wordt ingegaan op een speciale problematiek bij seksuologische consultatie: de consultanten kunnen reageren alsof hun eigen seksualiteit wordt „afgepakt". Dit verschijnsel wordt toegelicht aan de hand van een beschrijving van twee consultatiegroepen. Een latere partner-relatietherapie van een van de consultanten bevestigt deze opvatting.

Summary. To whom belongs sexuality? Sexological consultation of a psychiatrist by general practitioners. Fairly marked interdisciplinary tensions not infrequently arise between psychiatrists and non-medical mental health workers. Such tensions are much less pronounced in contacts between psychiatrists and general practitioners. After a discussion of the difference between consultation, supervision from outside and on-the-job guidance, a special problem of sexological consultation is outlined: the consultants may react as if they are being „deprived" of their own sexuality. This phenomenon is elucidated on the basis of a description of two consultation groups. Subsequent marital therapy received by one of the consultants confirmed the above assertion.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. *Pitman, London,* 1957.

Beeren, J. Rapport Supervisorenwerkgroep I.M.P.-Zaanstreek. *I.M.P.-Zaanstreek, Zaandam,* 1978 (op bestelling leverbaar door het I.M.P.-Zaanstreek).

Berg, G. R. van den. Rapport Supervisorenwerkgroep I.M.P.-Zaanstreek. *I.M.P.-Zaanstreek, Zaandam,* 1980 (op bestelling leverbaar door het I.M.P. Zaanstreek).

Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. *Basic Books, New York,* 1964.

Caplan, G. The theory and practice of mental health consultation. *Basic Books, New York,* 1970.

Freud, S.; vertaling A. Morriën en H. Mulder. Analyse van de fobie van een vijfjarige jongen. „De kleine Hans". *Boom, Meppel, Amsterdam,* 1979.

Gersons, B. P. R. De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie. *Samsom, Alphen aan den Rijn,* 1977.

Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. (1944) *Amer. J. Psychiat.* **101**, 141-148; nederlandse vertaling in (1970) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **13**, 271 evv.

Psychoanalytische consultatie en crisis-interventie. *Stichting Psychoanalytisch Instituut, Amsterdam,* 1978.

Ravenzwaaij, J. F. van. Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg. *Boom, Meppel, Amsterdam,* 1972.

Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord

E. H. EBBENS*

Eind 1976 werd door het team van het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord besloten tot een actieve bevordering van de communicatie met de patiënten; men wilde de plaatselijke bevolking meer betrekken bij het centrum. Dit initiatief – een logische stap in de ontwikkeling sinds 1970 – leidde na ongeveer een jaar tot de oprichting van een thans goed functionerende Patiëntenvereniging.

Inleiding

Het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord is in 1970 gesticht vanuit de persoonlijke behoeften van vier solo-huisartsen. Toch is er vanaf het begin een sterke betrokkenheid geweest met de sociale problemen die in die tijd ontstonden door de gedwongen mijnsluitingen. Mede door de samenwerking met andere disciplines werd die betrokkenheid vergroot. Er was binnen het team behoefte om te ageren tegen de manier waarop de mijnsluitingen gerealiseerd werden. Het stelling nemen tegen het oneigenlijk gebruik van de WAO om mensen af te laten vloeien en ze daardoor tegelijk te belasten met een medisch etiket, is daar een voorbeeld van.

Met name op landelijk niveau is het team actief geweest met het signaleren van deze sociale misstanden. Daarnaast is het team actief geweest als voortrekker van samenwerkingsverbanden.

Na zeven jaar functioneren had het team intern een zekere stabiliteit verkregen. Voor zichzelf had het zijn bestaansrecht bewezen. De eerste kinderziekten waren overwonnen. De organisatie draaide redelijk. De verschillende disciplines hadden elkaars mogelijkheden leren kennen en er was een gevoel van gemeenschappelijke werkwijze ontstaan, hoe moeilijk die ook onder woorden te brengen was. Toch bleken op plaatselijk niveau, met name ten opzichte van de patiënten, de opvattingen van het team over gezondheidszorg en de motivatie om samen te werken nog moeilijk over te komen. Er was een permanente stroom van kritiek. Veel klachten betroffen de grootte en ondoorzichtigheid van de organisatie. Mensen misten met name het intieme van de solist (,,de warme bakker"). De voordelen van het werken in een gezondheidscentrum, hoe duidelijk ook voor de medewerkers, bleken voor de buitenstaanders vaak erg onduidelijk. Daarom ontstond na zeven jaar behoefte aan bezinning.

