeur. "Er loopt in het MCL al een aantal AI-projecten, maar dit is het eerste project dat zich specifiek op de patiëntenzorg richt", aldus projectleider Martijn Roosenburg. "We zijn een tijdje bezig geweest om alles goed te regelen. Gegevensbescherming is heel belangrijk. Dat moeten we netjes borgen. Daarnaast moesten we bepalen voor welke patiëntengroep we deze toepassing gebruiken. Dus wat willen we precies met deze tool en hoe richten we dat het beste in? De benodigde software moest ook gevalideerd worden en het moet precies doen wat we willen. Daarnaast is het belangrijk om de mensen die ermee gaan werken, goed te trainen. Dat zijn niet alleen de radiologen, maar ook de longartsen, Die nemen beslissingen voor de patiënt over behandeling en follow up op basis van de informatie die Veyelung samen met de radiologen ophaalt."

## Het blote oog

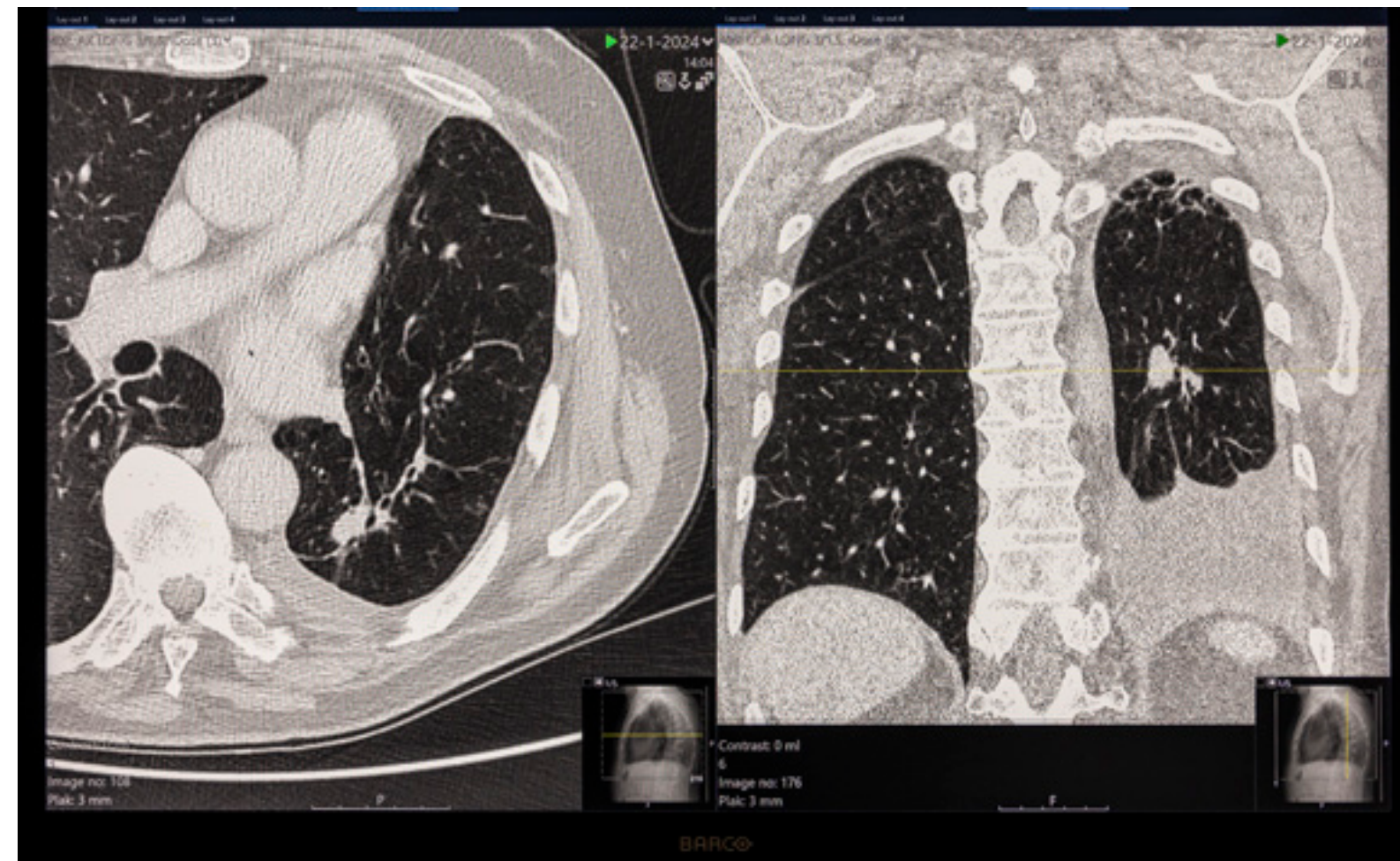
De afdeling radiologie zet Veyelung straks in als pilot bij patiënten die gescand en vervolgd worden voor het hebben van één of meerdere longnodules. Dat is een groep van zo'n 300 tot 400 patiënten per jaar. Radioloog Ivo van den Elskamp: "Beginnende longtumoren worden op scans zichtbaar als kleine bolletjes, of nodules. Op scans zijn longen zwart en die bolletjes wit. Dat contrast is groot. Om te weten of het kanker is, worden bij deze patiënten op meerdere momenten CT-scans gemaakt. Er zijn namelijk meer zaken in de longen zichtbaar als kleine bolletjes.

