

extra

Sneldiagnostiek longkanker

Sneller fit door ERAS-protocol

Onderzoek geriatrische interventie

'Zorg die groeit en ontwikkelt'



mcl

medisch centrum
leeuwarden

www.mcl.nl



extra



Communicatie basis van goede zorg

Wie bij de longarts aan het bureau zit, hoort liever geen slecht nieuws. Maar wachten en piekeren over de uitslag is zo mogelijk nog erger, dus patiënten willen zo snel mogelijk weten waar ze aan toe zijn. Dat kan met behulp van het traject sneldiagnostiek op de longpoli. Alle basisonderzoeken worden binnen één week gepland. Patiënten zijn blij met dit tempo, ook al is het een belastende, enerverende week.



Wel of geen longkanker? Sneldiagnostiek brengt spoedig antwoord

'Patiëntvriendelijkheid is het belangrijkste doel van het traject sneldiagnostiek', vertelt longarts Ben Venmans. 'Niks ellendiger dan wekenlang te moeten wachten op mogelijk slecht nieuws. Als je dan verspreid over een paar weken onderzoeken hebt, duurt dat veel te lang. Nu doen we onder meer de PET/CT-scan, longfunctie, bronchoscopie en de endo-echografie in één week. Dat is pittig, want het zijn geen prettige onderzoeken, maar de meeste patiënten die in aanmerking komen voor sneldiagnostiek doen het graag zo. De schok is enorm als je wordt geconfronteerd met een verdenking op longkanker; dan is het fijn als je snel weet wat er aan de hand is en welke behandelingen eventueel mogelijk zijn.'

Impact Volgens verpleegkundig consulente Inge Visser komen patiënten van alle leeftijden in aanmerking voor

sneldiagnostiek. 'Maar als het om mensen op hoge leeftijd gaat, overleggen we eerst wel of de patiënt het fysiek aankan. Het is immers een intensief programma, zeker voor ouderen.' Als patiënten met een verdenking op longkanker door een huisarts of collega in het MCL worden ingestuurd voor sneldiagnostiek, beslist de longarts op basis van de gemaakte foto of ze voor het traject in aanmerking komen. 'Als bijvoorbeeld al uitzaaiingen zichtbaar zijn, is andere actie wenselijk', stellen Visser en Venmans.

Begeleiding Sneldiagnostiek is haalbaar door simpelweg goede interne afspraken te maken en plaatsen te reserveren voor vaste onderzoeken. Op woensdag vindt het voorbereidende gesprek plaats, daarna volgt de onderzoeksweek en aan het eind van die week (vrijdag) worden de diagnose en het

behandelvoorstel met de patiënt besproken. Per week kunnen twee patiënten in het traject instromen. Sinds de start in januari blijkt dit voorlopig voldoende.

Ruimte De verpleegkundig consulenten spelen een centrale rol. 'Zij coördineren het geheel en ze vervullen een waardevolle rol als begeleider van patiënten', zegt Venmans. 'Bij mij ervaren patiënten vaak een drempel, maar aan de consulenten durven ze alles te vragen. Het is fijn dat daar ruimte voor is in zo'n intensief en spannend traject.'

in dit nummer:

Sneldiagnostiek op longpoli 3

Vlotter herstel door ERAS 4

Acute verwardheid voorkomen 6

Om kwalitatief goede gezondheidszorg te bieden, zijn heldere communicatie en een goede verstandhouding met verwijzers essentieel. Wij investeren daar in. Of we dat op de juiste manier doen, proberen we onder meer te achterhalen door de Verwijzersraadpleging van Peter Lagendijk. Daaruit blijkt hoe de verwijzers het MCL zelf, maar ook de relatie met het ziekenhuis en de specialisten waarderen.

Enkele bevindingen uit het onderzoek in 2007 vindt u op de achterzijde van dit magazine. Op dit moment zetten wij alle resultaten op een rij en bepalen waar we actie op gaan ondernemen en hoe we dat gaan aanpakken. We komen hier in het volgende nummer op terug!