Discussies

Toen de discussie op gang kwam binnen het team, leek de belangrijkste vraag in eerste instantie: hoe brengen we onze motivatie tot samenwerken en onze ideeën over gezondheidszorg beter over aan de plaatselijke bevolking en hoe betrekken we die daarbij. Gemakshalve werd ervan uitgegaan dat die zaken voor de teamleden zelf helder waren en redelijk uniform.

Snel bleek in de discussie dat tot dat moment een essentiële tussenstap in de richting van de patiënten was overgeslagen. Op geen enkele manier waren de behoeften en verwachtingen van de bevolking ten opzichte van het team gepeild, laat staan dat daar rekening mee gehouden was. Verwonderlijk is het, achteraf gezien, helemaal niet dat er zo weinig betrokkenheid bij de patiënten was. Ze misten informatie over de manier van werken en de organisatie waarin dat gebeurde en ze konden er geen invloed op uitoefenen. De kritiek dat samenwerkingsverbanden er alleen zijn voor het belang van de medewerkers en niet in de eerste plaats voor de pa-

*Huisarts Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.

tiënten, is in dit licht beschouwd wel reëel.
De conclusie van het team na deze discussie was, dat elk nieuw initiatief om te komen tot een grotere betrokkenheid van de patiënten bij het Gezondheidscentrum moest stoelen op een reële behoefte bij de patiënten en dat deze er zelf ook een actieve rol in moesten spelen. Een project gezondheidsvoorlichting en opvoeding leek voor een groot deel tegemoet te komen aan deze wensen. Door het team werd daarbij uitgegaan van de hypothese dat er in ieder individu en in de samenleving krachten liggen die gezondheidsbevorderend werken. Die krachten kunnen onder andere gemobiliseerd worden door mensen actiever te betrekken bij hun eigen gezondheid. Ze zullen daardoor een meer geëmancipeerde houding ten opzichte van hun eigen lichamelijk en geestelijk functioneren ontwikkelen. Daardoor zullen ze meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en zullen ze hun gezondheid ,,beter" kunnen maken of houden.
Dit waren de vooronderstellingen van het team. De opvattingen van de patiënten waren op dat moment nog niet gevraagd en dus niet bekend. In samenwerking met de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht werd een plan opgesteld om behoeften van patiënten te peilen en ze bij dit project te betrekken.

Organisatie van het Gezondheidscentrum

Het lijkt nuttig zeer kort de organisatie van het Gezondheidscentrum te beschrijven. In het centrum werken zes huisartsen, twee maatschappelijk werkers, vijf wijkverpleegkundigen en zes assistentes. Het Gezondheidscentrum verzorgt ongeveer 13.000 patiënten. De wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers zijn volledig gedetacheerd vanuit de instellingen respectievelijk Het Groene Kruis en Het Maatschappelijk Werk. Ze werken alleen voor patiënten van het Gezondheidscentrum. De artsen zijn nog vrije ondernemers, maar streven naar een dienstverband bij een nieuw te vormen stichting. Waarschijnlijk zal het dienstverband eind 1980 ingaan.
Het belangrijkste overlegorgaan binnen het Gezondheidscentrum is het team waarin alle medewerkers zitting hebben. Dit team bepaalt het beleid. Als uitvoerend en voorbereidend orgaan functioneert het Dagelijks Bestuur waarin een vertegenwoordiger van elke discipline zitting heeft. Van belang is verder dat de artsen een halve formatieplaats bezetten aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg. Ze vullen deze plaats onder meer met activiteiten voor het project gezondheidsvoorlichting en opvoeding.
Hoensbroek zelf is een verstedelijkt dorp in de Oostelijke Mijnstreek. De economische situatie is erg verslechterd sinds de mijnsluitingen. Het percentage niet-actieven van de plaatselijke mannelijke en vrouwelijke beroepsbevolking ligt relatief hoog (werkeloosheid, arbeidsongeschiktheid, vervroegde pensionering).

