



Pionieren met nieren

25 jaar Dialyse Centrum Groningen

Pionieren met nieren

Pionieren met nieren

25 jaar Dialyse Centrum Groningen

Colofon

Opdrachtgever: Dialyse Centrum Groningen
Auteurs: Marjan Brouwers en Jaap Ekhart
Eindredactie: Stefanie Bokma
Redactie: Nynke de Boer, Trees van den Brink, Annemiek Helmantel, Sam Kwant, Tanja Lips, Petra Visser en Ralf Westerhuis
Vormgeving: Qorona Grafisch Ontwerp
Drukwerk: Scholma Print & Media
Uitgever: Profiel

Disclaimer

© Oktober 2022. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Ondanks alle aan de samenstelling van dit boek bestede zorg kan/kunnen noch de uitgever, noch de (eind)redactie, noch de auteurs aansprakelijk worden gesteld voor eventuele schade die het gevolg is van enige fout in deze uitgave. Het beeldmateriaal evenals de onderschriften zijn zo zorgvuldig mogelijk uitgezocht. Voor de gebruikte beelden is waar mogelijk toestemming gevraagd en daarnaast is gebruik gemaakt van historisch materiaal en het DCG-archief.

Inhoud

Voorwoord	7
Deel 1 Dialyse Centrum Groningen: 25-jarig jubileum	12
1 Dialyse Centrum Groningen door de jaren heen	13
2 Voorgangers	29
3 De identiteit van Dialyse Centrum Groningen	43
Deel 2 Dialyse Centrum Groningen: het speelveld	54
4 De nieren in de hoofdrol	55
5 Geschiedenis van de dialysebehandeling	61
Deel 3 Dialyse Centrum Groningen: de verhalen	68
6 Het verhaal van de patiënten	69
7 Het verhaal van de medewerkers	83
8 Het verhaal van de collega's achter de schermen	99
9 Het verhaal van de mensen aan het stuur	111
Slot Zuster DIA strikes again	
10 Alles stroomt	123
Bronnen	126

Voorwoord

DCG: 25 jaar verhalen en herinneringen

Een kwarteeuw geleden vormden Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland en de afdeling Nierdialyse van Beatrixoord na jaren van bestuurlijk overleg, plannen maken en gesprekken voeren samen Dialyse Centrum Groningen: DCG. Voortaan zouden de medewerkers van deze twee voorgangers op hun nieuwe werkplek in het toenmalige AZG-gebouw gezamenlijk de dialysebehandeling verzorgen: zowel thuis als in het dialysecentrum.

Met dit jubileumboek markeren we 25 jaar verhalen. Het is een boek geworden vol herinneringen aan bijzondere patiënten, persoonlijke verhalen en portretten van bevlogen medewerkers en nostalgische anekdotes over hoe het ooit was. We gaan terug naar de aanloop van de fusie en de manier waarop de identiteit van DCG is ontstaan. Om dit alles goed te begrijpen plaatsen we DCG in de bredere historische context en bekijken we de oorsprong en het waarom van de dialysebehandeling.

We hebben dit boek samen gemaakt: we hebben tal van medewerkers, oud-medewerkers en patiënten geïnterviewd die hun herinneringen en soms zelfs hun oude fotoalbums met ons hebben gedeeld. Hun verhalen hebben we aangevuld met foto's en feiten uit het DCG-archief. Daarbij hebben we dankbaar gebruik gemaakt van oude dossiermappen met vaak nog handgeschreven notulen en verslagen, krantenknipsels en vooral het personeelsblad Homepage dat vanaf de fusie in 1997 zo'n dertien jaar lang het wel en wee binnen DCG volgde.

In die 25 jaar is ontzettend veel gebeurd. Volledig konden we niet zijn, maar we hebben wel geprobeerd om zoveel mogelijk medewerkers en patiënten aan het woord te laten en terug te laten komen in verhalen en op foto's.

We willen iedereen die betrokken is geweest bij de totstandkoming van dit boek van harte bedanken en wensen alle lezers veel lees- en kijkplezier.

Warme groet,

Tanja Lips en Ralf Westerhuis



Mijlpalen

Dialyse Centrum Groningen:
door de jaren heen

17 juni 1966

De interne kliniek van het toenmalige Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) verricht de eerste nierdialyse.

9 juni 1969

Het besluit valt om in samenwerking met het AZG in Beatrixoord in Haren een afdeling in te richten met twaalf bedden voor nierdialyse in revalidatiecentrum Beatrixoord, waarmee dit centrum één van de grootste in Nederland zou worden.

30 juni 1970

De eerste twee patiënten worden in Beatrixoord gedialyseerd.

Begin jaren '70

Voor hepatitis B-positieve dialysepatiënten wordt begin jaren zeventig een aparte afdeling ingericht om besmettingen tegen te gaan.

Begin 1971

Begin 1971 stapt Beatrixoord over van de Scribner-shunt (die nogal eens zorgde voor stolling en infectie) op de onderhuidse Cimino-shunt.

1970

1974

In 1974 pleit internist P. van der Zouwen, hoofd van de afdeling Thuisdialyse van de Universiteit Utrecht, in zijn proefschrift om de mogelijkheden voor thuisdialyse sterk uit te breiden. Er is namelijk een groot tekort aan dialysebedden in Nederland en uit zijn onderzoek blijkt ook nog eens dat thuisdialyse aanzienlijk goedkoper is dan dialyse in een centrum.

1973

In 1973 krijgt Beatrixoord voor het eerst de beschikking over nieuwe kunstnieren die na gebruik worden weggegooid. Voordien maakt men gebruik van kunstnieren die telkens opnieuw moeten worden opgebouwd, de zogenaamde Kill-nieren. Omdat wegwerp kunstnieren minder arbeidsintensief zijn, kan het centrum meer patiënten aannemen.

1973

Het aantal patiënten loopt op: eind 1970 telt Beatrixoord elf patiënten, eind 1971 26 en eind 1973 50.

1976

Prof. dr. Gjalb van der Hem, hoogleraar Nierziekten RUG en hoofd van de dialyseafdelingen van AZG en Beatrixoord, onderstreept in 1976 het belang van meer thuisdialyse omdat het aantal chronische nierpatiënten snel oploopt en hij vreest dat er niet genoeg dialysebedden beschikbaar zijn in het Noorden.

2 augustus 1976

In 1975 wordt in Amsterdam de Stichting Dialat (het huidige Dianet) opgericht met als doel hoteldialyse aan te bieden in een huiselijke sfeer. De eerste dialyse vindt plaats op 2 augustus 1976 in een flatgebouw in de woonwijk Amsterdam-Buitenveldert. Patiënten worden hier opgeleid en dialyseren zichzelf, net als bij thuisdialyse.

Begin 1978

STDNN verhuist naar de Marcellus Emantslaan 1B in de Wijert in Groningen. Op 6 april 1979 verricht mevrouw E. Veder-Smit, staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de officiële opening van het Centrum voor Thuisdialyse Noord-Nederland.

6 april 1977

De Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN) wordt opgericht. In deze stichting zijn de volgende organisaties vertegenwoordigd: Beatrixoord te Haren (als onderdeel van het AZG), het Bonifatius Hospitaal te Leeuwarden, het Scheper Ziekenhuis te Emmen, de verenigingen van ziekenhuizen in Groningen, Drenthe en Friesland en de drie provinciale Kruisverenigingen.

1980

1 februari 1984

Op initiatief van nierpatiënte Antje Vonk-Kuipers, is het vanaf 1 februari 1984 mogelijk om te dialyseren in het wijkgebouw van het Groene Kruis in West-Terschelling. Ook nierpatiënten die op vakantie zijn op het eiland, kunnen hier voortaan terecht.

1985-1987

In de loop van 1985 is het duidelijk dat er niet genoeg bedden zijn voor dialysepatiënten in het Noorden. Daarom dienen STDNN en Beatrixoord gezamenlijk een aanvraag in bij het Ministerie van Volksgezondheid voor uitbreiding. Beatrixoord wil het aantal dialyseplaatsen uitbreiden en STDNN vraagt toestemming om hoteldialyse aan te mogen bieden aan patiënten die nog niet of niet meer thuis kunnen dialyseren. Begin 1987 staat het ministerie de uitbreiding van het aantal bedden en de hoteldialyse toe.

Januari 2009

Patiënten in het noorden van de provincie Groningen kunnen in Delfzijl terecht voor dialyse op de locatie van DCG in het Delfzicht Ziekenhuis. Deze locatie verhuist in 2018 naar het nieuwe Ommelandse Ziekenhuis in Scheemda.

2010

In nauwe samenwerking met het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal volgt in 2010 de volgende dependance. De locatie in Veendam wordt afgebouwd: patiënten kunnen voortaan naar Stadskanaal.

2012

15-jarig jubileum.

17 oktober 2017

DCG sluit 'met pijn in het hart' de locatie op Terschelling. Na 33 jaar is het niet langer mogelijk voor vakantiegangers om op het eiland te dialyseren.

2022

25-jarig jubileum.

2010

Eind 2006

In Veendam opent DCG een kleinschalige locatie in verzorgingshuis De Breehorn.

Maart 2006

De nieuwbouw is klaar en DCG kan verhuizen van het Triadegebouw naar De Brug. Op 22 april organiseert DCG een open dag voor medewerkers, patiënten en familieleden.

2006

DCG richt ook de eerste dependance in de regio op: samen met het Martini Ziekenhuis gaat de eerste locatie buiten de stad Groningen van start in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen.

12 juni 2005

Op Terschelling opent DCG een nieuwe locatie voor vakantiedialyse. Deze dependance is gevestigd in het Medisch Centrum van Midsland.

13 januari 2005

AZG wordt UMCG.

26 november 1997

Het nieuwe dialysecentrum wordt officieel geopend. Helaas niet door minister Els Borst, die verstek moet laten gaan in verband met verplichtingen in de Tweede Kamer. Directeur Algemene Zaken Margriet Hommes neemt daarom de honneurs waar.

2001

In 2001 was DCG met 240 patiënten het grootste dialysecentrum van Nederland.

2003

In 2003 voerde DCG het multidisciplinaire werken in door over te stappen op een systeem van zes zorgteams, ieder aangestuurd door een teamleider.

2004

DCG introduceert een nieuwe vorm van dialyse: nachtelijke thuisdialyse. Twee jaar later kunnen patiënten ook 's nachts bij DCG terecht voor de nachtelijke centrumhemodialyse. Op 13 november 2006 melden de eerste patiënten zich voor een nachtelijke dialyse.

2000

1 januari 1997

De fusie vindt plaats tussen de dialyseafdeling van Beatrixoord en STDNN. Het nieuwe Dialyse Centrum Groningen (DCG) verhuist naar de A-vleugel van het AZG, in de voormalige interne kliniek in het Triadegebouw (oftewel Ingang 23), in afwachting van nieuwbouw. Op 28 april wordt de eerste patiënt gedialyseerd op de nieuwe locatie.

1995

Er worden 10 werkgroepen met vertegenwoordigers van beide fusiepartners opgericht die de inhoudelijke kant van de fusie vormgeven en begeleiden.

6 april 1994

Het Martini Ziekenhuis gaat in 1994 van start met een eigen dialysecentrum. Beatrixoord staat zeven dialyseplaatsen af aan dit nieuwe centrum.

1991 - 1993

Op 4 november 1991 wordt de intentieverklaring getekend voor de fusie tussen Beatrixoord en STDNN. Het doel is om vanaf voorjaar 1997 te gaan werken op één locatie. In 1993 volgt de Strategische Alliantie die leidt tot de oprichting van Stichting Dialyse Noord Nederland.

1990

9 december 1987

STDNN verhuist van de Wijert naar een nieuw pand aan de Nieuwe Stationsweg 3-5-7 in Haren. Zorgverzekeraar IZA, de verhuurder van het pand in de Wijert, heeft de ruimte nodig voor de eigen medewerkers.

1991

In 1991 vinden er steeds vaker gesprekken plaats over de samenwerking tussen STDNN en Beatrixoord, vanwege nieuwe wetgeving die bepaalt hoeveel dialysecentra er mogen bestaan in een regio, de noodzaak van schaalvergroting en de aanstaande oprichting van een eigen dialyseafdeling door het Martini Ziekenhuis.

Deel 1

Dialyse Centrum Groningen:
25-jarig jubileum

1

DIALYSE CENTRUM GRONINGEN DOOR DE JAREN HEEN

In 2022 is het 25 jaar geleden dat Dialyse Centrum Groningen (DCG) officieel wordt opgericht na de geslaagde fusie van de dialyseafdeling Beatrixoord van het toenmalige Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) en de Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN). De twee partners nemen begin 1997 gezamenlijk hun intrek in het Triadegebouw (Ingang 23), waar voorheen de interne kliniek van het AZG is gevestigd. De officiële opening volgt op 26 november.



Pioniers

Ondanks de jarenlange samenwerking in werkgroepen om de fusie voor te bereiden, duurt het nog even voordat er sprake is van één organisatie. Dat gebeurt pas als de nieuwbouw gereed is en DCG in 2006 verhuist naar de huidige locatie. Toch blijven de voorgangers van DCG in het hart van de organisatie gegrift. En niet voor niets. Als echte pioniers op dialysegebied hebben de dialyseafdelingen van Beatrixoord en STDNN een geschiedenis om trots op te zijn. 25 jaar later geldt dit ook voor DCG.

Beatrixoord, Haren: 1969 - 1997

Op 6 juni 1956 besluit minister Veldkamp van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat er een nieuw sanatorium voor tuberculosepatiënten gebouwd mag worden op het terrein tussen de Dilgtweg en de Hortus Botanicus in Haren. Prinses Beatrix legt op 28 augustus 1959 de eerste steen. De minister opent het gebouw officieel op 4 maart 1963. De kroonprinses is die dag verhinderd. Het gebouwencomplex is dan al driekwart jaar in gebruik: in juni 1962 zijn de eerste patiënten vanuit de oude locatie in Appelscha al overgebracht.

De dialyseafdeling wordt ingericht in 1969. De Nederlandse firma Enraf Nonius uit Delft levert de apparatuur en het dialysesysteem, inclusief het prototype van een dialysemonitor die nog nergens in Nederland verkrijgbaar is. Zo kan de patiënt zelf in de gaten houden wat er gebeurt tijdens de dialyse. Op 30 juni 1970 gaat de afdeling van start met de eerste twee patiënten onder de medische supervisie van de artsen van het AZG, onder wie prof. dr. Gjal't van der Hem. In drie jaar tijd neemt het aantal patiënten toe naar vijftig.

Ondanks het succes van het centrum zijn er ook problemen. Zo moet er een aparte afdeling komen voor patiënten met hepatitis B, wat toen nogal vaak voorkomt bij dialysepatiënten. Ook verpleegkundigen en artsen raken ermee besmet. Bijzondere herinneringen hebben de medewerkers van in die tijd aan de winter van 1979. Er ligt dat jaar zoveel sneeuw dat patiënten lopend naar Haren komen. Een barre tocht. Er wordt een helikopter geregeld om patiënten te halen en te brengen. Eén van hen haalt de krant: hij is na zijn avontuur de opleiding gaan doen voor thuisdialyse om voortaan thuis te kunnen dialyseren: 'Dat geeft me in deze wintermaanden een heel rustig en veilig gevoel.' Een andere patiënt ziet de hele provincie vanuit de lucht en heeft de tijd van zijn leven. Ondertussen blijven alle verpleegkundigen slapen in Beatrixoord en dialyseren ze dag en nacht om alle patiënten te kunnen helpen.

Prof. dr. Gjal't van der Hem



Patiënten dialyseren in Beatrixoord



Medewerkers van Beatrixoord met een patiënt in de jaren '80



De ingang van locatie Beatrixoord



Het uitzicht op het hertenkampje in de tuin van Beatrixoord dat later zo gemist werd door de medewerkers (1997)



Medewerkers brengen een lied ten gehore tijdens het afscheid van Beatrixoord in 1997



Nierpatiënt Pier Frankena bij zijn dialyse-apparaat

'Zo'n helikopter wiebelt...'

Voor nierpatiënt Pier Frankena (62) in het Friese Winsum stond één ding vast na de winter van 1979: zo gauw mogelijk een opleiding volgen om zelf thuis een nierdialyse te kunnen uitvoeren. „Dat is nu gebeurd en sinds vorige week ben ik gelukkig niet meer afhankelijk van het nierdialyse-centrum in het Beatrixoord in Haren bij Groningen. Dat geeft me vooral in deze wintermaanden een heel rustig en veilig gevoel en ik ben dan ook erg blij dat ik die opleiding samen met mijn vrouw heb afgerond.”

Landbouwer Frankena is al 12 jaar nierpatiënt en moest (tot voor kort) tweemaal per week naar het centrum in Haren om te worden gespoeld. Dit leverde nooit problemen op totdat hij vorig

jaar februari volledig geïsoleerd raakte. Zijn verhaal: „Woensdagavond de 14e toen sneeuwvachten het Friese land teisterden was ik al wat onrustig. Ik zou de andere morgen naar het nierdialyse-centrum moeten maar ik had er een heel zwaar hoofd in op welke manier ik daar kon komen. Alles zat immers vast. Ik heb een paar maal de politie in Leeuwarden gebeld om te vragen hoe de verbindingen naar Groningen waren. Het antwoord was telkens weer: „alberberoorst. Ik ben op het laatst toch maar naar bed gegaan maar slapen kon ik bijna niet. De andere morgen weer gebeld met hetzelfde resultaat; vervoer was uitgesloten. Daarop nam ik telefonisch contact op met de burgemeester van Winsum en die hield me voor,

rustig te blijven want er zou alles aan worden gedaan om mij in Haren te krijgen. Na een uur kwamen er opeens bulldozers bij mij het erf op die de hoge sneeuwduinen begonnen te verwijderen. Ik hoorde dat een helikopter van de vliegbasis mij zou komen ophalen. Na enige tijd landde dit toestel en ik kon instappen”, aldus de heer Frankena.

Binnen een half uur was hij in Haren. Geen prettig halfuurtje overigens, zegt hij.

„Zo'n helikopter wiebelt erg en ik ben dan ook nogal misselijk geweest.” Na de behandeling overnachtte hij bij kennissen in Haren. Over de terugtocht naar Winsum — per trein — heeft hij dik zes uur gedaan...

Stichting Thuisdialyse verhuist naar Haren

Van een onzer verslaggevers
GRONINGEN — De stichting Thuisdialyse Noord Nederland, die nu nog gevestigd is aan de Marcellus Emantslaan in Groningen, verhuist over enkele maanden naar Haren. De stichting, die zich bezighoudt met dialyses voor nierpatiënten, moet dit pand verlaten omdat het huurcontract met het Instituut Ziektekostenvoorziening Ambtenaren (IZA) afloopt en het IZA de ruimte zelf nodig heeft. De stichting verhuist nu naar een pand tegenover het station in Haren, waar anderhalve verdieping beschikbaar is. De stichting Thuisdialyse, waar 32 mensen werken, hoopt de verhuizing 1 juli te kunnen afronden.

Op dit moment maken zo'n 70 patiënten uit de drie Noordelijke provincies gebruik van de werkzaamheden van de stichting Thuisdialyse Noord Nederland, die in 1978 werd opgericht. Van de ruim 70 patiënten zijn er 6 in opleiding voor thuisdialyse, terwijl er 34 thuisdialyserenden zijn. Dertien mensen maken gebruik van de zogenaamde hoteldialyse en 19 patiënten volgen de behan-

deling met continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD). De werkzaamheden van de stichting breiden zich elk jaar nog uit. Volgens mevrouw drs. G.E. Hommes-Medendorp, directeur van de stichting, biedt de ruimte in het pand in Haren 'enige spel' voor de groei van het werk.

Marcellus Emantslaan 1B, Groningen: 1977 – 1987

Als in de jaren zeventig blijkt dat thuisdialyse een stuk goedkoper is dan dialyseren in een centrum, ontstaan in het hele land nieuwe initiatieven, zoals hoteldialyse in Amsterdam. Op dat moment loopt Nederland wat betreft het percentage thuisdialysepatiënten ver achter op de landen om ons heen.

In Noord-Nederland slaan de Verenigingen van Ziekenhuizen in de drie noordelijke provincies de handen ineen. Ook hier moet een opleiding komen voor patiënten die in aanmerking komen voor thuisdialyse.

STDNN krijgt na de nodige onderhandelingen het aanbod om in een kantoorgebouw van zorgverzekeraar IZA een afdeling in te richten op de bovenste verdieping. Dit kantoor is gehuisvest aan de Marcellus Emantslaan in de Groningse wijk De Wijert. De eerste twee nierpatiënten starten in juli 1978 met de opleiding om thuis te gaan dialyseren. De officiële opening van het pand wordt op 4 april 1979 verricht door mevrouw Veder-Smit, staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Er staan dan al acht patiënten op de wachtlijst om te beginnen met hun opleiding.

Wat betreft de inrichting van de organisatie van STDNN speelt prof.

De huiskamersfeer van het dialysecentrum

GRONINGEN — De opening van het nieuwe dialysecentrum bij het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) ging gistermiddag niet helemaal zoals de organisatoren zich hadden voorgesteld. Eerst liet minister E. Borst (volksgezondheid) de openingshandeling aan zich voorbij gaan wegens verplichtingen in de Tweede Kamer, vervolgens werkte ook de techniek niet mee.

De neonreclame met de tekst 'Dialyse Centrum Groningen' werd namelijk niet van zijn doek ontdaan, maar juist ingepakt. Wat de vele aanwezigen in de Blauwe Zaal van het AZG zagen, was een terugspoelend videobandje van de onthulling van het neonbord. Hilariteit alom. „Ja, dat liep niet helemaal

Het Dialyse Centrum Groningen is al sinds mei in een vroegere afdeling van het AZG gevestigd. De officiële opening liet tot gisteren op zich wachten en ging gepaard met allerlei onvoorziene problemen.

goed. Maar daar ging het ook niet om. Het belangrijkste was tenslotte de officiële opening en het aansluitende symposium over certificering in de gezondheidszorg”, zegt mevrouw G.E. Hommes, directeur algemene zaken van het Dialyse Centrum Groningen.

Het dialysecentrum is al sinds mei in het voormalige pand van de AZG-afdeling interne geneeskunde gevestigd. Na de fusie van de Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland

en de dialyse-afdeling van Beatrixoord op 1 januari dit jaar, was een nieuw pand nodig. „Daarvoor gaven we de voorkeur aan het AZG-terrein, in verband met de intensieve samenwerking die we met het AZG hebben”, aldus Hommes.

In het pand is geprobeerd de kille ziekenhuissfeer te vermijden. „We wilden een huiselijke sfeer. Nierpatiënten zitten hier namelijk drie keer in de week en vier uur per keer aan het dialyseapparaat, dat hun bloed van de afvalstoffen ontdoet. Met het ophangen van tv-toestellen en schilderijen, het plaatsen van planten en schemerlampen, en zoals nu rond sinterklaas het ophangen van pakjes, proberen we die vervelende uren wat te veraangename”, legt Hommes uit.

dr. Gjal van der Hem een centrale rol. Hij is een groot voorstander van thuisdialyse en centrumdialyse in een huiselijke omgeving en wil de patiënten zoveel mogelijk zelf de regie geven. De eerste arts van STDNN is Willem Geerlings. Hij speelt een belangrijke rol als medisch directeur net als Van der Hem bevordert hij de actieve deelname van patiënten aan de behandeling.

Terwijl Beatrixoord zich richt op centrumdialyse, ligt de focus bij STDNN op thuisdialyse en actieve centrumdialyse. Dit houdt in dat patiënten bij STDNN een opleiding krijgen zodat ze zelf thuis kunnen dialyseren. Ook biedt STDNN centrumhemodialyse aan, maar van de patiënten wordt verwacht dat ze dit ook zo zelfstandig mogelijk uitvoeren. Dat kan alleen als patiënten stabiel genoeg zijn. STDNN heeft de naar verhouding 'goede' patiënten, terwijl patiënten die er slechter aan toe zijn en daardoor meer zorg nodig hebben, eerder in Beatrixoord terecht komen.

Als tijdens de strenge winter van 1978-1979 patiënten alleen met grote moeite naar Beatrixoord kunnen komen voor hun dialyse, zien steeds meer mensen de voordelen van thuisdialyse in. Een aantal van de patiënten van Beatrixoord, besluit om die reden over te stappen naar STDNN.

Ook in de omgang met de nierpatiënten stelt het centrum het welzijn van de patiënt centraal. „We nemen overal rustig de tijd voor, we leggen alles rustig uit aan de patiënt als deze een training krijgt om thuis zijn bloed te kunnen zuiveren”, verklaart zorgcoördinatrice D. Klont.

Bij het dialysecentrum, waar 110 mensen werken, worden wekelijks zo'n tachtig patiënten gedialyseerd. Met 24 plaatsen is het Dialyse Centrum Groningen één van de grootste dialysecentra van Nederland. Circa zeventig patiënten zuiveren thuis zelf hun bloed.

Nierpatiënten kunnen in Groningen niet alleen bij het Dialyse Centrum Groningen terecht, maar ook bij het Martini Ziekenhuis. „In het AZG staan

eveneens dialyseapparaten, maar die zijn voor nierpatiënten die meer ziektes hebben of bij wie zich complicaties kunnen voordoen. Dit soort patiënten behandelen we hier niet”, aldus Klont.

De huidige locatie wordt over vijf jaar al verlaten voor een nieuw pand, dat op het AZG-terrein wordt gebouwd. De exacte plaats is nog onbekend. „Ik vrees dat het heel moeilijk wordt de huidige huiskamersfeer in dat nieuwbouwpand te behouden”, denkt Hommes. „Dit pand deed onze binnenhuisarchitecte al denken aan een Zwitsers sanatorium, met zijn balustrades en lange gangen. Dat krijgen we in zo'n nieuw pand nooit meer terug. Gelukkig mogen we nog vijf jaar lang hiervan genieten.”

DIT NAJAAR GEREED Beatrixoord krijgt kunstnier-afdeling

(Van een onzer verslaggevers)

Beatrixoord krijgt nog dit jaar een kunstnier-afdeling, de grootste van ons land. De ingewikkelde apparatuur is deels al aanwezig; met de voor deze afdeling nodige verbouwing is begonnen. Dit najaar denkt men te starten met vier bedden, welk aantal geleidelijk uitgebreid zal worden tot twaalf bedden.

De geneesheer-directeur van Beatrixoord, prof. dr. J. K. Kraan, deelde dit nieuws zaterdag in Haren mee tijdens de reünie van de Kraanvogels, de oud-patiënten van Beatrixoord in Appelscha en Haren, van wie er tussen de 500 en 600 naar het sanatorium terugkwamen om elkaar weer eens te zien en te spreken op de jaarlijkse, teestelijke samenkomst van hun vereniging. In de feesttent op het terrein van het sanatorium traden 's middags de Skymasters met Conny van Bergen en Ben Cramer, Les Silhouettes en de accordeonist Harry Mooten op.

De patiënten, die in de kunstnier-afdeling behandeld worden, krijgen permanent een buisje in hun arm, dat aangesloten wordt op de kunstnier. Daarvoor moeten zij twee dagen per week naar Beatrixoord komen, waar dan hun bloed wordt doorgepompt en door de kunstnier gezuiverd. Deze mensen moeten dus per week twee volle werkdagen missen. Daarom zoekt men naar een methode om de doorspoeling 's nachts te doen tijdens de slaap der patiënten. Zij zouden dan twee nachten per week naar Beatrixoord moeten komen en overdag normaal hun werk kunnen verrichten. Voorlopig is dit echter nog toekomstmuziek, daar men er tot dusver niet in geslaagd is deze „nachtbehandeling“ in de praktijk met succes toe te passen.

Het Triadegebouw op het AZG-terrein



Het Triadegebouw

Nieuwe Stationsweg 3-5-7, Haren: 1987 - 1997

Als IZA in de loop van de jaren tachtig laat weten de kantoorruimte zelf weer nodig te hebben, moet STDNN op zoek naar een nieuwe locatie. Dat wordt een kantoorpand aan de Nieuwe Stationsweg in Haren, tegenover het station. De verhuizing vindt plaats op 9 december 1987. STDNN telt inmiddels 37 medewerkers die hun intrek nemen op anderhalve verdieping van een kantoorpand met de mogelijkheid om nog verder uit te breiden. Net als het pand in Groningen heeft het gebouw weinig weg van een ziekenhuis. De organisatie is kleinschalig, laagdrempelig, informeel en de lijnen zijn kort. Zoals dialyseverpleegkundige Marianne de Vries het uitdrukt: 'In Haren zaten we in een flatgebouwtje bij het station in de kelder, dat had natuurlijk niks met een ziekenhuis te maken. Wij liepen in onze eigen kleren, dus voor patiënten was dat eigenlijk natuurlijk wel heel relaxed denk ik, dus niet die spanning van ziekenhuizen of al die mensen die in het wit lopen.'

Terwijl er al enige jaren wordt gesproken over een 'fusie met Beatrixoord', kampen de medewerkers van STDNN in 1996 met een enorme wateroverlast. Een zware onweersbui trekt over Haren en de straten komen blank te staan. Ook de kelder van STDNN, waar het magazijn is ondergebracht, loopt onder water.

Triadegebouw, AZG, Groningen 1997 - 2006

Vanaf 1990 is er steeds vaker sprake van plannen om Beatrixoord en STDNN te laten samengaan. Op 4 november 1991 wordt hiervoor een intentieverklaring getekend met als doel om uiteindelijk samen vanuit één locatie te gaan werken. Na een periode van onderhandelingen, werkgroepen en gesprekken komt die fusie er in 1997. De verwachtingen zijn hoog, zoals blijkt uit de bijdrage van STDNN-directeur Margriet Hommes aan de jubileumuitgave in het medewerkersblad van de dialyseafdeling in Beatrixoord. Ze merkt op dat het de kunst zal zijn om twee deskundige teams op de goede manier samen te krijgen, maar sluit hoopvol af: 'De toekomst van STDNN: mensen die elkaar de hand geven en de grote wereld – voor ons de grote uitdaging van de fusie – aandurven.'

De twee organisaties verhuizen op 25, 26 en 27 april 1997 naar het AZG-terrein in Groningen, waar ze een tijdelijk onderkomen krijgen in het Triadegebouw, waar voorheen de Interne Kliniek was gevestigd. De bedoeling is om na vijf jaar een nieuw pand op het terrein te betrekken. In een speciaal informatiebulletin krijgen de medewerkers uitgebreid instructies over het inpakken, verhuizen en uitpakken. Terwijl medewerkers op zaterdag 26 april de handen uit de mouwen steken, wordt er in het pand aan de Stationsstraat nog gewoon gedialyseerd. En op maandag 28 april moet alles klaar zijn, want dan staan de patiënten klaar in de nieuwe locatie en die mogen natuurlijk geen last hebben van de

STDNN aan de Nieuwe Stationsweg in Haren



Het Triadegebouw, door oudgedienden meestal Ingang 23 genoemd

verhuizing. Het kantoormeubilair is dan nog niet volledig overgebracht, dus 'voor een aantal is het de eerste dagen even improviseren.' Verder mogen alleen mooie planten mee naar het nieuwe pand: 'Lelijke planten moeten worden weggegooid, twijfelgevallen ook.' In het nieuwe pand mogen medewerkers niet lukraak gaten in de muren boren. En spullen ophangen met plakband of punaises is ook uit den boze, maar in overleg is natuurlijk veel te regelen.

De officiële opening op 26 november in de Blauwe Zaal van het toenmalige AZG verloopt niet helemaal zoals gepland. Minister Els Borst zou de officiële opening verrichten maar is op het laatste moment verhinderd wegens verplichtingen in Den Haag. En als de tekst Dialyse Centrum Groningen in neonletters wordt onthuld, blijkt dat de videoband achteruitloopt en zien de aanwezigen hoe de tekst juist verhuuld wordt.

Direct na de fusie blijkt er toch een scheiding te bestaan tussen medewerkers van de twee voorgangers. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de opening van de Beatruxoord Zaal (ook bekend als de 'BO-zaal') op 4 februari 1998. In het nieuwe DCG-blad Homepage melden twee oud-patiënten van Beatruxoord dat ze het zo jammer vinden dat die naam niet meer in het gebouw te zien is. Zij besluiten de zaal waar ze zelf drie keer in de week komen dialyseren de Beatruxoord Zaal te noemen. Deze zaal is dan nog bedoeld voor hepatitis B-positieve patiënten. Inmiddels wordt deze zaal hier niet meer voor gebruikt. In de huidige locatie van DCG is deze zaal de plek waar patiënten die gaan thuisdialyseren de laatste fase van hun opleiding volgen.



De nieuwe locatie Groningen in aanbouw in 2005



Links: Directeuren Roel Huisman en Eric Weernink hijsen de DCG-vlag voor de nieuwe locatie in Groningen (2006)

Onder: De dialyzezaal van de oudbouw in Assen (2010)



DCG op Terschelling: Medisch Centrum Midland

PUUR OF VERDUND?

Als de laatste patient de dependance op Terschelling heeft verlaten, moeten de verpleegkundigen de ruimte schoonmaken. P. besluit de linoleumvloer eens goed te reinigen, pakt zonder naar het etiket te kijken een fles schoonmaakmiddel en sprenkelt al lopende de inhoud over de vloer. Met een natte dweil gaat hij vervolgens het schoonmaakmiddel gelijkmatig over het vloeroppervlak verdelen. Tot zijn grote schrik ziet P. dat op de plekken waar hij heeft gesprenkeld, het linoleum lelijk is aangetast. Het besef dringt tot hem door dat hij het schoonmaakmiddel had moeten verdunnen. Een paar dagen later gaat de beschadigde vloerbekleding de deur uit en wordt nieuw linoleum gelegd.



Het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen



De nieuwe dependance in Assen in aanbouw in 2018

Burgemeester Wallage verricht de opening



De Brug, UMCG, Groningen: 2006 - heden

Als DCG van start gaat, is het de bedoeling om binnen vijf jaar te verhuizen naar een nieuw pand. De nieuwe locatie wordt gebouwd in het Voorzieningengebouw aan de Oostersingel, dat DCG deelt met onder meer de Sanquin Bloedbank en de Academische huisartsenpraktijk. Het gebouw krijgt een Centrale Hal met zithoekjes en een koffieapparaat. Medewerkers noemen het gebouw vaak Bouwdeel 50.

In de nieuwbouw-special van medewerkersblad Homepage in april 2005 staan de eisen van de nieuwbouw vermeld: het moet een 'niet-klinische, warme en huiselijke uitstraling uitdragen' en een 'menselijke maat' hebben. Dus geen grote zalen vol patiënten, maar overzichtelijke eenheden. Huiselijk betekent overigens niet dat de nieuwbouw ouderwets zal worden, maar modern en eigentijds.

Voor de inrichting is Artès, bureau voor architectuur en interieur verantwoordelijk. In overleg met DCG wordt gekozen voor herkenbaarheid door middel van kleur, waarbij elke bouwlaag een eigen kleurenpalet heeft. Samen vormen de kleuren weer een mooie eenheid. De huiselijkheid wordt benadrukt door middel van zithoeken, waardoor de sfeer van een woonkamer wordt opgeroepen, ondanks de aanwezigheid van de dialyseapparatuur. Verder zorgt Artès ervoor dat de gangen breed zijn en vooral niet op typische ziekenhuisgangen lijken en er genoeg licht is dankzij de glazen puien die zorgen voor een mooi optisch effect.

In 2006 is de nieuwbouw klaar en op 20 maart van dat jaar worden de eerste patiënten in de nieuwbouw gedialyseerd. Korte tijd later, op 11 mei 2006, verricht burgemeester Jacques Wallage de officiële opening.

In maart 2022 maakt DCG bekend dat de afdeling in Groningen toe is aan een grondige verbouwing. Naar verwachting kan DCG medio 2023 terecht in een volledig gemoderniseerd centrum.

Dialyse Centrum Assen in het Wilhelmina Ziekenhuis: 2006 - heden

De marktwerking in de zorg is al enkele jaren van invloed op de werkzaamheden van DCG. Lange tijd was de dialysezorg gebonden aan strenge wettelijke regels, maar dat verandert in de jaren na de eeuwwisseling. Dialysezorg valt niet meer onder topklinische zorg, maar wordt gezien als normale zorg. Dit leidt tot concurrentie en meer dialysecentra. Ook in het Noorden, waar in Beilen een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor dialyse wordt gevestigd.



De nieuwe locatie in Groningen zoals het was na de nieuwbouw in 2006

George de Bruijne en Gwan Go op werkbezoek in Bandung



Gwan Go ontfermt zich over een patient. De dialysemachine is een AK10, afgeschreven in Groningen, opnieuw in gebruik in Bandung

DCG HELPT MINDER DRAAGKRACHTIGE NIERPATIËNTEN IN INDONESIË

Op gezette tijden brengt DCG afgeschreven dialysemachines en andere apparatuur naar Heerenveen. Van daaruit wordt het materiaal verscheept naar het Indonesische Bandung waar het opnieuw in gebruik wordt genomen. Achter dit gebeuren schuilt een interessante geschiedenis.

We gaan terug in de tijd. In 1988 wordt in Bandung een dialysecentrum opgericht, het is een samenwerkingsverband tussen Stichting NEBA (Nederland-Batam), Stichting Child Support Indonesia en STDNN.

Twee namen van thuisdialysemedewerkers die hebben meegewerkt aan de oprichting zijn: George de Bruijne (dialysetechnicus) en Jacob Velten (eveneens dialysetechnicus). Dialyseverpleegkundige Gwan Go van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) was ook nauw betrokken bij de oprichting van het dialysecentrum. Het nieuwe dialysecentrum in Bandung is bedoeld voor de minderdraagkrachtigen in de samenleving, voor dialysepatiënten die een behandeling niet kunnen betalen.

In de beginjaren komen Indonesische artsen, apothekers, verpleegkundigen en technici vanuit Bandung naar Nederland om hier de kneepjes van het vak te leren. Daarna gaan Nederlandse verpleegkundigen en technici naar Bandung om daar kennis over te dragen.

Het centrum in Bandung groeit gestaag. Dit is vooral te danken aan de donaties van dialysemachines en andere apparatuur door diverse ziekenhuizen in Nederland en België.

Het project in Indonesië wordt gedragen door vrijwilligers. Tot op de dag van vandaag werkt DCG nauw samen met voormalig instrumentenmaker en dialysetechnicus Ton Donkersloot, één van de personen die het project in Bandung heeft gerealiseerd. Donkersloot die in 1940 werd geboren in Timiajeng-Trawas, een dorp nabij Soerabaja, is nog steeds medewerker van Stichting Child Support Indonesia.



Een medewerker van de Breehorn, Liesbeth Herman en Marjo Scheeringa hijsen in 2006 de vlag op de DCG-dependance in Veendam

DCG reageert op deze ontwikkelingen met het besluit om twee dependances te openen om patiënten de kans te geven dichterbij huis te dialyseren. Er zijn dan al langere tijd gesprekken gaande met het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) en met het Martini Ziekenhuis en het ligt dan ook voor de hand om de eerste dependance te vestigen in Assen. Deze dialyse-eenheid is bedoeld voor zowel patiënten van DCG als van Martini Niercentrum, de dialyseafdeling van het Martini Ziekenhuis. Ook vakantiegangers in Drenthe maken graag gebruik van deze voorziening.

Vanaf 7 augustus 2006 kunnen de eerste patiënten terecht in een tijdelijke ruimte op een verpleegafdeling van het WZA. Het jaar erna, op 7 september 2007, is de nieuwbouw klaar voor de dialysepatiënten van DCG en het Martini Ziekenhuis in een nieuwe, zachtblauw geschilderde dialysezaal.

In 2018 is het weer tijd voor een verhuizing. In oktober van dat jaar is de nieuwbouw gereed en verhuist de dialyseafdeling in Assen naar de nieuwe locatie op de begane grond. Deze afdeling is ruimer van opzet en krijgt een afzonderlijke ingang voor de dialysepatiënten.