Bijvoorbeeld sarcoïdose. Ook na een infectie blijven er bolletjes zichtbaar. Maar die bolletjes groeien niet. Om te weten wat voor bolletjes het zijn, is dus follow-uponderzoek nodig. Na een paar maanden maak je dan weer een scan en kijk je of die bolletjes groeien. Zo vis je de tumoren eruit."

Dat detecteren van die bolletjes doen de radiologen nu door met het blote oog alle CT-scans na te kijken. Van den Elskamp: "CT-onderzoek levert een stapel beelden op van telkens een ander 'plakje' van de longen. Wij controleren plakje voor plakje en dat duurt wel even. Maar met deze software van Veyelung gaat het automatisch en ook veel sneller. Wij slaan CT-beelden op in ons eigen PACS-systeem, ons beeldarchief. Van daaruit sturen we de beelden naar Aidence. Aidence analyseert de scan met hun AI software en stuurt de beelden terug naar ons archief met een soort overlay waarop de nodules duidelijk gemarkeerd zijn. We zien direct waar de bolletjes zitten."

## Minder diagnostiek

Het lijkt heel efficiënt, maar hoe weet je of alles feilloos werkt? Van den Elskamp is voorzichtig. "We varen er niet direct blind op. Veyelung moet zijn meerwaarde bewijzen. Voorlopig kijken we eerst alle scans na en checken we wat Aidence ervan gezegd heeft. Zien zij alle nodules? En zien zij nodules die wij wellicht makkelijk zouden kunnen missen? Soms is het erg moeilijk om kleine nodules te detecteren, zeker als ze bijvoorbeeld achter vaatjes verscholen liggen. Als deze software die nodules niet mist, is dat een groot voordeel. Als dat goed gaat, kan het zijn dat ik me sneller baseer op de door Veyelung geanalyseerde scans."



Een ander voordeel van Veyelung is, dat het ook de groei van nodules berekent. "Als een nodule heel subtiel in grootte toeneemt, is dat soms moeilijk met het oog of met een lengtemeting waar te nemen", zegt Van den Elskamp: "Veyelung meet niet de lengte, maar het volume van de nodule en kan daarmee veel nauwkeuriger zeggen of een nodule in de tijd groeit. Dan hebben ook de longartsen veel minder tijd nodig om hun diagnose te kunnen stellen." Van Veyelung verwachten van den Elskamp en Roosenburg dus op termijn efficiency-voordelen en wellicht verbetert ook de kwaliteit van de diagnostiek. "Maar veyelung bepaalt niet of een nodule kanker is. Die interpretatie van de gegevens blijft een taak van de specialisten."

## Trein

Artificial Intelligence in de patiëntenzorg komt er onherroepelijk aan, denkt Van den Elskamp. "Het gaat langzaam, maar het wordt steeds meer mainstream. Je wilt vertrouwd raken met de mogelijkheden van Artificial Intelligence. We hebben het gevoel dat we op die trein willen stappen." Roosenburg: "Dit is het eerste project als toepassing in de directe patiëntenzorg. Het helpt om inzicht te krijgen in hoe we als ziekenhuis in de toekomst AI willen gebruiken. En hoe vindt het zorgpersoneel dat? Dit systeem, onze ervaringen ermee en wat de radiologen ervan zeggen, bepaalt mede ons standpunt als topklinisch ziekenhuis over de eventuele toepassingen van AI in onze patiëntenzorg." ■

# ECT

## *zorgde ervoor dat Amanda het leven weer kon oppakken*

Stel je voor, je bent een energiek persoon, staat positief in het leven en ineens verandert de wereld razendsnel.

Het overkwam Amanda de Vries (55) uit Sneek. In de zomer van 2018 raakte zij in een zeer zware depressie. Er volgde een hels half jaar waarin ze diverse keren werd opgenomen, een poging tot suïcide deed en uiteindelijk in een psychose raakte. Omdat medicatie niet hielp was ECT (electroconvulsietherapie) het laatste redmiddel. De behandeling sloeg aan en Amanda herstelde volledig.

tekst Erik Kofman Fotografie Menno de Boer



*“Trek vroegtijdig aan de  
bel. Zie je geen uitweg meer?  
Vraag, roep of schreeuw om  
hulp en schaam je niet!”*

### Opstapeling van problemen

De zware depressie kwam bij Amanda niet uit de lucht vallen. "Ik had al een tijdje problemen met mijn hormonen, veel last van overgangsklachten, sliep slecht en zat niet lekker in mijn vel. Daarnaast wilde ik graag wat verandering in mijn werk en terug verhuizen naar Sneek. Wonen en werken in Balk maakte mijn wereld erg klein. Ik wilde graag wat meer in de anonimiteit." Een groepsreis van een week naar Zuid-Engeland was voor Amanda de druppel die de emmer deed overlopen. "We bezochten spirituele plekken zoals Stonehenge. Het was die week erg warm daar, waardoor ik nauwelijks kon slapen. Doorwaakte nachten en overvolle dagen waarop ik alle informatie absorbeerde als een spons. Toen ik weer thuis kwam, dacht ik wel even bij te kunnen slapen en dan was het vast wel over. Dat gebeurde dus niet, ik kon thuis niet de rust vinden en lag nachtenlang wakker. Na een paar weken was ik eigenlijk helemaal doorgedraaid."