Niet alleen de afstemming met verwijzers is belangrijk, ook intern is communicatie de basis van veel verbeteringen. Door relatief eenvoudige aanpassingen, kunnen we patiënten betere zorg bieden. In dit nummer een paar voorbeelden, zoals het onderzoek naar geriatrische interventie, de invoering van sneldiagnostiek op de longpoli en het werken met het ERAS-protocol bij darmchirurgie.

Wander Blaauw
Voorzitter Directie MCL

Edith Edens-Schipper
Voorzitter Bestuur Medische Staf MCL

EXTRA is een uitgave van het MCL voor verwijzers, beleidsmakers, zorgprofessionals en andere geïnteresseerden. Verschijnt drie keer per jaar in een oplage van 1.000 exemplaren.

Jaargang 1 - nummer 3 - december 2007

Redactie: afdeling Voorlichting en Communicatie Fotografie: Martin Aukes, Het Hoge Noorden, afdeling Voorlichting en Communicatie
Tekst en vormgeving: Groot Haar + Orth, Leeuwarden Druk: Telenga Drukkerij BV, Franeker

Redactie-adres:
afdeling Voorlichting en Communicatie - Postbus 888 - 8901 BR Leeuwarden Tel. (058) 286 7352 redactie@znb.nl
www.mcl.nl

en verder:

Kort nieuws 5

Route 21a:
de fertiliteitspoli 7

Samenwerking met
verwijzers 8

Patiënt herstelt vlotter door ERAS-protocol

Traditionele denkbeelden in de medische zorg verander je niet zomaar. Dat geldt voor artsen en verpleegkundigen, maar ook voor patiënten zelf. Dat bleek bij de invoering van het ERAS-protocol, een methode die ervoor zorgt dat patiënten na darmchirurgie weer sneller op de been zijn. Na bijna twee jaar heeft ERAS een plek veroverd in het denken en handelen. Ruim de helft van de darmpatiënten is daardoor al na zes dagen fit genoeg om naar huis te gaan!

Greep uit het ERAS-protocol:

- Patiënt goed voorlichten.
- Minder streng nuchterbeleid vooraf.
- Kleine incisies/laparoscopie.
- Geen neus-maagsonde meer.
- Betere pijnstilling.
- Snel na operatie weer eten en drinken.
- Sneller in beweging.
- Patiënt betrekken bij eigen herstel.

Een darmoperatie is een behoorlijke ingreep. Patiënten lagen voor de invoering van het ERAS-protocol zeker elf dagen in het ziekenhuis. 'In die periode moesten patiënten echt weer opkrabbelen', vertelt Jellie Keizer, zorgcoördinator van verpleegafdeling U. 'Ze voelden zich behoorlijk beroerd. Als je terugkijkt, is dat ook niet zo gek. Ze mochten voor de operatie een dag niet eten en moesten intensiever laxeren, dus dan ga je al minder fit het ziekenhuis in. Na de operatie lagen ze met een neus-maagsonde in bed en kregen ze nog geen vast voedsel. De darmen werden daardoor minder geactiveerd en dat heeft effect op het hele gestel.'

Omslag Het ERAS-protocol is een combinatie van zeventien zorgaspecten (zie selectie in kader). De belangrijkste verschillen - zo kort mogelijk nuchter, sneller in beweging - zijn eigenlijk heel logisch. Toch vroeg menig verpleegkundige zich bij de start in januari 2006 af: kán dat eigenlijk wel? 'Uit onderzoek bleek dat ERAS echt betere zorgresultaten opleverde', vertelt chirurg Christiaan Hoff, die zich ook buiten het MCL heeft ingespannen voor de invoering van het protocol in Nederlandse ziekenhuizen. 'Maar het veranderen van tradities kost nu eenmaal tijd. Op papier lijken het eenvoudige aanpassingen, maar het vraagt wel een omslag in denken en doen, vooral bij de verpleegkundigen.'