De Breehorn, Veendam: 2006 – 2010

Vlak na kerst 2006 opent DCG de tweede dependance in twee aan elkaar verbonden appartementen op de begane grond van het multifunctionele voorzieningscentrum De Breehorn in Veendam. De Breehorn maakt deel uit van Zorggroep Meander. In deze dependance kunnen patiënten uit de directe omgeving terecht voor low-care dialyse. Er komen drie dialyseplekken voor patiënten die actief bij hun behandeling betrokken zijn en de dialyseapparatuur zoveel mogelijk zelfstandig kunnen bedienen. In Veendam is geen arts aanwezig; daarom kunnen hier alleen patiënten dialyseren die stabiel zijn en zichzelf grotendeels kunnen redden.

Het duurt even voordat de eerste patiënten hier terecht kunnen, omdat het water in Veendam 'weerbarstig' is. De Technische Dienst verhelpt dit probleem en komt regelmatig langs om het water te controleren. Op 21 juni wordt de dependance officieel geopend met een feestelijke Open Huis-bijeenkomst voor bewoners, patiënten en medewerkers.

De dependance in Delfzijl



Eerste unit in Delfzijl geplaatst in 2008

Delfzicht Ziekenhuis, Delfzijl: 2009 - 2018

In 2007 kondigt DCG aan ook patiënten in Delfzijl de kans te willen geven om dichtbij huis te dialyseren. Er wordt een samenwerkings-overeenkomst gesloten met het Delfzicht Ziekenhuis en de maatschap Interne Geneeskunde. Het is de bedoeling om eind 2008 een tijdelijke dialysevoorziening in gebruik te nemen op het ziekenhuisterrein, waarna DCG na de voorgenomen verbouwing van het ziekenhuis over vijf tot acht jaar een eigen afdeling in gebruik zal nemen. Achteraf blijkt dat het niet zover zal komen. De locatie wordt gesloten als het nieuwe ziekenhuis in Scheemda gereed is.

De heer Henk Warris, toenmalige voorzitter Clientenraad verricht in 2009 de opening van de dependance in Delfzijl



De officiële opening van de dependance in Delfzijl door Luc van der Molen, nefroloog

Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal (Treant Refaja): 2010 - heden

Ook in Stadskanaal is DCG vertegenwoordigd. In de loop van 2009 maakt DCG hierover afspraken met het Refaja Ziekenhuis. Op het terrein van het ziekenhuis wordt in 2010 een dialysecentrum gebouwd voor patiënten uit Oost-Groningen. De opening van dit centrum betekent dat

de locatie in Veendam wordt opgeheven. Tijdens de feestelijke opening op 10 april 2010 organiseert DCG een minisymposium voor patiënten, relaties en medewerkers. De voorzitter van de Cliëntenraad, de heer Warris, mag die middag de officiële openingshandeling verrichten door een lint door te knippen.

Zieken dichter bij huis behandeld

STADSKANAAL ■ Veel dialysepatiënten in Oost-Groningen kunnen vanaf maandag voor hun behandeling in de eigen regio terecht. Het nieuwe Dialysecentrum in Stadskanaal, dat dan wordt geopend, biedt voldoende ruimte. Het centrum is gebouwd op het terrein van het Refaja ziekenhuis. Eigenaar is Dialysecentrum Groningen (DCG). Er is een dependance in Delfzijl. DCG behandelt 200 patiënten.



De feestelijke opening van de dependance in Stadskanaal.



Ondertekening samenwerkingsovereenkomst Stadskanaal

GAMMEL

Het gebouw van de dependance in Delfzijl was een enigszins beweeglijke constructie. Werd een deur te hard gesloten, dan trilde het hele gebouw na, bij wijze van spreken. Nu was er een deur zonder klink, die je dicht moest duwen. Maar de dokter had er een handje van de deur dicht te smijten. De verpleegkundigen hadden al een paar keer tegen hem gezegd: 'Doe nu eens voorzichtiger, want ...' En ja hoor, toen hij die deur weer eens hard dichtsmeet, viel de klok van de wand en lag totaal aan diggelen op de grond. De verpleegkundigen hebben toen een lege zoutdoos gepakt, die beplakt met wit papier en de kapotte klok erin gelegd. Vervolgens de doos met het uurwerk, een kaarsje en een rouwkaart 'opgebaard' op het bureau van de dokter, waarmee ze wilden zeggen: 'Kijk eens wat je gedaan hebt, je hebt de klok vermoord.'

Dialyseapparatuur wordt naar Terschelling vervoerd



Dependance West-Terschelling



Locatie Midland is klaar voor de eerste patiënten



Locatie Midland in aanbouw



In 2018 opent koning Willem-Alexander het Ommelander Ziekenhuis Groningen (OZG) in Scheemda



De nieuwe dependance in Scheemda

Ommelander Ziekenhuis Groningen, Scheemda: 2018 – heden

In 2015 wordt bekend dat het Ommelander Ziekenhuis Groningen (OZG) een nieuw ziekenhuis gaat bouwen in Scheemda. De bouwwerkzaamheden gaan in 2016 van start. DCG komt met het nieuwe ziekenhuis overeen om in dit nieuwe pand een eigen locatie te openen op de begane grond. Dit betekent dat de locatie in het Delfzicht Ziekenhuis wordt gesloten. De dependance verhuist naar Scheemda. Patiënten mogen zelf kiezen of ze meegaan naar Scheemda, overstappen op thuisdialyse of voortaan op een andere DCG-locatie gaan dialyseren.

Vakantiedialyse op Terschelling: 1984 – 2017

Een wel heel bijzondere bestemming voor patiënten is het eiland Terschelling. In februari 1984 vraagt nierpatiënte Antje Vonk-Kuipers of ze mag dialyseren op het eiland zelf. Dan hoeft ze hiervoor niet meer zo vaak naar Leeuwarden te reizen. In het wijkgebouw van het Groene Kruis in West-Terschelling is wel ruimte voor een thuisdialyseplek. Op 1 februari 1984 is het zover en komt er een einde aan het heen en weer reizen voor haar. Na haar overlijden maakt haar weduwnaar zich er hard voor dat de faciliteit op Terschelling beschikbaar komt voor vakantie-gangers.

Zo ontstaat de vakantiedialyse op Terschelling. Dialyseverpleegkundigen van STDNN uit Groningen, zoals Margot van Zalk in die tijd, zitten in

de zomermaanden geregeld een week op Terschelling om patiënten te dialyseren en te begeleiden. 'We zaten in een heel kleine ruimte zonder nefroloog. Alleen stabiele patiënten kwamen daarom in aanmerking en hun eigen arts moest er toestemming voor geven. Ik ging vaak een week in een huisje met mijn gezin en dan ging ik daar aan het werk.'

Aangezien de ruimte in het wijkgebouw toch wel erg klein en primitief is, opent DCG op 12 juni 2005 een nieuwe locatie voor vakantiedialyse in het Medisch Centrum van Midsland. Verpleegkundigen schrijven zich in voor de begeleiding en in de zomermaanden loopt de locatie goed. DCG laat folders drukken waarin patiënten worden aangemoedigd om er eens lekker tussenuit te gaan op Terschelling. Ook patiënten met hepatitis B zijn er welkom. Het wordt druk in Midsland en de verpleegkundigen merken al snel dat een weekje Terschelling geen weekje vakantie betekent.

In het najaar van 2017 sluit DCG de locatie in Midsland. De vakantie-dialyse op Terschelling is niet meer rendabel. In de zomer van 2017 is de locatie voor het laatst beschikbaar voor patiënten. DCG laat weten dat het helaas nodig is om de locatie te sluiten. Met pijn in het hart, maar door de afname van bezoekersaantallen zijn de financiële lasten van het centrum te hoog geworden. Hoewel DCG vijf jaar lang veel heeft gedaan om meer bezoekers te trekken, valt het doek voor de vakantie-dialyse op Terschelling op 17 oktober 2017.

2

VOORGANGERS

Het is ijskoud op woensdag 1 januari 1997: de zon schijnt, maar het vriest bijna 12 graden. Het land is volledig in de ban van de ijspret. Sterker nog, een dag later kondigt ijsmeester Henk Kroes de vijftiende en - tot op heden - laatste Elfstedentocht aan, die op zaterdag 4 januari wordt gehouden. Maar 1 januari is ook de dag waarop de dialyseafdeling van Beatrixoord en Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN) officieel fuseren en samen verder gaan als Dialyse Centrum Groningen (DCG). Een fusie waarvoor beide voorgangers op 4 november 1991 al een intentieverklaring hebben ondertekend.



Gevelbord STDNN

Samenwerking, maar met behoud van de eigen identiteit

Samenwerken doen Beatrixoord en STDNN al veel langer. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de notulen van de vergadering van het Algemeen Bestuur (AB) van STDNN op 13 december 1988:

Er is reeds enkele malen overleg geweest tussen de directies van Beatrixoord en STDNN inzake medische samenwerking tussen beide partijen. Momenteel ziet het er niet naar uit dat dit financiële gevolgen zal hebben. Beatrixoord zal in de nieuwjaarstoespraak de wens uiten om in de toekomst tot gezamenlijke huisvesting te komen. Het AB adviseert de directie om zich hierover wel een mening te vormen, hoewel vanuit STDNN gezien slechts de medische samenwerking aan de orde is. Men vindt dat Beatrixoord eerst formeel met het plan moet komen. Samenwerking kan nooit verkeerd zijn, zolang men de eigen identiteit maar niet verliest.

Samenwerking voor onbepaalde tijd

Voorlopig blijft het bij samenwerking op medisch gebied. Op 1 juli 1989 tekenen de besturen van Beatrixoord en STDNN een overeenkomst waarin ze officieel vastleggen dat ze vanaf dat moment voor onbepaalde tijd gaan samenwerken. Er geldt een proefperiode tot 1 april 1991 en de samenwerking beperkt zich tot 'de medische zorg ten behoeve van patiënten met een (pre-)terminale nierinsufficiëntie.'

Op 19 maart 1991 schrijven medisch directeur van STDNN Roel Huisman mede namens directeur algemene zaken Margriet Hommes, een notitie



Medewerkers tijdens het afscheid van Beatrixoord in 1997

over de samenwerkingsmogelijkheden voor STDNN op de lange termijn. De oprichting van een nieuwe dialyseafdeling in het Martini Ziekenhuis is wenselijk, schrijven Roel en Margriet, vanwege het belang van goede klinische nazorg en de overbelasting van het AZG op dat moment. De contacten met het Martini Ziekenhuis zijn warm: zo is Roels voorganger Willem Geerlings er inmiddels werkzaam als internist-nefroloog. Om een nieuw centrum te mogen oprichten is intensievere samenwerking tussen de huidige dialysecentra onvermijdelijk. Zes alternatieven passeren de revue, variërend van het apart blijven bestaan tot een volledige samenvloeiing op een gemeenschappelijke locatie. Een opvallende optie is het idee om AZG en Beatrixoord te laten samenwerken en STDNN met het Martini Ziekenhuis. Twee alternatieven komen bovendien als meest veelbelovende keuzes: een vestiging van STDNN op het AZG-terrein, samen met de chronische dialyse van AZG of een vestiging van STDNN en Beatrixoord op een zelfstandige locatie. In juli 1991 beschrijft Roel de situatie als volgt in een interne memo:

Zoals bekend is het de bedoeling dat er in het Martini Ziekenhuis een dialyseafdeling wordt opgezet, terwijl de daarvoor benodigde stations voor het grootste deel (7) door Beatrixoord wordt ingeleverd. Belangrijkste reden voor dit plan ligt in het feit dat het AZG op dit moment voor de drie centra alle voor- en nazorg doet en dit te veel vindt worden. [...] Het verzoek tot oprichting van een dialysecentrum is door het Martini Ziekenhuis begin dit jaar ingediend en rond mei/juni weer ingetrokken. Toen werd namelijk duidelijk dat er geen toestemming zou



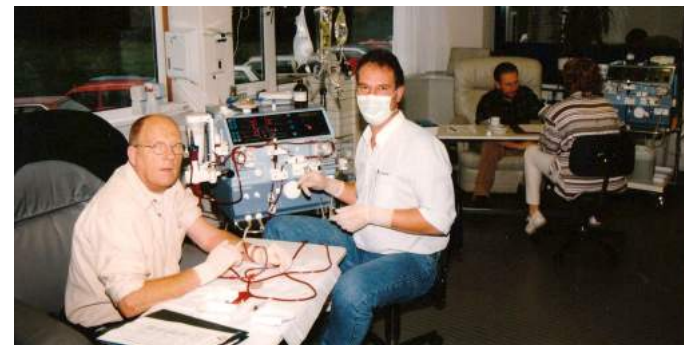
Academisch Ziekenhuis Groningen



Margriet Hommes, directeur algemene zaken



Roel Huisman, directeur patiëntzorg



Een patiënt wordt door verpleegkundige Niek Vervaat opgeleid voor thuisdialyse

komen voor een dergelijk plan. Het Ministerie van Volksgezondheid is namelijk van mening dat er beslist niet meer dan drie dialyselocaties moeten zijn in Groningen en de directe omgeving daarvan. Bovendien hebben zij nooit formeel vernomen dat er zorginhoudelijke problemen zijn. Voor de bouw van een vierde centrum wordt derhalve geen toestemming verleend.

Roel schrijft verder dat STDNN en Beatrixoord al langer nadenken over een mogelijke fusie en meldt: 'De partners in het regionaal overleg (AZG, Martini Ziekenhuis, de Vereniging van Ziekenhuizen Groningen en Drenthe) oefenen nu druk uit op Beatrixoord en STDNN die plannen versneld vorm te geven en zo snel mogelijk met een voorstel voor een nieuwe locatie te komen. Wanneer deze twee instellingen samengaan op een locatie dan ontstaat er ruimte voor een nieuwe locatie die dan uiteraard bij het Martini Ziekenhuis moet komen.'

Nieuwe locatie gezocht

Op zich heeft STDNN op dat moment wel behoefte aan een nieuwe locatie. Het huurcontract aan de Stationsweg loopt in 1997 af en de instelling heeft wel oren naar de 'Zuidpunt': het zuidelijke deel van het terrein van het toenmalige AZG dat op de nominatie staat om verkocht te worden aan de gemeente Groningen. Daar zou STDNN graag naartoe verhuizen: dicht bij de ziekenhuisfaciliteiten en precies op het juiste moment. Maar dan moeten de twee besturen wel weer met elkaar in gesprek gaan. Een fusie betekent namelijk meer dan de keuze voor een geschikte locatie: 'Allereerst moeten beide besturen elkaar kunnen vinden in een plan tot fusie, pas dan kunnen we gaan werken aan een plan hoe dat allemaal moet gaan.'

Van samenwerking naar fusie?

Die gesprekken komen er. Zo vindt er op 24 september 1991 een overleg plaats bij STDNN in Haren over de uitbreiding van de huidige samenwerking 'wellicht in de vorm van een fusie' aan de hand van een nieuwe notitie met als titel: 'Van samenwerking naar fusie?'. De overwegingen om de samenwerking verder uit te breiden zijn helder: de behoefte aan nieuwe huisvesting bij STDNN, de eigen bouwplannen van Beatrixoord en de wens van het Martini Ziekenhuis om een eigen dialysecentrum op te richten. Maar het Ministerie van Volkshuisvesting ligt dwars.

WATEROVERLAST IN HAREN

Onder de kop 'Overlast en schade door plensbui' meldt het Nieuwsblad van het Noorden op 28 augustus 1996: 'Het zwaartepunt van de buien lag rond middernacht boven Groningen-Zuid en Haren.' Volgens de verslaggever deden de grootste problemen zich voor bij de Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland in Haren: 'De kelders liepen vol waardoor magazijnvoorraden ernstige waterschade opliepen. De schade wordt geraamd op 100.000 gulden.'



Omvangrijke waterschade in het gebouw van de Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland in Haren

Bovenstaande foto staat bij het in 1996 geschreven artikel. Van links naar rechts zien we magazijnmedewerker Geert Oosting en dialysetechnicus George de Bruijne. In 2022 verkapt Geert dat het opruimen op de foto in scène is gezet. 'We waren al klaar met dweilen toen de fotograaf kwam. Op zijn verzoek hebben George en ik wat emmers water op de vloer gegooid en zijn we weer gaan vegen.'

Na verslag gedaan te hebben van andere gedupeerde instellingen in bovengenoemde regio, keert de schrijver terug naar STDNN: 'De medewerkers en directie van de stichting zijn vanochtend begonnen met het opruimen van de chaos in het magazijn. Door omvallende dozen ging het inbrekersalarm af en even dreigde zelfs de computer van de stichting ten prooi te vallen aan het wassende water.'

Roel Huisman, directeur van STDNN, vertelt de verslaggever dat hij verwacht dat de 115 patiënten in de noordelijke provincies nauwelijks hinder zullen ondervinden van de verloren gegane magazijnvoorraad. 'De meeste mensen hebben thuis wel een voorraadje disposables. Verder zullen we er bij onze leveranciers op aandringen ons zo snel mogelijk weer te bevoorraden.'

Een vierde centrum mag er niet komen. Pas als Beatrixoord en STDNN fuseren, kan het ministerie de aanvraag van het Martini Ziekenhuis in overweging nemen.

Verder moet er worden geschoven met dialyseplaatsen: zoals Roel in juli in zijn memo al opmerkt is Beatrixoord bereid zeven van de zeventien plaatsen af te staan aan het Martini Ziekenhuis. De nieuwe stichting kan dan verder met twintig plaatsen: precies het goede aantal dat is bepaald voor een zelfstandig klein dialysecentrum. Het gewenste aantal bedden bestaat namelijk uit zestien tot vierentwintig plaatsen. Op 4 november 1991 is het zover: Beatrixoord en STDNN besluiten om samen een nieuwe organisatie te vormen op een nieuwe, gezamenlijke locatie. Het Martini Ziekenhuis steunt dit voornemen.

Nieuwe wetgeving uit Den Haag

Ondertussen is men in Den Haag bezig met nieuwe wetgeving die de dialysezorg rechtstreeks raakt. In 1974 is dialyse aangewezen als topklinische voorziening. Vanaf 1976 valt de behandeling onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Topklinische zorg is hooggespecialiseerde, medische zorg die niet door ieder ziekenhuis mag worden aangeboden. In 1993 maakt het ministerie een begin met het dereguleren van de tot dan toe strak gereguleerde dialysezorg. Zo geldt vanaf dat jaar dat er voor de aanschaf van apparatuur tot 1 miljoen gulden en uitbreidingen zonder bouw in een bestaand dialysecentrum geen vergunning meer nodig is.

In 1997 wordt de dialysebehandeling aangeboden door 48 ziekenhuizen en zelfstandige dialysecentra verspreid over het hele land. Om te voorkomen dat verdere deregulering van de behandeling leidt tot versnippering, vermindering van de kwaliteit van de zorg en hogere kosten, adviseert de Gezondheidsraad het ministerie om de deregulering enigszins te beperken door een aangekleed vergunningsstelsel in te voeren waarin allerlei eisen zijn vastgelegd die de toelating van nieuwe dialysecentra bepalen. Voortaan vallen dialysecentra onder de nieuwe Wet op de bijzondere verrichtingen met daarin de volgende bepaling in artikel 5: 'Onze Minister bepaalt bij ministeriële regeling de omvang van de behoefte aan verrichtingen en apparatuur, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a onderscheidenlijk b, alsmede de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien.' In artikel 2 staat: 'Indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, kan Onze Minister bij ministeriële regeling bepalen:

- dat het verboden is zonder zijn vergunning medische verrichtingen van een bij de regeling aangegeven aard uit te voeren;
- dat het verboden is zonder zijn vergunning apparatuur van een bij de regeling aangegeven aard ten behoeve van het uitvoeren van medische verrichtingen aan te schaffen of te gebruiken.'

Overlap

Deze nieuwe wet komt niet uit de lucht vallen. Voor de partners die samen DCG gaan vormen betekenen de wetswijzigingen die in de loop van de jaren negentig worden aangekondigd en ingevoerd, een extra reden om samen verder te gaan. Een andere reden is dat er de nodige overlap bestaat tussen Beatrixoord en STDNN, met name op het gebied van de medische zorg. Zo herinnert Roel zich dat de medische zorg in Beatrixoord in 1991 officieel wordt gedaan door de nefrologen van het AZG. 'In de praktijk lieten ze vaak veel over aan de jongere dokters, zoals de directeur van STDNN en de twee nefrologen in opleiding die daar ook rondliepen.'

Hij merkt verder op dat de arts op Beatrixoord geen dagtaak heeft. 'Als die visite had gelopen, ging hij naar STDNN of het AZG. Als er dan een probleem was op Beatrixoord, hadden ze niet altijd een dokter tot hun beschikking, meestal niet eigenlijk. Doordat je werkelijk op één plek ging werken, was er ook sneller iemand beschikbaar als zich een calamiteit voordeed.' Hoewel de samenwerking in 1991 beperkt is tot de medische zorg en de verpleegkundigen en diëtisten niet met elkaar samenwerken, kennen ze elkaar vaak wel. Verpleegkundigen die bij Beatrixoord werken, zijn soms begonnen bij STDNN en andersom.

Verder praten

Na het tekenen van de intentieverklaring komen de partners in december 1991 opnieuw bij elkaar om te vergaderen over de te zetten stappen. Er wordt gesproken over het belang om vast te houden aan twintig dialyseplaatsen voor de nieuwe stichting. Het uitgangspunt is dat het Martini Ziekenhuis en het AZG ieder acht plaatsen krijgen en de nieuwe stichting twintig.

Er moet verder een bedrijfsplan komen en men spreekt over de nieuwe statuten. Ook moeten er besluiten worden genomen over de nieuwe directie.

In het nieuwe jaar pakken donkere wolken zich samen boven de fusieplannen. Tijdens de vergadering van de leden van beide Raden van Toezicht en de twee directies op 25 februari 1992 wordt verslag gedaan van een 'verontrustend telefoontje'. Het Martini Ziekenhuis is van plan om op korte termijn een 'Interimvoorziening te treffen.' En dat is tegen

de afspraken: 'Het gaat om zeven stations van STDNN en Beatrixoord en men had op z'n minst overleg willen plegen omtrent deze situatie. Door deze beslissing van het Martini Ziekenhuis bestaat de kans dat de fusie van STDNN en Beatrixoord vertraging kan oplopen.'

Ook wordt nog lang en vaak vergaderd over de vraag hoeveel dialyseplaatsen er in totaal in Groningen mogen komen: 34, 35 of 36 en hoe deze plaatsen verdeeld worden over de centra. Uiteindelijk gaat het Martini Ziekenhuis in mei 1995 van start met een eigen dialysecentrum bestaande uit acht stations, inclusief de zeven dialyseplaatsen die Beatrixoord afstaat. De nieuwe stichting behoudt in totaal de afgesproken twintig dialysestations.

Interimstichting opgericht

Ondertussen neemt de samenwerking tussen Beatrixoord en STDNN steeds duidelijker vormen aan. In de loop van 1992 besluiten de partners om een Interimstichting op te richten die de fusie gaat voorbereiden en begeleiden. De twee ondernemingsraden gaan hiermee akkoord, maar eisen dat een en ander goed wordt verwoord in de statuten van de nieuwe stichting. Op 1 januari 1993 wordt de stichting officieel opgericht: de Stichting Dialyse Noord Nederland (SDNN) is een feit. In de statuten wordt vastgelegd dat de dialyseafdeling van Beatrixoord en STDNN op termijn samen een nieuwe locatie zullen betrekken in een nieuw te bouwen pand op het terrein van het AZG. Als het niet lukt om samen een nieuwe locatie te realiseren, wordt de stichting weer ontbonden.

In oktober 1992, dus nog voor de oprichting van SDNN, hebben de partners samen al een concept-bedrijfsplan opgesteld. Dit plan gaat in op de doelstelling van SDNN, de strategische koers en de positie in de zorgsector. De doelstelling van de nieuwe stichting luidt als volgt: 'Het verstrekken van nierfunctievervangende therapie gericht op handhaving van de eigen plaats van de patiënt in de maatschappij en leefomgeving.' Daarnaast worden drie subdoelen onderscheiden:

1. De patiënt is gericht op eigen zelfstandigheid
2. De patiënt heeft kennis en inzicht in de aard van zijn aandoening
3. De patiënt is zoveel mogelijk onafhankelijk van de zorgverlening

Hieruit blijkt dat SDNN actieve vormen van dialyse wil stimuleren en de betrokkenheid van de patiënten wil vergroten. Voor STDNN is dit gesneden koek, maar ook op Beatrixoord, waar toch vooral patiënten komen die meer hulp nodig hebben en minder zelfstandig zijn, is men begonnen met het stimuleren van actieve dialyse. Het plan beschrijft verder dat patiënten de vrijheid hebben om zelf te kiezen voor een bepaalde



Christa Nagel



Thom Heemskerk

behandeling. Daarbij streeft SDNN ernaar om zowel passieve als actieve dialyse aan te bieden, naast thuishemodialyse en peritoneale dialyse. Verder moet de sfeer huiselijk zijn en uitnodigen om actief deel te nemen aan de behandeling. Bijzondere aandacht is er voor patiënten die hepatitis B-positief zijn: vanwege het besmettingsgevaar moeten deze patiënten geïsoleerd van de andere patiënten worden gedialyseerd. Van oudsher betreft het hier patiënten die vanuit Beatrixoord overkomen. In een notitie over de fusie staat dat deze patiënten zich soms een 'outcast' voelen en daarom 'dienen de isolatiemaatregelen niet strenger te zijn dan strikt genomen noodzakelijk is.'

Op zoek naar een gezamenlijke locatie

Een voorwaarde voor de fusie is een gezamenlijke locatie en dus dient SDNN in 1994 een aanvraag in om nieuwbouw te realiseren op de Zuidpunt, tegenover het AZG. Als het Ministerie van Volkshuisvesting deze aanvraag afwijst omdat het niet voldoet aan de eisen, is het gebouw van de Interne Kliniek van het AZG een goed alternatief. Deze locatie voldoet wel aan de eisen van het ministerie en dus gaat SDNN in gesprek

met het AZG. Hoewel wordt benadrukt dat SDNN een eigen ingang krijgt en zelfstandig zal blijven bestaan, valt deze optie niet bij iedereen even goed.

Toke Atsma, in die jaren verpleegkundige en onderwijscoördinator bij STDNN, geeft haar mening over de plannen in de fusiewijzer van december 1995. Ze erkent dat een locatie op het AZG-terrein voordelen heeft: artsen hoeven niet meer te pendelen en de medische nazorg zal waarschijnlijk vlotter verlopen. 'Vanuit mijn visie op zorg stimuleer ik de mensen tot actieve betrokkenheid bij de behandeling; zelf (weer) zoveel mogelijk het heft in eigen handen nemen; niet 'verdrinken' in die patiëntrol want dat beïnvloedt je hele leven, ook buiten de dialyses om. Veel patiënten bij ons hebben zelfs bewust gekozen voor deze mate van onafhankelijkheid. En juist van deze mensen hoor ik dat het voor hun gevoel van zich meer of minder patiënt voelen wel degelijk uitmaakt of ze naar Haren moeten voor hun behandeling of naar 'het ziekenhuis'. Ik ben ervan overtuigd dat deze negatieve associaties met 'het ziekenhuis' een negatief effect kunnen hebben op het welzijn en welbevinden van deze categorie chronische patiënten.'



De dialysezaal van Beatrixoord in de jaren '80

Tien werkgroepen aan het werk

Om de fusie zo goed mogelijk voor te bereiden komt er een stuurgroep en verschillende werkgroepen. Elke werkgroep krijgt een lid van de stuurgroep als voorzitter. Verder bestaan de werkgroepen uit medewerkers die vanuit hun expertise kunnen bijdragen aan de plannen. Zo zit Thom Heemskerk, sinds 1986 verantwoordelijk voor de ICT van STDNN, in de werkgroep Ontsluiting Informatiesystemen en is Christa Nagel, nog altijd werkzaam bij DCG als diëtist, één van de deelnemers van de werkgroep Eten en Drinken. Dialysetechnicus George de Bruyne kan natuurlijk niet ontbreken in de werkgroep Technische Voorzieningen. De werkgroepen gaan in 1995 aan de slag en brengen in de loop van dat jaar hun rapporten uit met aanbevelingen die de fusie mogelijk moeten maken.

Medewerkers en patiënten worden op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. Zo worden notulen zo breed mogelijk verspreid en verschijnt vanaf juli 1995 de fusiewijzer, een uitgave van de PR-commissie met informatie, ontwikkelingen en meningen over de fusie. Na 1997 wordt de fusiewijzer vervangen door Homepage, de voorganger van Nieuwslijn, het huidige blad van DCG. Trees Kingma, indertijd dialyseverpleegkundige op Beatrixoord, weet nog dat de medewerkers goed geïnformeerd werden over de ontwikkelingen. 'Wij zijn overal bij betrokken geweest en dat was fantastisch. We werden in alles gekend, er kwam iets op papier waarop we konden nalezen in welke ontwikkeling ze zaten en hoever dat was en wie eraan deelnamen.'

Ilse Mellema-Peper
en haar collega's op
Fuerteventura in 1979



Ook op vakantie moeten patiënten dialyseren, medewerkers helpen hen daarbij op Fuerteventura



STRESS OP FUERTEVENTURA

Op reis met patiënten is niet altijd even gemakkelijk, blijkt uit het verslag van Ilse Mellema-Peper. In 1997 reist ze als begeleidster mee met een reis van de Nierstichting naar Fuerteventura, één van de Canarische Eilanden. De groep bestaat uit 26 personen, onder wie zeven hemodialysepatiënten, drie PD-patiënten en drie getransplanteerde patiënten en hun partners.

Ilse en haar twee collega's verdelen het werk en kunnen daardoor ook genieten van het strand. Na een rustige eerste week gaat het helemaal mis met één van de patiënten. Ilse zit op het strand als ze met spoed haar spullen moet pakken en met de patiënt meegaat naar een ziekenhuis op Gran Canaria.

Eerst levert de ambulance haar en de patient op de verkeerde plek op het vliegveld af en lukt het haar uiteindelijk om twee brandweermannen te charteren om hen alsnog naar hun vliegtuig te brengen. In het ziekenhuis moet de doodzieke patiënt uren wachten en worden ze afgesnauwd in het Spaans.

Als de patiënt eindelijk onder dak is, lijkt het er zelfs op dat Ilse de nacht moet doorbrengen op het strand, maar gelukkig brengt een arts haar toch nog naar een hotel. De dagen die volgen zijn slopend voor de patiënt en voor Ilse. Om te zorgen dat hij in ieder geval te eten krijgt, moet ze brood meesmokkelen uit haar eigen hotel. Als de patiënt terug mag naar Fuerteventura, moet Ilse zes apotheken aflopen om de juiste antibiotica te verzamelen.

Ze is opgelucht als zij en haar patiënt eindelijk weer aankomen bij de rest van de groep. In haar verslag in Homepage schrijft ze: 'Dan merk je hoe hecht een groep in een paar dagen kan worden. Er was een heel welkomstcomité opgericht. Iedereen stond er met maskers, slingers en camera's en dergelijke. Dat voelde goed.' Ze geeft aan dat de verantwoordelijkheid zwaar is, zeker zonder ziekenhuis achter de hand. Vanwege haar ervaringen besluit de Nierstichting kort erna dan ook om voortaan alleen nog reizen te organiseren naar bestemmingen met een ziekenhuis in de nabije omgeving.

Margot van Zalk



Trees Kingma

Kijken in elkaars keuken

In maart 1995 spreken de partners voor het eerst over de onderlinge uitwisseling van medewerkers en in de zomer van dat jaar komen Margot van Zalk en Dineke Klont, beiden hoofd zorg van respectievelijk STDNN en Beatrixoord, hierop terug in een brief aan alle verpleegkundigen van Beatrixoord en STDNN. Het idee is dat ze de gelegenheid krijgen om bij elkaar in de keuken te kijken door middel van een uitwisseling van één tot twee weken eind 1995 en begin 1996. In de fusiewijzer van december 1995 doet STDNN-verpleegkundige Marianne de Vries verslag van haar eigen uitwisseling. Een week lang loopt ze mee in Beatrixoord. Ze schrijft dat het een plezierige ervaring was: een leuke manier om haar aanstaande collega's beter te leren kennen. De patiëntenpopulatie van Beatrixoord spreekt haar minder aan: 'te passief, eentonig en rustig. Een beetje meer levendigheid en afwisseling ligt mij beter. Wat me wel duidelijk is geworden is dat het bij ons wel eens te chaotisch en onoverzichtelijk is, zeker voor een buitenstaander. Dat er voor de fusie nog veel meer moet gebeuren om op één lijn te komen is me ook duidelijk geworden.'

In dezelfde uitgave staat het relaas van drie verpleegkundigen van Beatrixoord die bij STDNN in de keuken hebben gekeken. Ans Haar, Bert van Rooy en Jeannette de Vries schrijven dat de uitwisseling prettig en leerzaam was, al moesten ze erg wennen aan de manier van werken. 'Op de plek waar dialyses plaatsvinden bekruipt ons het onbehagelijke gevoel van 'wie hoort nu bij wie, wie doet wat en waar.' Het is een kriskras van mensen en patiënten die voor ons op de meest gekke tijden en plaatsen aan- en afgesloten worden.' Het kost een paar dagen voor de drie wat meer rust in het hoofd krijgen. Ze wijzen op het grootste verschil met Beatrixoord: het gros van de patiënten van STDNN is jong, energiek en gemotiveerd: 'De benadering van de patiënt als een gelijkwaardig individu en het aanspreken op zijn eigen verantwoordelijkheid komen duidelijk naar voren bij STDNN. In Beatrixoord ligt vooral de nadruk op de ouder wordende patiënt.'

Wel of geen uniform?

Tijdens de besprekingen raken de twee partners meer vertrouwd met elkaar, hoewel er wel degelijk sprake is van cultuurverschillen. Van oudsher is Beatrixoord onderdeel van een ziekenhuis en gelden daar bijpassende regels. Zo dragen de verpleegkundigen een uniform. Bij STDNN gaat het er heel anders aan toe. Vanwege de huiselijke sfeer die hoort bij de thuisdialyse dragen de medewerkers geen uniform, maar hun eigen kleding. Die tijd heeft opleidingscoördinator, destijds dialyseverpleegkundige, Trees van den Brink ook nog meegemaakt. 'Het was in die tijd veel meer oude jongens krentenbrood. Als ik foto's van toen zie, valt me dat weer op. We liepen bij STDNN in onze eigen kleren. Ik had eigen werkkleding en zodra ik thuiskwam kleepte ik me om. Want eigenlijk vond ik het niet heel hygiënisch, vooral toen ik jonge kinderen had.'

Even goed is het verplicht stellen van een uniform na de fusie een brug te ver voor STDNN. In de notulen van de werkgroep Implementatie Zorgvisie op 10 augustus 1995 leidt dit dan ook tot de volgende uitspraak: 'Om het huiselijk karakter van de SDNN te benadrukken zal door de medewerkers geen uniform gedragen hoeven te worden. Bij infectieuze patiënten is het noodzakelijk, maar de voorkeur gaat uit naar een gezellig



Arjan Leijssenaar, hoofd zorg (2019 - heden), voorheen werkzaam als dialyseverpleegkundige bij DCG (1994-2009)



De nieuwbouw van DCG in volle gang in 2005



Verpleegkundige Trude de Weijs in DCG-polo met Yvette Smit-Belt op de achtergrond

uiterlijk van het uniform. Daarnaast zal de stuurgroep gevraagd worden t.z.t. duidelijke richtlijnen t.a.v. uniformkleding te geven.'

Na de fusie wordt een compromis bereikt: verpleegkundigen dragen een zandkleurige broek en een poloshirt met het DCG-logo. De broeken gaan naar de wasserij, de shirts gaan mee naar huis. Een situatie die op termijn niet houdbaar blijkt te zijn, maar zo kort na de fusie door alle partijen wordt geaccepteerd.

Verboden te roken of toch niet?

Roken is ook een heikel punt, blijkt tijdens de fusiebesprekingen. Beatrixoord hoort officieel bij het AZG en sinds de Tabakswet van 1990 geldt er voor openbare gebouwen, waaronder ziekenhuizen, een rookverbod. Sowieso geldt er bij het AZG al sinds 1982 een rookverbod. In de loop van 1994 verbiedt de directie van Beatrixoord ook het roken in de tuin bij de hoofdingang.

Bij STDNN is van een rookverbod geen sprake. Vanwege de huiselijke sfeer is roken hier toegestaan: door medewerkers en door patiënten, zelfs tijdens het dialyseren op zaal. Arjan Leijssenaar, hoofd zorg DCG, werkt in 1994 bij STDNN als dialyseverpleegkundige. Hij herinnert zich het roken bij STDNN nog goed. 'Als het aansluitproces klaar was gingen de asbakken rond. Ik heb zelf nooit gerookt, maar veel collega's wel. Die staken dan op zaal een sigaret op. En de patiënten ook. In die tijd kregen patiënten dan een kom zoute soep. Er was dan altijd wel een patiënt die onderuitging. Daar moest je alert op zijn, want voor je het wist, liet een patiënt een brandende sigaret vallen en konden er brandblaren ontstaan. Dat is ook weleens gebeurd.'

Hij realiseert zich achteraf dat die houding ten opzichte van het roken nu niet meer voor te stellen is. 'Iedereen wist natuurlijk wel dat roken niet gezond was, en op een gegeven moment moesten we ermee stoppen op zaal. De patiënten ook. Dat viel niet bij iedereen goed: we hadden patiënten die wilden stoppen met de dialyse als ze niet meer mochten roken tijdens het dialyseren. Vaak werd roken dan toch gedoogd, of we lieten iemand dan op een kamertje apart dialyseren. Verder rookte men overal. Als je bij de ICT-afdeling langsging, stond het daar altijd blauw van de rook. In die tijd was dat heel normaal. Nu is dat niet meer denkbaar.'

De kwestie is onderdeel van de enquête van stagiair Evelien Nijhof. Zij inventariseert in de zomer van 1995 de wensen van medewerkers en patiënten met betrekking tot de nieuwbouw. In oktober worden de resultaten gepresenteerd, te beginnen met de wensen ten aanzien van het roken. De meningen blijken behoorlijk verdeeld. Zo moet er volgens iets meer dan de helft van de medewerkers een geheel rookverbod komen, maar roken in de kantine vindt een groot deel dan weer wel goed. Maar dan alleen als er een verdeling komt tussen een deel voor rokers en een deel voor niet-rokers. Ook over het roken op zaal tijdens de dialyse zijn de meningen van medewerkers en patiënten verdeeld. Evelien vraagt zich af of een geheel rookverbod haalbaar is en pleit voor een rookbeleid.

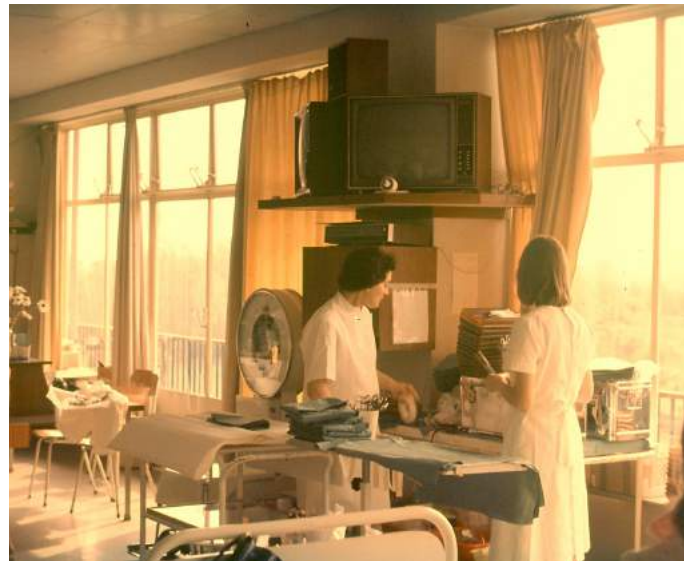
Als DCG zich vestigt op het terrein van het AZG is de discussie van de baan: hier geldt namelijk al sinds 1982 een algemeen rookverbod. Arjan: 'Wij hadden balkons en daar konden de rokers nog wel terecht. En dan hadden we discussies over hoe lang ze wegbleven en collega's die niet rookten het werk lieten doen.'