### Ten einde raad

"Het gaat niet goed met mij, breng me alsjeblieft naar een dokter", smeekte Amanda haar vriend op een vrijdagavond in juli 2018. Omdat het weekend was gingen ze naar de Dokterswacht. Daar deed ze haar verhaal. Ze had op dat moment al bijna een maand nauwelijks geslapen en was ten einde raad. Ze kon amper nog lopen en had eigenlijk maar één wens: "Help me alsjeblieft, ik moet slapen!" Amanda kreeg een paardenmiddel voor de nacht en daarmee zou het leed binnen een dag of zes wel over moeten zijn, volgens de arts. Maar dat gebeurde niet. Sterker nog: het werd alleen maar erger. "Ik lag nachtenlang wakker, spookte rond in huis en wist niet meer waar ik het zoeken moest." Dit zorgde ervoor dat Amanda uiteindelijk volkomen over de rooie bij de huisarts op de onderzoekstafel belandde. "Tijdens het consult zakte ik af en toe weg. Als ik iets zei was ik nauwelijks te verstaan, mijn stem was bijna verdwenen. Zachtjes vroeg ik de huisarts om me op te laten nemen. Dit lukte, hij vroeg een spoedopname voor mij aan in een psychiatrische kliniek."

### Poging tot suïcide

Na een verblijf van een aantal weken was Amanda wat aangesterkt en mocht ze naar huis. Maar de problemen hielden aan, ze bleef slecht slapen en de kracht die ze in de kliniek had opgedaan verdween in sneltreinvaart. Er volgde een tweede opname, maar ook na die opname was er geen vooruitgang. Amanda was volledig het spoor bijster en nam vlak voor het slapen gaan een handvol medicijnen tegelijk in. Ze besloot af te wachten wat zou komen, maar raakte daarna volledig in paniek en moest met spoed naar het ziekenhuis. Daar bleek gelukkig dat de pillen geen schade hadden aangericht.

### Psychose

Er volgden daarna nog twee opnames, Amanda was inmiddels in een psychose beland en daarom werd er een plan gemaakt om haar nu eindelijk eens de goede kant op te krijgen. De behandelend psychiater stelde ECT voor. "Dit is echt het laatste redmiddel, we weten het niet meer met jou. ECT geeft goede resultaten, maar het is een zwaar traject waar je voor moet tekenen", zei de arts. Er lijkt licht aan het einde van de tunnel. Vol angst dat ze de elektrische schokken zal voelen, gaat Amanda het vijf weken durende ECT-traject in. Na een keer of drie beginnen de shocks hun werk te doen, al ziet Amanda dat zelf nog niet. Ze wil er zelfs mee stoppen, omdat ze denkt dat ook dit niet helpt. Maar ze zet, mede door steun van haar geliefden, door en maakt het traject af. Na de tiende keer ECT staat MCL-psychiater Alexander Keijzers aan haar bed en zegt hij: "Je was ver heen, Amanda. Maar kijk eens hoe het nu met je gaat. Wat denk je, kunnen we stoppen?" "Ik knikte opgetogen en bedankte hem voor alle goede zorgen. We spraken af dat ik de kliniek mocht verlaten, maar dat ik thuis nog wel elke week bezoek zou krijgen van een psychiatrisch verpleegkundige. Dit was een fijn gevoel voor mij. Onder haar leiding pakte ik de draad langzaam weer op en kon ik mijn leven weer hervatten."

### Vraag support

Inmiddels woont Amanda ruim twee jaar in Sneek, is ze alweer vier jaar lekker aan het werk en durft ze weer onder de mensen te komen en koffie te drinken bij haar favoriete restaurant in Sneek. Ze heeft alle horror uit 2018 achter zich gelaten, de ECT heeft haar er echt weer bovenop geholpen. "Ik ben energiek, gelukkig en dankbaar dat het leven mij weer liefheeft, of nog beter: dat ik het leven weer liefheb. Ik vind het belangrijk dat de onderwerpen 'depressie' en 'ECT' uit de taboesfeer gehaald worden. Daarom wil ik iedereen die in eenzelfde situatie zit meegeven dat je altijd support moet vragen. Trek vroegtijdig aan de bel. Zie je geen uitweg meer? Vraag, roep of schreeuw om hulp en schaam je niet!" ■



Meer lezen over ECT? Kijk op [www.mcl.nl/aandoeningen-en-behandelingen/behandelingen/elektroconvulsiotherapie](http://www.mcl.nl/aandoeningen-en-behandelingen/behandelingen/elektroconvulsiotherapie).