Het ERAS-project is daarom vanaf het begin serieus opgepakt door een inhoudelijk team, met ondersteuning van staffunctionaris Nicole Slager (patiëntenlogistiek en capaciteitsmanagement). 'Regelmatig afstemmen, uitleggen en doorspreken heeft ervoor gezorgd dat ERAS gemeengoed is geworden bij darmchirurgie', zegt Slager. 'Het is begrijpelijk dat medewerkers eerst behoedzaam en kritisch reageren. Het kost tijd om te ontdekken dat het ook anders kan.' En bij ERAS betekent anders ook daadwerkelijk béter. 'We zien dat patiënten sneller opknappen', vertelt Keizer. 'Bovendien ontdekten we gaandeweg dat de nieuwe vorm van zorg helemaal niet ingewikkelder is. We steken meer tijd in het mobiliseren van patiënten, maar daar staat tegenover dat ze zichzelf sneller kunnen redden.'

Inspanningen 'Niet alleen bij de verpleegkundigen en artsen moest een knop omgezet worden, ook bij de patiënten zelf', benadrukt Hoff. 'Die voelen na de operatie immers vooral de behoefte om rustig te blijven liggen, terwijl ze juist zo snel mogelijk in beweging moeten komen. Dat is nog steeds een lastig punt en vraagt zowel extra inspanningen van de verpleging als van de patiënt. Maar eenmaal op de been, gaat het vaak snel! Het succes van ERAS is overigens niet alleen voorbehouden aan darmpatiënten. Het projectteam is er van overtuigd dat ook andere patiënten baat kunnen hebben bij het protocol. Het gaat dan vooral om zware ingrepen in de buikstreek. Nu ERAS bij darmchirurgie behoorlijk goed is ingebed, wordt al voorzichtig onderzocht of uitbreiding naar andere afdelingen mogelijk is.

Jellie Keizer (links) en Christiaan Hoff zien dat patiënten sneller opknappen door ERAS.

kort nieuws

- Het MCL huisvest een nieuw centrum voor zwangerschapsonderzoeken: het Verloskundig Centrum SICHT (vanaf 17 december officieel open). SICHT voert onder meer NT-metingen en termijnecho's uit.
- Op de website www.wachteninfriesland.nl krijgen patiënten en verwijzers inzicht in de wachttijd voor een bepaalde (poli)klinische behandeling. Op de website www.mcl.nl wordt onder de knop 'wachttijden en toegangstijden' een indicatie gegeven van de toegangstijden van de poliklinieken in het MCL.
- Het Dialysecentrum van het MCL is opnieuw gecertificeerd door Lloyd's. Zowel het behandelen en begeleiden van predialysepatiënten als het geven van niervervangende therapie voldoen aan alle kwaliteitseisen.
- Het MCL heeft in november een Golden Service Award (de 'Oscar voor de schoonmaakbranche') gewonnen omdat het ziekenhuis is beoordeeld als best schoongemaakte object in de categorie gezondheidszorg.
- Pasgeborenen op de couveuseafdeling van het MCL krijgen voortaan een suikeroplossing in de mond bij hielprikken of injecties. Uit onderzoek blijkt dat sucrose de pijndrempel van baby's verhoogt.
- De Vereniging van Vaatpatiënten heeft het MCL in oktober het 'vaatkeurmerk' uitgereikt. De vereniging geeft daarmee aan dat het MCL vanuit patiëntenperspectief voldoet aan de kwaliteitscriteria voor goede vaatzorg.

Na een operatie kunnen zogenoemde Geriatrische Reuzen het herstel van oude mensen flink in de weg staan. Het gaat om ziektebeelden als acute verwardheid (delier), die vaak een slechtere prognose en langere opname tot gevolg hebben. Dat is vervelend voor de patiënt en drukt bovendien op de kosten. Een studie van het MCL en het UMCG moet bijdragen aan een optimaal postoperatief herstel van kwetsbare ouderen.

Geriatrische interventie voorkomt acute verwardheid na operatie

Het onderzoek richt zich bewust op de groep kwetsbare oncologiepatiënten boven de 65 jaar die een operatie moeten ondergaan. De Geriatrische Reuzen doemen namelijk vooral op bij kwetsbare ouderen. Of iemand kwetsbaar is, wordt bepaald aan de hand van een vragenlijst, de Groninger Frailty Indicator (GFI). Wie hoger dan 3 scoort, komt in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Het lot bepaald of de patiënt in de interventie- of de controlegroep terecht komt. De controlegroep krijgt standaard zorg; bij de interventiegroep wordt het geriatrisch team ingeschakeld.