Voedingsassistente Els Leemburg in de gele polo met patiënt Max Limahelu op de achtergrond



De lunch op de locatie in Groningen toen de keuken in het restaurant nog in gebruik was



Een dialyzezaal in Beatrixoord in de jaren '80



Trees van den Brink met op de achtergrond Josien Woldring en Marjan van der Meulen

Nieuwe organisatie, nieuwe naam

In de loop van 1996, als de nieuwe organisatie steeds meer vorm begint te krijgen, schrijven Anneke Friemann en Hanneke Weits namens de PR-commissie een prijsvraag uit. Medewerkers en patiënten mogen een originele naam voor de nieuwe stichting verzinnen. Een korte, krachtige naam, die goed in het gehoor ligt en bij voorkeur een link heeft met de gezondheidszorg en eventueel ook met Groningen of Noord-Nederland. De winnaar krijgt een vierdaagse, geheel verzorgde reis naar Parijs aangeboden. Er komen maar liefst 38 inzendingen binnen, met suggesties als Het Kolff-centrum, De Dwinger, Diahaven, Diahome en Ureumborg.

In september volgt de uitslag: de keuze valt op de inzending van twee dialyseverpleegkundigen: Geke Smit van Beatrixoord en Marianne Dijkstra van STDNN. In de fusiewijzer van januari 1997 leggen ze uit dat ze hebben gekozen voor Dialyse Centrum Groningen, omdat deze naam herkenbaar is voor de buitenwereld, de zelfstandige positie van het centrum benadrukt en toekomstbestendig is.

Lijvig bedrijfsplan

Als de werkgroepen alle aspecten van de fusie hebben uitgewerkt en besproken volgt een lijvig bedrijfsplan waarin tot in detail staat beschreven hoe DCG eruit moet komen te zien. De inleiding van dit stuk is helder over de profilering: DCG zal zich richten op alle vormen van niet-klinische dialyse voor nierpatiënten in de regio Groningen en streeft naar huisvesting op het terrein van het AZG. Verder wordt afgesproken dat de ondernemingsraden van beide partners de rapportages ter inzage krijgen, zodat ze erover kunnen adviseren. Ze kunnen zo tijdig aan de bel trekken als ze bepaalde aspecten onwenselijk vinden. Verder komen alle aspecten van de fusie voorbij: procedures, protocollen en medewerkerszaken, financiën en huisvesting, technische voorzieningen en ICT, communicatie en eten en drinken.

Eerste nieuwjaarstoespraak

In 1997 is het zover: alles is geregeld en afgestemd en Margriet Hommes houdt haar eerste nieuwjaarstoespraak voor de nieuwe organisatie: 'Het is dus allemaal gelukt. Het Dialyse Centrum Groningen is een feit geworden per 1 januari 1997. De statutenwijziging bij de Thuisdialyse is goedgekeurd. De akte is gepasseerd bij de notaris. De Interimstichting is opgeheven. Van de ondernemingsraden is een positief advies binnengekomen over het bedrijfsplan, over de fusie per 1 januari en over de statuten.' De officiële opening volgt later in dat jaar: op 26 november 1997.

Ze vertelt dat er ook nog veel moet gebeuren: de nieuwe organisatie moet nu echt tot stand komen en de huisvesting is nog niet gereed. De eerste maanden van 1997 vinden alle benoemingen plaats. Top-down, benadrukt ze: 'Uiteraard is er wel even gekeken naar een ieders voorkeur.' Ook de manier van werken ligt dan nog niet vast en dat moet wel: 'Ik moet er echt niet aan denken dat er twee of nog meer verschillende methoden gebruikt zullen worden. Het is onze stijl niet om te zeggen 'zo moet het'. Nee, jullie moeten zelf aangeven hoe het moet. Als leidraad bij de keuzes moet gelden: bij welke oplossing is de patiënt het meest gebaat. Dat betekent dus dat de Thuisdialysegewoontes en Beatrix-gewoontes moeten plaatsmaken voor Dialyse Centrum Groningen-gewoontes.'



Medewerkers aan het werk op de dialyzezaal van Beatrixoord in de jaren '80

Verder is ze 'harstikke blij' met de uitkomsten van de financiële afspraken en dan vooral met de uitbreiding van het aantal dialyseplaatsen van twintig naar vierentwintig. Ze sluit haar toespraak af met een toost op DCG: 'Ik hoop dat we van het Dialyse Centrum Groningen een waardige opvolger van de dialyse van Beatrixoord en de Thuisdialyse zullen maken, zodanig dat 1 + 1 meer dan 2 is.'

De fusie is een feit en op 28 april 1997 verhuist DCG naar de A-vleugel van de oude Interne Kliniek van het AZG.



Logo DCG

3

DE IDENTITEIT VAN DIALYSE CENTRUM GRONINGEN

Op het eerste gezicht is Dialyse Centrum Groningen (DCG) een categorale organisatie zoals er wel meer zijn. Wat DCG uniek maakt is de manier waarop de instelling omgaat met de omstandigheden die in 25 jaar sterk zijn veranderd. Als fusieorganisatie heeft DCG door de jaren een volledig eigen identiteit ontwikkeld. Aan de hand van archiefstukken en interviews met een groot aantal geanonimiseerde DCG-medewerkers, oud-medewerkers en andere betrokkenen schetst Sam Kwant in zijn masteronderzoek Geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen hoe deze identiteit zich door de jaren heen heeft ontwikkeld. Voor dit jubileumboek heeft hij op basis van zijn scriptie dit hoofdstuk geschreven.



De oude dialysebus van DCG met daarop nog het oude logo

Formele filosofie en hoe medewerkers er invulling aan geven

De identiteit van een organisatie kan opgedeeld worden in twee onderdelen: de formele filosofie, waarbij de identiteit vooral bestaat uit wat op papier is vastgelegd over de identiteit. Deze filosofie gaat over de idealen van een organisatie en de manier waarop de organisatie haar doelen wil bereiken. Maar een organisatie kan niet zonder medewerkers. Het tweede deel van de identiteit bestaat dan ook uit de manier waarop medewerkers invulling geven aan de formele filosofie. In perioden van verandering moet een organisatie op nieuwe manieren invulling geven aan de eigen filosofie. Juist dan is het mogelijk om een helder beeld te schetsen van de veranderende identiteit.

De identiteit van DCG op papier

De missie van DCG staat in 1992 omschreven in het concept bedrijfsplan voor de nieuwe organisatie: 'Het verstrekken van nierfunctievervangende therapie gericht op handhaving van de eigen plaats van de patiënt in maatschappij en leefomgeving.' Juist die eigen plaats van de patiënt is vandaag de dag nog altijd een waarde voor DCG. Zo staat op de website nog altijd te lezen dat de behandelingen 'zoveel mogelijk zijn afgestemd op de individuele behoeften van en gericht zijn op de zelfstandigheid van de patiënt.' In hetzelfde bedrijfsplan staat dat het stimuleren van de zelfstandigheid het gevoel van eigenwaarde van de patiënt bevordert. De onderliggende aanname dat zelfstandigheid het



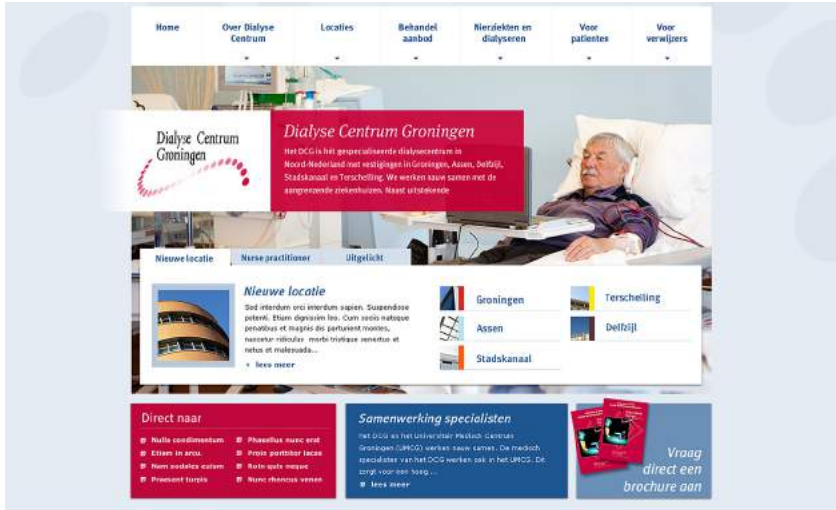
De bedrijfsauto's van DCG in een nieuw jasje in 2021

gevoel van eigenwaarde bevordert lijkt een sturende factor te zijn bij de vormgeving van beleid binnen DCG.

De formele filosofie van DCG bestaat uit drie met elkaar samenhangende pijlers die in de beleidsvorming steeds terugkomen: het stimuleren van zoveel mogelijk zelfstandigheid bij patiënten, de kleinschaligheid van DCG en de zelfstandigheid van DCG. De zelfstandigheid wordt het best gegarandeerd door alle mogelijke soorten dialyse aan te bieden thuis en op het centrum, overdag of 's nachts. Dat kan wellicht het best in een kleine organisatie. Dit is de tweede pijler. Dit breed productenaanbod kan het best gegarandeerd worden door de zelfstandigheid van DCG: de derde pijler.

Zelfstandigheid van patiënten stimuleren

Een rapport dat de huisvesting van DCG voorbereidt, beschrijft het belang van de zelfstandigheid van patiënten als volgt: 'Chronische nierinsufficiëntie leidt tot (blijvende) invaliditeit. Deze invaliditeit leidt tot afhankelijkheid. Afhankelijkheid leidt tot ziekzijn.' Het denkbeeld dat afhankelijkheid leidt tot (de ervaring van) ziekzijn komt ook in interviews naar voren. Zo verwoordt een oud-medewerker dit denkbeeld als volgt: 'Je hebt het aan je nieren, maar dat wil nog niet zeggen dat je ziek bent. Alleen je nieren zijn ziek, daaromheen ben je niet ziek, dus daar kun je mee aan het werk.'



Website DCG in 2013

In het Meerjarenbeleidsplan 2020-2023 komt nadrukkelijk naar voren dat de zelfstandigheid van de patiënt nog altijd de leidende waarde is bij het maken van beleid alsook bij het uitvoeren van het dagelijkse werk: 'In alles wat wij doen, geloven wij dat de kwaliteit van leven van onze patiënten voorop moet staan. Met behulp van onze behandeling en ondersteuning willen wij ervoor zorgen dat onze patiënten hun eigen leven kunnen leiden.'

Kleinschaligheid

De tweede pijler van de formele filosofie betreft de kleinschaligheid van de organisatie. Deze waarde is nauw verbonden met het stimuleren van zelfstandigheid van de patiënt. In het concept bedrijfsplan uit 1992 staat al dat DCG zich wil onderscheiden 'door niet alleen de nadruk te leggen op medisch-technische aspecten van de behandeling, maar ook op begeleidingsaspecten, bijvoorbeeld door het bieden van aan de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt aangepaste zorg en door het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt.' In het bedrijfsplan staat verder dat deze specifieke aanpak het best gerealiseerd kan worden in een 'klein zelfstandig dialysecentrum.'

De sterke verbinding tussen de zelfstandigheid van de patiënt en de kleinschaligheid van DCG komt ook op andere vlakken naar voren. Zo geeft een medewerker aan dat het stimuleren van zelfstandigheid in een grootschalige hiërarchische organisatie minder kans op succes zou hebben: 'Als je bijvoorbeeld intern een cultuur hebt die heel hiërarchisch is, waarbij het denken jou wordt afgeleerd, dan heb je ook niet een cultuur waarin een patiënt wel regie neemt. Die cultuur naar patiënten toe kun je alleen maar uitstralen als je zelf die cultuur onderling ook hebt.'



Mevrouw Krol - Buma, een patiënt die actief haar carrière voortzet

Zelfstandig blijven als organisatie

De derde pijler van de formele filosofie betreft de zelfstandigheid van DCG. Bij de oprichting is in de statuten vastgelegd dat de Stichting DCG haar doelen probeert te bereiken door het beheren en exploiteren van een zelfstandig dialysecentrum. Meerdere geïnterviewden koppelen de kleinschaligheid en zelfstandigheid aan elkaar. Zo vindt een medewerker dat 'het grote voordeel van zelfstandigheid is dat je relatief kleinschalig kan blijven.' Een tweede medewerker zegt: 'Heel vaak kun je heel snel iets oplossen, je weet de mensen te vinden. Dan zijn wij heel blij dat wij onafhankelijk zijn.' Hieruit komt het beeld naar voren dat zelfstandigheid binnen DCG als voorwaarde voor kleinschaligheid wordt gezien.

Het doel van DCG is door de jaren heen onveranderd gebleven, evenals de opvattingen over hoe de organisatie dit doel wil bereiken. Het stimuleren van zelfstandigheid van de patiënt en het als organisatie kleinschalig en zelfstandig willen blijven, hebben altijd ten grondslag gelegen aan de dialysebehandelingen waarbij patiënten hun plaats in de maatschappij en hun leefomgeving zoveel mogelijk kunnen handhaven. Het ideologische kader waarbinnen DCG zich heeft ontwikkeld is dus niet veel veranderd.

De beginfase van DCG

De verhuizing naar het gezamenlijke gebouw in 1997 ervaren veel medewerkers als het begin van DCG: 'Op een gegeven moment had je natuurlijk wel een 'big bang,' oftewel; nu start je allemaal bij elkaar in hetzelfde gebouw.' Hoewel medewerkers na de fusie van Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN) en Beatrixoord formeel onderdeel van dezelfde organisatie zijn, is er niet meteen sprake van een gedeelde identiteit. Een gedeelde identiteit komt grotendeels voort uit een gedeeld verleden, en dit gedeelde verleden is er dan nog niet.

DCG streeft ondanks haar klinische burens nog steeds naar een kleinschalige en huiselijke sfeer waar veel van de patiënten bekend mee zijn. In het concept bedrijfsplan staat dat het centrum zelf een huiselijke sfeer uit moet stralen 'die uitnodigt tot activiteit en zodoende de afhankelijkheid van patiënten zou beperken.' De uitdaging is het geven van invulling aan het ideaal van kleinschaligheid na de fusie van twee kleinschalige organisaties tot één organisatie die aanzienlijk groter is dan de twee voorgangers.



Verpleegkundig specialist Marieke Groenveld geeft een dialysepatiënt individuele voorlichting

Eén gebouw, twee organisaties?

Aanvankelijk is er sprake van een tweedeling tussen de voormalige Beatrixoord- en STDNN-medewerkers. Ze zijn gespecialiseerd in het verlenen van zorg aan hun eigen patiëntgroepen en blijven nog lange tijd werken met de patiënten waar zij ervaring mee hebben. De afdelingen hebben bovendien elk hun eigen etage waardoor de scheiding tamelijk zichtbaar blijft. Zoals een medewerker zegt: 'De ene verdieping had meer Beatrixoord-DNA en de andere meer thuisdialyse-DNA.' Dit beeld wordt aangevuld door een andere medewerker: 'Het was formeel gezien niet zo dat Beatrixoord de ene afdeling was en STDNN de andere afdeling, maar in de praktijk was het wel zo dat de ene afdeling wat meer van Beatrixoord had en de andere van STDNN.'

Op gebied van actieve centrumdialyse bestaat voor de oprichting van DCG al wel enige overlap tussen Beatrixoord en STDNN. Daardoor ontstaat er met de fusie ook een gemengde groep die zich richt op deze behandelvorm. Evenwel komt het grootste deel van deze groep van STDNN.

Het duurt enige jaren voordat de verschillen tussen voormalig Beatrixoord en STDNN grotendeels zijn verdwenen en men daadwerkelijk van een gedeelde identiteit kan spreken. Aangezien het grootste deel van de medewerkers gericht is op het type zorg en begeleiding waar ze het meest ervaren in zijn, is het actief mengen van beide groepen niet de meest voor de hand liggende optie. Dit zou namelijk kunnen betekenen dat medewerkers die kennis en ervaring hebben met



De laatste dag van medewerkers in Beatrixoord

een bepaalde behandelvorm minder tot hun recht komen.

Hoewel er aanvankelijk geen sprake is van een gedeelde identiteit, ontstaat deze in de loop van tijd op organische wijze, zegt deze medewerker: 'Het grootste deel van de verpleegkundigen van Beatrixoord bleef werken met hun eigen collega's, terwijl de meeste STDNN-verpleegkundigen op afdelingen werkten met de actieve patiënten. In de loop der jaren ging dat steeds meer door elkaar lopen, maar niet meteen. We hebben dat ook niet geforceerd.'

Veranderingen voor patiënten

Zowel patiënten als medewerkers komen na de fusie in een nieuwe omgeving terecht. DCG streeft ernaar om bij alle patiënten een zo groot mogelijke mate van zelfstandigheid te stimuleren. Hoewel er bij Beatrixoord wel stappen zijn gemaakt op het vlak van actieve dialyse, is het daar nog niet de standaard. Met name voor patiënten die een passieve dialyse gewend zijn leidt dit af en toe tot verrassingen.

Een oud-STDNN medewerker schetst de situatie als volgt: 'Wij waren erop gericht om alles in overleg met de patiënt te doen. De patiënt besliste veel dingen, dus wij vroegen dan 'Hoe wilt u dit en hoe wilt u dat?' Dat waren de patiënten van Beatrixoord helemaal niet gewend dus dat was best wel een verschil. Zo moest ik een patiënt die oorspronkelijk van Beatrixoord kwam dialyseren en toen ik vroeg hoeveel vocht eruit moest zei die patiënt: 'Weet je dat niet?'

FOUTJE, BEDANKT

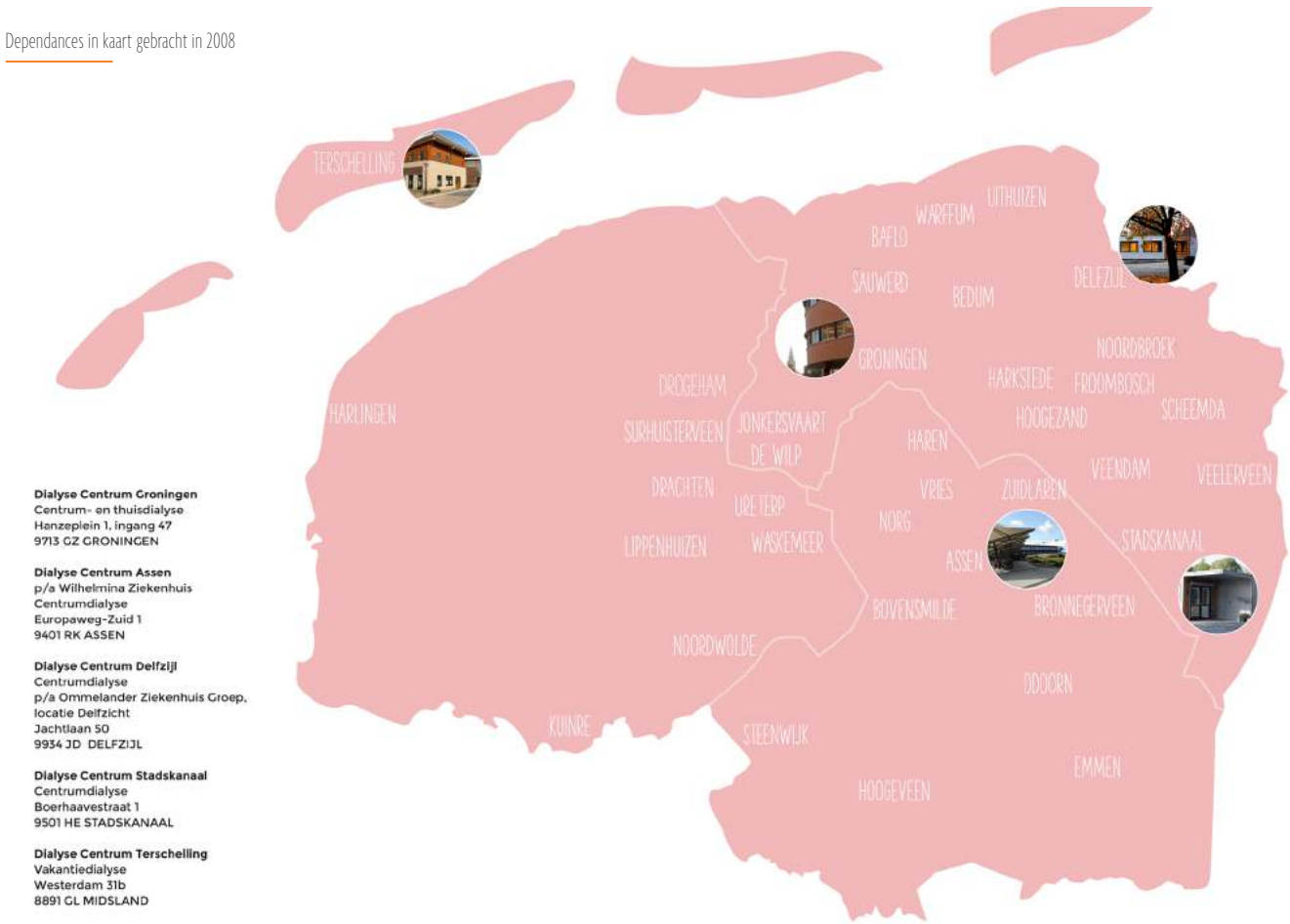
Bij een cristabiopsie wordt een stukje botweefsel uit het heupbeen genomen voor onderzoek. Een DCG-medewerker berichtte ooit in een dialyse-verslag dat haar patiënt ingepland stond voor een dergelijk onderzoek. Ze noteerde de handeling echter als christusbiopsie. De ontvanger van het verslag liet daarop gekscherend onderstaande flyer maken:

Hallo allemaal,
Op D.V. dinsdag 31 mei wordt er om 14.00 uur een klinische les gegeven in het bedrijfsrestaurant van het Delfzicht ziekenhuis.

Het thema deze middag zal zijn: 'Christusbiopsieën'
Wil je deelnemen aan deze middag lees dan ter voorbereiding Jesaja 1 vers 2-8.

Ave
Commissie bijbelbespreking en bidstond

P.S. D.V. staat voor Deo Volente 'Als God het wil'



Kleinschaligheid en informaliteit

Binnen DCG is er aanvankelijk een duidelijke tweedeling te herkennen in de manier waarop medewerkers gewend zijn om afspraken vast te leggen. De dialyseafdeling van Beatrixoord is geïntegreerd in een grotere organisatie, waardoor de medewerkers gewend zijn te werken volgens protocollen die in een grotere organisatie gangbaar zijn. STDNN is daarentegen altijd een erg kleine en bestuurlijk onafhankelijke organisatie geweest, met een informele organisatiecultuur gebaseerd op onderling vertrouwen.

Deze verschillende culturen moeten in de nieuwe organisatie op elkaar afgestemd worden. Een oud-medewerker van Beatrixoord illustreert

de situatie als volgt: 'Ik weet nog heel goed dat we op een gegeven moment afspraken hadden gemaakt over voeding en dat ik toen ook iets op papier had gezet en dat de leidinggevende zei: 'Hee, ik krijg zo- maar een briefje van je.' Ik vroeg haar of ze dat gek vond en ze vertelde me dat ze gewend was om alles op de gang te regelen. Ze vond mijn aanpak erg formeel.' Een andere medewerker geeft aan dat na de fusie duidelijk is dat er te weinig op papier staat. Daardoor is een inhaalslag nodig om alles op orde te krijgen. Hoewel de informele cultuur van het vroege DCG perfect aansluit bij de waarde van kleinschaligheid blijkt snel dat men hier op andere manieren invulling aan moet geven.



Ondertekening intentieverklaring samenwerking DCG en UMCG



Medewerkers en patiënten moedigen het Nederlands eftal aan tijdens de wedstrijd tegen Denemarken in 2010

Nadat het stof van de fusie enigszins is neergedaald, volgt een periode van stabiliteit en groei. In het jaarverslag van 2001 staat dat DCG zichzelf met ongeveer 160 mensen in dienst nog altijd als kleinschalige organisatie profileert. Met 240 patiënten is DCG in 2001 inmiddels wel het grootste dialysecentrum van Nederland. De groei zet DCG ertoe aan om op een nieuwe manier invulling te geven aan de waarde van kleinschaligheid.

In het jaarverslag van 2001 staat ook dat de teams te groot zijn geworden. Door meerdere teams van een kleiner formaat te formeren is het mogelijk om kleinschaliger te werken. Daarvoor is echter niet genoeg ruimte in het toenmalige gebouw. Tijdens de voorbereiding op de verhuizing naar het huidige gebouw wordt in 2003 gestart met het ontwikkelen van een organisatiestructuur die het mogelijk moet maken om in kleinere eenheden te werken.

De cultuur op de dependances

In het jaarverslag van 2004 staat dat DCG de voorkeur geeft aan de oprichting van meerdere kleine dialysecentra boven de uitbreiding van de bestaande locatie. Zo geeft DCG ook invulling aan het ideaal van kleinschaligheid. Hierdoor wordt DCG als organisatie als geheel echter complexer. Het opmerkelijke van de situatie is dat de patiënt hierdoor juist het gevoel krijgt dat de organisatie kleinschaliger wordt. Deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid is ook in de titel van het jaarverslag van 2006 te herkennen, deze luidt namelijk 'Hoe een groot centrum ook klein kan zijn.'

Bij de oprichting van de dependances doet zich een dynamiek voor tussen complexiteit en kleinschaligheid die vergelijkbaar is met de situatie tijdens de vorming van meerdere kleine teams. In dit geval zijn het de verschillende dependances die de complexiteit van DCG als organisatie sterk vergroten, iets wat op het eerste gezicht afbreuk doet aan de kleinschaligheid van de organisatie. De dependances maken het aan de andere kant mogelijk om zorg aan te bieden op kleinschalige locaties die zich vaak dicht bij de woonplaats van patiënten bevinden. Het wordt daardoor mogelijk om beter invulling te geven aan de eigen visie, geeft een medewerker aan: 'De visie is uiteindelijk dat je het de patiënten zo makkelijk mogelijk wil maken, het liefst in een thuissituatie, maar niet iedereen is hier geschikt voor of wil thuis dialyseren. Door die verschillende locaties is het mogelijk geweest om dicht bij huis voor de patiënt een behandeling te kunnen krijgen. Dat draagt natuurlijk ook bij aan dat gevoel van kleinschaligheid.'

FRITUREN TIJDENS HET DIALYSEREN

Enkele (wat jongere) patiënten op afdeling 4-Noord vervelen zich stierlijk tijdens het dialyseren. Ze willen wat meer gezelligheid, daarom neemt eentje een frituurpan mee. Een trend is gezet, voortaan worden tijdens het dialyseren bitterballen gefrituurd. De eigenaar van de pan legt vanuit zijn bedstoel de balletjes in het vet. Als ze klaar zijn, gaat een verpleegkundige met de snacks langs de patiënten. Wanneer de pan is afgekoeld wordt hij in de kast gezet en afgedekt met een doek, niemand die iets ziet. Bitterballen frituren op zaal! Natuurlijk kan dat niet! De frituurpan wordt dan ook verbannen.

In 2009 zamelden medewerkers van DCG geld in voor Serious Request



De cheque voor Serious Request wordt ingeleverd

Anita Vogd en Trees van den Brink vragen als Angela Schrobden en Theresia Swabber op ludieke wijze aandacht voor handdesinfectie tijdens de week van de infectiepreventie



Ina Verkaaik en Karin Holties in 2014 op de vakantiebeurs waar DCG vaste gast was

Een andere medewerker geeft aan dat de dependances enigszins lijken op het vroegere STDNN: 'Ze hebben eigenlijk een beetje de sfeer van de thuisdialyse van vroeger. Medewerkers moeten zichzelf bedruipen. Je bent wel verbonden met een ziekenhuis, maar er zijn veel taken die je zelf moet doen.'

Het kleinschalige karakter van de dependances brengt ook een situatie mee die parallellen vertoont met de situatie van de oud-STDNN-medewerkers vlak na de fusie. In die beginperiode heerst er onder deze medewerkers nog een informele subcultuur. En diezelfde sfeer lijkt ook weer te ontstaan in de dependances. Hoewel er uiteraard wordt gewerkt volgens DCG-brede richtlijnen, kan de omgeving sterk van invloed zijn op de manier waarop medewerkers hun gegeven taak invullen. Zoals een medewerker over het werken op de dependances zegt: 'Als je een heel klein team bent, houd je er soms je eigen werkgewoontes op na.' De geïnterviewde geeft onder andere aan dat deze verschillen in werkgewoontes soms tot zogeheten blinde vlekken kunnen leiden, waarbij mensen als het ware langs elkaar heen denken.

DCG probeert deze blinde vlekken te vermijden door medewerkers van verschillende locaties – en zodoende met verschillende gebruiken en werkgewoontes – uit te wisselen. Dat is nog steeds zo, vertelt een medewerker: 'In principe heb je wel je vaste teams, maar ik werkte ook wel in Groningen en Groningen werkte ook wel in Assen.' In dit opzicht vindt een vergelijkbaar proces plaats als tijdens de fusie van Beatrixoord en STDNN. Net als toen vindt een uitwisseling van medewerkers plaats met als doel kennis te maken met elkaars werkwijze en organisatiecultuur.

Hoewel het 'ons kent ons'-gevoel aan de ene kant kan leiden tot blinde vlekken, zijn patiënten er juist blij mee. Een medewerker verwoordt het als volgt: 'Stadskanaal is echt een wat kleinere locatie en daar zijn ook veel meer vaste medewerkers. We hebben patiënten weleens horen zeggen: 'In het UMCG ben ik echt in het ziekenhuis en DCG is een beetje mijn thuis.' Ik denk dus dat de patiënt dit heel erg herkent als een kleinschalige locatie en dus niet als groot ziekenhuis.'

De kleinschaligheid van DCG wordt vaak afgezet tegen de grotere schaal van ziekenhuizen in het algemeen. Deze vergelijking komt ook in interviews rondom de dependances nadrukkelijk naar voren. Een medewerker in Groningen benoemt hoe patiënten op de hoofdlocatie meer dan op de dependances een zekere ziekenhuissfeer ervaren: 'Voor de patiënten is het vooral heel fijn om dicht bij huis te zijn. Als je hier naartoe gaat hebben patiënten toch iets meer het gevoel 'Ik ga naar Groningen, ik ga naar het ziekenhuis.'

Veranderende patiëntengroep, veranderende uitdagingen

De daling van het aantal dialyses sinds 2016 is ook voor DCG niet onopgemerkt gebleven. Het aantal nierdonoren neemt toe en steeds meer jongere patiënten worden getransplanteerd. Hierdoor slaan steeds meer nierpatiënten het tussenstation van dialyse over. Verder leidt de toegenomen aandacht voor de conservatieve behandeling met medicatie ertoe dat patiënten vaker niet beginnen met de dialyse. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de patiënten van DCG ouder zijn en ook geregeld lijden aan meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Voor deze groep is intensievere zorg nodig dan voorheen, waardoor het stimuleren van zelfstandigheid van patiënten moeilijker is geworden.



Jubileumsymposium 2012: samen brainstormen over kwaliteit en samenwerking in de toekomst

In het Meerjarenbeleid 2020-2023 stelt DCG dat de organisatie er bij het behandelen van patiënten nog altijd naar streeft om de zelfstandigheid van de patiënt zoveel mogelijk te waarborgen. De veranderende patiëntengroep vormt in dit opzicht een grote uitdaging. Ook zelfregie en eigen verantwoordelijkheid worden als leidende principes genoemd. De nadruk op zelfregie wordt vanuit dezelfde overtuigingen ingezet als de nadruk op zelfstandigheid. De verschuiving van zelfstandigheid naar zelfregie is nauw verbonden met de veranderende patiëntengroep, waarbij vanwege het complexere ziektebeeld minder mogelijk is op gebied van zelfstandigheid. Een medewerker omschrijft het verschil tussen zelfstandigheid en zelfregie als volgt: 'Zelfregie kan ook te maken hebben met het zeggen: 'Ik wil iets niet of wel.' iets kan ook zelfregie zijn zonder dat je zelf iets doet. Goed geïnformeerd beslissen wat je wil is soms belangrijker dan zelf een machine opbouwen om thuis te dialyseren.'

Ook de afname van het totale aantal patiënten zorgt voor de nodige hoofdbrekens en onzekerheid onder de medewerkers. Dit heeft zelfs tot een zekere cultuurverandering geleid waarbij medewerkers zich steeds meer bewust zijn geworden van het veranderlijke karakter van de omgeving van DCG. Sindsdien lijkt de focus van de organisatie te zijn verschoven naar de lange termijn en de continuïteit van DCG. Hoewel een veranderlijke omgeving altijd een zekere mate van onzekerheid met zich meebrengt, kan het accepteren van deze veranderlijkheid ertoe leiden dat onzekerheid op de lange termijn afneemt.

Samenwerking en zelfstandigheid

Een conclusie tijdens een inspiratiebijeenkomst in 2019 is dat het belangrijk is om samenwerking met andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars te zoeken om de patiënt het beste te kunnen bieden, zonder daarbij eigenwaarde te verliezen. Een tweede conclusie is dat er brede steun is binnen DCG voor het intensiveren van de samenwerking met het UMCG. Deze samenwerking moet echter niet vanuit overlevingsmotieven ingezet worden, maar vanuit het perspectief van de patiënt. Een medewerker bevestigt deze invalshoek: 'De patiënt heeft de belangrijkste rol. Alles wat je daarvoor nodig hebt, moet daaraan dienend zijn. Dat is de basis van de kwaliteit en diversiteit van behandel mogelijkheden die we de patiënt als enige in het Noorden kunnen bieden.' Uit deze uitspraken is af te leiden dat het overlevingsmotief – iets wat geïnterpreteerd kan worden als het voortbestaan van DCG in de toenmalige vorm – ondergeschikt is aan de belangen van de patiënt.

DCG presenteert de samenwerking met haar partners veelal als een middel om zorg, waarbij de zelfstandigheid van de patiënt een centrale rol inneemt, aan te kunnen blijven bieden. In dit opzicht is de onderliggende gedachte achter de samenwerking met het UMCG en andere

partners weinig veranderd. Zo staat in de statuten van DCG immers al dat de organisatie haar doelen onder andere tracht te bereiken door 'het samenwerken met andere instellingen in de regio en het UMCG in het bijzonder.' Tijdens een vergadering ter voorbereiding van het meerjarenbeleid komt naar voren dat een intensivering van samenwerkingsverbanden wenselijk is, zolang DCG zelf invloed kan blijven uitoefenen op het medische en bedrijfsmatige deel van de organisatie.

Naast het garanderen van het voortbestaan wordt het gespecialiseerde karakter van DCG als reden genoemd om bestuurlijk onafhankelijk te blijven. Een medewerker zegt: 'Als wij opgaan in het UMCG dan worden we een onderdeel van een heel groot log orgaan en dan wordt dialyse meer een bijzaak. Peritoneale dialyse en thuisdialyse blijven, ondanks de veranderende patiëntengroep, toch wel hoog in het vaandel staan. Dat kun je beter uitdragen als zelfstandig centrum.'

Een andere medewerker legt het verband tussen de kleinschaligheid en de specialisatie van DCG: 'Doordat we gespecialiseerd zijn hebben patiënten niet het idee dat ze in een groot ziekenhuis terechtkomen. Ze komen naar ons toe voor de dialyse. In die zin vormt onze kleinschaligheid dus eigenlijk ook onze specialisatie.'

Blik op de toekomst

DCG heeft zich over de afgelopen 25 jaar sterk laten leiden door de formele filosofie die in 1992 is vastgesteld. Hoewel deze filosofie altijd een centrale rol heeft gespeeld in de beleidsvorming is het juist het aanpassingsvermogen en daarmee het vermogen om te leren van situaties wat DCG maakt tot de organisatie die het vandaag de dag is geworden.

Wat opvalt is dat DCG zowel naar de patiënt als naar de organisatie zelf dezelfde waarden uitdraagt. Zelfstandigheid wordt zowel voor de patiënt als voor de organisatie zelf als een belangrijke waarde gezien. Terwijl de patiëntenpopulatie verandert en de focus meer van zelfstandigheid naar zelfredzaamheid verschuift, lijkt DCG zelf een vergelijkbare ontwikkeling door te maken. Samenwerking met partners wordt steeds harder nodig om het voortbestaan van DCG te kunnen garanderen, maar deze samenwerking wordt wel zo ingezet dat DCG de keuzes die het zelf belangrijk vindt zelf kan blijven maken.

DCG heeft steeds getoond dat het in staat is om te reageren op veranderingen en om te leren van uitdagingen. Het bewustzijn van de noodzaak om met veranderingen mee te kunnen gaan komt het aanpassingsvermogen van de organisatie als geheel sterk ten goede. Hoewel de toekomst van het zorglandschap altijd onzeker zal blijven, zal het aanpassingsvermogen van DCG en haar medewerkers zeker helpen bij het anticiperen op onvermijdbare veranderingen.

Deel 2

Dialyse Centrum Groningen:
het speelveld

4

DE NIEREN IN DE HOOFDROL

Onze nieren spelen een belangrijke rol in de gezondheid van ons lichaam. Dat blijkt pas echt als het de nieren niet meer lukt om overtollig vocht en alle afvalstoffen uit het bloed te verwijderen. Die stoffen hopen zich dan op in het lichaam, waardoor mensen zichzelf in feite vergiftigen. Ook ontstaan er allerlei andere lichamelijke problemen als de nieren hun werk niet meer kunnen doen. Eeuwenlang was het onmogelijk om hier iets aan te verhelpen, omdat niemand goed begreep hoe de nieren werken.

De werking van de nieren

Nieren zijn zo groot als een vuist, boonvormig en liggen aan de achterkant van het lichaam, net boven de taille ter hoogte van de onderste ribben, aan weerszijden van de wervelkolom. Ze hebben meerdere functies in ons lijf. Ze reinigen het bloed en produceren urine om afvalstoffen af te voeren en de balans tussen vocht en zout in ons lichaam op peil te houden. Ze maken bepaalde hormonen aan en ze spelen een grote rol bij het regelen van de bloeddruk. Elk uur stroomt er ongeveer zestig liter bloed door de nieren: al ons bloed, zo'n vijf liter in totaal, komt dus zo'n tweehonderd keer per dag voorbij. Als er iets mis is met de functie van de nieren, kunnen de gevolgen ernstig zijn. Het lichaam is namelijk niet altijd goed in staat om schade aan de nieren zelf te herstellen.

Als het misgaat met de nieren

Zonder nieren kan een mens niet leven. Dat nierfalen ernstige gevolgen heeft, komt vooral doordat het lichaam niet goed in staat is om de verfijnde filterfunctie van de nieren bij schade te herstellen. Omdat de nieren lang doorgaan met functioneren, merken mensen vaak pas in een laat stadium dat er iets mis is.

Soms krijgen mensen acute nierschade en worden ze opeens erg ziek en gaan ze snel achteruit. Afhankelijk van de ernst en de oorzaak van het nierfalen zijn verschillende behandelingen mogelijk. Patiënten kunnen na een tijdelijke dialyse weer herstellen, maar dat lukt niet altijd.

Als de nierfilters zodanig zijn beschadigd dat ze niet meer kunnen herstellen, is er sprake van chronische nierschade. Dit stadium van nierschade kan worden behandeld door middel van medicijnen, dieet en dialyse.