***"Ik ben energiek, gelukkig en dankbaar dat het leven mij weer liefheeft, of nog beter: dat ik het leven weer liefheb."***

### Wat is ECT?

Bij ECT wordt er een epileptische aanval bij de patiënt opgewekt die ongeveer dertig seconden duurt. Epileptische aanvallen hebben een positief effect op een depressie. Hoe dit komt, is niet helemaal duidelijk. De epileptische aanval wordt opgewekt door een serie korte stroomstootjes (shocks). Deze stroomstootjes duren totaal gemiddeld twee tot vier seconden. De stroomstootjes worden via het hoofd toegediend. De behandeling vindt plaats onder narcose. Ook worden er spierverslappende middelen toegediend. Daardoor krijgt de patiënt geen stuip trekkingen.

ZO WORDT  
**BEKIJK**  
PATIËNTPARTICIPATIE  
**HET VANUIT**  
ECHT ZINVOL  
**DE PATIËNT**

Als arts wil je een ziekte beter leren begrijpen. Dit is ongetwijfeld dé motivatie achter vele medische studies. Op basis van de uitkomsten kunnen diagnose, behandeling en prognose worden aangepast. Ook de patiënt heeft hier groot belang bij. Mooi dus dat er steeds vaker proefpersonen, zoals patiënten, worden ingezet bij medisch-wetenschappelijk onderzoek.

tekst Femke Jaarsma fotografie Menno de Boer





Daar zijn internist-hematoloog Mels Hoogendoorn, onderzoeker Edith Visser en proefpersonenlid van de METC van MCL Carla Verlind het over eens. Met daarbij deze kanttekening: denk als onderzoeker goed na over hoe je patiëntenparticipatie invult.

Dat patiëntenparticipatie steeds vaker onderdeel is van medisch-wetenschappelijk onderzoek, is een ontwikkeling die aansluit op de ambitie van MCL: patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek doen dat ertoe doet. Met als doel om de onderzoeksresultaten direct te vertalen naar de praktijk en daarmee de zorg nog verder te verbeteren. Edith Visser vertelt dat patiëntenparticipatie op dit moment nog geen vereiste is vanuit de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). "Maar doe je het niet, dan moet je dit als onderzoeker wél onderbouwen." Edith is epidemioloog en post-doc-onderzoeker bij MCL. Aan haar promotieonderzoek over dieet en lichaamssamenstelling bij astma deden 114 patiënten mee. "Heel waardevol als mensen mee willen doen, maar betrek ze dan ook al bij de opzet van je onderzoek. Patiënten hebben een andere kijk dan, bijvoorbeeld, hun behandelend arts. Laat ze meedenken over de meetinstrumenten, wat je precies gaat meten en hoe. En vergeet de belastbaarheid niet. Wat kan een proefpersoon aan tijdens een onderzoek?"

### Patiënt vanaf het begin erbij

Carla Verlind vindt dat participatie van proefpersonen, zoals patiënten, tijdens medisch-wetenschappelijk onderzoek eigenlijk onmisbaar is. "Neem je het perspectief van de patiënt mee, dan komt dit het onderzoek ten goede. Zeker als je dit al in een vroeg stadium doet." Carla is als proefpersonenlid verbonden aan de medisch-ethische toetsingscommissie (METC) van MCL: de Regionale Toetsingscommissie Patiëntgebonden Onderzoek (RTPO). Dit is één van de landelijke commissies die valt onder de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. "Medisch-wetenschappelijk onderzoek

waaraan mensen deelnemen, mag je volgens de Wet op Medisch-wetenschappelijk Onderzoek niet zomaar doen. Dat moet je aanvragen en laten toetsen door een METC. Ieder lid van de METC komt vanuit zijn of haar expertise op voor de kwaliteit van het onderzoek. En voor de veiligheid van proefpersonen zoals de patiënt, apotheker, arts, jurist en noem maar op. Wij beoordelen dan zaken als: hoe zit het met de patiëntinformatie, verloopt de werving correct en is er voldoende bedenktijd? Geeft het METC groen licht, dan mag je van start met je onderzoek."

### Stel de juiste vragen

Volgens Carla begint patiëntenparticipatie met het stellen van de juiste vragen vóór een onderzoek start. "Denk hierbij ook aan voor de patiënt praktische zaken zoals: hoeveel tijd kost het mij om mee te doen? Daarom kijken wij als METC ook naar de belastbaarheid van mensen. Wat wordt er allemaal van hen verwacht? In grote lijnen beoordelen wij als commissie of een onderzoek uitvoerbaar is. Weegt het middel op tegen het doel?" Mels Hoogendoorn is internist-hematoloog en hoofdonderzoeker bij MCL en beaamt dit. "De onderzoeksuitkomsten zijn voor de onderzoeker en arts net zo waardevol als voor de patiënt. Uiteindelijk willen we hetzelfde: een ziekte beter leren begrijpen zodat we deze zo goed mogelijk kunnen behandelen of dat deze zo lang mogelijk wegblijft."