Simpele dingen 'Wij willen aantonen dat een proactieve geriatrische interventie een positieve invloed heeft op het voorkomen of vroegtijdig bestrijden van een acute verwardheidstoestand na de operatie', vertelt professor Joris Slaets, hoofd Academisch Centrum voor Ouderengeneeskunde in het UMCG. 'Al voor de operatie wordt een individueel zorg- en behandelplan opgesteld.

De combinatie van kleine acties kan voorkomen dat een patiënt delirant wordt. Denk aan eenvoudige dingen als na de operatie de patiënt informeren over waar hij is of het indoen van zijn gehoorapparaat. Ook het nauwkeuriger letten op de voeding en vochtbalans kan verschil uitmaken.'

Investeren Afdelingen zijn allereerst zelf verantwoordelijk voor hun complexe oudere patiënten. Het onderzoeksteam vindt het belangrijk dat verpleegkundigen leren om vroegtijdig een delier te herkennen. 'Maar het begint eigenlijk bij het herkennen van kwetsbare ouderen, nog vóór de operatie. Dan kun je acute verwardheid voorkomen. Het is de investering meer dan waard. Per delier praat je al over een stijging van 25% in de zorgkosten. Daar kun je in de zorg rondom de operatie veel mee doen. Door deze behandeling te reserveren voor patiënten met een hoog risico, is het protocol bovendien op grote schaal implementeerbaar.'



Joris Slaets

MCL voorloper Het MCL heeft als eerste ziekenhuis in Nederland de Groninger Frailty Indicator geïmplementeerd. 'Het MCL loopt al jaren voorop in het screenen van oudere patiënten op kwetsbaarheid', stelt Slaets. De onderzoeksgroep is heel blij met de enthousiaste en onbaatzuchtige inzet van patiënten, verpleegkundigen en artsen in het MCL. 'Het is bijzonder om te zien dat mensen het belangrijk vinden om iets voor deze kwetsbare patiëntengroep te doen. Delieren kunnen heel naar en zelfs onveilig zijn, terwijl we samen veel ellende kunnen voorkomen.'

extra

route 21a

Blijdschap en verdriet op fertiliteitspoli

Noorderlingen stappen niet snel naar de dokter als een gewenste zwangerschap uitblijft. 'Het komt vanzelf', is vaak de nuchtere conclusie. Toch heeft het MCL één van de grootste regionale IVF-centra in Nederland. Denise Perquin, gynaecoloog binnen het fertiliteitsteam, promoveerde in oktober op vruchtbaarheidsonderzoeken en IVF-resultaten. Een mooi moment om eens kennis te maken met de fertiliteitspoli.

Pas na twaalf maanden 'proberen' mogen huisartsen patiënten doorverwijzen naar de fertiliteitspoli. De huisarts kan eventueel alvast het zaad onderzoeken of temperatuurcurves laten bijhouden. 'In vergelijking met ziekenhuizen in het westen komen noorderlingen veel minder snel naar onze poli', is de ervaring van Perquin. 'Vanuit hun nuchterheid gunnen ze het meer tijd. Ook doet de huisarts hier veel meer zelf. Toch neemt ons patiëntenaantal toe en groeit de wachtlijst voor IVF. Dat komt doordat stellen op steeds latere leeftijd aan kinderen beginnen. De gemiddelde leeftijd waarop een Nederlandse vrouw haar eerste kind krijgt, is 29,5 jaar! En iedereen weet dat de vruchtbaarheid afneemt naarmate we ouder worden.'