Patiënten met chronische nierschade hebben vaak problemen door een te hoge bloeddruk, bloedarmoede, verzwakte botten, een te hoge zuurgraad in het bloed en soms ook verlies van eiwit via de urine. Ook hebben deze patiënten een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Daarom moeten ze extra letten op hun cholesterolgehalte maar ook op bloeddrukregulatie en andere aspecten, zoals roken en ernstig overgewicht. Ook kunnen ze last hebben van moeheid, jeuk en lusteloosheid

HOE WERKEN DE NIEREN?

Zo'n tweehonderd keer per dag stroomt al het bloed in ons lichaam door de nieren heen. Het bloed komt binnen via de nierslagaders en komt dan via bloedvaten terecht in een kluwen van haarvaatjes. Deze vaatjes leiden het bloed naar de nefronen. Dat zijn minuscule filters, die bestaan uit twee delen: het filter zelf (de glomerulus) en het aangesloten nierbuisje (de tubulus). De gaatjes in deze filters zijn te klein om eiwitten en bloedcellen door te laten, dus verlaten die deeltjes de nieren weer via de nierader om te beginnen aan hun volgende ronde in de bloedbaan.

Het vocht dat het filter passeert, belandt in de nierbuisjes. Deze buisjes filteren allerlei waardevolle stoffen uit deze voorurine terug, zoals bouwstenen voor eiwitten en suiker. Die worden weer opgenomen in de bloedbaan. De buisjes regelen daarnaast de balans tussen water en zout in het lichaam. De urine verlaat de nieren via de nierkelkjes die zich in het nierbekken bevinden en verlaat het lichaam via de urineleider en de blaas. Elke 24 uur plast een mens gemiddeld anderhalf liter urine uit.

De nieren maken ook twee hormonen aan: renine en erytropoëetine, beter bekend als EPO. Renine is een hormoon dat de bloeddruk verhoogt. Door meer of minder renine aan te maken, dragen de nieren dus bij aan hoe hoog of laag de bloeddruk is. EPO stimuleert in het beenmerg de aanmaak van rode bloedlichaampjes die zuurstof in het bloed vervoeren. Tot slot zetten de nieren samen met de lever vitamine D uit voedsel om in een actief vitamine dat onder andere de botten versterkt.

VAATTOEGANG VOOR HEMODIALYSE

Voor hemodialyse is een toegang nodig tot de bloedbaan. Die toegang moet in staat zijn om voldoende bloed voor de dialyse beschikbaar te stellen, dat is circa 200 – 350 milliliter per minuut. Hiervoor wordt een verbinding aangelegd tussen een ader en een slagader, een zogenaamde shunt. Bij voorkeur wordt de shunt aan de onderarm aangelegd, als dat niet mogelijk is wordt een bovenarmshunt aangelegd. Als dat ook niet mogelijk is, krijgen patiënten een vaattoegang door middel van een kunstvat of soms zelfs een shunt in de lies. De shunt wordt bij de meeste dialysepatiënten drie keer per week met twee naalden aangeprikt.

Patiënten kunnen ook een centraal veneuze katheter krijgen, een slangetje in een ader in de hals of soms zelfs in de lies. Nefrologen geven echter de voorkeur aan een shunt, omdat er dan veel minder risico is op infectie. Ook biedt de shunt meer vrijheid: patiënten kunnen er bijvoorbeeld gewoon mee zwemmen. Dat kan niet met een katheter.



Dialyseverpleegkundige Lucienne de Vreeze maakt de machine klaar voor dialyse

en is hun water- en zouthuishouding vaak verstoord. Patiënten kunnen daardoor vocht vasthouden, benauwd worden of last krijgen van een te hoge bloeddruk. Voor deze en mogelijke andere klachten krijgen patiënten verschillende medicijnen en dieetvoorschriften voorgeschreven.

Een nieuwe nier

De beste behandeling voor patiënten met chronische nierschade is een niertransplantatie. In het verleden kwamen alleen jonge patiënten in aanmerking voor transplantatie, tegenwoordig geldt er geen maximumleeftijd meer. Patiënten moeten wel gezond genoeg zijn om de operatie en de nabehandeling goed te doorstaan. Zo is er na de transplantatie altijd kans op een infectie of afstoting van de donornier door de ontvanger. Oudere patiënten, vooral als ze meerdere aandoeningen hebben, lopen meer risico op complicaties.

Donornieren zijn afkomstig van een levende of overleden donor. De kans op succes is het grootst als het gaat om een nier van een levende donor, bijvoorbeeld een familielid of kennis. Als er geen levende donor te vinden is in de directe omgeving van de patiënt, wordt een nier gebruikt van een overleden donor. Deze nieren worden via Eurotransplant aan de wachtende patiënten toegewezen. Patiënten moeten dan vaak tot de transplantatie wel een vorm van dialyse ondergaan en tot die tijd staan zij op een wachtlijst.

Een donornier betekent niet dat een patiënt nooit meer hoeft te



Akin Özyilmaz

dialyseren, benadrukt nefroloog Akin Özyilmaz. Hij is werkzaam bij zowel DCG als het UMCG. 'Donornieren blijven niet altijd tot het overlijden goed werken. Gemiddeld zijn ze zo'n tien jaar houdbaar bij overleden donoren en tot twintig jaar bij levende donoren. Daarna zien we dat patiënten terugkomen op het nierfalensprekuur omdat de nieuwe nier niet meer goed functioneert. Dan begint een nieuwe fase van een nierfunctievervangende behandeling. Opnieuw een niertransplantatie is niet altijd mogelijk. Dan moeten deze patiënten alsnog in dialyse. Voor deze groep is dat emotioneel vaak erg moeilijk.'

Dialysebehandeling

Hemodialyse is de meest voorkomende behandeling voor nierpatiënten die niet in aanmerking komen voor een donornier of daar nog op moeten wachten. Kort gezegd houdt hemodialyse in dat het bloed van de patiënt wordt gezuiverd van afvalstoffen. In feite neemt de kunstnier van de dialysemachine het werk van de eigen nieren deels over. In de loop der jaren is deze techniek steeds verfijnder geworden en de apparatuur geavanceerder.

Sinds de succesvolle toepassing van de eerste kunstnier door Willem Kolff is er geen echte doorbraak meer geweest in de dialysetechniek. Maar er zijn wel nieuwe ondersteunende medicijnen bijgekomen, zegt Akin. 'De techniek is nog altijd hetzelfde. Er zijn natuurlijk andere machines en kunstnieren gekomen, maar de denkwijze achter de apparatuur is



De Fresenius 5008 die binnen DCG anno 2022 wordt gebruikt



Bovenstaande foto's: Marielle de Wagt bezig met een dialysebehandeling

VERSCHILLENDE DIALYSEBEHANDELINGEN

Centrumhemodialyse

Centrumhemodialyse: de patiënt komt in de regel drie keer per week naar een locatie van DCG en wordt aangesloten op een dialysemachine. Een shunt of centraal veneuze katheter geeft toegang tot de bloedbaan. Door middel van een kunstnier en spoelvloeistof wordt het bloed van de patiënt buiten het lichaam gezuiverd van afvalstoffen en gifstoffen. Ook wordt overtollig vocht afgevoerd. Patiënten kunnen overdag of 's nachts behandeld worden.



Klaske Heeringa bezig met een patiënt tijdens de centrumhemodialyse



Ans Haar en Harry Scheeringa bereiden een voorlichting over peritoneale dialyse voor

nog dezelfde als die van Kolff. De dialysemachines zien er wat moderner uit en er zijn mobiele apparaten ontwikkeld. Wel is de kwaliteit van de materialen en zijn de dialysevloeistoffen veel beter zodat de bijwerkingen van de dialysebehandeling minder zwaarwegend zijn.'

Hemodialyse en buikspoeling

Tegenwoordig is de keuze voor een vorm van dialyse de verantwoordelijkheid van patiënt en artsen samen. Tijdens het nierfalenpreekuur van het UMCG spreekt het multidisciplinaire nierfalenteam met patiënten en hun naasten over de verschillende nierfunctievervangende behandelingen. Samen met de patiënt kijkt het team welke behandelvorm het best in hun leven is in te passen. Eerste keuze is een niertransplantatie. Als dat niet mogelijk is, of in ieder geval niet meteen, komen andere behandelvormen zoals de verschillende dialysebehandelingen in beeld. Zo kunnen patiënten kiezen voor één van de twee opties die thuisdialyse biedt: hemodialyse of buikspoeling. De officiële term voor buikspoeling is peritoneale dialyse. Als het niet mogelijk of wenselijk is dat patiënt thuis dialyseert, is de volgende optie centrumhemodialyse. Zowel thuis als in het centrum kunnen patiënten kiezen om 's nachts te dialyseren. Buikspoeling vindt alleen thuis plaats. Een deel van de patiënten kiest ook voor het zogenaamd nierfunctie-ondersteunend (conservatief) behandeltraject, namelijk geen nierfunctievervangende therapie maar wel de behandeling met medicatie en bijvoorbeeld een dieet.

Langer leven met dialyse

Door de jaren heen is het vooruitzicht van dialysepatiënten verbeterd. Ze krijgen tegenwoordig allerlei medicijnen voorgeschreven waardoor de conditie van de dialysepatiënt deels verbetert. Akin Özyilmaz: 'Patiënten met bloedarmoede hadden vroeger veel vaker een bloedtransfusie nodig. Tegenwoordig houden we de bloedwaarden beter op peil met allerlei medicijnen, zoals fosfaatbinders, kaliumbinders, ijzer en EPO. Door die ontwikkeling overleven nierpatiënten langer dan vroeger. Even goed is de dialyse een zware behandeling die veel van mensen vergt. Zeker voor patiënten die toch al lijden aan verschillende ziektes, is dialyse topsport. Daarom adviseren we soms ook om er niet aan te beginnen als we verwachten dat de behandeling nauwelijks levensverlengend is en bovendien de kwaliteit van leven sterk vermindert.'

Dialyse is geen tovermiddel, benadrukt hij. Soms is niet dialyseren beter dan wel. 'Wat wij doen is patiënten in leven houden. Niet meer en niet minder. Ze krijgen een leven met dialyse en niet hun normale leven terug. Ze maken hierbij goede en ook slechte tijden mee. Wat wij proberen is de ups zo lang mogelijk te houden en de downs niet te diep te laten worden.'

VERSCHILLENDE DIALYSEBEHANDELINGEN

Thuishemodialyse

Thuishemodialyse: bij de patiënt thuis wordt een dialysemachine geïnstalleerd en daardoor hoeft de patiënt dus niet meer te reizen naar het dialysecentrum. De patiënt verricht de dialyse zelf en wordt hiervoor opgeleid door DCG. Er moet wel altijd iemand aanwezig zijn bij de thuisdialyse. De partner van de patiënt kan helpen bij de dialyse en wordt hiervoor opgeleid door DCG. Kan dat niet, dan is een dialyseassistent via DCG aanwezig tijdens de dialyse.

Peritoneale dialyse

Buikspoeling of peritoneale dialyse (PD): de patiënt verwijdt dagelijks afvalstoffen en vocht door middel van het buikvlies. Dialysevloeistof wordt via een buikkatheter in de buikholte gebracht. De afvalstoffen worden na een aantal uren met de 'vuile' spoelvloeistof afgevoerd. De patiënt verwisselt zelf de vloeistof handmatig overdag of met behulp van een machine 's nachts. Patienten die kiezen voor buikspoeling worden door DCG opgeleid. Deze vorm van dialyse vindt altijd thuis, in elk geval buiten het centrum, plaats.



Patiënt verricht zelfstandig de behandeling

Ralf Westerhuis werkt sinds 2007 als internist-nefroloog en directeur Patiëntenzorg bij DCG en is ook als nefroloog verbonden aan het UMCG. Dankzij nieuwe medicijnen en technieken is de prognose voor de nierpatiënt sterk verbeterd, zegt hij. 'Vroeger was het absoluut niet mogelijk dat de conditie van een dialysepatiënt in de buurt zou komen van die van een getransplanteerde patiënt. Nu zien we dat de levensverwachting van een patiënt die intensief en frequent hemodialyse ondergaat niet meer zoveel afwijkt van een patiënt die een donornier heeft ontvangen van een overleden donor. Vroeger leefden dialysepatiënten maar kort. Nu begeleid ik ook weleens patiënten die al meer dan tien jaar aan de dialyse liggen. Dat is echt een grote verbetering.'

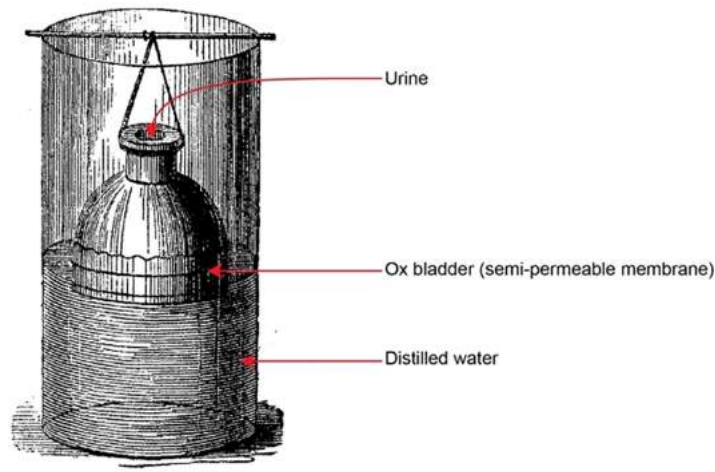


Nachtelijke centrumhemodialyse

5

GESCHIEDENIS VAN DE DIALYSE-BEHANDELING

Terwijl nierfalen zo oud is als de mensheid zelf, is de behandeling ervan dat niet. In de oudheid en de middeleeuwen werd nierfalen behandeld met hete baden, aderlatingen en darmspoelingen. De basis voor de moderne dialysebehandeling wordt gelegd in de negentiende eeuw. Anno 2022 is de langdurige, chronische dialysebehandeling zo veel mogelijk aangepast aan het leven van de patiënt.



De kunstnier van Thomas Graham

Ontdekking van de nieren (voor 1800)

In de oudheid heeft men geen idee wat er precies in het menselijk lichaam gebeurt. De eerste arts die ontdekt dat de nieren urine produceren, is Claudius Galenus, lijfarts van drie Romeinse keizers en aanhanger van de leer van Aristoteles.

Het duurt het tot ver in de zestiende eeuw voordat een nieuwe ontdekking over de nieren wordt gedaan. Arts-anatoom Andreas Vesalius uit Basel beschrijft in zijn zeventalige serie boeken *De humani corporis fabrica libri septem* hoe het menselijk lichaam is gebouwd en werkt. Hiervoor doet hij onderzoek op de lichamen van ter dood gebrachte misdadigers. Zo ontdekt hij dat er duidelijk verschillen bestaan tussen de lichamen van mensen en dieren. Zijn gedetailleerde bevindingen illustreert hij met prachtige houtsneden. Eén van zijn conclusies is dat de nieren inderdaad urine produceren, zoals Galenus al dacht. Maar hij vermoedt dat de nieren nog een functie hebben, namelijk het filteren van het bloed. Hoe de nieren dat doen, kan hij niet zien met het blote oog.

Hoewel daarna geleidelijk meer bekend wordt over de werking van de nieren, is er heel lang geen genezing mogelijk voor patiënten die lijden aan nierfalen. Ze krijgen vaak het advies om veel hete baden te nemen. Sommige artsen adviseren aderlatingen en darmspoelingen. Dat helpt allemaal niet. Patiënten met acute nierschade gaan snel achteruit. Ze worden doodziek, raken vaak in coma en sterven.

Pionieren in hemodialyse (1850-1890)

De tweede helft van de negentiende eeuw is de kraamkamer van de latere technologische geneeskunde, zoals de dialysebehandeling. De Schotse scheikundige Thomas Graham (1805-1869) geeft in zijn *Bakerian Lecture* (1854) de eerste wetenschappelijke beschrijvingen van de dialyse. Deze 'vader van de dialyse' werkt als scheikundige aan de Universiteit van Glasgow, ongeveer in dezelfde periode als arts Richard Bright (1789-1858) de klinische eigenschappen en de diagnose nierfalen beschrijft in Edinburgh. In scheikundige laboratoria zijn methoden ontwikkeld om door gebruik van een membraan of filter in water opgeloste bestanddelen te scheiden of om water aan oplossingen te onttrekken. Graham geeft ver voor zijn tijd aan dat deze processen mogelijk medische toepassingen kennen. Hij maakt een klokvormig vat, waarvan de opening is bedekt met een membraan, afkomstig van de blaas van een stier.

Hij brengt het met urine gevulde klokvormige vat onder in een grotere bak met water. Na verschillende uren verwijdt hij het vat. Nadat het water in de grotere bak is uitgekookt, toont hij aan dat er zout en ureum overblijven, de belangrijkste componenten van urine. Hiermee laat hij zien dat ureum door het membraan heen is gekomen. Graham noemt dit proces 'dialyse', afkomstig van het oud-Griekse δια (doorheen) en 'λίσσω' (splitsen, afzonderen) en stelt het voor als behandeling voor nierfalen, om overtollig vocht en afvalstoffen uit het lichaam te verwijderen. De ontwikkeling van wat uiteindelijk een functionele kunstnier wordt, is het resultaat van meerdere inspanningen van verschillende pioniers. De Duitse fysioloog Adolf Fick (1829-1901) is de eerste die in 1855 collodiummembranen gebruikt in de eerste kunstnieren. Collodium is een materiaal gemaakt van cellulose. Deze eerste kunstnieren scheiden kleine moleculaire stoffen van het bloed door middel van het proces van diffusie.

De twintigste eeuw: vroege dialyse vóór de Tweede Wereldoorlog (1900-1940)

Het begin van de twintigste eeuw staat in het teken van verder onderzoek naar kunstmatige membranen. Het eerste efficiënte dialysesysteem met lage druk of low flow dateert van 1914. De Amerikaanse biochemicus en farmacoloog John Abel (1859-1938) dialyseert dieren onder narcose door bloed door buizen en half doorlaatbare collodiummembranen heen te leiden. Het is niet zeker of Abel deze behandeling bedoelt voor de behandeling van nierziekten. Wel is duidelijk dat de hedendaagse dialysetechniek de belangrijkste elementen toepast uit deze machine van Abel. Voordat het bloed echter door de dialysemachine heen vloeit, moet het stollingsmechanisme van het bloed ten minste tijdelijk onderbroken kunnen worden. Abel en zijn collega's gebruiken hiervoor hirudine, een stof met ontstollende werking, afgeleid uit het speeksel

van bloedzuigers. In 1914 ontwikkelen Hess en McGuigan een kunstnier met hoge flows met als doel stolsels te voorkomen. Zij passen hun kunstnier toe in een onderzoekssituatie op honden, maar slagen er niet in deze bij mensen te gebruiken.

De Duitse arts Georg Haas (1886-1971) dialyseert in 1924 de eerste patiënt aan de Universiteit van Giessen, Duitsland. Hij gebruikt daarvoor de kunstnier van Abel en verbetert deze door onder meer de oppervlakte van het half doorlaatbare membraan te vergoten, zodat meer bloed in contact komt met de spoelvloeistof. Om dit mogelijk te maken, gebruikt hij verschillende kunstnieren naast elkaar en voegt hij een pomp en een elektrische motor toe. De volgende vier jaar dialyseert Giessen nog eens zes patiënten. Niemand overleeft de behandeling echter, waarschijnlijk door de kritische gezondheidstoestand van de patiënten en de gebrekkige effectiviteit van de dialyse. Het gebruik van hirudine leidt vaak tot grote complicaties, vooral allergische reacties. Haas gebruikt in zijn zevende en laatste experiment, in 1928, uiteindelijk het ontstollingsmiddel heparine. Heparine veroorzaakt minder complicaties dan hirudine omdat het bij zoogdieren een universeel ontstollingsmiddel is. Voordeel is ook dat heparine op grotere schaal vervaardigd kan worden. Nadat er vanaf 1937 betere zuiveringsmethoden zijn toegepast, is heparine hét ontstollingsmiddel dat tot op de dag van vandaag bij de dialyse wordt gebruikt.

Heinrich Necheles (1897-1979) ontwikkelt in de jaren dertig een belangrijke eigenschap van de huidige kunstnier: de 'sandwich'-techniek. Door verschillende membranen op elkaar te plaatsen ontstaat een groter oppervlak en volstaat het om één kunstnier te gebruiken, in plaats van meerdere naast elkaar, zoals Giessen deed. In 1937 ontdekt de Amerikaanse wetenschapper William Thalheimer dat een membraan uit de



Willem Kolff en zijn trommelkunstnier

worstindustrie gebruikt kan worden bij het verwijderen van afvalstoffen uit het bloed. Dit cellofaan membraan heeft een uniforme dikte, is sterk, goedkoop en kan in grote hoeveelheden worden geproduceerd.

De eerste succesvolle dialysebehandeling dankzij Willem Kolff (1940-1960)

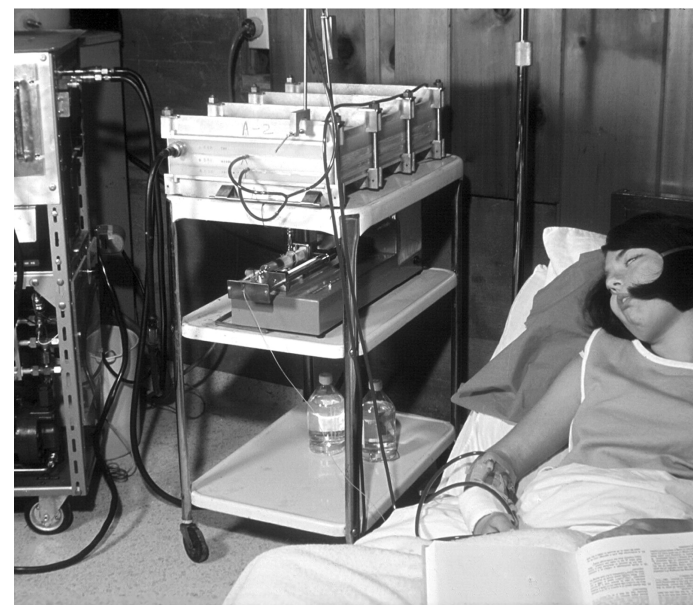
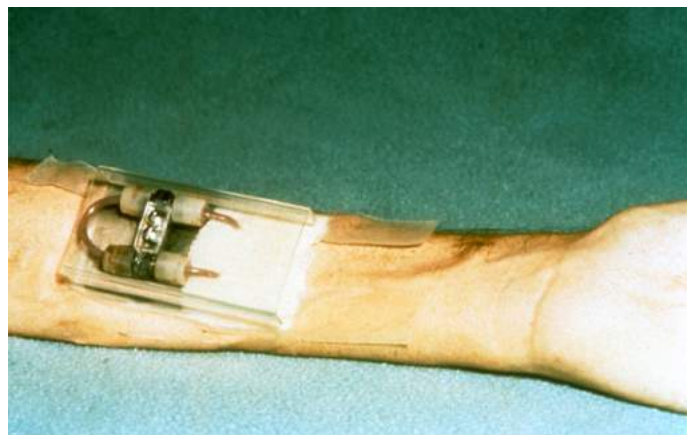
In zijn biografie over internist en medisch pionier Willem Johan Kolff (1911-2009) beschrijft biograaf Herman Broers hoe Kolff in 1938 als jonge arts-assistent in het Academisch Ziekenhuis in Groningen machteloos moet toekijken hoe een 22-jarige boerenzoon sterft aan een acute nierontsteking. Hij ziet ook hoe gruwelijk de laatste dagen van de jonge Jan Bruning zijn. De patiënt braakt, heeft verschrikkelijke hoofdpijn en overal jeuk, wordt blind, ijlt en krijgt stuip trekkingen.

Bij de invasie van de Duitsers in 1940 is Kolff betrokken bij de zorg voor oorlogsslachtoffers. Hij richt één van de eerste bloedbanken van Europa op. Wanneer de nazi's het Nederlandse bestuur overnemen, wordt Kolff naar een perifeer ziekenhuis in Kampen gestuurd. Ondanks de bijkomende verplichtingen door de oorlog, zet Kolff zijn onderzoekswerk in Kampen voort. Hoewel materialen schaars zijn, bouwt Kolff in 1943 een draaiend, trommelvormig nierdialysesysteem. In de loop van de oorlog behandelt hij zestien patiënten, aanvankelijk zonder resultaat. In de herfst van 1945 maakt Kolff echter mogelijk wat zijn voorgangers niet was gelukt: hij maakt de eerste klinische dialysebehandeling van een patiënt tot een succes. Kolff behandelt een 67-jarige vrouw, die door opstapeling van gifstoffen in het bloed in coma is. Dankzij de dialysemachine van Kolff komt zij na elf uur terug bij bewustzijn. Zij verlaat het ziekenhuis met een normale nierfunctie en leeft daarna nog zeven jaar.



Clyde Shields, eerste chronische dialysepatiënt

Teflon shunt



Eerste thuisdialysepatiënt (Seattle)

Deze patiënte bewijst dat het concept dat Haas en Abel hebben ontwikkeld in de praktijk ook werkt. Dit betekent een grote doorbraak in de behandeling van nierpatiënten. De machine van Kolff blijft gedurende de verschillende decennia de standaard, ook al is de Kolff-dialyse een moeizame en arbeidsintensieve procedure, aangezien de trommel van de kunstnier draaiende moet worden gehouden.

In de jaren vijftig vraagt het Mount Sinai Hospital in New York Kolff om haar artsen op te leiden in het gebruik van de kunstnier. Kolff emigreert naar de Verenigde Staten. Alfred Fishman en Irving Kroop zijn de eerste Amerikanen die Kolff opleidt. Fishman en Kroop krijgen veel weerstand van hun collega's in Mount Sinai. Het gebruik van de kunstnier is aanvankelijk enkel toegestaan in de operatiekamer, nadat het operatieprogramma is afgerond. Er komen veel toeschouwers op af, medewerkers van het ziekenhuis die na een diner of theaterbezoek naar het ziekenhuis terugkeren om de nieuwe procedure te bekijken, vaak nog in avondkleding en rokkostuum. Door het bewijs dat patiënten met nierfalen wel degelijk succesvol behandeld kunnen worden met de kunstnier, veroorzaakt Kolff wereldwijd diverse activiteiten om de dialyse te verbeteren. Zelf is hij ervan overtuigd dat de trommelnier gemakkelijker in gebruik moet worden.

Nieuwe varianten van de kunstnier volgen elkaar op: de jaren vijftig

De medische gemeenschap is er inmiddels van overtuigd dat de dialysebehandeling noodzakelijk is. De technologie van de kunstnieren blijft zich ontwikkelen. Dit geldt ook voor de wetenschappelijke principes van het transport van de substanties over de membranen, die specifiek worden toegepast op de dialyse. Dit onderzoek maakt het voor wetenschappers mogelijk om het dialyseproces kwantitatief te beschrijven en betere kunstnieren te ontwikkelen. De verbeterde versies van de dialysemachine worden makkelijker in gebruik, maar blijven alleen van toepassing bij acuut nierfalen, niet bij het eindstadium nierfalen, de langdurige of chronische dialyse. De toegang tot de bloedbaan vindt namelijk plaats door een katheter in een slagader of arterie te plaatsen. Het gezuiverde bloed wordt aan de patiënt teruggegeven via een katheter in een ader of vene. Na elke dialyse moeten de katheters weer verwijderd worden. Een nieuwe dialysesessie vereist weer een nieuwe prikplaats. Het aantal dialysesessies is dan ook beperkt omdat de bloedvaten door het herhaald aanprikken uiteindelijk uitgeput raken. Dit verandert in de jaren zestig door de ontwikkeling van de shunt.



Dialysemachines van nu



Eerste patiënt met peritoneale dialyse. Naast de patiënt 40 L glazen bokalen met steriele spoel- en restvloeistof



Doorbraak vaattoegang en chronische dialyse: de jaren zestig

De chronische dialyse is vanaf 1960 mogelijk dankzij de continue toegang tot de bloedbaan met een arterioveneuze shunt (AV-shunt). Ingenieur Wayne Quinton (1921-2015) en arts Belding Scribner (1921-2003) ontwikkelen deze AV-shunt aan de Universiteit van Washington. Dankzij deze shunt kan de bloedsomloop van de patiënt gedurende langere tijd vrij eenvoudig worden bereikt, zonder dat stolsels de toegang afsluiten. Door een chirurgische ingreep wordt een kunststof canule in een vene geplaatst, een tweede canule in een arterie. De canules zijn aan de buitenzijde van het lichaam verbonden tot een klein circulair systeem (vandaar de naam 'shunt' dat omwisselen betekent). Gedurende de dialyse wordt de shunt geopend en verbonden met de kunstnier.

De techniek vermijdt stolselvorming en maakt snelle toegang tot herhaalde lange termijn dialyse mogelijk: de deur naar chronische nierfunctievervangende therapie is geopend. In 1962 worden verbeterde shunts van flexibel materiaal geïntroduceerd. De meest belangrijke doorbraak in de vaattoegang volgt in 1966. Artsen Michael Brescia en James Cimino (1928-2010) verbinden tijdens een chirurgische ingreep een arterie in de arm met een vene; een zogenaamde 'natieve' arterioveneuze fistel voor chronische vasculaire toegang. De vene is normaliter niet onderhevig aan arteriële bloeddruk, waardoor deze aanzienlijk in volume toeneemt. Daardoor kan een naald gemakkelijker worden geplaatst in de vene die onder de huid ligt, zodat herhaalde toegang mogelijk is. Deze techniek vermindert de infectiegraad en laat langdurige dialysebehandeling over verschillende jaren toe. Tot op de dag van vandaag is de arterioveneuze fistel (AV-fistel) de voorkeurstoegang voor dialyse. Sommige AV-fistels die meer dan dertig jaar geleden zijn aangebracht, functioneren nog steeds.

In de lente van 1960 implanteren Quinton en Scribner een shunt bij de Amerikaanse patiënt Clyde Shields, die hiermee de eerste chronische hemodialysepatiënt is. Shields leeft nog elf jaar dankzij de chronische dialysebehandeling.

In de jaren zeventig duurt een dialysebehandeling ongeveer twaalf uur. Door het intensief gebruik van materialen is deze levensnoodzakelijke behandeling erg duur en daardoor niet voor alle nierpatiënten weggelegd. De eerste holle-vezelmembranekunstnier is dan ook een belangrijke ontwikkeling. Deze technologie vervangt de traditionele membraan-tubes en de vlakke membranen, waardoor een oppervlakte wordt bereikt die nodig is voor een efficiënte dialyse. Bovendien is het mogelijk om een groot aantal kunstnieren te produceren tegen een relatief lage kostprijs, waardoor de behandeling goedkoper wordt.

Zelfdialyse en thuishemodialyse vanaf de jaren zestig

Nefroloog Stanley Shaldon (1931-2013) en het dialyseteam van het Royal Free Hospital in Londen leidden in 1961 de eerste patiënt op voor zelfdialyse. Het team houdt een verpleegkundige op de achtergrond beschikbaar, maar de patiënt slaagt erin om zelf de dialysemachine voor te bereiden, de dialyse op te starten en af te sluiten, zonder hulp van anderen. In 1964 plaatst het team van Shaldon de eerste patiënt voor nachtdialyse thuis, zonder begeleiding. Belding Scribner leidt in 1964

naast de thuispatiënt ook de familieleden op, zodat deze ondersteuning kunnen bieden tijdens de dialyse. Het betreft een meisje dat dankzij de thuisdialyse haar middelbare school en universitaire opleiding kan afronden.

Deze patiënten bewijzen dat thuisdialyse een waardevol alternatief is om een kwalitatief goed leven te leiden onafhankelijk van dialyse in een ziekenhuis. Tijdens de groei van de dialyse in de jaren zestig is de thuisdialyse vooral bedoeld om de toenemende patiëntenpopulatie en het tekort aan dialyseplaatsen op te vangen. Ook in Nederland is dit de drijfveer voor het ontstaan van meerdere organisaties voor thuisdialyse, waaronder STDNN.

Peritoneale dialyse: de jaren zeventig als kantelpunt

Naast de hemodialyse is in de jaren zeventig de peritoneale dialyse (PD) of buikspoeling geïntroduceerd ter behandeling van eindstadium nierfalen. De werking van deze dialysevorm, waarbij het buikvlies van de patiënt als membraan wordt gebruikt, vindt net als de hemodialyse zijn vroege oorsprong in de natuurkundige principes van Thomas Graham. In de late jaren veertig slaagt de Amerikaanse arts Jacob Fine erin om voor het eerst een nierpatiënt te behandelen door de buikholte als membraan te gebruiken. Helaas overlijdt deze patiënt na zeven dagen. Verbeteringen van de toegang tot de buikholte maken vanaf de jaren vijftig

en de vroege jaren zestig een veilige, langdurige dialyse met buikspoeling mogelijk. De Duits-Amerikaanse nefroloog Henry Tenckhoff (1930-2017) ontwikkelt in 1968 de Tenckhoff-katheter, tot op de dag van vandaag de meest gebruikte toegangspoort tot de buikholte. Deze katheter maakt een herhaalde, makkelijke toegang mogelijk.

De grote doorbraak vormt de continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD) in 1978. Jack Moncrief en Robert Popovich berekenen dat wanneer de buikholte continu gevuld is met spoelvloeistof, gemiddeld vier tot vijf verwisselingen van de vloeistof per dag voldoende zijn ter vervanging van de nierfunctie. De behandeling wordt nog makkelijker wanneer kort daarna de glazen flessen met dialysevloeistof vervangen worden door plastic zakken. Hierdoor kan de patiënt de behandeling zelf thuis of onderweg uitvoeren, eventueel met hulp. Dit bevrijdt patiënten van de routine om meerdere keren per week volgens een vast schema naar een dialysecentrum te moeten gaan.

Vanaf de jaren zeventig vergoeden de meeste overheden in de westerse wereld de dialysebehandeling. Een snelle groei van het aantal dialysepatiënten is hiervan het gevolg. De peritoneale dialyse is niet langer alleen de behandeling voor patiënten die geen hemodialyse kunnen verdragen, ze biedt ook een oplossing om het groeiende aantal patiënten te kunnen behandelen bij een tekort aan dialysebedden voor centrumdialyse. Door de jaren heen blijft de glucosehoudende spoelvloeistof de hoeksteen van de behandeling. Deze vloeistof is verbeterd tot oplossingen die meer 'biocompatibel' zijn, meer aangepast aan de natuurlijke omstandigheden van het lichaam. Buikvliesontsteking of peritonitis blijft een belangrijke complicatie bij peritoneale dialyse. Door de introductie van de Y-set in de jaren tachtig en de dubbele spoelvloeistofzak in de jaren negentig is deze complicatie teruggedrongen, door de vorming van een gesloten dialysesysteem.

De introductie van de cycler-machine, die de uitwisseling van de spoelvloeistof automatiseert, maakt het mogelijk dat patiënten 's nachts slapen terwijl de dialyse plaatsvindt. Deze geautomatiseerde peritoneale dialyse of APD (Automated Peritoneal Dialysis) maakt ook de peritoneale dialyse bij kinderen mogelijk en ondersteunt patiënten met een actief leven die overdag de handen vrij willen hebben.

De eenentwintigste eeuw: chronische centrumhemodialyse (weer) in opmars

In 1973 ondergaat in Nederland veertig procent van de dialysepatiënten hun behandeling thuis. Anno 2022 is dat nog maar tien procent. Er zijn diverse redenen voor deze verminderde belangstelling. Patiëntfactoren hebben vooral te maken met ouderdom (de jongere patiënt ondergaat vaker een niertransplantatie) en het feit dat patiënten meerdere ziekten

tegelijk hebben. Maar er zijn ook meerdere niet-medische verklaringen: onvoldoende voorlichting, opleiding en keuzevrijheid van de patiënt in de pre-dialysefase, onvoldoende kennis en ervaring van de nefroloog en het gemak waarmee de hemodialysebehandeling op het centrum is opgestart. Daarbij komt dat er te veel capaciteit is voor centrumhemodialyse. Verder zijn de kosten voor thuisdialyse hoger dan de vergoeding die er tegenover staat.

De huidige uitdagingen in de dialysezorg zijn een gevolg van een groeiend aantal steeds oudere, complexe dialysepatiënten. Vergrijzing van de zorgmedewerkers leidt tot tekorten aan medewerkers, nu en straks. Dialyse vergt een intensief gebruik van energie en hulpstoffen. De vraag rijst eveneens of het huidige kostenniveau van de behandeling duurzaam is voor de toekomst.

Dialysezorg straks

De geschiedenis van de dialyse is een verhaal van uitdagingen en creatieve oplossingen, waaraan wetenschappers, de zorggemeenschap en de industrie hun bijdrage leveren. Tot op de dag van vandaag zetten zij zich in voor kwalitatief goede dialysezorg, gericht op het minimaliseren van de ziektelast van nierpatiënten. Binnen de hemodialyse betreffen de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen vier decennia verbeteringen in de filterfunctie en het ontwerp van de dialysemachine. De kunstnieren zijn vandaag de dag vervaardigd uit zeer hoogwaardige kunststoffen, zoals polysulfon en polyamide, kunststoffen die in een efficiënte filtering voorzien en goed getolereerd worden door het lichaam. De huidige dialysemachines monitoren de patiënt om snel kritieke situaties op te kunnen sporen en gebruiken computergestuurde en online technologieën, netwerken en speciale software.

Ondanks de snelle expansie van dialysevoorzieningen, vooral in de landen met een hoog inkomen, is de behandeling zelf niet veel veranderd. De nefrologische wereld is op zoek naar fundamentele vernieuwingen om de toegankelijkheid en de resultaten van de (thuis-)dialyse te verbeteren. De nadruk ligt op de ontwikkeling van kleinere en 'draagbare' kunstnieren en milieuvriendelijke dialysesystemen. Ook de levenskwaliteit en het moeten leven met een nierziekte krijgt gelukkig steeds meer aandacht. Dit uit zich in een grotere en actievare rol van de patiënt in de behandelkeuze én in het zelf uitvoeren van de behandeling. Steeds vaker beslissen arts en patiënt samen voor een conservatieve behandeling zonder dialyse of transplantatie. Ondertussen zet onderzoek in op mogelijkheden om de beschadigde nieren uit zichzelf te doen herstellen, de regeneratieve geneeskunde. Hoe dan ook, dialyse zal niet de wereld uit gaan maar noodzakelijk blijven, tenminste voor een deel van de patiënten.

DCG HEEFT EEN NACHTWACHT AAN DE MUUR

In de Beatrixoord Zaal van het DCG-gebouw hangt een replica van Rembrandts Nachtwacht die is samengesteld uit kleine steentjes. Je zou het een mozaïek kunnen noemen. Het werk is gemaakt door Tineke Kooistra-Droog.

Tineke is thuishemodialysepatiënt van september 2006 tot oktober 2020. Als tijdverdrijf gaat ze zich vanaf 2014 verwoed toeleggen op Diamond Painting, een techniek die lijkt op schilderen op nummer. In plaats van verf gebruik je kleine geslepen steentjes.

Haar klapstuk wordt de Nachtwacht van Rembrandt, waaraan ze maar liefst drie jaar werkt. Wanneer ze op DCG komt, laat ze de medewerkers vaak foto's zien van haar vorderingen. Ze zegt dan dat ze de Nachtwacht wil schenken aan DCG, als dank voor de goede zorg.

Als ze in 2020 overlijdt, heeft ze tachtig procent van de voorstelling voltooid. Haar zus Annet maakt vervolgens het werk af, waarna het naar DCG gaat, die het in laat lijsten door een lijstenwinkel. En nu hangt het dus in de Beatrixoord Zaal, als herinnering aan Tineke.