Beginfase

Begin 1977 werd begonnen met na te gaan hoe de wensen lagen van de patiënten. Er werd gekozen voor een informele start. Mensen werden via stencils en aankondigingen in het gebouw uitgenodigd voor twee ,,koffieuurtjes". In de uitnodiging werd gesteld dat het team wilde komen tot betere voorlichting en dat het de mensen meer wilde betrekken bij het functioneren van het centrum.
Op deze avonden kwamen zestig mensen. Alle leeftijdsgroepen en sociale klassen waren vertegenwoordigd. De avonden waren voor beide partijen zinnig. Twee zaken vielen op: er was duidelijk behoefte aan praktische voorlichting over allerlei onderwerpen; daarnaast had men behoefte om zijn gemoed te luchten en kritiek te uiten. De kritiek had vaak betrekking op persoonlijke en negatieve ervaringen. Er was ook een andere soort kritiek, met name op het feit dat het Gezondheidscentrum nu zeven jaar bestond, dat er in het begin hoog opgegeven was over de voordelen van het samenwerken in één gebouw, maar dat de doorsnee bevolking daar weinig van gemerkt had. Wat men met name gemist had, waren initiatieven op het gebied van preventie!
De kritiek kwam tamelijk hard aan bij het team; het uitlokken van kritiek was aan de andere kant juist een van de argumenten geweest om de bijeenkomsten te organiseren.
Na de twee koffieuurtjes was er belangstelling en materiaal genoeg om mee verder te werken. Alle aanwezigen kregen een verslag. Tegelijk werd hun de vraag voorgelegd of ze zelf verder wilden gaan. Een groep van ongeveer twintig mensen reageerde positief. Vanaf dat moment nam deze groep een groot deel van de organisatie over van de teamleden en daarmee ook een deel van de verantwoordelijkheid. Er werd door deze groep gekozen voor twee concrete initiatieven om mee te starten, het uitgeven van een patiëntenkrant en het organiseren van een voorlichtingsavond.
In mei 1977 werd de redactieraad opgericht. In september kwam de krant bij alle patiënten thuis. In de krant werd de oprichting van de patiëntenvereniging en de voorlichtingsavond aangekondigd. Na het verschijnen van de krant en na de eerste drukbezochte voorlichtingsavond over acupunctuur (200 mensen waren aanwezig) was er voldoende belangstelling om te komen tot de feitelijke oprichting van de Patiëntenvereniging. Begin 1978 werd de Patiëntenvereniging officieel opgericht met eigen statuten, een bestuur en leden.
De doelstellingen van de vereniging kunnen als volgt worden samengevat: bevorderen van de onderlinge hulpverlening, belangenbehartiging van de leden en gezondheidsvoorlichting.
Uit de aan de oprichting voorafgegane activiteiten was al een aanzet tot structuur ontstaan. Op grond van de belangstelling van de aanwezigen en de gepeilde behoefte op de koffieuurtjes werd gekozen voor het werken in kleinere teams. Er werden zes van deze teams opgericht. *(Vanaf het begin zijn de activiteiten van de Patiëntenvereniging overigens gericht op alle patiënten van het Gezondheidscentrum en niet alleen op de leden van de Patiëntenvereniging).*

De teams

In het kort zullen hier de doelstellingen en activiteiten van de verschillende teams gedurende de laatste twee jaar worden besproken.

Redactieteam. Dit team geeft drie- tot viermaal per jaar een krant uit voor alle patiënten. De krant is bedoeld als bindend element voor de patiënten en om praktische informatie over de Patiëntenvereniging en het Gezondheidscentrum door te geven. Daarnaast ontwikkelt zich steeds meer een beleid om de gezondheidszorg kritisch te bekijken en de patiënten mondiger te maken. De redactie is geen verantwoording schuldig aan het centrum, alleen aan zijn eigen bestuur.
Naast de krant krijgen de leden van de Patiëntenvereniging elke twee maanden een ,,Nieuwsbrief" toegestuurd.

Bezoekersteam. De leden van dit team bezoeken mensen die bijvoorbeeld bejaard zijn, weinig contacten buitenshuis

hebben of naar hun eigen gevoel te weinig bezoek krijgen. Onder de mensen die bezocht worden, zijn eenzamen, gehandicapten, langdurig zieken. De bezoeken zijn meestal gezelligheidscontacten. Soms worden kleine hulpdiensten verricht (winkelen). De adressen komen binnen via medewerkers van het Gezondheidscentrum.
Het bezoekersteam komt een keer per maand samen met de contactpersoon van het Gezondheidscentrum (een maatschappelijk werker). Doel blijft om de bezochte mensen zoveel mogelijk te activeren.