Natuur helpen Op de fertiliteitspoli wordt eerst de oorzaak achterhaald. 'Voor zover dat kan, want in tien procent van de gevallen weten we

niet waar het aan ligt', vertelt Perquin. 'De kans dat het aan de man, de vrouw of aan de combinatie van beiden ligt, is even groot, namelijk dertig procent. Als er sprake is van verminderde vruchtbaarheid, kunnen wij de natuur een handje proberen te helpen. Denk aan behandelingen als ovulatie-inductie, inseminaties, reageerbuis-bevruchting of het operatief aanpakken van bijvoorbeeld endometriose. Tegenwoordig hameren we ook steeds meer op de leefstijl. Overgewicht, roken en drinken kunnen de vruchtbaarheid namelijk sterk verminderen.'

Grenzen Zwanger worden is geen vanzelfsprekendheid. Ook niet bij de fertiliteitspoli, al rekenen sommige patiënten daar wel op. Soms gaat een lang gekoesterde wens in vervulling door de behandelingen, maar er zitten grenzen aan de medische technieken.

Het fertiliteitsteam van het MCL werkt nauw samen met de IVF-afdeling van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Het grootste deel van de reageerbuisbehandelingen (IVF en ICSI) vindt plaats in het MCL, maar de laboratoriumfase ligt in handen van het UMCG. In 2006 zijn op de fertiliteitspoli in het MCL 221 IVF-puncties en 572 inseminaties verricht.

'Soms kunnen we niks meer doen en soms mogen we niks meer doen. Er wordt een beperkt aantal behandelingen vergoed door de verzekeraar en de grens voor IVF ligt bij 40 jaar. In het buitenland zijn dan nog wel mogelijkheden. Of dat ethisch verantwoord is? Daar heeft iedereen zijn eigen gevoel bij. Zelf denk ik dat er een punt komt waarop je moet zeggen: we stoppen ermee.'

Begeleiding 'Verdriet en blijdschap liggen dicht bij elkaar op onze poli. Daarom is het zo fijn dat we een goed en hecht team hebben', besluit Perquin. 'De onderlinge samenwerking loopt soepel en we kennen onze patiënten goed. Communicatie en begeleiding zijn heel belangrijk, want de emotionele belasting is zwaar voor de stellen die hier komen. Accepteren dat zwanger worden niet spontaan lukt, is al moeilijk. De onderzoeken en behandelingen hier maken het er niet eenvoudiger op. Menig relatie staat er stevig door onder druk. Soms verwijzen we door naar het FIOM. Een mooie opsteker was dat wij op 12 november van Freya (landelijke patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek) de derde prijs kregen uitgereikt voor onze goede voorlichting en begeleiding.'

onderzoek-
kamer



Samenwerking verwijzers

Het MCL heeft dit jaar opnieuw onderzoek gedaan naar de relatie met verwijzers in Friesland. Daaruit blijkt dat MCL wint aan respect bij verwijzers. Ook vinden zij dat de MCL-medewerkers uitstralen dat ze graag met hen samenwerken.

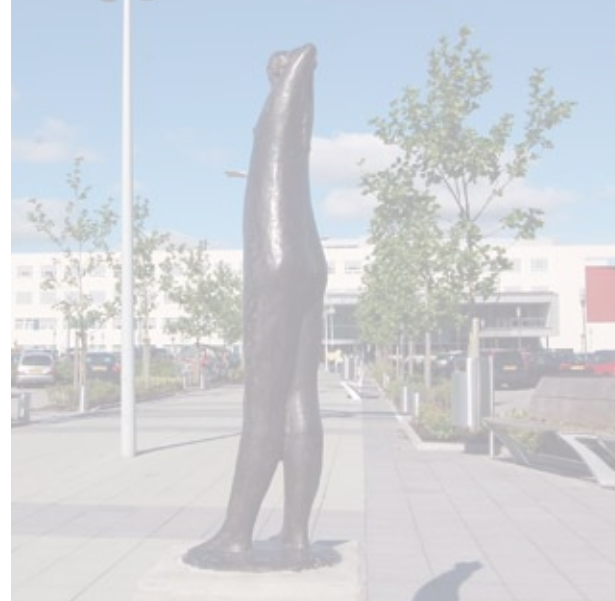
Volgens huisartsen en verloskundigen heeft het MCL een goede telefonische bereikbaarheid en beschikt het over vele specialismen met ruime medisch-technische voorzieningen. MCL heeft een veel geprezen SEH, waar de verwijzer altijd terecht kan met zijn patiënt. Maar de verwijzers constateren ook enkele knelpunten: de onduidelijkheid over toegangstijden, de overdracht naar huisartsen, de bij- en nascholing en het informeel contact. Ook blijkt het ontslaggesprek met de patiënt niet altijd afdoende en werkt niet iedereen papierloos, ondanks de ICT-slag.