### Kwaliteit van leven

Patiëntenparticipatie bij wetenschappelijke studies van MCL wordt op verschillende manieren ingezet. Mels: "We willen monitoren hoe patiënten hun gezondheid en kwaliteit van leven gedurende een studie ervaren. Maar pijn, vermoeidheid en emoties zijn best lastig te meten. Hiervoor gebruiken we de PROMs (Patient Reported Outcome Measures) als meetinstrument. Dit zijn vragenlijsten waarin we vragen hoe de patiënt zich voelt en hoe het met hem of haar gaat, zo-



wel fysiek als mentaal. Dit gebeurt op meerdere momenten tijdens een onderzoek." Carla: "Fijn dat er zoveel aandacht is voor de PROM's. Want die gaan écht over de patiënt en zijn of haar kwaliteit van leven."

### Gewonemensentaal

Ook na afloop van een onderzoek moet je de proefpersonen niet uit het oog verliezen. Edith: "Je onderzoeksresultaten zijn voor een groot deel afhankelijk van hen. Dan moet je deze ook terugkoppelen. Uitleggen wat je met de verzamelde data hebt gedaan." Dat gebeurt volgens Edith wel, maar niet altijd op de juiste manier. Naast haar proefschrift maakte zij daarom een proefschriftbrochure in 'gewonemensentaal'. Hierin staan de belangrijkste uitkomsten van haar promotieonderzoek. "Ik heb geprobeerd het vanuit de patiëntenblik te bekijken en begrijpelijk te maken voor een brede doelgroep.

Zo zijn er ook patiënten die niet hebben meegedaan aan een onderzoek maar wel op zoek zijn naar bepaalde uitkomsten en eventuele nieuwe behandelmethoden. Of de media. Die willen een uitkomst uit jouw onderzoek nog weleens uit z'n verband rukken. Als je een wetenschappelijk verhaal nuanceert en in begrijpelijke taal publiceert, kun je dat wellicht voorkomen."

### Belang van de patiënt

Mels benadrukt graag nog eens hoe belangrijk patiëntenparticipatie is. "Het is soms ingewikkeld, maar wel interessant en bovenal erg zinvol. Je zou kunnen zeggen dat een kwalitatief goed onderzoek hiermee valt of staat. Des te belangrijker dat de METC meekijkt en onder andere de belastbaarheid van proefpersonen toetst. Want het belang van de patiënt moet altijd voorop staan." ■

**"JE ONDERZOEKSRESULTATEN ZIJN VOOR EEN GROOT DEEL AFHANKELIJK VAN HEN. DAN MOET JE DEZE OOK TERUGKOPPELEN. UITLEGGEN WAT JE MET DE VERZAMELDE DATA HEBT GEDAAN"**

MEER BEGRIP VOOR DE CONTEXT WAARIN MENSEN LEVEN

# TROPENARTS: brede blik naar gezondheidszorg

DE TIJD DAT TROPENARTSEN ZICH HOOFDZAKELIJK BEZIGHIELDEN MET HET BESTRIJDEN VAN TROPISCHE ZIEKTES, IS VOORBIJ. DOOR HET VELE VERKEER VAN GOEDEREN EN MENSEN WERELDWIJD EN DE OPWARMING VAN DE AARDE, KOMEN SOMMIGE VAN DEZE ZIEKTES NU OOK IN NEDERLAND VOOR. DAARNAAST ZIJN WE EEN MULTICULTUREEL LAND. DES TE BELANGRIJKER DAT ARTSEN LEREN OMGAAN MET TAAL, CULTUURBARRIÈRES EN VERSCHILLENDE VISIES OP EN OVERTUIGINGEN TEN AANZIEN VAN ZIEKTE EN GEZONDHEID. DAT VRAAGT DUS OM EEN BREDERE BLIK OP GEZONDHEIDSZORG.

tekst Femke Jaarsma fotografie Menno de Boer

Gynaecoloog Jelle Stekelenburg is één van de specialisten van MCL die actief is binnen de opleiding Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (AIGT). Collega, kinderarts en neonatoloog Ronald Boontje, stond hem hier tot voor kort in bij. In december 2023 ging hij met pensioen. Ronald: "Toen ik geneeskunde ging studeren, wilde ik tropenarts worden. Ik koos uiteindelijk voor kindergeneeskunde, met de

gedachte dat ik dan alsnog naar de tropen zou kunnen." Zo kwam hij uiteindelijk terecht in Tanzania, waar hij drie jaar als kinderarts werkte. Jelle deed in het kader van de opleiding tot tropenarts een jaar chirurgie en aansluitend een jaar verloskunde. Daarna volgde hij een cursus van vier maanden aan het Tropeninstituut (KIT) in Amsterdam. "Vervolgens heb ik als tropenarts ruim vier jaar in Zambia gewerkt."