De Beatrixoord Zaal wordt gebruikt door thuishemodialysepatiënten in opleiding die daar ter afsluiting van hun training, onder begeleiding, twee weken zelfstandig dialyseren. 'Juist daarom leek die zaal ons zeer geschikt om het werk van Tineke een plaats te geven,' verklaart een DCG-medewerker.



Deel 3

Dialyse Centrum Groningen:
de verhalen

6

HET VERHAAL VAN DE PATIENTEN

Meer dan 25 jaar geleden is Dialyse Centrum Groningen (DCG) ontstaan uit de fusie van de dialyseafdeling van Beatrixoord en Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN) als zelfstandige organisatie met hart voor de patiënt. Door de jaren heen is DCG meegegroeid met de medische ontwikkelingen, maar de focus op de patiënt is niet veranderd. Bij DCG hebben patiënten een grote keuzevrijheid als het gaat om hun eigen behandeling.



Aansluiten op het leven van de patiënt

Niet voor niets luidt de missie van DCG als volgt: Dialyse Centrum Groningen ondersteunt en behandelt mensen in het leven met nierfalen. DCG sluit aan op het leven van de patiënt! Deze missie heeft geleid tot de volgende visie: 'In alles wat wij doen, geloven wij dat de kwaliteit van leven van onze patiënten voorop moet staan. Met behulp van onze behandeling en ondersteuning willen wij ervoor zorgen dat onze patiënten hun eigen leven kunnen leiden.'

Afname patiëntaantallen

Door de jaren heen is de dialysetechniek een stuk verfijnder geworden, waardoor patiënten van nu minder last van de behandeling hebben dan vroeger. Wat wel is veranderd sinds het ontstaan van DCG in 1997 is de aard van de patiënten. Door de grote medische vooruitgang komen steeds meer nierpatiënten in aanmerking voor transplantatie, vaak nog voordat ze in dialyse gaan. Daardoor is het aandeel jonge, actieve nierpatiënten binnen de patiëntenpopulatie van DCG drastisch afgenomen. De patiënten die nu in dialyse komen, lijden vaak aan meerdere aandoeningen tegelijk (comorbiditeit), zijn veelal een stuk ouder dan vroeger of komen vaak niet in aanmerking voor transplantatie. Ook komt het voor dat patiënten na afstoting van hun donornier tijdelijk of definitief terugkomen als dialysepatiënt. Jonge patiënten die nog geen donornier hebben gevonden, kiezen vaker voor thuisdialyse of buikspoeling. Naar verhouding bestaat de populatie patiënten echter in toenemende mate uit oudere patiënten.



Met hulp van dialyse-verpleegkundige Gerda Engelage leert patiënt Benjamin zichzelf aan te prikken en zelf zijn dialysemachine op te bouwen



Een patiënt ontvangt na de interne opleiding bij DCG het certificaat voor thuisdialyse uit handen van Trude de Weijts. Ook aanwezig zijn (zittend) verpleegkundigen Ina Buist en Ria Bolhuis

Patiënt Henk Warris en partner worden door verpleegkundige Jelma Noorman opgeleid voor thuisdialyse in 2006



AAN HET WOORD IS...

Nachtdialysepatiënt Daniël van der Zee (Bolsward, 1986)

Omdat dialysepatiënt Daniël in 2008 aan de studie psychologie begint, verhuist hij van Bolsward naar Groningen waar hij gaat dialyseren bij DCG. Twee jaar later stapt Daniël van dagdialyse over naar nachtdialyse. 'Omdat ik me overdag geen patiënt wil voelen én natuurlijk ook omdat dat veel beter te combineren is met mijn studie. De colleges worden immers overdag gegeven.'

In de kledkamer van de dialyseafdeling trekt Daniël zijn pyjama aan, gaat in bed liggen, waarna het dialyseproces begint. Om 00:15 uur gaat het licht uit. Daniël kletst dan een kwartiertje met buurman S. en valt vervolgens tussen 00:30 en 1:00 in slaap. 'Ik slaap heel goed. Ik word niet eens wakker als mijn eigen machinealarm afgaat. Vaak moeten ze me 's ochtends wakker maken voor het afsluiten.'

De bedden van de nachtpatiënten zijn geheel omsloten door schermen. Die van Daniël echter niet: 'Want ik heb claustrofobie, daarom hebben ze me een plek in de hoek van de zaal gegeven. Alleen de linkerzijde van het bed is afgesloten, het voeteneinde is open.'

Daniël, die ondertussen zijn studie heeft 'bevroren', werkt tegenwoordig als ontwerptekenaar bij een bouwbedrijf in Witmarsum. Daarom is hij terugverhuisd naar Bolsward. Doordeweeks rijdt hij na het afsluiten direct door naar zijn werk. Bijna altijd voelt hij zich fit genoeg om de hele dag achter de tekentafel te zitten. 'Dankzij nachtdialyse kan ik eigenlijk alles doen wat ik wil, ook sporten. Ik voetbal op zondag en fiets binnenkort voor de zesde keer de Elfstedentocht.'

Het heen en weer rijden van Bolsward naar Groningen kost Daniël twee uur reistijd. Maar dat heeft hij er graag voor over. 'DCG is een vertrouwde omgeving voor me, ik heb goede contacten met iedereen, ik voel me daar goed. En nee, 's nachts thuis dialyseren wil ik niet, want in mijn eigen woning wil ik me geen patiënt voelen, thuis wil ik mezelf zijn.'

AAN HET WOORD IS...

Voormalig mantelzorger Gerard Drenth (Groningen, 1969)

Een mantelzorger is een persoon die langdurig en onbetaald zorg draagt voor iemand die hulp nodig heeft. Gerard werkt fulltime als project-medewerker Bouw- en Installatieprojecten bij een GGZ-instelling in Groningen. Zijn vrouw Ali begint halverwege 2010 met nachtelijke hemo-dialyse, tot oktober 2014, wanneer ze wordt getransplanteerd.

We gaan terug naar 2010: Gerard wordt de mantelzorger van Ali. Hij doet de DCG-bestellingen, vraagt financiële vergoeding aan voor het verbruik van water en elektriciteit, helpt met aanprikken, afplakken, sluit vroeg in de ochtend af en bedient de dialysemachine. 'Dat apparaat had ik heel snel in de vingers, want ik mocht een deel van de opleiding van mijn vrouw bijwonen, en techniek vind ik leuk.'

Aanvankelijk ziet Gerard wel wat op tegen zijn taak omdat hij slecht tegen bloed en naalden kan: 'Daar word ik behoorlijk onpasselijk van.' Hij weet zich echter snel over zijn afkeer heen te zetten: 'Want het betrof Ali, mijn vrouw.'

De voormalige mantelzorger herinnert zich een buitengewoon hectische nacht. 'Tijdens die nachtdialyse kreeg Ali, die naast dialyse- ook suiker-patiënt is, een hypo én krampaanvallen. Ze viel van het bed en liep een lelijke hoofdwond op. De ambulance kwam, maar ze hoefde gelukkig niet naar het ziekenhuis.'

Overdag werken, 's nachts mantelzorger zijn, vijf keer per week, acht uur lang: van 10:30 tot 6:30 uur. 'Ik was de hele nacht alert. Ali sliep namelijk de hele dialyse aaneen, ze werd nooit wakker, zelfs niet als het alarm afging. Voor het afsluiten 's ochtends moest ik haar wakker maken.'

'Al met al kostte een nachtdialyse me veel energie, ik vraag me af of ik het op mijn huidige leeftijd nog zou kunnen.' Gerard vindt het vanzelfsprekend dat hij zorg heeft gedragen voor Ali. 'Moeten dialyseren is iets wat je samen overkomt. Daarom besloten we toentertijd om er samen voor te gaan.'



Gerard Drenth met zijn vrouw Ali Drenth

Thuisopleiding met partner

Kort na het ontstaan van DCG zijn er nog veel patiënten die thuis, samen met hun partner, dialyseren. Aanvankelijk blijft dit zo. Patiënten die geschikt zijn voor thuishemodialyse komen met hun partner naar DCG om in een aantal weken te worden opgeleid. 'De opleiding voor thuishemodialyse duurde toen zeker wel een half jaar,' weet Trees van den Brink te vertellen. 'Tegenwoordig is dit ongeveer twaalf weken voor de opleiding.' Pas als de patiënt en zijn of haar partner volledig is opgeleid, wordt er thuis een dialyseapparaat geplaatst. 'Eén van de voorwaarden is steeds dat de patiënt zichzelf aanprik't.'

Hepatitis B positief

Van een heel andere orde zijn de patiënten met hepatitis B, een zeer besmettelijke ziekte die wordt veroorzaakt door een virus en een ernstige leverontsteking kan veroorzaken. Pas in 1975 worden bloedproducten getest op hepatitis B en vanaf 1984 worden patiënten die lijden aan hemoflie (een erfelijke aandoening in de bloedstolling) gevaccineerd.

Nierpatiënten krijgen dit vaccin in die jaren nog niet. En dat is een probleem: tot ver in de jaren negentig hebben deze patiënten regelmatig tijdens de dialyse een bloedtransfusie nodig, omdat ze lijden aan ernstige bloedarmoede. Helaas lopen ze daardoor het risico om besmet te worden met hepatitis B.

Dialysepatiënten met hepatitis B komen daarom jarenlang terecht in Beatrixoord, waar ze in isolatie gedialyseerd kunnen worden. Verpleegkundigen dragen beschermende kleding, maar even goed gaat het vaak mis. Trees Kingma: 'Voordat er een vaccin bestond, werden we elke week geprikt. Dat had wel impact op de sfeer want elke week kon het zo zijn dat één van ons ook besmet was. Daar waren we allemaal bang voor. Soms stonden we samen te wachten op de uitslag en als het dan mis was, kwamen de tranen. De besmette verpleegkundige was dan inmiddels al thuis, want zij had het nieuws natuurlijk al eerder gehoord.'

Feestje 'jubilerende' nierpatiënt



■ Teun Westerbeek bouwt een feestje in Beatrixoord in Haren. Zijn zuster komt nog even zijn haar voor de foto. © NvhN/Wladimir van der Burgh

Van een onzer verslaggevers

HAREN - Al 25 jaar lang reist Teun Westerbeek (49) uit Steenwijk drie keer per week naar Beatrixoord in Haren voor een nierdialyse. Dat jubileum (gisteren was de officiële datum) is voor hem aanleiding om een feestje te geven. "Misschien vinden de mensen dat wel gek", zegt hij. "Maar voor mij is het toch een reden. Toen ik hier 25 jaar geleden voor het eerst kwam, verwachtte ik niet dat ik het zo lang vol zou houden."

Maar een keuze had Teun

Westerbeek nauwelijks. Nadat zijn lichaam een getransplanteerde nier afstootte moet hij dialyseren. Doet hij dat niet dan is hij snel ten dode opgeschreven. Op 1 mei houdt hij het feestje in zijn eigen woonplaats. Samen met familieleden en de groep die samen met hem in dialyse is. "Want met die mensen krijg je een enorme band. Er overlijdt af en toe wel eens iemand van de groep. Daar heb je dan veel verdriet van."

Hoewel er overwegend een gezellige stemming moet heersen op het feestje, is er volgens Wester-

beek toch ook ruimte voor een ernstige noot. "Want daar is natuurlijk ook reden voor. Een nierpatiënt zit immers altijd een beetje in de ellende."

Zelf kan hij er over meepraten. Zo'n zéstig keer 'ts hij inmiddels geopereerd. Er moest een been bij hem worden geamputeerd en hij heeft 'mèt' mismaakte "hárden" moeten leren leven. "Maar ik leef nog", zegt hij monter. "Dat had ik 25 jaar geleden niet durven dromen. Westerbeek behoort in Nederland tot de vijf nierpatiënten die al een kwart eeuw of langer worden gedialyseerd."



Vakantiedialyse in Griekenland

Een thuisdialysepatiënt bereidt de dialyse voor



Kunstnier thuis maakt nierpatiënt mobieler

Door Gerard Akkerman

THUIS BLOED ZUIVEREN maakt het leven voor nierpatiënten een stuk aangenamer. De mogelijkheden om thuis te dialyseren - het bloed te zuiveren van afvalstoffen - nemen snel toe. Chronische patiënten, die door een tekort aan donorrienen wachten op een transplantatie, hoeven niet langer week in week uit naar het ziekenhuis om uren aan de dialyseapparaat te liggen. Maar voordat ze thuis kunnen 'spoelen', hebben ze een gedegen opleiding nodig. Voor de hemodialyse verzorgt het Dialyse Centrum Groningen de opleiding voor Friese nierpatiënten.

Op het terrein van het Academisch Ziekenhuis Groningen is gisteren het nieuwe Dialyse Centrum geopend. Er worden 150 patiënten gedialyseerd, waarmee het een van de grootste centra in Nederland is. Voor de drie noordelijke provincies leidt het centrum patiënten op voor hemodialyse.

Er zijn twee mogelijkheden voor thuisdialyse: buikspoeling en hemodialyse. Bij buikspoeling wordt meerdere keren per dag een vloeistof in de buik gebracht om het bloed te zuiveren van afvalstoffen. Het buikvlies functioneert dan als een soort filter. Friese patiënten kunnen dit in twee weken leren in het Medisch Centrum Leeuwarden. De opleiding voor hemodialyse is een stuk zwaarder en wordt alleen in Groningen gegeven. Het kost patiënten ongeveer een half jaar om het goed onder de knie te krijgen. Tot die tijd ligt voor zuivering van het bloed. De goede stoffen blijven in het bloed dat wordt teruggepompt in het lichaam en de afvalstoffen worden eruit gefilterd. Die ver-dwinnen met het 'badwater' in de afvoer."

Bij hemodialyse komt veel meer techniek kijken. In dat geval zai-vert een 'kunstnier' buiten het



Nierpatiënt Anne Bootsma uit Tirna krijgt hulp bij de dialysebehandeling. Binnenkort krijgt hij een apparaat thuis zodat hij niet meer naar het dialyse centrum in Groningen hoeft. Foto: Rijkst

Meer nierpatiënten kiezen ervoor om thuis te dialyseren. De mogelijkheden nemen ook sterk toe. Gisteren werd het Dialyse Centrum Groningen geopend, dat ook Friese nierpatiënten leert om thuis het bloed te zuiveren.

apparaat meenemen op vakantie. Bij hemodialyse is dat volgen. Huisman niet goed mogelijk. Toch zijn er mensen

die hier bewust voor kiezen. "Ze hoeven maar een paar keer werk enkele uren aan de kunstnier en zijn er de rest van de week vanaf. Buikspoeling moet een paar keer per dag."

Huisman voorspelt dat thuisspoelen de komende jaren nog sterk zal toenemen. Door het tekort aan donorrienen groeit het aantal nierpatiënten. Bovendien is het steeds makkelijker ook oudere patiënten te dialyseren. Door deze ontwikkelingen groeit het aantal nierpatiënten jaarlijks met 4 tot 5 procent.

AAN HET WOORD IS...

Thuispatiënt Martin Veldhuis (Onstwedde, 1983)

Sinds zijn 24e bezoekt nierpatiënt Martin regelmatig het UMCG. 'Een lange periode was het wachten op wat er zou gaan gebeuren: transplantatie of dialyse?' Uiteindelijk wordt hij twee keer getransplanteerd: in 2017 en in 2019. Beide keren betreft het gecombineerde transplantaties, in zijn geval houdt dat in dat zowel de nier als de alvleesklier worden overgebracht. Bij Martin vindt helaas twee keer afstoting plaats.

Na zijn opleiding begint hij in 2020 met thuisdialyse. 'Die transplantaties brachten enorm veel onrust met zich mee, dialyse ervaar ik nu als rustgevend omdat het een redelijk gestructureerd iets is.' Thuisdialyse bevalt hem zeer goed: 'Je zit in je eigen omgeving, de zelfstandigheid sterkt je eigenwaarde waardoor je je minder patiënt voelt. Thuisdialyse zorgt er voor dat dialyse een deel van je leven is, en niet je leven beheerst.'

Martin, werkzaam als planner-werkvoorbereider in een machinefabriek in Veendam, stopt met werken als hij gaat dialyseren. 'Een combinatie was gewoonweg niet mogelijk.' Hij vervolgt: 'Ik kan nog hetzelfde als vroeger, maar moet lichamelijke inspanningen meer doseren. De fitheid van toen heb ik niet meer.'

De huidige situatie, niet meer (betaald) werken en dialyseren, heeft zijn leven zelfs verrijkt, zegt Martin. 'Ik doe nu meer werk in de kerkelijke gemeente, ben pastoraal medewerker geworden en voer in die hoedanigheid gesprekken met mensen. Daarnaast verricht ik kleine klussen in en om het huis bij vrienden en kennissen ... én, ik heb het mountainbiken ontdekt, geweldig is dat.'

Hoewel Martin nu gebonden is aan de dialysemachine, heeft hij alle vertrouwen in de toekomst. 'Ik ben ervan overtuigd dat de medische ontwikkelingen zodanig zullen zijn, dat ze de kans op afstoting behoorlijk verkleinen. Als je me vraagt of ik een pessimist of een optimist ben, dan is mijn antwoord duidelijk. Een rasoptimist!'

De bloedtransfusies hebben in de jaren tachtig nog meer consequenties. In die jaren grijpt het hiv-virus om zich heen. Hiv (voluit: humaan immunodeficiëntievirus) veroorzaakt de slopende ziekte aids. Ook patiënten met hiv kunnen een nierziekte ontwikkelen en komen dan dus in het eindstadium van nierfalen ook in dialyse. In die jaren bestaan er nog geen medicijnen om hiv te onderdrukken. Dialysepatiënten kunnen dus niet alleen worden besmet met hepatitis B door een bloedtransfusie, maar ook met hiv.

De doorbraak van epo

Waar patiënten echt baat bij hebben is de introductie van het hormoon epo (voluit erytropoëetine) in 1989. Epo is een hormoon dat de vorming van rode bloedcellen stimuleert, waardoor de patiënten geen of in ieder geval veel minder last hebben van bloedarmoede en niet meer zo vaak een bloedtransfusie nodig hebben. Hoewel epo een peperduur medicijn wordt genoemd, besluit de Ziekenfondsraad in 1989 om het op te nemen in het ziekenfonds. Daardoor loopt het aantal besmettingen met hepatitis B en hiv onder de nierpatiënten snel terug. Buiten de medische wereld staat epo vooral negatief bekend als doping voor wielrenners, maar voor nierpatiënten maakt epo een wereld van verschil.

Hoewel epo ook bijwerkingen heeft, zoals risico op hogere bloeddruk, is de introductie van dit hormoon voor nierpatiënten een verademing. Zoals de NRC in 1989 meldt: 'Patiënten die epo krijgen voelen zich meestal als herboren.'

25 jaar in dialyse

Dialysepatiënten die niet in aanmerking komen voor transplantatie blijven vaak jarenlang patiënt van DCG en bouwen een warme band op met de medewerkers. Dat geldt zowel voor de patiënten die thuis als op het centrum dialyseren. De onderlinge sfeer is goed en patiënten en medewerkers leren elkaar door de jaren heen door en door kennen. Zo herinneren verpleegkundigen een jonge hepatitis B-positieve patiënt van Beatrixoord met een enorme levenslust. Hij is nog maar 24 jaar als hij begint met dialyseren, nadat zijn lichaam de donornier heeft afgestoten. 25 jaar later, in 1993, is hij nog steeds in dialyse en daarom geeft hij een feest waarmee hij zelfs de krant haalt. Op de foto is een vrolijke man van 49 te zien, die na zestig operaties een been, een hand en verschillende vingers moet missen. Desondanks houdt hij vol.

Stamppot boerenkool

Een andere opvallende patiënt uit die beginjaren is een patiënt die zijn pruik voor het aansluiten op de dialyse altijd over een lampje drapeert. Hij is een patiënt die precies weet hoe de dialyse werkt en hoe zijn lichaam erop reageert. Zijn vrouw vertelt na zijn overlijden dat hij al heel lang weet wat hij gaat doen als hij klaar met het leven is. Dan is hij van plan om alles te eten wat hij als patiënt niet mag hebben: een paar glazen jus d'orange en een bord stamppot boerenkool waardoor het kaliumgehalte in zijn bloed gevaarlijk hoog wordt. Als hij te horen krijgt dat zijn been geamputeerd moet worden is voor hem de grens bereikt. Hij sterft aan een hartstilstand. Precies zoals hij van tevoren heeft bedacht.

Zware behandeling

Sowieso is de dialyse een zware behandeling voor patiënten. Dialyseverpleegkundige Beja Hassing weet nog goed hoe zwaar patiënten in Beatrixoord het vaak hadden. 'Tegenwoordig hebben we veel patiënten met diabetes in dialyse, maar in de jaren tachtig kon je de bloedsuikerwaarden niet goed regelen. En daarom kwamen ze niet in aanmerking. Bijna alle patiënten hadden voortdurend bloedarmoede, waren altijd moe en zagen er grauw uit. Ook was het dialysaat toen nog niet van dezelfde kwaliteit als nu. Indertijd gebruikten we hetzelfde badwatersysteem voor alle patiënten, nu stemmen we het dialysaat in plaats van water af op de patiënt. Vroeger werden patiënten vaak erg misselijk, moesten ze braken of hoorde je ze op de gang gillen van de pijn vanwege heftige kramp in hun benen door het onttrekken van grote hoeveelheden vocht.' In die tijd dialyseren patiënten nog twee keer per week zes uur, in plaats van drie keer vier uur, zoals nu het geval is. Daardoor moet er meer vocht worden onttrokken en lopen de bloedwaarden flink op.

Dialyseren op vakantie

Juist doordat dialyse zeer belastend is voor patiënten en hun naasten moedigt DCG aan om van tijd tot tijd lekker op vakantie te gaan. Zeker voor PD-patiënten is dat goed te doen. Ralf Westerhuis, directeur patiëntenzorg: 'Die patiënten kunnen gewoon met een voorraad vloeistofzakken in de kofferbak vertrekken. Leveranciers zijn bovendien bereid om de spullen ter plaatse aan te leveren op het vakantieadres in de meeste landen. Verder kun je op je vakantiebestemming terecht bij lokale dialysecentra voor hemodialyse.'

AAN HET WOORD IS...

Dialysepatiënt op zaal Trijn Middel (Stadskanaal, 1944, overleden op 13 april 2022)

In augustus 2017 gaat de in Stadskanaal woonachtige Trijn Middel op zaal dialyseren in Emmen, in het Scheper Ziekenhuis. Totdat een daar werkende arts tegen haar zegt dat ze beter in Stadskanaal kan dialyseren, want dat is toch veel dichterbij huis, dan hoeft ze minder ver te reizen.

Ze volgt het advies van de arts op. Vanaf februari 2019 dialyseert ze op zaal in de DCG-dependance in Stadskanaal, haar geboorteplaats. 'Vanuit mijn huis kon ik het dialysecentrum zien. Als het weer het toeliet, ging ik er altijd heen op mijn scooter.'

Trijn heeft suikerziekte. In 2021 leidt dat tot de amputatie van haar linker onderbeen, net boven de knie. Na de amputatie verblijft ze vijf maanden op de revalidatieafdeling van het Refaja Ziekenhuis. 'Als ik moest dialyseren reden ze me door de kelder naar het gebouw van Dialyse Centrum Groningen. Ja, door de kelder, want dat was de kortste weg.'

Aanvankelijk heeft ze heel veel moeite met de amputatie.

'Maar ik werd geweldig opgevangen door de medewerkers hier. We hebben heel wat afgepraat. Nu heb ik de situatie geaccepteerd.'

Omdat Trijn 24-uurs zorg nodig heeft, verhuist ze na de revalidatie naar woonservicecentrum De Breehorn in Veendam. Daar heeft ze nu een mooi tweekamerappartementje, samen met haar hondje Loy, een chihuahua die altijd blij is als ze thuiskomt.

Sinds kort heeft ze een aangepaste rolstoel die in de taxi kan. Drie keer per week rijdt ze op en neer: op maandag, woensdag en vrijdag. Eenmaal op zaal, gaat ze tevreden op haar bed liggen: 'Wat kletsen met de verpleegkundigen en de andere patiënten, want daar bouw je een band mee op.'

Trijn zegt dat ze eerder aan een boek heeft meegewerkt. 'Een familiealbum was dat, mijn trouwfoto staat daar ook in,' vertelt ze trots.

Soms hebben hotels ook een dialysefaciliteit of afspraken met een dialysecentrum. Je moet wat voorwerk doen en van tevoren het nodige regelen, maar tegenwoordig kun je als dialysepatiënt gewoon zelf op vakantie gaan.'

Patiënten die liever met een georganiseerde groepsreis meegaan, komen ook al jaren aan hun trekken bij de Nierstichting en de Zonnebloem. Om meer bekendheid te geven aan de mogelijkheden om op vakantie te gaan organiseert DCG in 2002 en 2003 twee keer een groepsreis naar respectievelijk Kreta en de Portugese Algarve. De reizen zijn bedoeld voor patiënten en hun partners. Meereizende verpleegkundigen van DCG helpen patiënten bij hun buikspoeling in het hotel, begeleiden patiënten in het plaatselijke dialysecentrum en tijdens de excursies met de bus. Het Griekse eten op Kreta bevalt zo goed dat er extra vocht moet worden onttrokken, meldt een van de begeleiders later.

Op reis met de Nierstichting en de Zonnebloem

Na de reis naar Portugal besluit DCG zelf geen reizen meer te organiseren. Patiënten kunnen wel terecht bij de Nierstichting en de Zonnebloem, die hen jaarlijks tal van opties aanbieden om op vakantie te gaan met begeleiding. Al vanaf de jaren zeventig organiseert de Nierstichting groepsreizen voor patiënten. Aan de hand van een vakantieids met adressen en bestemmingen kunnen ze uitzoeken waar ze naartoe willen. Ook staan er vakantiebestemmingen in met een dialysecentrum in de omgeving. Zo is het vakantiepark in het Limburgse Arcen met maar liefst twaalf dialyseplaatsen voor vakantiegeangereken een favoriete bestemming.

In 2019 maakt de Nierstichting bekend te stoppen met deze organisatie. In een bericht op de website staat: 'Het van A tot Z organiseren van reizen past niet (meer) bij onze rol en ook niet bij de veranderde wensen van nierpatiënten. In de nieuwe aanpak willen we méér nierpatiënten ondersteunen bij het organiseren van een vakantie. De Nierstichting onderzoekt nu hoe we nierpatiënten beter kunnen informeren over de vakantieopties die er zijn. Daarnaast verkennen we



Vakantiedialyse in Griekenland



Hans Zwier met zijn gezin thuis aan het dialyseren

welke mogelijkheden er zijn om voor nierpatiënten te bemiddelen en ze te ontzorgen bij de voorbereiding van hun vakantie.' Als begeleiders reizen dialyseverpleegkundigen mee, zoals Trees Kingma. Zij gaat door de jaren heen mee op reis naar onder andere Genua, Landeck, Dresden en Torremolinos. Een mooie kans om werk en vakantie te combineren. Ze geniet er met volle teugen van en kijkt terug op fijne ervaringen.

Ook de Zonnebloem biedt vakantiebestemmingen aan voor dialysepatiënten, zoals hun beroemde vaarvakanties met een volledig aangepast schip.

Nachtdialyse

In de vroege jaren zeventig dreigt een tekort aan dialysebedden. Niet alleen zijn er te weinig donornieren, transplantatie is in de beginjaren maar in 61 procent van de gevallen succesvol. Nachtdialyse zou de druk op de beschikbare dialysebedden kunnen opvangen, is de gedachte. Maar dat is in 1969 nog onmogelijk, zoals het Nieuwsblad van het Noorden schrijft op 9 juni van dat jaar: 'Daarom zoekt men naar een methode om de doorspoeling 's nachts te doen tijdens de slaap der patiënten. Zij zouden dan twee nachten naar Beatrijoord moeten komen en overdag normaal hun werk kunnen verrichten. Voorlopig is dit echter nog toekomstmuziek, daar men er tot dusver niet in geslaagd is deze 'nachtbehandeling' in de praktijk met succes toe te passen.'

Pas na 2000 verandert de zaak. Als Ellen Duym in 2003 bezig is met haar opleiding tot verpleegkundig specialist krijgt ze de kans om bij DCG een project op te zetten om patiënten de mogelijkheid te bieden 's nachts thuis te dialyseren. Nachtdialyse thuis was een nieuwe behandelvorm die een jaar eerder in Nederland was geïntroduceerd. Samen met onder meer nefroloog Casper Franssen heb ik hiervoor een 'klasje' met patiënten opgezet en een jaar later konden we beginnen.'

In dit klasje zit de man die als eerste patiënt gebruik maakt van de nieuwe mogelijkheid om 's nachts thuis te dialyseren: zes keer per week acht uur lang. Het voordeel van deze nieuwe mogelijkheid is dat hij overdag en 's avonds vrij is. Patiënten die langdurig en vaak dialyseren voelen zich bovendien beter, zijn minder moe en hebben meer energie. Nachtdialyse thuis is alleen mogelijk als de patiënt een partner heeft die ook is opgeleid door DCG en die 's nachts klaar staat om te helpen.

PATIËNTEN IN DE CLIËNTENRAAD

Op 1 juni 1996 wordt de wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen van kracht en in 1999 gaat de Cliëntenraad van DCG van start, al kost het even om tot een volledige groep te komen. De leden zijn zelf in dialyse of zijn dat geweest. Zij denken mee en adviseren over zaken die de patiënten aangaan, zoals patiëntveiligheid, technische ontwikkelingen, kwaliteit van zorg, vervoer en inrichting van de locaties.

Eén van de ontwikkelingen die de Cliëntenraad toejuicht is de opening van de dependances. Voorzitter Henk Warris schetst in het jaarbericht van 2008 waarom dialyseren dichterbij huis voor patiënten zo belangrijk is: 'Driemaal in de week met een taxi naar het dialysecentrum voor een aantal uren durende behandeling. Daarna weer terug naar huis, vaak nog misselijk van de dialyse. Bovendien is de taxirit meestal onnodig lang en lijkt soms meer op een rondrit door de provincie. Dit omdat er vaak meerdere patiënten meegaan die allemaal op verschillende adressen worden afgeleverd. Dat alles maakt de behandeling onnodig lang en belastend.'



Staand: Dick de Jong, Henk Nijland, Willem Pastoor, Peter Engberts
Zittend: Ali Drenth, Paula Holwerda, Jenne van der Meer

Op 28 april 2004 is het zover: de patiënt en zijn echtgenote beginnen thuis met de nachtdialyse. Een uitkomst vindt hij, maar helaas moet hij er al snel weer mee stoppen. Hij krijgt complicaties en stapt daarom weer over op centrumhemodialyse.

In 2005 maken zes patiënten gebruik van de nachtelijke thuisdialyse. Diëtist Karin Ipema meldt dat één van de voordelen is dat er sprake kan zijn van gewichtstoename. Een voordeel, laat ze weten, want hemodialysepatiënten hebben nogal eens last van ondervoeding omdat het eten hen niet smaakt, ze soms misselijk zijn of door de dialyse niet regelmatig kunnen eten. Zij ziet dat patiënten die in de nacht thuis dialyseren overdag actiever zijn, hun spieren beter trainen en een vrijer dieet hebben. Om na te gaan of deze behandelvorm inderdaad leidt tot een gezonder gewicht vraagt ze de patiënten om vijf dagen lang een dieetdagboekje bij te houden. Ze hoopt dat er zo meer duidelijkheid komt over de positieve effecten van nachtelijke thuisdialyse. Inmiddels is ze gepromoveerd op dit onderzoek.

Twee jaar na de start van de nachtdialyse thuis, krijgen patiënten ook de optie om 's nachts bij DCG te dialyseren. De eerste vier patiënten starten hiermee op 13 november 2006. Tijdens de nachtelijke dialyses staan er steeds twee verpleegkundigen klaar om de behandeling uit te voeren.

Inmiddels hoort de nachtelijke centrumhemodialyse bij het reguliere aanbod van DCG. Patiënten dialyseren om de nacht gemiddeld 7,5 uur. Door het regelmatig spreiden en de langere dialysetijd voelen ze zich vaak fitter. Terwijl ze slapen houden de verpleegkundigen een oogje in het zeil. Na het afsluiten in de vroege ochtend krijgen de patiënten hun ontbijt en kunnen ze weer hun eigen weg volgen.

Omgaan met het afscheid van patiënten

Patiënten die in dialyse gaan, weten dat de behandeling levenslang is. Alleen als ze een donornier kunnen krijgen, kunnen ze stoppen met de dialyse. Als dialyse niet meer mogelijk is, volgt een traject dat uiteindelijk leidt tot het overlijden van de patiënt. Voor patiënten en zorgmedewerkers is afscheid nemen dan best heftig, vooral omdat

ze elkaar vaak al jaren kennen. Margot van Zalk herinnert zich een patiënte die zonder dat de verpleegkundigen dat wisten het draaiboek voor haar afscheid al heel lang had voorbereid. 'Op een dag kwam ze met haar laatste wens. Ze wilde op kamertje 11 zonder behandeling tot het laatst verzorgd worden door een bepaald aantal verpleegkundigen. Dat verzoek had op ons veel impact. Een van die verpleegkundigen was ik.'

Blijvende focus op de patiënt

In 2022 staan patiënten nog altijd centraal voor DCG. Om aan alle noodzakelijke richtlijnen te voldoen is de huiselijke sfeer niet meer die van vroeger en de dialysestoelen hebben plaatsgemaakt voor geavanceerde bedden die ook als stoel kunnen worden gebruikt. Tijdens de dialyse kijken patiënten tv of zijn ze bezig met hun iPad of telefoon. Vanwege de hogere werkdruk voor medewerkers is het niet meer mogelijk om tussendoor een spelletje rummikub met verpleegkundigen te spelen, benadrukt Ralf Westerhuis. Ook nierpatiënten gaan mee met de tijd en hebben minder behoefte aan een spelletje schaak dan vroeger.

Patiënten zijn ouder en chronisch ziek, maar ook mondigder dan vroeger: ze willen meer regie over hun eigen behandeling. DCG vindt dit een positieve ontwikkeling en speelt hier dan ook actief op in. Zo kunnen patiënten veel meer zelf regelen via het patiëntenportaal MijnDCG. Verder krijgen patiënten ondersteuning om hun gezondheid op peil te houden door middel van preventie, slimme zorgproducten, zoals Nier-fitness, vormen van Lifestyle Coaching en krachttraining of fietsen tijdens de dialyse.

Nog voor ze in dialyse gaan, volgen ze een traject bij de Nierfalenpoli in het ziekenhuis, waarbij ze alle opties voor hun behandeling voorgelegd krijgen en zelf hun keuzes maken. Dat geldt ook voor het einde van de dialyse. Ook daarover gaan patiënten in gesprek met de artsen en dialyseverpleegkundigen. Bijvoorbeeld als de behandeling te zwaar wordt of als patiënten zoveel andere aandoeningen hebben dat dialyse geen uitkomst meer biedt voor hun gezondheid.

AAN HET WOORD IS...

Voormalig lid van de Cliëntenraad Ali Drenth (Ter Apel, 1965)

Als dialysepatiënt Ali Drenth in november 2009 wordt gevraagd of ze lid wil worden van de Cliëntenraad van DCG aarzelt ze geen moment: ze wil dat graag. 'Want ik vind medezeggenschap heel belangrijk. Burgers en dus ook patiënten moeten worden gehoord. Dat is democratie, en ik ben een overtuigd democraat.'

De Cliëntenraad overlegt met diverse instanties c.q. personen: de directie van DCG, de Raad van Toezicht, maatschappelijk werk, diëtetiek, de zorgverzekeraar ... om maar wat te noemen. De onderwerpen waarmee de Raad zich bezighoudt zijn uiteenlopend: voeding (het wel of niet serveren van soep op zaal was jaren een punt van discussie), goede informatieverstrekking naar de dialysepatiënten, het taxivervoer van betreffende patiënten ... en ga zo maar door.

Volgens Ali waren de taxi's vroeger vaak een crime. 'Zo moesten patiënten na dialyse dikwijls heel lang wachten voordat ze terug naar huis werden gereden. Mede door de inzet van de Cliëntenraad is het taxivervoer beduidend verbeterd.'

'Wat ik als het grootste succes heb ervaren? Nou, dat de Cliëntenraad een erkende partner is geworden voor het bestuur. De ontwikkeling daarnaartoe raakte in een stroomversnelling toen de directie op een gegeven moment royaal ruimte en middelen ging verschaffen. Vooral daardoor werd de Cliëntenraad een buitengewoon goed onderlegd orgaan.'

Ali, vanaf 2011 voorzitter van de Cliëntenraad, getransplanteerd in 2014, neemt in 2019 afscheid van de Raad. Ze moet wel, want de statuten bepalen dat je niet langer dan acht jaar lid mag zijn. Met tranen in haar ogen - letterlijk en figuurlijk - gaat ze weg. 'In die acht jaar was DCG namelijk een tweede thuis voor me geworden. In een ziekenhuis ben je een patiënt, binnen de organisatie DCG heb ik me nooit als zodanig gevoeld.'

In 2020 krijgt Ali van burgemeester Koen Schuiling een koninklijke onderscheiding, onder andere voor haar werk in de Cliëntenraad. Momenteel is ze onder meer bestuurslid van de Nierpatiënten Vereniging Noord-Nederland. 'Met wie ik maar te maken heb, met huisartsen, met patiënten, of met wie dan ook: ik maak altijd reclame voor DCG.'



Ali Drenth, destijds voorzitter van de Cliëntenraad tijdens een patiëntenbijeenkomst over zelfregie in 2015

Nefroloog Akin Özyilmaz: 'We hebben nu veel meer oog voor de keuzes die de patiënt zelf maakt. In gesprek met de patiënt kijken we welke zorg nodig is en hoe lang we ermee doorgaan. Zo zien wij ook wel eens dat de patiënt twijfelt over doorgaan of stoppen met dialyse. Dan volgt een gesprek met de patiënt, verpleegkundige, partner en familieleden waarbij we ook de huisarts en het maatschappelijk werk betrekken. Maar uiteindelijk besluit de patiënt zelf.'

Stoppen betekent overigens niet dat patiënten dan aan hun lot worden overgelaten. De huisarts neemt de verantwoordelijkheid over in nauwe samenspraak met de nefroloog. Samen stippelen ze een traject uit, de zogenaamde palliatieve behandeling, waarbij de zorg erop is gericht om vooral de symptomen te behandelen, zoals pijn, jeuk, slaapproblemen en depressie.

Roelie de Jong-Doller dialyseert thuis en speelt ondertussen een potje Scrabble met dialyseassistent Janneke Gort



Verpleegkundige Martine Huitema aan het 'neuten schaiten' met een patiënt in Stadskanaal in 2017

PATIËNTEN OP DE FIETS

Beweging helpt dialysepatiënten om fit te blijven en de dialyse beter vol te houden. Om die reden worden bij DCG door de jaren heen regelmatig acties opgezet om patiënten te motiveren om meer te bewegen. Zo begint DCG in 2003 samen met de Cliëntenraad een fietsproject.

Samen met Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen ontwikkelt DCG een dialysefiets die op een bed gemonteerd kan worden. In maart 2005 beschikt DCG over acht dialysefietsen die aan de eisen en wensen van medewerkers en patiënten voldoen.

Op 20 juli neemt DCG de nieuwe fietsen officieel in gebruik met een ludieke actie. In de bedrijfskantine legt medisch directeur Roel Huisman de eerste kilometer af van de Ronde van Groningen: een traject van in totaal 546 kilometer. Daarna wisselen patiënten en medewerkers van de eerste en tweede verdieping elkaar af en strijden ze met elkaar wie het verste komt. Na vijf dagen blijkt dat de eerste verdieping de Ronde al anderhalf keer heeft afgelegd. Uit het onderzoek dat bij het project hoort, blijkt bovendien dat de patiënten die gebruikmaken van de dialysefietsen, zich daardoor echt fitter voelen. Ook helpt het fietsen tijdens de dialyse lage bloeddruk te voorkomen.