Door de verbeterde omgang met de patiënt groeit het vertrouwen in het MCL. Bovendien verwachten verwijzers in de toekomst meer beroep te doen op het ziekenhuis. Het MCL is niet ontevreden over de resultaten, want na het vorige onderzoek in 2005 is voortgang geboekt. De komende twee jaar wacht op basis van de aandachtspunten een nieuwe uitdaging.

Meer informatie: www.mcl.nl/verwijzersenquête

Aandacht voor cultuur

Het MCL heeft haar 25-jarige bestaan het afgelopen jaar niet ongemerkt voorbij laten gaan. Het jubileum is onder meer aangewend om via kunst en muziek de gastvrijheid en patiëntvriendelijkheid te verhogen. Kunst prikkelt de verbeelding en biedt een andere kijk op de werkelijkheid. Bovendien zijn zowel kunst als muziek een welkome afleiding. Naast een tijdelijke expositie is de kunstcollectie van het MCL uitgebreid met drie waardevolle beelden van Karianne Krabbendam en Evert van Hemert. Ook is er geïnvesteerd in meer kunst op de verpleegafdelingen en heeft het MCL een concertvleugel aangeschaft.



nieuws

Onderzoek naar Verwijsmodel

Het MCL wil de afstemming tussen huisartsenzorg en ziekenhuis verbeteren. Kijkend naar het voorbeeld van De Tjongerschans in Heerenveen, lijkt het ontwikkelen en implementeren van het Verwijsmodel een goede oplossing. Binnen dit model maken huisartsen en specialisten praktische afspraken over onder meer verwijscriteria, toegangstijden en behandeltrajecten. Deze aanpak heeft meerwaarde voor zowel MCL en huisartsen als patiënten. Draagvlak is een voorwaarde voor succes, daarom start eerst een vooronderzoek onder huisartsen en specialisten. Alle partijen ontvangen in januari meer informatie.

OK in MCL Harlingen dicht

De directie is voornemens de operatieafdeling en de OK-gerelateerde dagbehandeling in MCL Harlingen per 1 februari 2008 te sluiten. Dit besluit komt niet van de één op de andere dag. Om verantwoorde en kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden, is een investering van circa drie miljoen euro nodig. Kijkend naar de bezetting en de noodgedwongen bezuinigingen, vinden directie en bestuur die investering niet verantwoord. De nadruk komt nu op de polikliniek te liggen; het aantal poliklinische specialismen wordt uitgebreid. Het voorgenomen besluit wordt uitgebreid besproken in de organisatie. De directie wacht de adviezen af van onder meer de Ondernemingsraad, medische staf en de cliëntenraad.

mcl
medisch centrum
leeuwarden

MCL
Henri Dunantweg 2
8934 AD Leeuwarden
Telefoon: 058 - 286 66 66
www.mcl.nl

MCL Harlingen
Zorg- en behandelcentrum
Achlumerdijk 2
8862 AJ Harlingen
Telefoon: 0517 - 499 999
www.mcl.nl/harlingen



Spiegel van de ziel

Een ernstige ziekte als kanker zet de wereld op zijn kop. Creatieve activiteiten helpen om de gevoelens die daarbij los komen te uiten. Dat kan in het open atelier van de afdeling activiteitenbegeleiding MCL voor oncologische patiënten. Een serie bijzondere zelfportretten van patiënten wordt tot 17 januari geëxposeerd in het hoofdkantoor van De Friesland Zorgverzekeraar. Het zijn soms heftige, maar vooral aanwezige portretten die trots de ziel spiegelen onder het motto 'ik ben er en je zult me zien ook!'