# "ALS JE MET EEN BREDE BLIK KIJKT, GA JE BEGRIJPEN DAT ER MEER VOOR NODIG IS OM TE ZORGEN DAT MENSEN GEZOND KUNNEN ZIJN"

## Focus op preventie

In Zambia begon Jelle ook met het doen van onderzoek, wat uitmondde in een promotieonderzoek. Hij promoveerde in 2004 en is als hoogleraar verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen met als expertise: internationale aspecten van reproductieve gezondheidszorg, in het bijzonder veilig moederschap. Jelle: "Ik begeleid PhD-kandidaten tijdens hun promotieonderzoek."

Twee van die kandidaten zaten in Ghana. "Het gewaad op de foto is een afscheidscadeau dat ik van hen kreeg." Zijn drijfveer om AIGT's in opleiding te begeleiden, komt overeen met die van Ronald. "We proberen ze een bredere kijk op de wereld te geven en daarmee op gezondheid en ziekte. Dat doen we onder meer door focus te leggen op preventie en niet alleen op genezing en herstel. Veel artsen zijn gefixeerd op de oorzaak van een ziekte en het genezen ervan. AIGT's leren meer oog en begrip te krijgen voor de context waarin mensen leven, wonen en werken." Hij doelt daarmee op de niet-medische omstandigheden in lage lonenlanden. "Als je met een brede blik kijkt, ga je begrijpen dat er meer voor nodig is om te zorgen dat mensen gezond kunnen zijn. Dat je soms juist meer moet investeren in onderwijs, landbouw of andere sectoren dan in gezondheidszorg."

## Sociale achtergrond van mensen

AIGT's lopen tijdens hun stage bij MCL mee op de afdelingen algemene kindergeneeskunde en gynaecologie. Ronald: "Jelle en ik geven er vanuit

onze vakgebieden een accent aan door bepaalde 'tropische situaties' te schetsen. Driekwart van de diagnoses die we hier stellen, overlapt met de tropengeneeskunde. Dat heeft voor een groot deel te maken met de migratieproblematiek. Dé reden waarom we AIGT's meer inzicht willen geven in de sociale achtergrond van mensen. Zodat ze kunnen leren zich hierin te verplaatsen. Vanuit empathie ga je als arts ook anders handelen."

## Andere visie op migratie

Jelle vertelt dat het tijdens zijn colleges en wanneer hij studenten begeleidt, vaak gaat over de enorme verschillen in zorg tussen landen. Bijvoorbeeld tussen Nederland en Tanzania. "Maar het is belangrijk om te weten dat die verschillen ook binnen landen erg groot zijn. En dat geldt zowel voor Tanzania als Nederland. Ook in Tanzania zijn groepen die heel rijk zijn, die toegang hebben tot gezondheidszorg en allerlei behandelingen die wij hier in Nederland kunnen krijgen." Ronald: "De wereld wordt steeds groter, maar rechtvaardig is het nog steeds niet. Daarom wil ik jonge mensen

meegeven dat veel afhangt van waar je wiegje stond. Ben je hier geboren, dan heb je in zekere zin een voorsprong. Tegelijkertijd hebben we allemaal dezelfde universele behoeftes. Dat inzicht geeft wellicht ook een andere visie op migratie."

## Kennis en ervaring overdragen

Volgens Ronald is Jelle 'buitengewoon gepassioneerd' over zijn werk. "Als je zo gedreven bent, luisteren mensen echt naar je. Vanuit die positie kun je veel betekenis hebben. Zeker voor de doelgroep waar hij zich op richt: zwangere vrouwen, pasgeborenen en moeders. Ik heb vooral geprobeerd mijn kennis en ervaring als kinderarts en voormalig tropenarts door te geven." Ook voor Ronald is tropengeneeskunde altijd een passie geweest. "Best lastig om dit los te laten nu ik gepensioneerd ben." Jelle steekt hem een hart onder de riem: "We mogen best trots zijn op wat we de afgelopen jaren hebben gedaan binnen de opleiding tot AIGT. Het is mooi dat we onze kennis en ervaring kunnen overdragen aan jonge artsen en dat zij hiermee verdergaan." ■

## MCL erkende opleidingsinstelling voor AIGT's in opleiding

Binnen de opleiding tot AIGT kun je kiezen voor heelkunde-gynaecologie of kindergeneeskunde-gynaecologie. Vast onderdeel is een stage van zes maanden in het buitenland bij een lokaal ziekenhuis. De eerste twee onderdelen van de opleiding vinden plaats in een klinische setting in Nederland. MCL is één van de landelijk erkende opleidingsinstellingen waar AIGT's in opleiding in het ziekenhuis begeleid worden door specialisten.