Anno 2022 maken patiënten nog steeds gebruik van de mogelijkheid om al fietsend op hun dialyseplek de tijd door te komen.

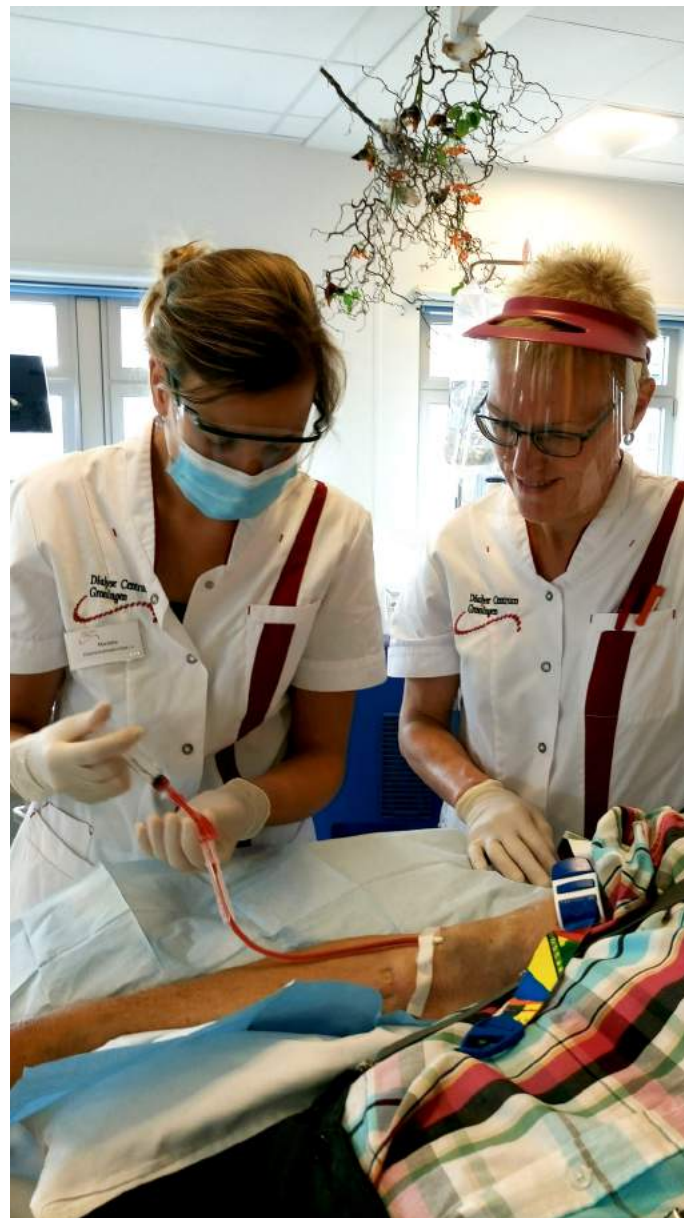


Bregtje Houët, patiënt Max Limahelu en Trude de Weijts

Al een aantal jaren bewijzen DCG-patiënten dat je niet altijd passief hoeft te zijn als patiënt; bijna jaarlijks doen zij met medewerkers van DCG mee aan de 4Mijl4You



Medewerkers en patiënten net na de finish van de 4Mijl4You in 2017



Marieke Groenveld en Marjan Muurman prikken een patiënt aan

7

HET VERHAAL VAN DE MEDEWERKERS

De zorg voor dialysepatiënten staat nooit stil. Niet tijdens de sneeuwstorm van 1979, niet als een wolkbreuk de kelder onder water zet in Haren in 1996 en ook niet tijdens de verhuizing naar het AZG-terrein in april 1997. De dialyse moet altijd doorgaan, ook als er ondertussen wordt gesleept met dozen, machines en kamerplanten. Zo staat in het informatiebulletin over de verhuizing op zaterdag 26 april de volgende opmerking: 'NB! Op locatie Thuisdialyse wordt dan nog gedialyseerd en dat moet toch in relatieve rust kunnen gebeuren.'

(op de foto: Marjan Muurman)



Betrokken saamhorigheid

Deze opmerking tekent de betrokkenheid van DCG bij hun patiënten. De medewerkers van beide fusiepartners zijn eraan gewend alles op alles te zetten om de dialyse door te kunnen laten gaan, onder alle omstandigheden. Dat is zo tijdens de fusie, en zeer recent opnieuw, tijdens de coronapandemie. Dialyseverpleegkundige Marianne de Vries, in 1990 in dienst gekomen bij STDNN: 'We moesten het met elkaar doen en het is gelukt corona zoveel mogelijk buiten de deur te houden, ook toen het ziekteverzuim opliep en ook steeds meer patiënten corona kregen. We hebben geen grote uitbraak gehad, maar het was een heftige periode waarin bleek hoe groot de saamhorigheid is. Een zware periode, maar toch ook een periode die heeft laten zien dat we dit samen kunnen.'

Eenheid groeit langzaam

Die saamhorigheid is niet altijd vanzelfsprekend geweest. Over de tijd direct na het ontstaan van DCG, 25 jaar geleden, gaan verschillende verhalen rond, soms diametraal verschillend. Een zware zomer, herinnert Marianne zich, een tijd waarin de eenheid ver te zoeken is. 'Er is veel energie gestoken in de voorbereiding van de fusie, met allerlei werkgroepen en dergelijke, maar toen het zover was, bleek dat flink tegen te vallen in de praktijk. Er was nog geen eenheid, zoals nu. Het was echt wij en zij. En daardoor was het die zomer vooral een kwestie van overleven. Wat ook niet hielp is dat we op verschillende verdiepingen werkten. Natuurlijk hebben we er samen voor gezorgd dat alle patiënten gedialyseerd zijn, maar dat heeft ontzettend veel energie gekost.'

Saamhorigheid tijdens de jaarlijkse deelname aan de 4Mijl van Groningen



Marianne de Vries

Janny Bakker, Ans Haar, Jeanette van der Molden, Harrie Nobel en een taxichauffeur. Achter de rolstoel: Trudy van den Heuvel



Trude de Weijts, Saskia Wolters, Sipie Bisschop, Geke van Dijk en Gerard Klinkert (Beatrixoord 1995)

Ans Haar en Geke van Dijk met een patiënt in (Beatrixoord 1997)



Hoofd zorg Arjan Leijssenaar heeft juist heel andere herinneringen aan de periode net na de fusie. 'Ik was nog niet zo lang in dienst als dialyseverpleegkundige en wist van tevoren al dat we samen zouden gaan in Groningen. Ik heb zelf nog een paar weken in Beatrixoord gewerkt, zodat ik de werkwijzen en patiënten kon leren kennen. Dat maakte de daadwerkelijke overgang gemakkelijker. Wel waren de patiënten van Beatrixoord ouder en zorgintensiever dan wij gewend waren. Verder klopt het dat er eilandjes bestonden, maar ik was jong en onervaren en had er zelf geen last van.'

Werken op twee verdiepingen

Wat de eenheid niet bevordert is dat patiënten en medewerkers van de fusiepartners apart van elkaar werken op verschillende verdiepingen. Er komt zelfs een Beatrixoord Zaal voor patiënten die hepatitis B hebben en daarom apart moeten dialyseren. Trees Kingma heeft warme herinneringen aan die zaal: 'Dat was zo leuk opgezet. Zo kregen de oudere patiënten toch nog een stukje Beatrixoord op de nieuwe locatie. Voor hen was het best confronterend om in het ziekenhuis te moeten dialyseren, vlakbij de kliniek waar de transplantaties werden gedaan. Er kwamen nogal wat emoties boven. Juist daarom hebben we geprobeerd om er toch wat leuksvan te maken en dat is aardig gelukt.'



Sinie Boersma tijdens de verhuizing naar het Voorzieningsgebouw



Christa Nagel en Trees Kingma in Beatrixoord



Ida Seip en Janneke Mertz aan het werk in het nieuwe uniform



Verschillende patiënten

Het grootste verschil tussen de verpleegkundigen onderling die eerste jaren na de fusie, is de manier waarop ze met hun patiënten omgaan. De oud-STDNN-verpleegkundigen zijn gewend aan actieve dialyse. Hun patiënten hebben bewust gekozen om thuis te dialyseren en steken zelf de handen uit de mouwen. Ze bouwen zelf hun dialysemachine op, prikken zichzelf aan en weten precies hoeveel vocht er onttrokken moet worden.

Voor de STDNN-medewerkers is dit heel normaal. Zij zijn gewend om de dialysebehandeling samen met de patiënt uit te voeren. Trees van den Brink: 'Wij hadden alle tijd voor onze patiënten en waren erop gericht om alles in overleg te doen. De patiënt besliste zelf veel dingen en we vroegen ook altijd hoe ze het wilden hebben. Dat waren de patiënten van Beatrixoord niet gewend. Sterker nog: als ik patiënten van

Beatrixoord vroeg hoe ik de machine zou instellen en hoeveel vocht eruit moest, dachten ze dat ik net nieuw was en alles nog moest leren.'

Trees Kingma is al langer een groot voorstander van actieve dialyse. Dat is echter bepaald niet gebruikelijk op Beatrixoord. Toch zet ze zich er al jaren voor de fusie voor in. Zo weet ze nog dat er op een gegeven moment een hepatitis B-patiënte uit Drachten naar Beatrixoord komt. Een kranige dame op leeftijd, die lange tijd twee keer in de week naar Amsterdam reist om daar gedialyseerd te worden. Aangezien dat te kostbaar wordt en te zwaar voor haar, stapt ze over naar Beatrixoord voor haar behandeling. De eerste keer is ze meteen duidelijk over haar wensen: ze wil niet in bed dialyseren, maar vraagt om een stoel. Trees is daar zeer verheugd over. 'Ze vond het een ziekmakende indruk geven om in een bed te gaan liggen. Voor haar hebben we de volgende keer dat ze kwam een stoel geregeld via Thuisdialyse. Dat was meteen het

begin van de actieve dialyse in Beatrixoord. Een ontwikkeling waar ik heel blij mee was.'

Van polo naar uniform

Over en weer moeten medewerkers dus wennen aan elkaar en aan de patiënten. Een andere verandering betreft de werkkleding. In Beatrixoord dragen de medewerkers een uniform, maar bij STDNN loopt iedereen in eigen kleding. Het compromis is een broek (eerst wit, later zandkleurig) die in de wasserij van het ziekenhuis wordt gewassen, in combinatie met een poloshirt met DCG-logo. De polo's zijn in allerlei kleuren te verkrijgen, waardoor de huiselijke sfeer wordt gegarandeerd. Het probleem is alleen dat die polo's thuis gewassen moeten worden.

Als Herma Uiterwijk, verpleegkundig specialist, zich jaren later, in 2014, samen met teamleider Herman Beerling verdiept in de nieuwe richtlijnen

voor de infectiepreventie, moet ze constateren dat de polo's een probleem zijn. 'Natuurlijk waren die polo's en T-shirts in al die kleurtjes erg leuk. Ook voor de patiënten, want een uniform schept toch een zekere afstand. Maar je kon die polo's niet op zestig graden wassen, want dan verloren ze alle vorm. Ze werden te klein, te breed of te lang. En de kleuren verschoten. Dus iedereen gooide ze gewoon in de was op veertig graden. Maar dat was niet in overeenstemming met de regels voor de infectiepreventie. Dus moest er uiteindelijk toch bedrijfskleding komen die wel door de wasserij van het ziekenhuis gewassen kon worden.'

In de loop van 2014 wordt daarom een nieuw uniform voor alle medewerkers met patiëntencontact aangeschaft: een witte broek met een wit jasje, met logo en rode bies, voor de assistenten en verpleegkundigen en een witte doktersjas voor de artsen. Op 29 augustus 2014 is het zover en gaan de verschoten polo's voorgoed met pensioen.



Directeur Eric Weernink werkt tussen de verhuisdozen in lekker door



Herma Uiterwijk



Hetty Hetebrij

Naar de nieuwbouw

Voor de hele organisatie is de verhuizing in 2006 een grote mijlpaal, waar iedereen maanden naar toeleeft. En dat is niet de enige verhuizing. Een jaar eerder is op Terschelling een nieuwe locatie in gebruik genomen en er wordt nieuwbouw gepleegd in de dependances van Assen en Veendam.

Op 7 juli 2004 keurt het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport de plannen van DCG goed. In Groningen mag DCG 42 reguliere dialyseplaatsen in gebruik nemen en de nieuwbouw die daarvoor nodig is realiseren. De bedoeling is om 3.445m2 oppervlak in gebruik te nemen in het nieuwe Voorzieningengebouw.

In een speciaal themanummer van Homepage staan de details over de nieuwbouw, die niet-klinisch, warm en huiselijk moet worden. Een plek waar de menselijke maat voorop staat. Grote zalen met veel patiënten zijn bijvoorbeeld uit den boze. Huiselijk staat niet gelijk aan ouderwets: er is een modern, eigentijds ontwerp voor de inrichting gemaakt en dat geldt ook voor alle voorzieningen. Zo komt er bij iedere dialyseplaats een multimedievoorziening zodat de patiënt televisie kan kijken, radio kan luisteren of op internet spelletjes kan doen. Verder is de nieuwbouw beter bereikbaar, wordt het er zomers minder warm en krijgen de patiënten meer ruimte op de zalen.

Werken in kleinere teams

Afscheid nemen van het oude gebouw is wel een stap. De nieuwe locatie is lichter en ruimer, maar heeft niet al die details die herinneren aan vroegere tijden. De verhuizing betekent bovendien dat de zorgteams worden opgesplitst in kleinere teams. De drie teams zijn namelijk veel te groot geworden: twee van de drie teams bestaan dan uit meer dan vijftig personen. De verhuizing biedt de perfecte mogelijkheid om deze verandering door te voeren. Kleinere teams zijn overzichtelijker om aan te sturen, vergroten het verantwoordelijkheidsgevoel van elke individuele medewerker en moet de kwaliteit van de dienstverlening verder vergroten.

Zo komen er zes zorgteams die zich gaan richten op een bepaalde patiëntengroep. De teams bestaan voortaan uit dialyseverpleegkundigen en afdelingsassistenten onder leiding van een teamleider. Verder vormen diëtetiek en maatschappelijk werk ieder een eigen team, onder leiding van één van de afdelingshoofden zorg. De doktersassistenten vallen ook onder de zorgteams. Op deze manier wil DCG ervoor zorgen dat de multidisciplinaire manier van werken blijft bestaan, ook nu de teams veel kleiner zijn geworden en anders georganiseerd.

Hetty Hetebrij gaat voor de eerste Homepage van 2004 op pad om te horen wat de medewerkers vinden van deze veranderingen. Over



Josien Woldring, verpleegkundige, in een donkerblauwe versie van de polo

het algemeen gaat het om logische stappen, is het algemene gevoel. Al moet men het nog wel zien: 'De praktijk zal het uitwijzen.' Hoewel iedereen hoopt dat de veranderingen tot verbeteringen zullen leiden is er ook sprake van zorg. Zo geeft een medewerkster aan bang te zijn dat de benoeming van de teamleiders ertoe zal leiden dat 'de organisatie hiërarchischer en daardoor formeler en trager zal worden.'

Toch worden de veranderingen breed gesteund: 'DCG wordt zakelijker en het is daarbij belangrijk om een goede balans te vinden tussen een formele en informele sfeer. Men denkt echter dat het wel goed zal komen want zoals iemand zei 'waar zit je met de directeur tussen de middag aan tafel?' Tot slot kijkt iedereen uit naar de nieuwe behuizing, maar 'worden veel medewerkers weemoedig bij de gedachte dat we het huidige pand gaan verlaten. De vrijheid van de tuin en de balkons zal men zeker missen.'

De komst van de afdelingsassistenten

Het jaar van de millenniumwisseling is ook het jaar dat DCG de projectgroep Afdelingsassistenten in het leven roept. Amper een jaar later begint de wervings- en selectieprocedure. Er zijn twaalf assistenten nodig, maar er reageren maar liefst 370 gegadigden. In mei 2002 is de groep klaar met de eigen interne opleiding.

AAN HET WOORD IS...

Oud-dialyseverpleegkundige Martin Sprenger (Kantens, 1959)

Martin Sprenger komt in 1990 als A-verpleegkundige van het Rooms Katholiek Ziekenhuis (RKZ) naar Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland waar hij de opleiding tot dialyseverpleegkundige volgt. 'Van het hectische RKZ kwam ik op een werkvloer met een buitengewoon ontspannen sfeer, wat een verademing was dat.'

De peritoneale dialyse spreekt hem aan: 'Vanwege de specifieke handelingen die daarbij komen kijken én vanwege het contact met de patiënten.' Martin maakt de patiënten wegwijst, hij leert ze hoe ze thuis moeten dialyseren. 'Het opgebouwde contact tijdens een training gaat door in de thuissituatie en tijdens bezoeken daarna, op de poli.'

Lesgeven, uitleggen en kennis overdragen blijken Martin in het bloed te zitten. Hij gaat dialyseles geven voor de dialyseopleiding in het UMCG en specialiseert zich maximaal in de PD-behandeling door het volgen van scholingen en congressen in binnen- en buitenland.

Na zeventien jaar zegt Martin DCG vaarwel om volledig les te gaan geven: eerst aan de Hanzehogeschool en daarna bij de Noorderpoort en het Wenckebach Instituut van het UMCG.

Van DCG herinnert hij zich de vele feestjes, activiteiten en uitstapjes: 'Toneelstukken opvoeren bijvoorbeeld, werkelijk alles werd aangegrepen om iets te organiseren, we hebben zelfs - patiënten én medewerkers - een reis gemaakt naar het Spaanse Torremolinos.'

Muziek en klassieke zang zijn de grote passies van Martin. Hij speelt orgel en is een semiprofessionele zanger. Zijn vaardigheden wendt hij onder meer aan om DCG-feesten een extra leuk tintje te geven. 'Op het afscheidsfeest van directeur Roel Huisman, in 2007, speelde ik de Italiaanse tenor Luciano Pavarotti. Ik had een kussen onder mijn overhemd om een dikke buik te krijgen, en natuurlijk droeg ik bretels. Tijdens de aria van de Parelvisser braken die bretels en zakte mijn broek omlaag. De omstanders, die in lachen uitbarsten, dachten dat die act was gepland. Maar dat was helemaal niet zo, het was een ongelukje.'



Verpleegkundig specialist Hannie Kuipers spreekt tijdens het symposium in 2012



Casper Franssen en Ellen Duym



Voorzieningengebouw Groningen



Verpleegkundig specialist Ellen Duym tijdens het symposium in 2012

Assistenten huis

In de thuissituatie zet DCG al sinds de STDNN-periode dialyseassistenten in op voorwaarde dat de patiënt zelf alle handelingen uitvoert. Aanvankelijk is de partner of een familielid van de patiënt degene die is opgeleid om toezicht te houden en te assisteren. Dialyseassistenten komen in principe langs als een patiënt niemand heeft om te assisteren en in de loop van de tijd worden zij steeds meer ingezet.

Trees van den Brink is degene die de interne opleiding opzet en nauw betrokken is bij de introductie van de afdelingsassistenten. 'Indertijd was er een tekort aan verpleegkundigen. We merkten dat een deel van de werkzaamheden ook heel goed konden worden uitgevoerd door assistenten. DCG is als een van de eerste centra gaan werken met assistenten en we hebben het scholingstraject steeds verder uitgebreid. Inmiddels is het zover dat de functienaam is veranderd in dialyseassistent. En is de opleiding ervoor ook erkend: het Wenckebach Instituut heeft het voornemen om dit ook aan te gaan bieden.'

AAN HET WOORD IS...

Dialyseverpleegkundige Beja Hassing (Schoonebeek, 1956)

Beja begint in 1981 als verpleegkundige bij Beatrixoord. Vanwege oppasproblemen met haar kinderen neemt ze in 1992 ontslag. 'Het thuiszitten, het niet werken, vond ik vreselijk.' In 1995, als er weer ruimte is, komt ze bij Thuisdialyse Noord-Nederland, waar ze veel oud-collega's terugziet: 'Nou, dat was me een blij weerzien.'

Beja die in Zuidlaren woont, beschouwt Groningen als haar standplaats: 'Dit is mijn plek, hier bruist het, hier vinden de ontwikkelingen plaats, wordt alles in gang gezet.' Zij werkt op 3 Noord, op het Brugstation waar ze patiënten leert hoe ze thuis moeten dialyseren. 'Het lesgeven vind ik het leukst, veel thuispatiënten zijn door mij opgeleid.'

Tussen toen en nu zijn volgens oudgediende Beja grote verschillen aan te wijzen. Ze blikt terug in de tijd: 'Vroeger moesten de patiënten twee keer per week zes tot zeven uur dialyseren, tegenwoordig drie keer per week vier uur. En de machines zijn heel wat beter geworden, makkelijker te bedienen. Nadeel is wel dat je toentertijd precies wist wat er gebeurde, nu regelt de machine alles. Toen wist je wat je deed, nu wat minder.'

Lachend vervolgt ze: 'Vroeger rookte iedereen: de patiënten, de medewerkers en ook artsen die soms aan dikke sigaren zaten te paffen. Als de patiënten waren aangesloten, deelden we asbakken uit. In een mum van tijd hing er een rookwalm in de zaal.'

De belangrijkste ontwikkeling vindt Beja de introductie van epo, begin jaren negentig. 'Epo wordt toegediend om bloedarmoede te voorkomen. Vroeger werd pas ingegrepen als de patiënten al heel erg te lijden hadden onder bloedarmoede. Dan gingen we over tot transfusies, al met al heel vervelend voor de patiënten. Dankzij epo is dat ongelofelijk verbeterd, zien we tegenwoordig geen bleke patiënten meer. Epo is een weldaad voor ze, het heeft hun leed behoorlijk verzacht. Dat vind ik heel fijn, dat doet me goed.'

Dialyseassistent Ella Verduijn assisteert een patiënt bij de thuisdialyse



Centrumdialyse in Beatrixoord



Nelly Stoelinga-Norder geeft voorlichting over peritoneale dialyse in 2017



Dokterassistent Mieranda Stuut en receptioniste Lidy Berg-Wolthuis aan het werk met mondneusmasker tijdens de coronapandemie

DE DOKTERSASSISTENTEN NADER BELICHT

Als Beatrixoord en STDNN samen DCG vormen, zijn ze er al: de doktersassistenten (dokass in de wandelgangen) die door de jaren heen zo'n belangrijke rol spelen voor patiënten en collega's. Aanvankelijk, direct na de fusie in 1997, vormen ze in het Triadegebouw één team. Na de verhuizing in 2006 worden ze gesplitst in twee teams: een vaste groep doktersassistenten voor iedere bouwlaag. Dat is nodig vanwege het grote aantal patiënten in die periode. Drie jaar later, als steeds meer patiënten dialyseren in de dependances en de druk op de locatie in Groningen afneemt, vormen ze weer één team. En dat vinden ze prettig, laten ze in de Homepage van 2009 weten: ze vinden het leuker om alle patiëntengroepen te zien en de polibezoeken te regelen. Hun takenpakket is breed: ze nemen bloed af bij patiënten en soms ook hun familieleden, verzorgen de griep prik voor collega's, nemen de telefoon aan, maken afspraken, schrijven nieuwe patiënten in, vragen consulten aan, schrijven brieven en regelen vervoersverklaringen. In feite houden ze zo de boel draaiend. 25 jaar doen ze dat nog steeds, zegt Hoofd zorg Arjan Leijssenaar: 'Ons dokass-team is als het ware de spil van ons patiëntenproces. Veelal komen hier de eerste telefoontjes binnen en doordat het team alle patiënten persoonlijk kent zijn ze ook dikwijls een interne vraagbaak.'

Hoewel het aantal patiënten dat thuishemodialyse krijgt sterk is afgenomen, blijft DCG deze dienstverlening aanbieden. In het meerjarenbeleid 2020-2023 wordt nogmaals benadrukt dat DCG patiëntgerichte zorg wil blijven leveren:

Alles draait bij ons om de patiënt. Dat betekent niet dat die patiënt zelf niets hoeft te doen. Integendeel: wij willen de patiënt juist zelf de regie geven. Daarvoor hebben patiënten wel ondersteuning nodig, zodat ze de juiste keuzes kunnen maken over hun behandeling. Wij verwachten dat patiënten hierdoor zullen ervaren dat hun kwaliteit van leven beter wordt. Niet alle patiënten zijn gelijk en daarom is het ook belangrijk dat we hierbij zorg op maat leveren.

Een nieuwe functie

In 1997 organiseert verplegingswetenschapper Petrie Roodbol een congres in Groningen over de ontwikkeling van het vak verpleegkundig specialist, dan nog aangeduid met de uit de VS overgewaarde term 'nurse practitioner'. Zij is van mening dat de expertise van verpleegkundigen beter benut kan worden en vindt toenmalig minister van Volksgezondheid, Els Borst, aan haar zijde. Daarnaast is in die jaren sprake van een groot te-

kort aan artsen en was de beschikbare tijd voor DCG van de nefrologen in opleiding minder geworden. Door de deskundigheid en bevoegdheden van verpleegkundigen uit te breiden kan hier iets aan worden gedaan. Vanaf 2009 verandert de titel nurse practitioner in de wettelijk erkende benaming verpleegkundig specialist en wordt de functie opgenomen in het BIG-register. In dat jaar werken er al een jaar twee verpleegkundig specialisten bij DCG: Ellen Duym en Herma Uiterwijk.

De eerste verpleegkundige specialist van DCG

Voordat Ellen Duym bij DCG gaat werken in 1999 heeft ze al veel ervaring opgedaan als verpleegkundige bij het UMCG, onder andere bij de Niertransplantatie. 'Ik heb tot 2003 gewerkt als dialyseverpleegkundige en heb daar veel van geleerd, maar ik wist toen al dat er een opleiding tot verpleegkundig specialist bestond. En dat leek mij erg interessant: kennis verdiepen omtrent de dialysepatiënt.' Ze krijgt toestemming van haar teamleider om de opleiding te gaan doen naast haar werk. 'Het probleem was dat die functie bij DCG nog niet bestond. Dus toen ik in 2005 klaar was met die best wel zware opleiding kon ik er niets mee bij DCG. Dat was erg teleurstellend.'

Nefroloog Casper Franssen, haar leermeester tijdens de opleiding, geeft haar de kans om samen met hem patiënten te blijven zien om zich verder te ontwikkelen in haar vak in de praktijk. Ellen: 'Ik stond op de loonlijst als dialyseverpleegkundige, maar Casper liet mij meelopen, we maakten samen behandelplannen en zo kon ik toch van meerwaarde zijn.'

Raakvlak van care en cure

Als in 2007 Ralf Westerhuis aantreedt als directeur patiëntenzorg, verandert alles, vertelt Ellen: 'Hij zei meteen: we gaan regelen dat jij hier gaat

werken als volwaardige verpleegkundig specialist. Hij zag de potentie van ons vak.'

Vanaf maart 2008 gaan Ellen en haar collega Herma Uiterwijk officieel als respectievelijk verpleegkundig specialist en verpleegkundig specialist in opleiding aan het werk. Begin 2009 leggen ze in de Homepage uit dat hun werk zich bevindt op het raakvlak van care en cure. Herma: 'Wij richten ons op het totaalplaatje van de patiënt. Je bent naast de dialysebehandeling veel meer bezig met de onderliggende ziekte, complicaties en andere bijkomende zaken.' Ellen voegt toe: 'We werken samen met een nefroloog en bieden de verpleegkundigen en patiënten als het ware medische ondersteuning.'

AAN HET WOORD IS...

Afdelingsassistent Harmiek Bolhuis (Winsum, 1966)

In 1998 werkt Harmiek Bolhuis via een uitzendbureau als voedingsassistent in de keuken van DCG. Om de verpleegkundigen te ontlasten, start het dialysecentrum in 2000 een interne opleiding tot afdelingsassistent. Harmiek meldt zich, volgt de opleiding, slaagt en wordt daarmee één van de eerste afdelingsassistenten van DCG.



Harmiek Bolhuis

Een afdelingsassistent heeft organisatorische en begeleidende taken. Harmiek licht haar werkzaamheden toe: 'Ik vang de patiënten op die binnenkomen, voer de eerste gesprekjes, speel die - indien nodig - door naar de verpleegkundigen, meet de bloeddruk, neem het gewicht op, leg de spulletjes klaar voor de verpleegkundigen, en verricht daarnaast allerlei huishoudelijke taken.'

Afdelingsassistenten mogen niet prikken: 'Patiënten die zelf aanprikken, mogen wij wel zelfstandig aansluiten, hetzelfde geldt voor het afsluiten.' De assistenten houden zich niet bezig met de medicatie en mogen geen medische handelingen verrichten: 'Vergelijk het met een onderwijsassistent, die mag ook niet voor de klas staan, dat is voorbehouden aan de leerkracht.'

Harmiek houdt van technische ontwikkelingen: 'Van dialysemachines die steeds gemakkelijker worden in gebruik, die je steeds sneller kunt opbouwen. Van computers, omdat ze ontzettend veel papierwerk schelen. En van de buizenpost natuurlijk! Die bleek in de nieuwbouw te zitten. Vóór de buizenpost, in de oudbouw, liep ik dagelijks meerdere keren met buisjes bloed naar het lab. Ik heb heel wat kilometers afgelegd. Een zegen die buizenpost!'

Als ze de oudbouw noemt, herinnert ze zich een grappige gebeurtenis. 'In de oudbouw, ook wel Ingang 23 genoemd, hadden we een opblaaszwembadje op het balkon van de eerste verdieping. Middenin het bad stond een tafeltje, rondom hadden we rieten stoelen neergezet. Met mooi weer zat iedereen met de blote voeten in het water. Toen dat water niet meer zo schoon was, kieperden we het badje leeg over de balkonrand. Vervolgens hoorden we beneden iemand vloeken. Dat bleek hoofdverpleegkundige Thom Heemskerk te zijn. Die had zijn motorlaarzen beneden neergezet, en die stonden nu vol met water.'

AAN HET WOORD IS...

Dialyseassistent thuis Geja Bakker (Assen, 1962)

Vanaf 2003 heeft Geja Bakker als doktersassistent verschillende banen in de zorg. Na drie jaar, in 2006, stuurt ze een open sollicitatiebrief naar DCG. 'Ik had gekeken naar organisaties die me aanspraken. De dialysebehandeling maakte een grote indruk op me, daaraan wilde ik graag een bijdrage leveren.'

Ze wordt aangenomen, volgt zo'n drie maanden, drie dagen in de week, een interne opleiding en gaat daarna aan de slag als dialyseassistent thuis. 'In het begin vijf uur in de week, later twaalf en tenslotte vijftien uur.'

Geja vindt het werk ontzettend leuk. 'Ik kom overal, rij graag, geniet vanuit de auto van de omgeving en stop soms om een foto te maken. Maar wat me vooral boeit is dat ik te maken heb met verschillende personen, karakters.'

Als dialyseassistent thuis kom je bij patiënten over de vloer, breng je minstens vier uur met ze door. 'Natuurlijk is het dan belangrijk om werk en privé van elkaar gescheiden te houden. Dat lukt me heel goed. Ik vind het gezellig om bepaalde zaken te delen: oma worden en zijn, kletsen over kinderen die uit huis gaan, onder andere. Voor mezelf weet ik heel goed wat ik wel en wat ik niet kwijt wil. Luisteren is heel belangrijk vind ik, laat de patiënt maar komen.'

Volgens Geja kun je veel betekenen in een thuissituatie, ze noemt een voorbeeld dat grote indruk op haar maakte. 'De man lag aan de dialysemachine, zijn vrouw die in de kamer ernaast zat, wachtte op de uitslag van een medisch onderzoek. Ze had een slecht voor gevoel, had pijn en was heel erg aangeslagen. Haar man kon niets doen, want hij dialyseerde. Ik heb toen mijn arm om haar heen geslagen en haar getroost. Later vertelde ze mij dat ze ontzettend veel aan me had gehad. Ik voelde me toen zo waardevol.'

AAN HET WOORD IS...

Dialyseverpleegkundige Peter van Raalten (Wageningen, 1961)

In 1996 verhuist Peter van Ede naar Assen. In Groningen, bij het Martini Ziekenhuis, is hij aangenomen als dialyseverpleegkundige, in Assen vindt hij een woning. 'Ik had eerst een baan, en direct daarop een huis in het Noorden.'

In 2007 gaat Peter van het Martini naar de DCG-dependance Assen. 'Ik was toe aan verandering. Met mijn nieuwe collega's klikte het meteen, én ik vond de fietsafstand van mijn huis naar mijn werk geweldig, zo dichtbij.'

Het is algemeen bekend: in de zorg werken meer vrouwen dan mannen. Hoe is de verhouding vrouw-man binnen DCG, anno 2022? Het hoofd P&O antwoordt desgevraagd: 'Ons centrum heeft 158 medewerkers (exclusief de ingeleende artsen) hiervan zijn er 20 man (13%). Er zijn 73 dialyseverpleegkundigen, waaronder 5 mannen (7%).'

Eén van die weinige mannen is Peter. 'Het werken met vrouwen is voor mij geen obstakel,' zegt hij beslist. 'Natuurlijk ervaar ik dat ze andere interesses hebben. Maar ik als man zijnde kan mijn interesses zoals voetbal, vissen en fotograferen prima met hen delen. Hetzelfde geldt voor de patiënten. Weet je overigens dat verpleegkundige Bart Huisman sinds vorig jaar bij ons werkt? Assen telt nu twee broeders.'

De dependance in Assen heeft een behoorlijk vast team. 'Dat past bij me, en het is ook fijn voor de patiënten. Ik ken de patiënten goed, ze komen immers drie keer per week. Je ziet ze vaker dan je eigen familieleden. Het aansluitmoment, het prikken is altijd een moment van persoonlijk contact, dat geldt ook voor het afsluiten.'

Peter is blij met de technische ontwikkelingen. 'Belangrijke veranderingen waren de komst van Diamant en de computers op wielen, de cow's, die heel prettig werken. Vroeger moest je alles met de hand invullen en bijhouden. Tijdrend hoor, maar nu behoort al dat papierwerk tot het verleden.'

'Wat de meest bijzondere gebeurtenis was? Nou, de opening van de nieuwbouw in Assen, waar toen het voltallige personeel met aanhang en alle patiënten met aanhang gezamenlijk aanwezig waren. Fantastisch om van iedereen de partners en kinderen te zien.'

Waterskiën Grunopark



Een andere blik

Anno 2022 legt Ellen uit dat zij altijd duidelijk is over wat ze wel en niet weet. 'Ik ben geen arts, maar op het gebied van dialyse weet ik wel een heleboel en kan ik veel zelf doen. Jonge artsen-in-opleiding moeten daar soms aan wennen. Omdat ik ben opgeleid als verpleegkundige kijk ik anders naar patiënten dan een arts. Patiënten stellen mij daarom andere vragen en leggen mij andere problemen voor. Ook verpleegkundigen

Het team Diëtetiek tijdens het 'foute feest' in 2016



Twee collega's met hun 'Bob en Annie-act' tijdens het DCG-jubileumfeest in Martini Plaza

stappen gemakkelijker op mij af dan op een arts. Bijvoorbeeld als een patiënt niet goed aan te prikken is. Of als een patiënt niet lekker is geworden tijdens de dialyse. Ik ga dan in gesprek met de patiënt, kijk wat mij opvalt, stel vragen, regel onderzoeken, schrijf medicatie voor. Ik verzamel informatie en kijk dan wat ik zelf kan oplossen en wanneer ik de arts erbij moet halen. Dat is de meerwaarde van mijn vak.'

AAN HET WOORD IS...

Voormalig directeur algemene zaken Margriet Hommes (Groningen, 1957)

Tijdens haar studie economie komt Margriet regelmatig over de vloer bij zorginstellingen. Geleidelijk aan realiseert ze zich dat je met economische kennis goede gezondheidszorg kunt opzetten. Na haar studie krijgt ze een baan bij Menzis, van waaruit ze STDNN leert kennen. 'Een kleine organisatie die me aansprak.'

Als STDNN een nieuwe directeur vraagt, aarzelt ze dan ook geen moment en schrijft ze direct een sollicitatiebrief. Naast haar zijn er maar liefst 27 mannen die de baan ambiëren. Maar ze nemen Margriet aan. 'Moet je nagaan: ze wilden een HEAO'er van veertig jaar, ik was een econoom van 27. En ik had totaal geen leidinggevende ervaring.' Uiteindelijk werkt Margriet vijftien jaar bij het dialysecentrum, van 1985 tot 2000. 'Wat mij is bijgebleven uit mijn dialyseperiode? Nou, natuurlijk de fusie, en ook de twee verhuizingen. Eerst die van Groningen naar Haren, en vervolgens die van Haren terug naar Groningen.'

Margriet vindt dat de kwaliteit van de zorg boven alles gaat. Voor dialyse geldt dan dat het belang van de patiënten voorop staat, dat ze zo zelfstandig mogelijk dialyseren, in een sfeer en omgeving waarin ze zich goed voelen. 'Die goede sfeer geldt ook voor medewerkers, niet alleen in het werk maar ook in de 'randverschijnselen'. Daarmee bedoel ik dat er plaats moet zijn voor gezelligheid, voor feest. Juist binnen een kleine organisatie is dat goed mogelijk.'

Ze herinnert zich een aantal nieuwjaarsrecepties: 'Samen met Martin Sprenger heb ik een paar keer Thomasvaer en Pieternel opgevoerd, een zelfbedacht gedicht waarin we terugblikken op het oude jaar én verwachtingen voor het nieuwe jaar worden uitgesproken.'

Tijdens haar afscheidsfeest, in de Hortus, speelt Margriet saxofoon in het orkest dat een concert geeft. 'Een bijzondere ervaring, muziek spelen op je eigen afscheidsfeest.'

De voormalig directeur is er trots op dat ze een bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling van DCG tot een solide, vernieuwende organisatie die uitstekend samenwerkt met het UMCG en het Martini Ziekenhuis.

Marjo Haagen, Sinie Boersma en Paula Stuurwold vormen het Thuissteam in 2018



Een teamuitje in Harkstede (2001) met van links naar rechts: Harmiek Bolhuis (liggend), Alida Heukers, Vera Atsma, Beja Hassing, Gerda Tel, Joke Hoeksema, Marjan Leege en Margriet Smit

8

HET VERHAAL VAN DE COLLEGA'S ACHTER DE SCHERMEN

Om de zorg voor de dialysepatiënten mogelijk te maken en al die artsen, verpleegkundigen, assistenten, diëtisten en maatschappelijk werkers hun werk goed te kunnen laten doen, wordt er achter de schermen van Dialyse Centrum Groningen (DCG) hard gewerkt. Zonder de inzet van de mensen van de Technische Dienst, de ICT-afdeling, het magazijn en de stafafdelingen zou de dialyse niet zo soepel draaien als dat nu het geval is.

(op de foto: Harry Honebecke)



Water maken

Achter de schermen van DCG is het de Technische Dienst die ervoor zorgt dat de dialysemachines worden voorzien van water als basis van de dialysevloeistof. Dat is niet altijd zo gegaan. In de tijd van uitvinder Willem Kolff wordt gewoon water uit de kraan gebruikt als basis van de spoelvloeistof en het duurt daarna nog jaren voordat het lukt om een vloeistof te maken waar de patiënt niet doodziek van wordt tijdens de dialyse. Zo wordt op een gegeven moment acetaat toegevoegd aan het water, maar daardoor wordt de vloeistof erg zuur en daar worden de patiënten misselijk van. Dialysetechnicus Harry Honebecke vertelt: 'Dat is pas veranderd toen in de jaren negentig bicarbonaat aan het water werd toegevoegd in plaats van acetaat. Daardoor is de dialysevloeistof beter vergelijkbaar met bloed en worden patiënten er niet meer zo ziek van. Dat heb ik zelf niet meegemaakt, dat was voordat ik in de dialysewereld terecht kwam.'

Nog veel langer geleden, in 1969, worden alle patiënten in Beatrixoord urenlang achter elkaar gedialyseerd met vloeistof uit een tank van 360 liter, schrijft Gjalte van der Hem, hoogleraar nefrologie in het jubileumboek over 25 jaar dialyse in Beatrixoord. Tijdens een rondetafelgesprek met verpleegkundigen en patiënten indertijd staat beschreven hoe bewerkelijk het in die jaren is om het badwater goed te regelen. Elke dag moet de apparatuur worden gevuld met formaline, uitgespoeld en getest. En als een kunstnier lek is, gebeurt het nogal eens dat er bloed in het badwater terecht komt met ernstige gevolgen: zowel patiënten als verpleegkundigen kunnen hierdoor hepatitis B oplopen. Dat is de reden om in 1978 hepatitis B-patiënten in isolatie te dialyseren en afscheid te nemen van een centraal badwatersysteem voor alle patiënten in Beatrixoord. Voor de Technische Dienst zijn het lange dagen, staat er in het boekje: 'Vanaf half vijf tot twaalf uur 's morgens en 's avonds weer van half vijf tot twaalf uur, want dan moest alles weer schoongemaakt worden voor de volgende dag.'

Schoner dan schoon

Voor de Technische Dienst van nu zijn die verhalen uit de oude doos een gruwel. Harry en zijn collega's Erik Marsman en Richard van Veen zijn juist altijd bezig om de dialysevloeistof zo zuiver mogelijk te houden. Feitelijk mag er niets anders in het water zitten dan water (H₂O), legt Harry uit: 'Wij maken op al onze locaties het RO-water dat de basis is voor de dialysevloeistof in de machines. Nederlands leidingwater is al heel erg schoon, maar voor dialyse produceren we water waar bijna niets anders in zit, zeker geen bacteriën. Daarom nemen we elke week monsters om te laten onderzoeken op de aanwezigheid van bacteriën of afbraakproducten van bacteriën in een laboratorium. Verder letten we erop dat

Bert van Rooijen, dialyseverpleegkundige, bezig met het afstellen van een dialysemachine



Richard van Veen van de Technische Dienst



De waterinstallatie in dependance Scheemda

we genoeg water produceren voor alle dialysemachines die op de ringleiding worden aangesloten. De kwaliteit van dat water is zo hoog dat het ook gebruikt mag worden als basis voor te produceren infusievloeistof in de dialysemachine.'

Hoewel de Technische Dienst het watermanagement altijd goed in de gaten houdt, kan het toch flink misgaan. Bijvoorbeeld op maandag 10 maart 2008. Als gevolg van een breuk in het waterleidingnet bij Euvelgunne hebben zo'n 220.000 mensen in de stad Groningen opeens geen schoon drinkwater meer. Terwijl er een run ontstaat op flessen water, heeft DCG ook een groot probleem: zonder leidingwater kan de Technische Dienst geen water maken voor de dialyse.

De hele organisatie komt in actie: teamleiders, artsen en verpleegkundigen regelen samen alternatieve dialyseplekken op de dependances in Assen en Veendam. Ook Dialysekliniek Noord in Beilen is bereid om tien patiënten op te vangen. Daarmee zijn alle patiënten voor wie dialyse die dag medisch noodzakelijk is geholpen. Verder vermeldt de tweede Homepage van 2008 het volgende: 'Bij een kleine groep patiënten is nog de oude "ultrafiltratie techniek zonder water" toegepast. Een techniek die nog door de "oude rotten" in het vak kan worden toegepast.' Ook constateert men dat het toch erg handig is om in dit soort noodsituaties te kunnen beschikken over dependances.

Storingen zo snel mogelijk verhelpen

Naast het watermanagement zorgt de Technische Dienst ervoor dat alle dialysemachines goed werken. Dat betekent dat de technici van DCG de machines preventief onderhouden en repareren als er iets mis is. Er staan reservemachines op alle locaties. Als er tijdens de dialyse een storing optreedt die de Technische Dienst niet meteen kan verhelpen, kan de patiënt worden overgezet op een andere machine of duurt de dialyse iets korter. Soms komen er vreemde meldingen binnen, vertelt Harry: 'We hebben weleens meegemaakt dat een dialysemachine hier op de zaal ondersteboven lag. Dat kan gebeuren als je een bed plotseling omhoog laat gaan zonder op te letten dat deze te dicht bij de dialysemachine staat. Dan kan een machine zomaar omkieperen.' Patiënten die thuis dialyseren hebben geen reservemachine staan. Dus bij een technische problemen plant de Technische Dienst meteen een bezoekje in om het probleem te verhelpen. Soms is dat een kwestie van een druk op de knop. Soms is er meer tijd nodig, maar voor bijna 100% zorgen de dialysetechnici ervoor dat de patiënt volgens planning weer kan dialyseren.

Door de jaren heen is de bediening van de dialyseapparatuur steeds digitaal geworden. De machines van nu bevatten allerlei sensoren die alarm slaan als er sprake is van een afwijking. Met behulp van een computerscherm kunnen verpleegkundigen gegevens over de patiënt invoeren en ophalen waarna de software uitrekent wat er moet gebeuren.

Server in de bezemkast

De eerste computer wordt bij Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland (STDNN) in 1986 aangesloten: een eenvoudige pc waarvoor ICT'er van het eerste uur Thom Heemskerk de software zelf schrijft en opslaat op floppydisks. Hij verdiept zich in wat er nodig is op ICT-gebied en blijft jarenlang, ook na de fusie, de ICT-man van DCG. De server staat dan nog gewoon in Thoms kantoor, meestal met een gevulde asbak er bovenop. Als Klaas Brink in 2006 in dienst komt als coördinator ICT is Thom degene die werkelijk alles doet wat ook maar enigszins met computers te maken heeft: 'Hij deed echt ontzettend veel,' vertelt Klaas. 'Hij maakte desgevraagd bijvoorbeeld foto's van shunts. En als iemand foto's of filmpjes nodig had voor een onderzoek of studie dan kon je ook een beroep op Thom doen.'

Maar DCG heeft plannen: de ICT, die met die ene pc is begonnen, moet geprofessionaliseerd worden. Diamant, het softwarepakket dat Thom al tien jaar beheert, wordt vervangen door een opvolger, de huidige Windows-versie. In de eerste jaren van DCG huist de ICT-afdeling in het Triadegebouw in een klein kantoor waar het volgens de overleveringen altijd blauw staat van de rook. Na de verhuizing naar de nieuwbouw wordt de server van het kantoor van Thom verplaatst naar de bezemkast op de eerste verdieping, omdat er geen echte serverruimte is gereserveerd.

Klaas: 'Ook dat was geen ideale plek, want het rek met onze servers stond recht onder de waterinstallatie. Je hoorde het water stromen. Dat was geen veilige situatie natuurlijk.' Op die server draait in die tijd het systeem Diamant, terwijl losse pc's worden gebuikt als netwerk binnen DCG. 'Voor mijn komst liep Thom rond met een cd-rom om op al die pc's updates uit te voeren en software te installeren.'

Vanaf 2006 wordt de ICT stap voor stap geprofessionaliseerd en uiteindelijk vanaf 2016 verder uitbesteed. De systemen draaien na verloop van tijd niet meer op servers in een bezemkast, maar in de cloud op servers in Amsterdam. 'Als je nu inlogt dan draait je sessie niet hier in het gebouw, maar op afstand in een datacentrum.'

Een eigen mailserver voor DCG

Eén van de vernieuwingen die de afdeling ICT uitvoert betreft het e-mailsysteem. Klaas: 'In het begin waren we nog volledig verweven met

Gerard Klinkert en Harry Honebecke



ICT'er Klaas Brink



Tijdens het waterprobleem wordt er tijdelijk op de oude manier gedialyseerd, namelijk door middel van ultrafiltreren

de systemen van het UMCG. Je mailadres eindigde dan ook met @dcg.umcg.nl. Ik vond meteen dat we die mailserver naar ons toe moesten halen, zodat we ons ook in het mailverkeer konden profileren als DCG. Die adressen zorgden bovendien vaak voor verwarring. Mensen dachten vaak dat wij voor het UMCG werkten. Ik vond dat raar, want UMCG en

DCG zijn twee verschillende organisaties. Het was alsof Philips meekeek in het netwerk van Akzo.' Het uit elkaar halen van de twee systemen valt niet mee. 'Intern liepen we tegen gebruikers aan, zoals artsen, die zowel voor DCG als UMCG werken. Die vonden het lastig dat ze twee keer moesten inloggen. Wat uiteindelijk echt heeft geholpen is dat UMCG ook vond dat het zo niet langer kon. In 2011, Thom was toen al met pensioen, heb ik samen met mijn nieuwe collega Erwin Niewold de knip met het UMCG kunnen maken.'

Door de oprichting van dependances heeft de ICT-afdeling warme contacten opgebouwd met de verschillende ziekenhuizen waar deze zijn gevestigd. 'Het blijft een uitdaging, want wij moeten gebruik maken van de lokale netwerken en infrastructuur van die ziekenhuizen. Dan heb je ook met verschillende partijen te maken, waarbij wij een regiefunctie vervullen.'

Infrastructuur op orde

Klaas prijst zich gelukkig dat DCG de ICT-infrastructuur goed op orde heeft als corona uitbreekt. 'Het enige dat we nog niet hadden was MS Teams en dat hebben we meteen ingevoerd zodat mensen vanuit huis konden vergaderen. Medewerkers konden al thuis inloggen, alleen is het thuiswerken enorm gegroeid door de coronamaatregelen.'

Na het vertrek van Erwin in 2018, is Henk Oudman er in 2019 bijgekomen. Samen bestieren Klaas en Henk alles wat met ICT te maken heeft: nieuwe ontwikkelingen, functioneel beheer, installaties en het beantwoorden en oplossen van vragen en problemen van collega's. Zo zorgen ze er tijdens de eerste lockdown in 2020 voor dat iedereen die thuis gaat werken de beschikking krijgt over een laptop en een smartphone. Klaas: 'Omdat dit een kleine organisatie is, lopen techniek en functioneel beheer bij ons door elkaar heen en dat maakt het erg leuk voor ons. We hebben te maken met een breed gebied. Voor alles wat wij doen voor DCG heb je op het UMCG 150 man nodig. Dat zijn vooral specialisten op ICT-gebied: wij zijn echt generalisten en dat houdt dit werk leuk.'

Afscheid van de soep

Wel of geen soep tijdens de dialyse? Dat is een kwestie die al speelt zolang DCG bestaat. Langer zelfs: tot 2016 wordt in de afdelingskeuken soep uit een pakje gemaakt, soms verrijkt met wat vlees of spekjes. Dit gebruik stamt uit een tijd waarin dialyses veel langer duurden. Over de soep zijn door de jaren heen veel discussies gevoerd. Bij Beatrixoord wordt jarenlang in de grootkeuken soep gemaakt om tijdens de dialyse te verstrekken. Ook bij STDNN staat de soep altijd op het menu, maar dan meestal uit een pakje.

AAN HET WOORD IS...

Medisch maatschappelijk werker Monique Noort (Staphorst, 1995)



Monique Noort

Na haar studie maatschappelijk werk en dienstverlening treedt Monique in dienst bij DCG. Het is dan november 2020, Nederland heeft op dat moment volop te maken met corona.

Het virus maakt de start voor Monique allesbehalve gemakkelijk. 'Ik kwam op locatie, in het DCG-gebouw, werd ingewerkt, had geen tijd om kennis te maken met collega's, en na twee weken mocht ik alleen nog vanuit huis werken.'

Daar zit ze dan thuis. Ze kent geen collega's en patiënten, het ontbreekt haar aan korte lijntjes. 'Ik had het gevoel dat ik er een beetje alleen voor stond, dat ik in een leeg huis zat, maar door de betrokkenheid van DCG-collega's was dat gelukkig heel snel verholpen.'

Monique die nu alweer geruime tijd vier tot vijf dagen op locatie werkt, ondersteunt de patiënten in de breedte zin van het woord. De essentie van haar werk is de psychosociale hulp die ze verleent. 'Hoe ga je om met je ziektebeeld? Wat is de impact van je ziekteproces op je leven? Hoe komt de nieuwe rolverdeling binnen het gezin er uit te zien?'

Daarnaast regelt Monique allerlei praktische zaken zoals afvalcontainers en taximachtigingen, onderhoudt ze contacten met betreffende gemeenten, en helpt ze met het organiseren van vakanties.

Ze werkt nauw samen met alle andere disciplines binnen DCG: nefrologen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, en zo meer. 'Daardoor wordt de patiënt vanuit verschillende hoeken belicht, wat ons scherp en fris houdt.'

Terugkijkend concludeert Monique: 'Ik heb mijn plekje gevonden binnen DCG, voel me onderdeel, ben verknocht geraakt aan de organisatie. Daarnaast raakt het me dat ik zo betrokken ben en mag zijn bij personen die zich vaak zo kwetsbaar voelen. Dat ik iets in de positieve zin kan bijdragen, vind ik iets heel moois.'



Ook het plaatsen van de dialysemachine thuis wordt door de Technische Dienst verzorgd



Waarom wordt er indertijd soep verstrekt? In die tijd worden patiënten twee keer per week zes uur gedialyseerd en tijdens die lange dialyses daalt hun bloeddruk vaak. Daarom laat men via de lijnen een zout-oplossing naar het bloed van de patiënt stromen. Met het aanbieden van zoute soep denkt men in die tijd patiënten daarom een plezier te doen. Zo maken ze op Beatrixoord op verzoek van de medewerkers vaak mosterdsoep, erwtensoep of bruinebonensoep. Helaas blijkt dat deze soepen bij de patiënten letterlijk vaak zwaar op de maag liggen.

Door de jaren heen worden de dialyses korter en hebben patiënten veel minder last van een snel dalende bloeddruk. Omdat de patiënten een zoutarm dieet volgen waar de zoute soep niet in past en omdat de dialyses korter zijn geworden, willen de diëtisten de soep afschaffen als snack. Bovendien krijgen de patiënten door de soep te weinig voedingsmiddelen en te veel vocht binnen die tijdens de dialyse weer moet worden onttrokken. Al met al genoeg redenen om afscheid te nemen van de soep. In 2007 verdwijnt de soep dan ook van het menu. Die beslissing valt niet goed bij de Cliëntenraad: de patiënten zijn zeer verknocht aan de soep en willen deze behouden. Na een enquête onder de patiënten besluit de directie in 2008 dat de soep één keer per week terugkomt. Maar dan wel een soep die een stuk minder zout is dan vroeger. Als in de loop van de tijd blijkt dat patiënten de soep

minder goed verdragen, wordt de soep in 2016 definitief van het menu geschrapt.

Andere snacks

Ook de andere snacks ondergaan door de jaren de nodige veranderingen. DCG-diëtist Christa Nagel verhaalt: 'Vroeger serveerde STDNN een keur aan hapjes tijdens de dialyse. Om maar wat te noemen: slagroomsoesjes, suikerbrood, croissants met ham en kaas, broodjes hot-dog met zuurkool, huzarensalades, ragouts, een half sneetje roggebrood met een kwart zoute haring. In de loop der tijd zijn we meer op de kwaliteit van de hapjes gaan letten.'

In 2016 maken de slagroomsoesjes en het suikerbrood plaats voor eiwitrijke hapjes: onder andere tosti's met eiwitverrijkt brood, omelet, kipspiesjes, kaasblokjes en eiwitverrijkt ijs. De diëtisten letten daarbij op de hoeveelheid zout, vocht en kalium, passend bij de eisen die worden gesteld aan de voeding van dialysepatiënten. Christa: 'Zo weten we dankzij wetenschappelijk onderzoek dat een dialysepatiënt meer eiwit nodig heeft dan een gezond persoon. Omdat tijdens het dialyseproces eiwit aan het lichaam onttrokken wordt, is het van belang om patiënten dan tien gram eiwit toe te dienen.'

AAN HET WOORD IS...

Magazijnmedewerker Geert Oosting (Zuidlaren, 1960)

Als Geert Oosting in juli 1995 bij STDNN komt, werken er twee personen in het magazijn: chauffeur Rudolf Stoter die de bevoorrading verzorgt en Edwin Klok die het magazijn runt. 'Hij en ik hebben toentertijd, naar onze eigen inzichten en wensen, het magazijn vormgegeven,' vertelt Geert.

Dan volgt, in 1997, de fusie tussen de Stichting en Beatrixoord, waarmee de geboorte van DCG een feit is. Vrij snel daarop neemt het aantal (thuis-)dialysepatiënten toe, zowel de peritoneale dialyse als hemodialyse. 'En voor het UMCG gingen we, naast onze patiënten, ook nog eens de thuisbeademingspatiënten van UMCG bevoorraden. Al met al werd het heel druk voor het magazijn, van drie medewerkers gingen we naar vier, drie in het magazijn en een chauffeur die de hele week volledige dagen in de bus zat. Daarnaast reed één van de magazijnmedewerkers twee dagen per week routes.'

Omstreeks 2006/2007 hevelt DCG de bevoorrading van peritoneale dialysepatiënten over naar de leverancier. Daarvoor is het magazijn al gestopt met het bevoorraden van beademingspatiënten. 'Onze activiteiten namen dusdanig af. Moet je nagaan, momenteel hebben we één bevoorradingschauffeur, en die rijdt maar negentien uur per week.'

Sinds 2020 'experimenteert' het magazijn met het scannen van artikelen. Dat houdt onder meer in dat het inventariseren en bestellen van artikelen veel eenvoudiger, minder handmatig wordt. Maar het scanproces verkeert nog volop in ontwikkeling, kent nog allerlei kinderziektes. Toch verwacht Geert veel van het scannen: 'Als het eenmaal goed gaat lopen, wordt een grote verandering binnen het magazijn in gang gezet.'

Geert wil kwijt dat hij met veel plezier bij DCG werkt. 'Geen enkele dag ben ik met tegenzin gegaan, heb ik me verveeld.' Lachend herinnert hij zich een bijzondere gebeurtenis: 'Eens hebben we de Sinterklaas van DCG, Thom Heemskerk, met een heftruck door een raam op de eerste verdieping gezet in de ruimte waarin Sinterklaas de kinderen van DCG-medewerkers ontving. Wat hebben we gelachen, ik zie nog steeds die Sinterklaas op een heftruck voor me!'

Voedingsassistente Alie Liekstra maakt de soep klaar



Tijd voor soep in Beatrixoord

Dietist Christa Nagel geeft voedingsadvies aan patiënt Max Limahelu



Als diëtist helpt Christa patiënten goede keuzes te maken. Een teveel aan zout versnelt de achteruitgang van de functie van de nieren. Patiënten die niet meer plassen, mogen per dag hooguit één liter vocht tot zich nemen, want zij kunnen geen vocht meer uitplassen. Christa: 'Onder die ene liter vocht valt ook het vocht dat in fruit zit.' Verder is beperkte inname van kalium vaak noodzakelijk omdat kalium door de nieren van een dialysepatiënt niet goed wordt uitgescheiden. 'Patiënten vinden het dieet vaak ingewikkeld maar gelukkig kunnen de diëtisten hen daarbij van advies voorzien. En we maken elke maand een recept voor de warme maaltijd zodat de patiënten gevarieerd kunnen eten en leren te variëren met kruiden en specerijen.'

Potverteren

Net als DCG zelf viert ook de personeelsvereniging De Potverteerders een jubileum: het 35-jarige bestaan. De vereniging is opgericht bij voorganger STDNN op 3 oktober 1986 door Thom Heemskerk en George de Bruijne. Geert Oosting en Jacob Veltens bedenken de naam en maken het logo. Sinds de fusie op 1 januari 1997 is de vereniging onderdeel van DCG. De eerste algemene ledenvergadering volgt op 26 februari en daarna organiseert de personeelsvereniging op 5 april een zinderende voorjaarsactiviteit.

Bijna alle DCG-medewerkers zijn inmiddels lid en bij hun aanstelling worden nieuwe medewerkers uitgenodigd om zich voor de personeelsvereniging aan te melden. Voor een kleine bijdrage van tegenwoordig 2,50 euro per maand plus vijftig procent extra van DCG, organiseert de personeelsvereniging door de jaren heen vele activiteiten.

AAN HET WOORD IS...

Voormalig hoofdverpleegkundige en ICT-er Thom Heemskerk (Leeuwarden, 1952)

A-verpleegkundige Thom Heemskerk volgt zijn opleiding tot dialyseverpleegkundige in het Sint Bonifatius Hospitaal in Leeuwarden. Vervolgens voltooit hij zijn studie aan de Academie voor Sociale en Culturele Arbeid (ASCA) in Groningen.

In 1978 gaat hij als hoofdverpleegkundige bij STDNN werken. Daar wordt pionierswerk verricht, daar kan hij samen met collega's iets vanaf de grond opbouwen, en dat ligt hem wel. 'Maar de tent werd steeds groter en groter, werd bureaucratischer, beduidend formeler. Natuurlijk is dat logisch, dat hoort bij een groeiende organisatie.'

Dan lokt de opkomende automatisering. Thom volgt opleidingen en gaat in 1986 binnen het dialysecentrum aan de slag als ICT'er. 'Het was weer het pionierswerk dat me aansprak. Alles stond in de kinderschoenen, moest vanaf nul worden opgebouwd. Er stond maar één pc'tje.'

Aanvankelijk schrijft Thom de computerprogramma's zelf, later moet hij werken met ingekochte programma's. 'Dat haalde voor mij de sjeu ervan af.' Als hij voor de zoveelste keer een bijscholingscursus moet volgen, houdt hij het voor gezien. 'Op een gegeven moment word je ingehaald door de ontwikkelingen. Toen ik tegen de zestig liep, kon ik er eerder uit, wat ik heb gedaan in 2012.'

Jarenlang was Thom dé Sinterklaas van DCG. 'Ik vond het altijd prachtig om samen met een aantal collega's het sinterklaasfeest te organiseren. Het was leuk voor de kinderen én voor de ouders, de DCG-medewerkers. En als Sinterklaas ging ik altijd even langs de patiënten op zaal.'

De voormalige werknemer kijkt terug op DCG: 'Het is een organisatie waar ik veel gezelligheid heb ervaren, waar ik een groot deel van mijn leven heb doorgebracht, waar ik lange tijd hart en ziel in heb gestoken.'

Een populaire activiteit in 2002 is samen bowlen: maar liefst 62 leden melden zich aan om met fluorescerende kleding onder begeleiding van discomuziek de strijd met elkaar aan te gaan om na afloop elkaar in de karaokebar toe te zingen. Zo zorgt het bestuur door de jaren heen voor tal van activiteiten dichtbij huis of wat verder weg, zoals een sportieve avond op het Grunostrand, een dagje uit naar Amsterdam en een culturele avond bij de Grunneger Sproak. De sportieve leden komen ook aan hun trekken, bijvoorbeeld bij het wadlopen, het skiën in Winterberg en een rondrit op de Solex.

Door de jaren heen wisselen bestuursleden elkaar af. Elk bestuur legt weer eigen accenten. Zoals Richard van Veen, die na zeven jaar begin 2020 afscheid neemt als voorzitter en wordt opgevolgd door Tineke Jonker. Als hij net voorzitter is, valt het Richard op dat hij tijdens activiteiten vaak dezelfde mensen ziet terugkomen. 'Ik heb toen mij het doel gesteld om de uitjes en activiteiten gevarieerder te maken, zodat iedereen in een jaar tijd wel een keer aan iets leuks mee kan doen. En dat is aardig gelukt, als ik zo terugkijk. We hebben vooral activiteiten georganiseerd die eenmalig waren: zoals een Bockbiertocht door de stad en een middag koe knuffelen op een boerderij. Zeer rustgevend, dat knuffelen van koeien trouwens.'



Kanotocht 2020

Jord Kiel aan het werk in het magazijn in 2009, met op de achtergrond Geert Oosting



Medewerker Geert Oosting plakte ooit tegen een stelling het motto: 'Zonder logistiek staat alles stil'

Een absoluut hoogtepunt is volgens Richard Delfsail in 2016. 'We hadden een VIP-bus, een VIP-tent en we zijn op een groot zeilschip op de Eems langs de tall ships gevaren. Zelf vond ik Amstel Live het leukst. Toen zijn we met een VIP-bus samen naar Ahoy afgereisd. Echt genoten!'

Om de vijf jaar organiseert de personeelsvereniging een eigen jubileumfeest. Zoals het Goet Vout-feest in 2016. Vlak voor zijn afscheid in 2020 spreekt Richard met Tanja Lips over het 35-jarige jubileum van de Potverteeders. 'Het leek me eigenlijk niet verstandig om kort na elkaar twee grote feesten te organiseren: ons eigen feest en dat van het 25-jarige jubileum van DCG. We hebben toen afgesproken om het samen te doen.' En zo gaat het gebeuren: op 29 oktober 2022 wordt het 25-jarig bestaan van DCG en het 35-jarig bestaan van de Potverteeders gevierd in de Coendersborg in Groningen.

De Potverteeders tijdens corona

Tineke Jonker neemt begin 2020 het stokje als voorzitter van de Potverteeders over van Richard. Vol goede moed begint ze aan haar taak. Wat ze niet kan vermoeden is dat alle fysieke activiteiten na het jeu de boulen op 7 maart 2020 door corona te vervallen. Hoe organiseer je als personeelsvereniging leuke activiteiten voor de leden zonder fysiek bij elkaar te komen?

'We hebben er het beste van gemaakt,' vertelt Tineke. 'We zijn meteen op zoek gegaan naar creatieve manieren om online activiteiten aan te bieden. Onze traditionele pubquiz, die we normaalgesproken doen in een café, hebben we online gedaan. De online escape room vond iedereen ook erg leuk. Verder hebben we zonnebloemzaden rondgestuurd en organiseerden we een online muziekbingo. Het is natuurlijk best raar om achter je beeldscherm een feestje te organiseren, maar iedereen deed zijn best om mee te doen. En het was uiteindelijk elke keer heel gezellig.'



DCG-zeilweekend op het IJsselmeer in 2001 met van links naar rechts: Janet van der West, Janny Bruining, Anita van de Laan, Judith Dasselara, Desiree Meertens en Arjan Leijssenaar

Niels Hoving en Richard van Veen met de PV op Delfsail



Lummy van der Velde, Alies Tammenga, Ina Buijs, Henny van Rein en Marian van Wolfshaar op het Goet Vout-feest



Goet Vout-feest

De technische dienst (2008): Jacob Veltens, Harry Honebecke, Gerard Klinkert, George de Bruijne, Jan Brouwer en zittend Erik Marsman



In 2020 kwam SBS6 opnamen maken voor het programma 'Werken doen we zo', Maike Steffens is in gesprek met Suraya



De gezellige nieuwjaarsbijeenkomst in 2022 die door corona online was

In september 2020 volgt een korte periode waarin er weer meer mag en de Potverteerders organiseren dan een buitenactiviteit. Tineke: 'We hebben toen een kanotocht door het Drentse landschap gemaakt met een bevlogen natuurgids die ons rond een kampvuur vertelde over wat we om ons heen in de natuur zagen.'

Het jaarlijkse sinterklaasfeest kan twee jaar achter elkaar niet doorgaan op de vertrouwde manier. Tineke: 'Daar maken we altijd een groot feest van voor de kinderen van onze collega's, maar in 2020 en 2021 kon dat natuurlijk niet. In plaats van een feest bij DCG heeft Sinterklaas in 2020



Trude de Weijts tijdens een voorlichtingsavond voor patiënten in 2019

voor elk kind een persoonlijke videoboodschap opgenomen. En in 2021 zijn creatieve Pieten met de auto langs alle kinderen gereden om cadeautjes te brengen.'

Pas in 2022 kunnen Tineke en haar bestuursleden geleidelijk weer fysieke activiteiten organiseren, al blijven ze voorzichtig. 'We organiseren wel buitenactiviteiten, zoals een wad-expeditie op Schiermonnikoog. Het is wel fijn dat we elkaar weer echt kunnen ontmoeten in plaats van via het beeldscherm.'

9

VERHALEN VAN DE MENSEN AAN HET STUUR

Tussen 1997 en 2022 is Dialyse Centrum Groningen (DCG) van een fusieorganisatie uitgegroeid tot een zelfstandig, professioneel en innovatief dialysecentrum met een stevige positie in het Noorden. Een centrum dat met meer dan 45 jaar ervaring in de dialysezorg en een hecht, kundig en ervaren groep medewerkers nog altijd dicht bij de patiënt staat. De kwaliteit van leven van de patiënt staat centraal, waarbij de nadruk ligt op eigen keuzes en zelfregie. Achtereenvolgende bestuurders hebben de afgelopen 25 jaar aan het stuur van DCG gestaan. En ieder voor zich hebben ze de organisatie met vaste hand door uitdagende tijden geleid.

(op de foto: Ralf Westervhuis en Tanja Lips)





Rondleiding bij opening nieuwbouw in 2006



De grote DCG-dialysequiz tijdens het symposium in 2012



Minisymposium tijdens de opening

De eerste directie

DCG gaat in 1997 van start met aan het hoofd een collegiale, tweekoppige directie, bestaande uit een directeur algemene zaken en een directeur patiëntenzorg. Zoals vermeld in het bedrijfsplan is de directeur algemene zaken belast met de zakelijke leiding, het contact met de OR en personeelszaken. De directeur patiëntenzorg houdt zich bezig met alles wat te maken heeft met de patiëntenzorg. De directie werkt onder het toezicht van de Raad van Toezicht. De Raad spreekt kaders af met de directie. Ook zijn er geregeld overlegvergaderingen met de leden van de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad.

Margriet Hommes stapt van STDNN over naar de Stichting Dialysezorg Noord-Nederland (SDNN), zoals DCG in het begin officieel heet, als de eerste directeur algemene zaken. Eén van de zorgen waarmee ze nog voor de fusie te maken krijgt is de angst van veel medewerkers dat de nieuwe stichting binnen afzienbare tijd zal worden overgenomen door het AZG. In 1995 neemt ze die zorgen weg in het personeelsblad de fusiewijzer. Ze ziet juist mogelijkheden voor een klein zelfstandig dialysecentrum. De verwachting dat patiënten het ziekenhuisterrein als negatief zullen ervaren, pareert ze met de woorden: 'Hier ligt voor ons de uitdaging om het tegendeel te bewijzen. Ik ben van mening dat als je een goede sfeer creëert voor de patiënt, het niet uit zal maken of de SDNN zich op een ziekenhuisterrein bevindt, of ergens op een plek buiten een ziekenhuisterrein.' Ze kijkt dan al vooruit naar de toekomst: 'Je moet als organisatie mee met de groei, om te overleven.' Maar dan wel in harmonie: 'Zo zie ik de nieuwe organisatie ook voor me. Met z'n allen rondom de patiënt en met ruimte voor iedereen.'

Roel Huisman wordt de eerste directeur medische zaken van de

nieuwe organisatie. Voorafgaand aan de fusie is hij medisch sectormanager van Beatrxoord en directeur medische zaken van STDNN. Vanaf 1991 is hij werkzaam op beide locaties en hij is dan ook een groot voorstander van de op handen zijnde fusie. In april 1996 vat hij zijn persoonlijke visie op de fusie als volgt samen: 'Op medisch gebied is de fusie al een jaar of vijf een feit en het bevalt goed.'

De twee instellingen kunnen veel van elkaar leren, vindt hij: op het gebied van automatisering en multidisciplinair werken bijvoorbeeld. Hij kijkt vooral uit naar de onderlinge samenwerking: 'Onze grootste uitdaging zal zijn zo goed mogelijk de grote verscheidenheid aan ervaring te benutten die de mensen die bij de nieuwe instelling werken gezamenlijk meebrengen, zonder dat we ons steeds gaan afvragen of dit nou van Beatrxoord of van de Stichting Thuisdialyse afkomt. Dat is namelijk helemaal niet belangrijk.' Voor de nefrologen is de fusie alleen maar handig. 'De dokter had in Beatrxoord niet een volledige dagtaak, dus als die visite had gelopen, dan ging hij weer naar het UMCG of naar STDNN. Als er een probleem was op Beatrxoord, dan hadden ze niet meteen een dokter ter beschikking. Dat werd natuurlijk anders toen we allemaal op één plek zaten. Als zich een calamiteit voordeed, was er veel sneller een arts beschikbaar.'

Van het Triadegebouw naar de nieuwbouw

Samen geven Margriet en Roel leiding aan de nieuwe organisatie en gaan ze op zoek naar een nieuw evenwicht. Medewerkers moeten over en weer aan elkaar wennen, patiënten ook. Ondertussen staan de ontwikkelingen niet stil. Zo is de nieuwe behuizing in het Triadegebouw van tijdelijke aard. Dat is al bekend in 1995, nog voordat de fusie is beklonken.



Rondleiding tijdens de bouw

In 2001 wordt een begin gemaakt met de plannen voor de nieuwbouw. Margriet Hommes heeft dan al afscheid genomen. Haar functie wordt in 2000 overgenomen door Eric Weemink die als directeur algemene zaken aanblijft tot 2012. Er is inmiddels besloten dat DCG zal verhuizen naar de nieuwbouw in het Voorzieningsgebouw op het UMCG-terrein aan de Oostersingel. De ruimte moet voldoende groot zijn om de verwachte groei van het aantal patiënten op te vangen. Men gaat dan uit van 56 reguliere dialyseplaatsen.

Twee jaar later vermeldt het jaarverslag dat 56 dialyseplaatsen te optimistisch was. In 2003 is het uitgangspunt bijgesteld naar 36 reguliere plaatsen en vier speciale plaatsen voor patiënten met hepatitis B en MRSA. Ook gaat de geplande vijfde verdieping niet door, mede vanwege nieuwe plannen om dependances in de provincie in te richten.

Verhuizing naar de nieuwbouw

Na drie jaar is het zover: op 20 maart 2006 verhuist DCG van het Triadegebouw naar de nieuwbouw in het Voorzieningsgebouw. Namens de directie beschrijft Eric Weernink in de Homepage de voordelen van de nieuwbouw: 'Het nieuwe gebouw kent een uitstraling die past bij wat DCG wil zijn: professioneel en huiselijk tegelijkertijd.'

Op 11 mei volgt de officiële opening door burgemeester Jacques Wallage. Voordat het zover is krijgen medewerkers en patiënten de kans om de nieuwbouw alvast te leren kennen tijdens een aantal rondleidingen. Iedereen is het erover eens dat de nieuwbouw ruim, licht en modern is geworden.



Het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen waar de dependance van DCG in zit

Het vrolijke optreden tijdens het afscheid van Roel Huisman in 2007 geeft de sfeer binnen DCG goed weer



Afscheid Roel Huisman in 2007

De patiënten zijn blij met de verhuizing, al vinden ze de inrichting in het begin nog wat kaal en missen ze de sfeer van de oudbouw. De ruime zalen, de aanwezigheid van de verpleegkundigen op zaal en de nieuwe wachtruimte waarderen ze echter zeer. De medewerkers zijn ook tevreden, vooral doordat er door de indeling meer contact is tussen de afdelingen. Aanvankelijk is de klimaatbeheersing nog niet helemaal op orde en ook passen er minder spullen in de voorraadkasten. De glazen wanden van de patiëntwachtkamers zijn te transparant: nadat verscheidene mensen in botsing zijn gekomen met het glas, worden de ramen bestickerd.

Terwijl de hele organisatie went aan de nieuwe omgeving, blijven twee teams achter in het Triadagebouw: de medewerkers en patiënten die wachten op de opening van de dependance in Assen. Ook de collega's die het Buitenteam van Veendam vormen, blijven nog enige tijd in de oudbouw.

Ingrijpende veranderingen voor dialysecentra

Sinds het ontstaan van DCG is er veel veranderd in de wetgeving die geldt voor dialysecentra. Veranderingen die onder andere ertoe hebben geleid dat DCG al snel plannen smeedt om dependances in de regio te vestigen.

Extra locaties oprichten is bij de oprichting van DCG in 1997 nog volstrekt onmogelijk. Het toelatingsbeleid voor dialysecentra valt dan nog onder artikel 5 van de Wet op bijzondere verrichtingen (WBMV). Zonder een vergunning mogen bepaalde medische verrichtingen niet worden uitgevoerd en apparatuur die hiervoor nodig is mag niet worden aangeschaft of gebruikt. En dit geldt dus ook voor de dialysebehandeling. Het Ministerie houdt de touwtjes stevig in handen om te voorkomen dat de behandeling op te ruime schaal of op commerciële basis wordt aangeboden. Zo bepaalt het t hoeveel dialysecentra er in Nederland mogen bestaan en hoeveel dialyseplaatsen er in deze centra gebruikt mogen worden.

Maar in oktober 1998 zorgt een wetswijziging ervoor dat de dialysebehandeling niet meer valt onder de bijzondere medische verrichtingen die zijn vastgelegd in WBMV. De dialysebehandeling moet een normale ziekenhuisbehandeling worden. De Ziekenfondsraad is er echter nog niet overtuigd van de wijsheid van deze verandering en stelt een overgangperiode voor van vier jaar. De Gezondheidsraad vindt dat de centrumhemodialyse onder het bestaande vergunningensysteem moet blijven vallen, vanwege de risico's op versnippering, vermindering van kwaliteit van de zorg en onnodige stijging van de kosten. Ondanks de wetwijziging in 1998 blijft het daardoor nog lange tijd onmogelijk om een vergunning te verkrijgen voor een nieuwe dialyselocatie.

Ralf Westerhuis en Eric Weernink voor het Delfzicht Ziekenhuis



In 2022 wordt de dependance in Stadskanaal volledig gerenoveerd, patiënten en medewerkers verhuizen tijdelijk naar Groningen voor de dialyse, op de foto zijn Annemarike Lambers, Dorien Alberts, Ida Seip en Manuela Spoor klaar voor vertrek

Vanaf 2002 staat de overheid de oprichting van nieuwe dialysecentra wel toe zonder toestemming. Dat is het begin van de marktwerking in de wereld van de dialysezorg. De eerste privékliniek wordt in 2004 geopend in Almere en in 2005 volgt het zelfstandige behandelcentrum in Beilen: een samenwerking van het Scheper Ziekenhuis in Emmen en Fresenius. Eind 2010 is het aantal dialysecentra in Nederland toegenomen van vijftig tot zo'n negentig. Eric Weernink: 'De dialyse is in die tijd veranderd van een topklinische naar een normale medische behandeling die je overal mag uitvoeren, mits je je maar houdt aan de gestelde kwaliteitseisen.'

De marktwerking betekent ook dat DCG te maken krijgt met de zogenaamde DBC's: de Diagnose Behandel Combinatie. Een DBC is een nieuwe methode om de behandeling die een patiënt ondergaat administratief te verwerken. In de dialyse-DBC staat alles wat er binnen DCG gebeurt met een patiënt. De DBC vormt de basis voor (prijz)afspraken die DCG maakt met de zorgverzekeraars. Elke instelling maakt eigen afspraken met de verzekeraars waardoor concurrentie mogelijk wordt en – tenminste dat is het doel van de overheid – zorgkosten worden verlaagd.

Naar de regio: de dependances

De marktwerking in de zorg komt niet als verrassing voor de bestuurders van DCG. Al in het jaarverslag van 2003 staat dat DCG voornemens is om op korte termijn een dependance in de omgeving van Veendam te openen. Hiervoor moet het plan voor een vijfde verdieping in Groningen wijken. In 2004 leidt een oriënterend gesprek van Eric Weernink met de algemeen directeur van Zorggroep Meander tot een mogelijke locatie in Veendam.

De Stuurgroep Nieuwbouw meldt in de Homepage van maart 2004 de voordelen hiervan: 'Veendam is goed bereikbaar en Oost-Groningen is de regio waar veel van onze patiënten vandaan komen. De dependance kan perspectieven bieden op velerlei gebied. Voor potentiële patiënten – uit deze regio – die daar gedialyseerd kunnen worden is het belangrijkste voordeel de beperking van de reistijd.'