Naast me zit de AIOS mee te luisteren met ons gesprek. Een jonge vrouw tegenover mij luistert gelaten en in lichte paniek naar mijn informatie over een borstreconstructie na amputatie. We zijn samen vrouw, in dit geval zelfs alle drie. Mijn witte jas hangt aan een haakje naast de deur. Gezien mijn specialisatie met voornamelijk vrouwen of kinderen als patiënt, heb ik die jas vaker uit dan aan. De functie als beschermjas begrijp ik goed, maar het stigma bevalt me niet in veel situaties. Zeker in een gesprek zoals deze dient het mijns inziens geen doel. Mijn naambordje is wel opgespeld en daarmee is genoeg onderscheid gemaakt. Na veel informatie, tranen, een onderzoek met koude handen en herhaling van de mogelijkheden, sluiten we het gesprek af. Er volgt een hand op haar schouder bij vertrek. Ik ben 15 minuten uitgelopen, het is 10.00 uur.

's Middags ga ik in gesprek met een AIOS over zijn ontwikkeling. We hebben we het naast medisch inhoudelijke zaken ook over het plezier in het werk. In dit eerste jaargesprek komt altijd het "bewust onbekwaam"-gevoel van de jonge collega naar voren. Het eufore gevoel alles te kunnen is verdwenen na de eerste (eigen) complicatie, een meningsverschil met een collega van een ander vakgebied of een teleurgestelde patiënt. Zijn perfectionisme heeft hem in de opleiding tot plastisch chirurg gebracht, maar bijt hem ook in de staart. Het streven naar een onfeilbaar blazoen en gladgestreken steile leercurve is onrealistisch en dat bespreken we. Feilbaarheid toont leerbaarheid en nieuwsgierigheid. Juist dat laatste is de "jus" van ons vakgebied. Bekennen dat je daarin niet alwetend bent, helpt om te durven falen. "Kom op!" "Loop langs de randen van oncomfortabel" geef ik dan aan. Want daar waar het schuurt, zit je groei.

***“Zijn perfectionisme heeft hem in de opleiding tot plastisch chirurg gebracht, maar bijt hem ook in de staart.”***

## feil·baar

(bijvoeglijk naamwoord).  
de mens is feilbaar kan zich vergissen,  
is niet perfect

## feil·loos

(bijvoeglijk naamwoord, bijwoord).  
Foutloos



Als we "falen" niet toelaten in ons werk, zal de coassistent vervolgens de indruk krijgen dat werken in een ziekenhuis alleen voor de "onfeilbaren" is. De stress van het "niet weten" en fouten maken, wordt als een virus doorgegeven. De co-dokter ziet zich ook nog eens zonder rol van betekenis binnen een vakgroep. Hij voelt zich dus niet alleen afgerekend op missende kennis maar ook op het teamgevoel. Uit angst voor een slechte beoordeling wordt zijn nieuwsgierigheid getemd. De CO maakt zich vervolgens onzichtbaar. "Als je niet wordt gezien, kan je ook niets worden gevraagd". Wel met witte jas aan natuurlijk, anders neemt niemand je serieus.

En nu vragen we ons dus collectief af waarom er zoveel medisch studenten na hun coschappen niet verder gaan in hun beroepskeuze als basisarts. Naar schatting zijn er ruim 16.000 basisartsen gestrand voor de poorten van het ziekenhuis. Dit is, met ruim 3000 studenten geneeskunde per jaar, 5 jaargangen aan missende handen aan de patiënt. Dat terwijl het gehele coschap bezien zou kunnen worden als een groot speelveld waarin je mag falen en vallen.

Zelfs artsen zijn nooit de hele dag 100% geweldig, Maar zelfs 75% "geweldigheid" is nog altijd veel beter dan wanneer je het als patiënt zelf moet oplossen. We huppelen echt niet de hele dag als een blijde, onfeilbare dokter door het ziekenhuis. Ook als ik het zelf even niet weet dan, heb ik een team dat me oplapt en krijg ik een kop koffie van mijn doktersassistente met een virtueel schouderklopje. Dus aan jou, beste jonge aanstaande dokter; Als je jouw nieuwsgierigheid en plezier weer terug weet te vinden, kom dan met ons meedoen! Inclusief "domme" vragen! Want die zijn voor mij hopelijk "feilloos" te beantwoorden. Ook wel gewoon eens lekker toch? ■

*Dit jaar wordt op 13 maart 2024 voor de tweede maal de Medische carrière dag voor coassistenten georganiseerd door Joke Oosta (aios plastische) samen met de MCL academie Deze dag staat in het teken van "normaliseren" van en nieuwsgierigheid opwekken voor de mens achter de dokter. Ik heb er weer zin in!*