En wellicht blijft het niet bij die ene dependance, want de financiers van DCG steunen de plannen: 'Voor de toekomst biedt dit de mogelijkheid om bij groei naast Veendam eventueel nog een tweede dependance te openen,' meldt de Homepage.

In 2005 staat in het jaarverslag dat DCG de voorkeur geeft aan het oprichten van meerdere kleine dialysecentra boven de uitbreiding van de bestaande locatie. Patiënten hoeven dan minder ver te reizen. Bovendien wil DCG zo een dialysezorgketen in de regio Groningen en de kop van Drenthe opzetten, waarbij voorzieningen met de menselijke maat het uitgangspunt moeten zijn. En dat past dan weer bij de visie van DCG om kleinschalige en persoonlijke zorg te bieden.



Tanja Lips en Ralf Westerhuis (2005)

Reactie op dialysecentrum Beilen

Het besluit om uit te breiden in de regio zodra dat kan, is het directe gevolg van de marktwerking en dan met name de opening van het dialysecentrum in Beilen. Nog altijd leidt dat centrum pal aan de A28 voor de nodige verwarring: veel mensen denken dat dit centrum onderdeel is van DCG. Het is dan ook niet vreemd dat de directie van DCG in actie komt als bekend wordt dat dit centrum er zal komen.

Eric Weernink: 'Het oprichten van dependances was voor ons een antwoord op de bedreigende gevolgen van de ingevoerde marktwerking in de zorg. Als wij het niet deden, hadden anderen het gedaan. Maar het was wel een heel grote omslag voor onze organisatie, want je werkte opeens niet meer met z'n allen op één locatie.' Roel Huisman, die samen met Eric die eerste stappen zet, vult aan: 'Eén van onze concurrenten was het ziekenhuis in Emmen, dat in Beilen een dependance wilde opzetten. Om te voorkomen dat alle patiënten die in het noorden van Drenthe woonden naar Beilen zouden gaan om te dialyseren, moesten wij ook een soort vesting in de buurt opzetten.'

Uiteindelijk leidt dit alles tot het besluit om in Veendam een kleinschalige, low-care dependance op te richten, bedoeld voor patiënten die actief betrokken zijn bij hun behandeling. Medisch gezien gaat het om zelfstandige patiënten die ook in aanmerking komen voor thuisdialyse. Het is de bedoeling om het centrum onder te brengen op de begane grond in een nieuw te bouwen pand dat in plaats van de oude zusterflat komt te staan. Eind 2006 wordt deze locatie geopend.

Samen naar Assen

Tegelijkertijd gaan Roel Huisman en Eric Weernink in gesprek met het Martini Ziekenhuis om te praten over een gezamenlijke dialyselocatie in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Roel: 'Assen was een nogal voor de hand liggende plek vanwege het nieuwe centrum in Beilen. Het probleem was dat het Wilhelmina Ziekenhuis ook goede relaties had met het Martini Ziekenhuis. Het was duidelijk dat we als DCG niet in Assen konden beginnen zonder overleg met het Martini Ziekenhuis. Want zo'n stap zou onze goede samenwerking met het Martini teniet kunnen doen. En dat wilde niemand. De relaties tussen de noordelijke nefrologen is altijd goed geweest. Meer dan gezonde concurrentie is het nooit geworden. Dus zijn we een ingewikkeld traject ingegaan met het Martini Niercentrum en de internistenmaatschap in Assen. Na de nodige beraadslagingen is het gelukt om in Assen een gezamenlijke dependance in te richten.'

Die dependance komt er in 2006. De geplande verhuizing in april wordt uitgesteld, maar in augustus is het eindelijk zover. De eerste zes patiënten van DCG kunnen dan beginnen met het dialyseren. In september volgen er nog eens zes patiënten die afkomstig zijn van het Martini Ziekenhuis. De locatie huist dan nog op een tijdelijke plek: eind 2006 gaat de bouw van een permanente voorziening van start in het ziekenhuis van Assen.

Nieuwe gesprekken

Roel Huisman neemt in 2007 afscheid van DCG en wordt opgevolgd door Ralf Westerhuis als directeur patiëntenzorg. Ralf: 'Toen ik binnenkwam, zat DCG midden in de dynamiek van de gevolgen van de marktwerking. Ik weet nog goed hoe Eric en ik er samen op uittrokken in zijn zwarte Alfa Romeo. Samen voerden we gesprekken met de directie van het Delfzicht Ziekenhuis over een mogelijke locatie. En toen kwam er een telefoontje uit Stadskanaal: of we daar ook wilden komen praten. Dat wilden we natuurlijk wel. Het was een tijd van pionieren en ik moet zeggen dat het ons aardig is gelukt om een mooi netwerk van locaties op te bouwen. Nu vinden we dat heel normaal, maar in die tijd was het allemaal nog nieuw.'

Ralf volgt Roel ook op als voorzitter van de Nederlandse Federatie voor Nefrologie in de noordelijke regio. 'Binnen deze beroepsvereniging hebben we veel gesproken over wat er gebeurde op de markt. Het was de tijd van marktwerking, concurrentie, van patiënten van elkaar afsnoepen. Artsen in maatschapsverband hadden een verdienmodel en moesten schulden maken om zich in te kopen. En ondertussen was het volledig onduidelijk hoe de dialysezorg zich zou ontwikkelen in de toekomst. Het was een spannende tijd. Voor mij was de grootste uitdaging dat ik inhoudelijk wilde blijven praten. Ik vond het belangrijk dat we elkaar niet als concurrenten zagen.'

Om als zelfstandig dialysecentrum bestaansrecht te houden zit er niet veel anders op dan meegaan in de ontwikkelingen. Behalve Veendam en Assen, richt DCG nog twee locaties op: bij het Delfzicht Ziekenhuis in Delfzijl in 2009 en op het terrein van het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal in 2010. Na de opening van het nieuwe Ommelanders Ziekenhuis in Scheemda verhuist de locatie in Delfzijl in 2018 naar deze locatie. Ook Veendam wordt gesloten: patiënten kunnen vanaf 2010 in Stadskanaal terecht.

AAN HET WOORD IS...

Nefroloog Casper Franssen ('s Hertogenbosch, 1961)

De nefroloog, werkzaam in UMCG, heeft zijn roots in DCG. 'In 1994 kwam ik uit het zuidelijke Maastricht voor mijn promotieonderzoek naar het noordelijke Groningen, naar UMCG. Daar werd ik gedetacheerd bij de STDNN, toentertijd gehuisvest in Haren, aan de Nieuwe Stationsweg.'



Overleg UMCG DCG

Binnen de stichting krijgt hij een brugfunctie, verbindt hij de praktijk van STDNN met het onderzoek binnen UMCG. Daarnaast houdt Casper, samen met medisch directeur Roel Huisman, zich bezig met het verder stimuleren van thuisdialyse. 'We deden er alles aan om de zelfstandigheid van de thuispatiënten te bevorderen, om ze zo onafhankelijk mogelijk te maken. Als tweede centrum in Nederland hebben we met een multidisciplinair team de nachtelijke thuisdialyse opgezet. Daar waren we trots op.'

Casper werkt van 1994 tot 2007 bij DCG, daarna gaat hij volledig in dienst bij UMCG. 'Maar na 2007 ben ik wel altijd onderzoek blijven doen op DCG, samen met Ralf en Akin, én natuurlijk voer ik tot op de dag van vandaag intensief overleg met DCG.'

Naast DCG overlegt Casper met veel andere organisaties. 'Met andere ziekenhuizen en dialysecentra zoals Dianet, kwaliteitscommissies, diverse onderwijsinstellingen ... en ga zo maar door.' Op de vraag wat het overleg met DCG typeert, antwoordt hij: 'Dat er zo goed en prettig multidisciplinair wordt samengewerkt, zonder een al te strakke hiërarchische structuur, en in een buitengewoon gemoedelijke sfeer.'

Volgens Casper vullen DCG en UMCG elkaar perfect aan. 'UMCG verzorgt de acute dialyses, DCG doet de chronische behandelingen. Instabiele patiënten van DCG gaan tijdelijk naar UMCG, tijdens een opname bijvoorbeeld. DCG en UMCG: we vullen elkaar aan, samen hebben we werkelijk alles.'



Ralf benadrukt dat het er steeds om gaat dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben op de goede plek: 'Ik vind dat we als artsen en zorginstellingen niet zozeer met onszelf bezig moeten zijn, maar dat het dus gaat om de patiënten. Zolang niet alle patiënten getransplanteerd kunnen worden en ze onze zorg nodig hebben, moeten we patiënten zo goed mogelijk en het liefst dicht bij huis behandelen. Thuis of in een centrum in de buurt. De zorg moet passen in het leven van de patiënt, niet andersom.' Zeker voor patiënten die niet in aanmerking komen voor thuisdialyse en voorheen uren in de taxi moesten zitten op weg naar DCG in Groningen, zijn de locaties een uitkomst. Ralf: 'Stel je voor, je woont in Winschoten en je kunt nu opeens om de hoek dialyseren.'

Consolidatie en professionalisering

Eric Weernink neemt afscheid in 2012 en wordt opgevolgd door Tanja Lips als directeur algemene zaken. Zij heeft een achtergrond als verpleegkundige, bedrijfskundige en gezondheidswetenschapper en is dan ook goed bekend met de combinatie van zorg en zakelijkheid. Ze merkt al snel na haar aantreden dat het belangrijk is om haar aandacht vooral te richten op de interne organisatie. 'DCG had net een periode van expansie achter de rug. Mijn voorganger Eric had samen met Ralf hard gewerkt aan de oprichting van de dependances en alles dat daarbij kwam kijken. Toen ik binnenkwam was het tijd om de resultaten te consolideren en het oude en nieuwe met elkaar in balans te brengen. Ik ben vooral van de verbinding en heb me daar in eerste instantie op gericht.'

Ze gaat aan de slag en werkt samen met Ralf en het managementteam aan een visie voor de toekomst. 'Ik vind het belangrijk dat patiënten, medewerkers en strategische partners zich herkennen in de missie, de visie en de strategie van DCG. Plannen maakt de directie niet op zichzelf, maar samen met het managementteam, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad als vertegenwoordigers van onze patiënten en onze strategische partners.'

Een en ander leidt tot een nieuwe aanpak van bijvoorbeeld het zorgplan. Ralf: 'Samen met een aantal collega's op de werkvloer hebben we een individueel zorgplan gemaakt waardoor alle aspecten van de patiënten beter in beeld komen. Daardoor hebben we ook het multidisciplinaire overleg over de patiënt kunnen professionaliseren, zodat we maatwerk kunnen bieden aan patiënten en ook beter kunnen inspelen op de behoeftes van de mantelzorgers.'

Plan voor vijf jaar

In 2014 verschijnt het meerjarenbeleidsplan 2015-2020. Dit plan zet de strategische beleidslijnen uit voor een periode van vijf jaar. In dit plan staat dat DCG de patiënten nog centraler wil stellen met dialyse op maat, gericht op zoveel mogelijk zelfmanagement. Daarnaast is het de bedoeling om een volledige zorgketen voor de patiënt met chronisch nierfalen tot stand te brengen met het UMCG, de ziekenhuizen waar DCG een eigen locatie heeft en andere regionale partners. Met dit plan wil DCG ervoor zorgen dat patiënten, verwijzers en verzekeraars blijven kiezen voor DCG. Bovendien wil het zich handhaven in het Noorden en de expertise, met name op het gebied van de thuishemodialyse, landelijk verder uitdragen.

Afnemend aantal patiënten

In 2016 staat DCG er heel anders voor: de patiëntenaantallen nemen drastisch af met alle gevolgen van dien. Jonge patiënten die op een transplantatie wachten, gaan meestal niet meer in dialyse, maar worden voor de start van een mogelijke dialysebehandeling al getransplanteerd. Ook kan door preventieve behandelingen het eindstadium nierfalen worden vertraagd. Verder is door de toegenomen aandacht voor de conservatieve behandeling van de zeer oude en zieke nierfalende patiënten dialyse niet meer de passende keuze. Patiënten die wel in dialyse gaan zijn over het algemeen ouder, vaker chronisch ziek en lijden ze



vaak aan meerdere aandoeningen. Deze groep heeft daardoor intensievere zorg nodig en is een stuk minder zelfstandig dan de patiënten van vroeger. Mede door deze ontwikkelingen neemt het aantal patiënten dat kiest voor thuishemodialyse en buikspoeling sterk af.

In de loop van 2017 en 2018 nemen de zorgen over de teruglopende patiëntenaantallen toe. Vooral de toename van transplantaties door het UMCG is hiervan de oorzaak. De directie communiceert dat het niet goed gaat met DCG en dat er maatregelen nodig zijn om het voortbestaan te garanderen. Verschillende medewerkers laten weten dat de besluiten die de directie vervolgens neemt te veel van bovenaf komen, wat niet past bij de gemoedelijke cultuur van DCG. Medewerkers zijn gewend dat ze altijd mee mogen praten en beslissen.

Tanja Lips: 'De nood was aan de man en de directie ervoer het als haar verantwoordelijkheid om te vermijden dat er op de langere termijn ontslagen zouden moeten vallen. De zorg zou voor verzekeraars onbetaalbaar worden. Onze boodschap was dat het slechter ging, maar dat we niet hard zouden gaan bezuinigen. Wel wilden we doelmatiger gaan

werken. We wilden de ontslagen voor zijn, maar alleen al de gedachte bij medewerkers dat dit mogelijk ooit zou kunnen gebeuren leidde ertoe dat een aantal mensen toen een andere baan heeft gezocht. Gelukkig zijn in de jaren daarna weer enkele mensen teruggekeerd bij DCG omdat het gras toch niet groener is elders. Tegelijkertijd hebben anderen de gelegenheid genomen om zich verder te ontwikkelen buiten DCG, dat heb ik steeds aangemoedigd. Het vooruitzicht dat het slechter zou gaan bij DCG heeft hen dat nodige extra zetje gegeven.'

DCG moet zichzelf opnieuw uitvinden, staat in het jaarverslag van 2017. Er zijn besparingen nodig en een nieuwe koers om de organisatie verder aan te passen aan de nieuwe markt. Zo kiest DCG voor de focus op de patiënt met chronisch nierfalen en wil men meer doen om aan te sluiten op het leven van deze patiënten, het liefst met samenwerkende ziekenhuizen, huisartsen en praktijkondersteuners. Hoewel de thuispatiënt nog steeds hoog in het vaandel staat, kan DCG niet om het feit heen dat het aantal thuispatiënten niet meer stijgt.



Medewerkers worden gevaccineerd



Een nieuwe koers voor 2020-2023

Als de eerste paniek is geweken, richt de directie zich opnieuw tot de medewerkers. Iedereen krijgt de kans om bij te dragen aan een nieuw plan voor de toekomst en de directie neemt de ideeën en adviezen mee in het nieuwe Meerjarenbeleidsplan 2020-2023.

In het voorwoord vinden de bestuurders er geen doekjes om. Ze refereren aan het Meerjarenbeleidsplan van 2014 en constateren dat toen al duidelijk was dat DCG te maken zou krijgen met veranderingen op verschillende fronten: 'Inmiddels is duidelijk dat die ontwikkelingen veel sneller gingen dan we toen konden voorzien. Daardoor hebben we de koers in de loop der jaren moeten aanpassen.' Die ontwikkelingen zijn: de veranderingen in de patiëntenpopulatie, het toenemende gebrek aan dialyseverpleegkundigen, de gevolgen van wijzigingen in de wet- en regelgeving en de toenemende invloed van zorgverzekeraars.

Achteraf blijft DCG gewoon doordraaien, hoort communicatieadviseur Stefanie Bokma van collega's, kort nadat ze in dienst is gekomen: 'Maar die verandering was wel heel heftig en heeft mensen tot in hun kern geraakt, omdat het zich nooit eerder had voorgedaan. Er is nu wel meer besef dat we moeten anticiperen op de razendsnelle ontwikkelingen in het hele zorglandschap. Als DCG kun je niet anders dan daarop reageren. Ik denk dat men nu bij veranderingen beter doorheeft dat deze onver-

mijdbaar zijn en dat je mee moet gaan met die veranderingen, op de best mogelijke manier.'

Ondanks deze ontwikkelingen en de invloed ervan op de organisatie spreekt er hoop uit het beleidsdocument: 'Wat niet verandert, is de overtuiging dat onze toekomst in handen ligt van ons allemaal. Samen willen we de beste zorg geven aan onze patiënten door zo goed mogelijk aan te sluiten op het leven van de patiënt. Dat doen we al zolang onze organisatie bestaat en daar gaan we natuurlijk mee door.'

Het plan gaat uit van vier beleidslijnen voor de periode 2020-2023: patiëntgerichte zorg, medewerkers binden en boeien, netwerkvorming in Noord-Nederland en ontwikkeling in technologie en middelen. Na een uitwerking per beleidslijn sluit het document positief af: 'Als we in 2023 terugkijken, zien we dat we de continuïteit van onze zorg voor de nierpatiënten en dialysepatiënten in deze regio zeker hebben gesteld. Wij zijn dan nog steeds dé beste aanbieder van dialyse in Noord-Nederland. Bovendien werken we dan nauw samen met al onze zorgpartners binnen een Noordelijk Netwerk voor dialysezorg. Door onze krachten te bundelen leveren we de beste zorg voor onze patiënt. In 2023 zijn we nog steeds een zelfstandige organisatie met een stabiele financiële basis. Een werkgever ook, die medewerkers boeit, bindt en motiveert om zich te ontwikkelen. Een organisatie met de focus op de patiënt.'

EEN GESLAAGDE GRAP

Het is oudejaarsdag: het middagteam van de dependance in Delfzijl vraagt het ochtendteam of ze iets later kunnen beginnen: niet om 12:00 uur, maar om 13:00 uur, zodat ze thuis wat meer tijd hebben om oudejaarsavond voor te bereiden. Natuurlijk kan dat.

Dan komt iemand van het ochtendteam met een plan, een grap. 'Weet je, we doen net alsof we er niet zijn.' Ze betrekken de enig overgebleven patiënt, de heer Van H, die op de taxi wacht, bij de grap. 'Want die was altijd te porren voor een geintje.' Vervolgens instrueren ze Van H: 'Vertel ze dat we alvast naar huis zijn gegaan, dat we tegen je hebben gezegd dat je in geval van nood contact op moet nemen met de eerste hulp.'

Het ochtendteam haalt de kleding en de tassen uit de kleedkamer, doet de lichten op zaal uit en verplaatst alle auto's naar de achterkant van het gebouw. Daarna verstoppen ze zich in de polikamer, en wachten ze af.

Het middagteam arriveert, treft natuurlijk een 'verlaten' dependance aan. Alleen de heer Van H is aanwezig, en die zegt wat hem is gezegd. De aflossers reageren verontwaardigd: 'Dat kan toch niet, onverantwoord gedrag, zomaar naar huis gaan, zomaar een patiënt achterlaten.' Vanuit de polikamer belt het ochtendteam met de aflossers: 'Alles in goede orde aangetroffen?' Wederom volgt verontwaardiging. 'Daarna sprongen we, gierend van het lachen, uit de polikamer.'

De inkt van het optimistische Meerjarenbeleidsplan is nog maar nauwelijks droog als in het voorjaar van 2020 corona uitbreekt. Desondanks is het gelukt om een groot deel van de doelstellingen uit het meerjarenplan waar te maken. Tanja: 'Wat betreft de patiëntenzorg en het binden en boeien van medewerkers hebben we mooie stappen kunnen zetten en liggen we op schema. Dat de regionale netwerkvorming heeft geleden onder de invloed van de beperkingen door corona valt niet te ontkennen. Maar het is ons wel gelukt om met enige vertraging de Nierfalenpoli in Scheemda op te zetten.'

DCG en de noordelijke ziekenhuizen

Door de jaren heen hebben de bestuurders van DCG altijd nauw samengewerkt met het UMCG. Zo organiseert de Polikliniek Nierfalen, waarin DCG participeert, gezamenlijke informatieavonden voor patiënten met een nierziekte. Tijdens die bijeenkomsten komen verschillende thema's aan de orde die voor deze patiënten belangrijk zijn, zoals leven met nierfalen en de verschillende mogelijkheden van hemodialyse en buikspoeling. Huisartsen verwijzen patiënten met nierfalen naar de Polikliniek Nierfalen, waar met de patiënten samen het voor hen passende zorgtraject bepaald wordt.

Ralf: 'We hebben ons als zelfstandig dialysecentrum op het terrein van

het UMCG ontwikkeld tot een echte netwerkorganisatie. We werken nauw samen met het UMCG zelf, maar ook met de andere ziekenhuizen in de regio. Met name op de werkvloer ervaren we allemaal hoe waardevol de samenwerking is voor de patiënt. Samen leveren we de hoogwaardige zorg die deze patiënten nodig hebben. Ook spelen we een belangrijke rol in de transplantatieketen.' Hij benadrukt dat Tanja Lips vanaf haar aantreden degene is geweest die de samenwerking binnen dat netwerk heeft geprofessionaliseerd en gefinetuned. 'Op al onze locaties zie je dat die samenwerking met de ziekenhuizen waar ze zijn gevestigd, goed verloopt en heel positief uitpakt voor de patiënt. Verder bieden we alle noordelijke ziekenhuizen de mogelijkheid van contractdialyse aan. Ook op opleidingsgebied zijn de contacten waardevol en warm.'

Coronapandemie goed doorgekomen

De goede samenwerking met het UMCG blijkt tijdens de coronapandemie van grote waarde. DCG ontwikkelt - als één van de eerste instellingen in Noord-Nederland - protocollen en richtlijnen om besmette patiënten en medewerkers te identificeren en deelt deze met het UMCG. Ook maakt DCG meteen ruimte vrij om patiënten die positief testen op corona apart en veilig te dialyseren.



Willeke Veen, doktersassistent, is volledig beschermd tijdens het testen van medewerkers op corona

Ralf: 'We hebben er meteen voor gezorgd dat patiënten van het UMCG die corona hadden bij ons konden dialyseren. We hebben een coronacrisisteam opgericht in samenwerking met het UMCG en hadden wekelijks overleg zodat we konden anticiperen op wat ons te wachten stond. Het team stemde steeds af met de virologen en infectie-preventiedeskundigen van het UMCG. Dat was belangrijk, omdat onze patiënten heel kwetsbaar zijn. Alles stond klaar vanaf het begin en mede daardoor hebben wij geen uitbraak meegemaakt.' Hoe bijzonder dit is blijkt wel uit het feit dat landelijk circa 25% van de besmette dialysepatiënten in het eerste jaar van de pandemie is overleden aan corona. DCG heeft geen enkele patiënt verloren door overlijden als gevolg van het virus.

Intern is er hard gewerkt door alle DCG'ers om corona buiten de deur te houden. Niemand klaagt en iedereen zet een extra beentje voor. De meeste medewerkers en patiënten zijn tijdig gevaccineerd: de vaccinatiegraad is dan ook hoog. Hoewel er wel besmettingen onder de medewerkers zijn ontstaan, is er gelukkig niemand aan corona overleden. Wel hebben enkele medewerkers lange tijd last gehad van de gevolgen van corona.

De afdeling Communicatie zorgt vanaf de eerste dag voor communicatiemiddelen om iedereen goed op de hoogte te houden van de ontwikkelingen en de maatregelen. Zo produceren ze levendige vlogs die medewerkers thuis kunnen bekijken en wekelijkse 'corona-



Directie secretaresse Petra Visser op haar thuiswerkplek tijdens de coronapandemie, eerst nog aan de keukentafel, al snel worden alle thuiswerkenden goed gefaciliteerd door DCG

updates op intranet. Onder andere hierdoor is iedereen steeds goed op de hoogte. Ook de patiënten weten waar ze aan toe zijn dankzij de coronanieuwsbrieven die de afdeling frequent verzendt.

10

SLOT ZUSTER DIA STRIKES AGAIN ALLES STROOMT

'Panta rei kai ouden menei', zei de Griekse filosoof Heraclites al. Oftewel: alles stroomt en niets blijft. Ja, ja mensen, Zuster Dia kent haar klassiekers. En hoe waar ook is deze uitspraak! Verandering is het NIEUWE NORMAAL. Dia kan daarover meepraten.





De redactie van Homepage met van links naar rechts: Janet Waijer, Ina Seubers, Eline Krottje, Hetty Hetebrij en Anneke Friemann

De oudgedienden onder u kennen mij vast nog wel. Maar voor anderen is enige introductie wellicht op zijn plaats. Vroeger, toen veel dingen beter waren, maar veel dingen ook niet, had Zuster Dia een column in de Homepage. Dat was een papieren bulletin met allerlei wetenswaardigheden voor medewerkers en patiënten. U moet weten: met Internet deden we nog niet veel en Intranet hadden we toen nog niet, laat staan dat we filmpjes maakten voor op een website of op DE SOCIALS zaten.

Het waren Dia's gloriédagen. Nieuwsgierig, ingewijd in de geheimen van DCG en soms een tikje venijnig, mocht ze schrijven wat ze wilde. Het bracht haar lof, maar soms ook in diskrediet. Ze had een zwak voor de toenmalige twee (mannelijke) hoofden zorg, ze betrapte de voormalige algemeen directeur op het gebruik van epo, ze voerde het complete MT stoned met space-koekjes, ze was gedurende een autorit kortstondig hevig verliefd op een nefroloog van een concurrerend dialysecentrum en het scheelde niet veel of ze was naar Frankrijk vertrokken met een patiënt. Ze was kortdurend erelid van het MT, maar werd er al even snel weer uitgegoid. Tja, Dia pakte de dingen niet altijd even diplomatiek aan. En dat terwijl ze toch vaak een heldere kijk op de dingen had. Dia begreep wat er leefde in het MT en onder de medewerkers. Ze kon

als geen ander onbegrijpelijke managementtaal omzetten in gewone mensentaal. Als communicatieve, vitale 55-plusser was zij een heuse bruggenbouwer tussen HET MANAGEMENT en DE VLOER.

Maar ja, niets blijft. De Homegage ging ter ziele en Dia ging 'digital'. Maar dit was geen succes en ze verdween in de krochten van Twitter en Facebook, zonder dat ze ook nog maar enig bericht van iemand ontving of zelf schreef.

Tot voor kort. Een vraag vanuit DCG. Of Zuster Dia een stukje wilde schrijven voor HET JUBILEUMBOEK 25 jaar DCG. Mijn hart sprong op; ik was nog niet helemaal vergeten. Wat een geweldige boost voor het EGO van Dia!

Nou moet u niet denken dat ik een sikkeneurige pensionado geworden ben. Integendeel: alive and kicking is Zuster Dia nog steeds werkzaam in de zorg. Wat denkt u, ik ben de verpersoonlijking van LIFETIME EMPLOYABILITY. Moet je nagaan, heel vroeger ging iedereen met vervroegd pensioen, of je nou wilde of niet. Later ging het over het behouden van vitaliteit en inzetbaarheid van medewerkers. En nu smeken werkgevers pensioengerechtigden op hun knieën om toch alsjeblieft nog even te blijven. De COMPETENTIES van Dia worden nog steeds ge-

waardeerd. Ja, Dia is altijd al een zelfsturende TEAMPLAYER geweest en dat komt wel van pas, nu de organisaties steeds PLATTER zijn. Dia werkt tegenwoordig zelfs in een andere, nabijgelegen, vreemdtalige provincie, maar volgt de ontwikkelingen in DCG nog met belangstelling.

Alles stroomt. Dia stond aan het begin van de stroom, toen Dialyse Centrum Groningen nog Beatrixoord was. Toen de patiënten, gehuld in gestreepte pyjama's en liggend op rechte ziekenhuisbedden, een dialyse van maar liefst twaalf uren moesten ondergaan. Later werd dat twee keer per week zes uren. Arme patiënten, het viel niet altijd mee. In die tijd hadden we nog geen dialysetoelen en disposable kunstnieren en waren hepatitis B-besmettingen helaas geen uitzonderingen. Maar het was ook een gezellige tijd; we waren klein, er was nog geen functie-differentiatie en iedereen deed gewoon alle taken zoals het uitkwam. We kenden elkaar allemaal persoonlijk. Een tijd waarin we - godbetert - na het aansluiten, soms een sigaretje rookten met de patiënt.

Dia stond in het midden van de stroom, toen Beatrixoord overging in DCG en de organisatie groter en professioneler werd. De dialyse-behandelingen werden steeds beter en er kwamen meer keuze-mogelijkheden voor de patiënt, zoals nachtelijke centrumhemodialyse. We gingen naar het Voorzieningsgebouw op het UMCG-terrein. Er kwam een dialyselocatie in Assen.

Er werden plannen gemaakt voor Scheemda en Dia had zelfs een lumineus plan voor een DIALYSEBUS. Zeg nou zelf, dat zou toch de ultieme DIALYSE DICHTBIJ geweest zijn en het toppunt van FLEXIBILITEIT. Om nog maar te zwijgen van de MOBILITEIT van de medewerkers. Al zeg ik het zelf, Dia heeft altijd een goede neus voor INNOVATIE gehad. Snapt u dat nou dat dit idee het niet gehaald heeft?

En nu staat Dia naast de stroom. Tja, ze moet toegeven, zelfs Zuster Dia is NIET ONMISBAAR. Dialyse Centrum Groningen heeft ondanks corona goede patiëntenzorg kunnen geven. Patiënten geven DCG zelfs een rapportcijfer van een 8,7! Ook al is ze er niet meer, Dia is trots op haar vroegere collega's die er ook in moeilijke tijden gewoon stonden. En Dia is ook een beetje JALOERS. Want weet je wat ze zag op de website? Dat haar favoriete hoofd zorg terug is in DCG! Oh, als ze dat geweten had, dan had ze DCG nooit verlaten.

De website laat verder zien dat DCG veel doet aan goede informatie over dialyse, zodat (potentiële) patiënten de dialysevorm kunnen kiezen die het beste bij ze past! Dia hoopt van harte dat dit bij patiënten niet tot KEUZESTRESS leidt. En de nieuwbouw van weleer



– het Voorzieningsgebouw – is alweer toe aan MODERNISERING. Wel ja! Ook zag Zuster Dia twee leuke filmpjes van dialyseverpleegkundigen die vertellen over hun vak en weet u wat direct opviel? Beide verpleegkundigen dragen dezelfde oorbelletjes met een parel. Nou vraagt Dia zich af: is dat de invloed van die charmante Vlaamse directrice? Of zouden ze dit moeten van de medisch directeur? Die bewaakt DOCH immer gerne die Uniformität? Of zouden die twee dialyseverpleegkundigen gewoon allebei ergens dezelfde aanbieder gekocht hebben? Kijk, het zijn dit soort futiele details waar Dia zich het hoofd over kan breken.

Maar hoe het ook zij: 25 jaar DCG is 25 jaar BEWEGING. Alles stroomt en niets blijft. Maar juist door de verandering ontstaat continuïteit. De dialysevloeistoffen stromen en de patiënt kan doorgaan met leven. En het Dialyse Centrum Groningen ontwikkelt zich en BLIJFT ZICHZELF.

Zuster Dia zegt: op naar de volgende 25 jaar!

Bronnen

Dit jubileumboek is tot stand gekomen dankzij de medewerking van tal van medewerkers, oud-collega's, patiënten en andere betrokkenen.

Abel JJ., L.G. Rowntree & B.B. Turner. On the removal of diffusible substances from the circulating blood of living animals by dialysis, 1914

Archiefstukken Beatrixoord, Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland en Dialyse Centrum Groningen

Bedrijfsplan Dialyse Centrum Groningen, 1996

Benedum J. Georg Haas (1886-1971): Pionier der Hemodialyse, 1979

Brescia M.J., J.E. Cimino, K. Appel & B.J. Hurwich. Chronic hemodialysis using venipuncture and a surgically created arteriovenous fistula, 1966

Broers, Hermans. De man die miljoenen levens redde. Dokter Willem Kolff, 1911-2009, Uitgeverij Balans, 2018

Dialyse Centrum Groningen. Beeld van Heden en Verleden. Uitgave ter gelegenheid van het afscheid van prof. Dr. Gjalt van der Helm, 2008

Diverse bronnen op internet, waaronder websites van De Nierstichting, De Zonnebloem, DCG en de Groninger Archieven

Fusiewijzer, intern informatiebulletin

Graham T. The Bakerian lecture: Osmotic force, 1854

Homepage, huisblad Dialyse Centrum Groningen

Informatiemap. Uw eigen leven in een vertrouwde omgeving. DCG, 2017

Jaarverslagen Dialyse Centrum Groningen vanaf 2000

Kolff W., H. Berk. De kunstmatige nier: een dialysator met groot oppervlak, 1943

Krantenartikelen uit de archieven van Delpher en De Krant van Toen

Kwant, Sam. 25 jaar Dialyse Centrum Groningen, *Een onderzoek naar de ontwikkeling van de identiteit van DCG*. Afstudeerscriptie Rijksuniversiteit Groningen, 2020.

Meerjarenbeleidsplannen Dialyse Centrum Groningen, meerdere periodes

Merkmanifest Dialyse Centrum Groningen, 2014

Mijn Niergids. Leven met een nierfunctievervangende behandeling. Nierstichting, 2012

Nieuwslijn, personeelsblad Dialyse Centrum Groningen

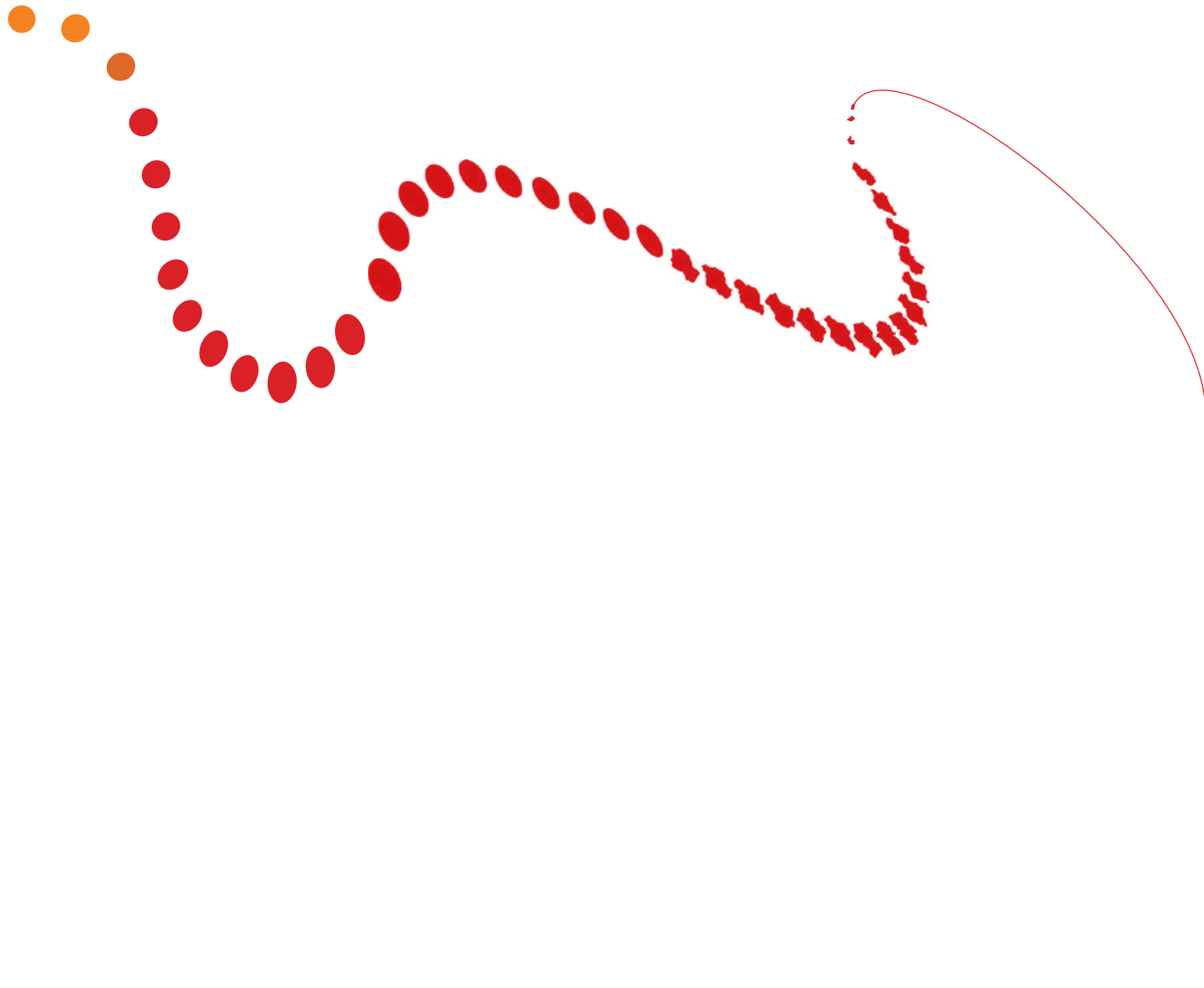
Quinton W., D. Dillard & B.H. Scribner. Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis, 1960

Statuten DCG, 2012

Vijfentwintig jaar dialyse in Beatrixoord. Terugblik op de toekomst. Uitgave ter gelegenheid van het 25-jarig jubileum van de dialyseafdeling in Beatrixoord, 1998

Werken bij Dialyse Centrum Groningen. Fotoboek, 2018







Na de uitvinding van de dialysemachine door Willem Kolff in de Tweede Wereldoorlog duurt het nog decennia voordat nierpatiënten van deze medische doorbraak kunnen profiteren. Begin jaren zeventig opent de dialyseafdeling van Beatrixoord in Haren de deuren voor de eerste patiënten. Enkele jaren later biedt de Stichting Thuisdialyse Noord-Nederland nierpatiënten de mogelijkheid om thuis te dialyseren. Samen vormen deze twee centra in 1997 Dialyse Centrum Groningen (DCG), op dat moment het grootste dialysecentrum van het land.

Met dit boek willen we het 25-jarige bestaan markeren. Medewerkers en patiënten kijken terug op het verleden en geven met hun herinneringen een levendig beeld van de geschiedenis van DCG en haar voorgangers. Een bewogen historie met mooie verhalen over de productie van badwater en de ontwikkeling van kunstnieren, over roken tijdens het dialyseren en kleurige poloshirts als werkkleding. Over patiënten die er het beste van maken en medewerkers die hen daarbij vol overtuiging ondersteunen.

Ondanks de ingrijpende veranderingen door de jaren heen, de wetswijzigingen en de toenemende regelgeving, de oprichting van dependances en de toenemende concurrentie en marktwerking in de zorg is DCG in de kern niet veranderd. Nog altijd richten we ons met volle aandacht op de behandeling en ondersteuning van patiënten met nierfalen, vanuit de drijfveer dat hun kwaliteit van leven optimaal hoort te zijn. Wij vinden dat patiënten zelf regie hebben over hun behandeling en gezondheid. En wij doen er alles aan om dat mogelijk te maken: met de verschillende dialysevormen op onze locaties en bij patiënten thuis. Dat deden we 25 jaar geleden en dat doen we nog steeds.



Marjan Brouwers (1963) werkt als zelfstandig schrijver en bedrijfsjournalist in Groningen voor diverse opdrachtgevers. Ze is auteur van verschillende non-fictieboeken, was co-auteur van de roman *Ren, Janina, ren!* en leverde bijdragen aan drie verhalenbundels. In 2020 verscheen haar dystopische roman *Leegland* en in 2022 het non-fictieboek *Tussen de Dijken*. *Herinneringen aan het Ambonezenbosje* over de Molukse gemeenschap.



Jaap Ekhart (1956) studeerde Kunstgeschiedenis & Archeologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Jaap is architectuur- en erfgoedgids: hij geeft rondleidingen en lezingen, verzorgt presentaties en schrijft. In februari 2022 verscheen zijn reisverhalenbundel *Achter de horizon, Reizen is zien*.



978 90 5294 6160