KINDERVERPLEEGKUNDIGE

# ZORGEN VOOR HET HELE GEZIN

ALS **KINDERVERPLEEGKUNDIGE** ZORG JE NIET ALLEEN VOOR HET KIND OF DE BABY, MAAR OOK VOOR HET HELE GEZIN. DAT MAAKT HET WERKEN VOOR DEZE PATIËNTENGROEP HEEL SPECIAAL EN TOTAAL ANDERS DAN DE ZORG VOOR VOLWASSEN PATIËNTEN. DAARBIJ HEB JE OP EEN ANDERE MANIER CONTACT MET DE OUDERS VAN EEN OPGENOMEN BABY DAN BIJVOORBEELD BIJ EEN 17-JARIGE. DEZE AFWISSELING EN GEZINSGERICHTE ZORG VINDEN **LISANNE** (KINDERVERPLEEGKUNDIGE) EN **MARIEKE** (PRAKTIJKOPLEIDER EN REGIEVERPLEEGKUNDIGE NEONATOLOGIE) ÉÉN VAN DE MOOISTE DINGEN VAN HUN VAK.

tekst Jette de Vos fotografie Jeroen Adema

"NAAST HET  
KIND HEB JE  
OOK DE ZORG  
VOOR HET  
GEZIN, DAT  
HEEFT ENORM  
VEEL IMPACT."



**Veelzijdig**

Binnen de kindergeneeskunde van het MCL zijn de kinder- en neonatologieafdeling twee aparte afdelingen waar je kunt werken. "Als je in Friesland woont en je wilt als kinder- of neonatologieverpleegkundige aan de slag, vind je in het MCL de meeste uitdaging", legt Lisanne uit. "Op onze afdeling worden kinderen opgenomen voor alle specialismen, naast de pediatrie is er de kinderchirurgie, een kinderdaghospitaal en dragen we zorg voor kinderen met kanker. Zo zijn we als Shared Care Centrum verbonden aan het Prinses Máxima Centrum op het gebied van de kinderoncologie." Ook voor neonatologieverpleegkundigen is er veel uitdaging, Marieke: "Zo hebben we op onze neonatologie ook een aantal bedden voor post-IC/HC, voor baby's die kwetsbaarder zijn na hun opname op de IC. Dit is een afdeling tussen de normale afdeling en de IC. Na de post-IC kunnen zij overgeplaatst worden naar een regionaal ziekenhuis in bijvoorbeeld Drachten of Sneek.

## "WIL JE ALS KINDER- OF NEONATOLOGIE-VERPLEEGKUNDIGE AAN DE SLAG? DAN VIND JE IN HET MCL DE MEESTE UITDAGING."

**Verdieping**

Deze veelzijdigheid geeft Lisanne voldoende uitdaging met bijbehorende kansen. "Ik heb altijd gezegd kinderverpleegkundige te willen worden. Toen ik de kans kreeg hier de specialistische vervolgopleiding te volgen na mijn afstudeerstage, heb ik die uiteraard gegrepen. Ik ben terecht gekomen in een heel fijn team. Het contact met alle disciplines is heel



laagdrempelig en vertrouwd. Daarnaast is er enorm veel afwisseling en zijn er mogelijkheden voor doorontwikkeling in het vak. Zo ben ik zelfs alweer gestart met de volgende opleiding, namelijk die van kinderoncologieverpleegkundige. Een hele eer dat ze mij hiervoor gevraagd hebben. Door de verdieping voel ik me veel sterker en kan ik echt van meerwaarde zijn binnen de oncologie op de afdeling."

Op de kinderafdeling zijn altijd collega's in opleiding aan het werk, vaak zijn zij nog jong en net afgestudeerd. Als praktijkopleider ziet Marieke hen groeien. "Naast de patiëntenzorg, ben ik vanuit mijn rol ook bezig om de professionals in de praktijk te begeleiden tot kinder- of neonatologieverpleegkundige. Het is heel leuk om ze dan eerst vrij onzeker binnen te zien komen en ze gedurende de opleiding te zien ontwikkelen. Van het begin af aan zijn ze natuurlijk je collega, maar daarna voelen ze het zelf ook echt. Dat is van beide kanten heel leuk."

**Hecht team**

Beide verpleegkundigen zijn blij dat ze onderdeel zijn van een leuk, enthousiast en ambitieus team. Lisanne: "We kennen elkaar allemaal erg goed en zijn een hecht team. Ondanks dat we twee afdelingen zijn, zijn we wel één team!"

Marieke vult aan: "Juist als er hele vervelende dingen gebeuren kunnen we op elkaar terugvallen, dat is erg belangrijk. Kinderen zijn extra kwetsbaar en kunnen plots heel ziek worden of zelfs overlijden. Gelukkig gebeurt dit weinig. Naast het kind heb je ook de zorg voor het gezin, dat heeft enorm veel impact. Hetzelfde geldt bij oncologie. De verhalen waar je mee te maken krijgt kunnen enorm heftig zijn. Die band met collega's en elkaar begrijpen is dan echt heel belangrijk."

**Meer weten over de afdeling?**

Wil je alvast even digitaal sfeerproeven? Bekijk dan het filmpje van Lisanne en Marieke.

[www.werkenbijmcl.nl/kinderverpleegkundige](http://www.werkenbijmcl.nl/kinderverpleegkundige)

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

*“Geen dag  
hetzelfde”*



## KOM OOK WERKEN BIJ #TEAMMCL

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

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

**mcl**  
medisch centrum  
leeuwarden



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

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