Technisch team. Doel is om bij te springen als er tijdens activiteiten van de Patiëntenvereniging praktische zaken geregeld moeten worden, zoals het bezorgen van de krant. Daarnaast worden incidenteel kleine karweitjes verricht voor bejaarden.

Ombudsteam. Dit team is opgezet om klachten van patiënten te ontvangen, te bespreken en met de betrokkenen samen op te lossen. Uiteindelijk doel is de mensen te motiveren zelf hun klachten direct te uiten. Het team is samengesteld uit leden van de Patiëntenvereniging. Ze kunnen gebruik maken van de hulp van een psycholoog en een arts (niet verbonden aan het Gezondheidscentrum). Er zit geen lid van het Gezondheidscentrum in het team.
In het begin kwamen veel klachten binnen, de laatste tijd minder. De aard van de klachten varieerde sterk. Een aantal was persoongericht, een aantal betrof de organisatie. Daarnaast kwamen er opvallend veel klachten binnen over het benoemen van de huisarts van lichamelijke klachten als psychisch. Ook klachten over ziekenhuizen en apotheek werden in behandeling genomen en besproken met de betrokkenen (ook met bijvoorbeeld ziekenhuisdirecties). Daarnaast wil de groep het beleid van het Gezondheidscentrum kritisch volgen. De groep heeft onder meer vragen gesteld over de bescherming van patiëntengegevens.
Voor deze groep gold vanaf het eerste moment, wat voor de andere groepen pas later telde, dat ze door de confrontatie met klachten en de pogingen om deze op te lossen, behoefte had aan basisinformatie over organisatie en beleid van het Gezondheidscentrum. Pas toen de groep die had verzameld kon ze efficiënter gaan werken. Ze werd daardoor meteen betrokken bij het Gezondheidscentrum en diende als eerste schakel tussen patiënten en centrum.

Voorlichtingsteam. Oorspronkelijk doel was om voorlichtingsactiviteiten te organiseren, zoals avonden over bepaalde onderwerpen. Dat gebeurt ook regelmatig. Tijdens het organiseren van deze avonden en de confrontatie daardoor met problemen, groeide de behoefte om sommige onderwerpen een vervolg te geven. Voorlichting werd als een eerste stap gezien om mensen meer bij hun gezondheid te betrekken. Zo werd bijvoorbeeld een avond over CARA gehouden. Als vervolg daarop, met name omdat er behoefte aan bleek te zijn, werden twee gespreksgroepen gestart. Een groep CARA-patiënten en een groep van ouders van kinderen met CARA. Hetzelfde gebeurde met het onderwerp VIDO (vrouwen in de overgang).
Op het ogenblik is de groep bezig om een model te ontwerpen waarin allerlei initiatieven op het terrein van zelfhulp – burenhulp een kans kunnen krijgen en gestimuleerd worden. Een project „rouwbegeleiding" en een project „after care" (begeleiding na borstamputatie) zijn al van start gegaan. De bedoeling is om zo weinig mogelijk met deskundigen van buitenaf te werken als begeleiders van groepen, maar om te proberen zelf kader te vormen binnen de patiëntenvereniging.

Coördinatieteam. Dit team is een overkoepelende groep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende teams en het bestuur. Doel is om de activiteiten van de teams te coördineren en te zorgen dat de communicatie binnen de Patiëntenvereniging en tussen de Patiëntenvereniging en het Gezondheidscentrum goed is. In de praktijk is dit team ook een forum waarin allerlei praktische en inhoudelijke zaken aan de orde komen. Leden van het Gezondheidscentrum worden ook geregeld uitgenodigd om aanwezig te zijn en vragen te beantwoorden.

Bestuur. Het bestuur wordt gekozen door de algemene ledenvergadering. Het heeft een leidende functie. Het treedt ook op als officieel vertegenwoordiger van de Patiëntenvereniging bij het Gezondheidscentrum en naar buiten. De meeste bestuursleden functioneren mee in de verschillende teams.

Financiën. De Patiëntenvereniging krijgt haar inkomsten via contributies van de leden. Er zijn nu ongeveer 400 leden. Daarnaast ontvangt de Patiëntenvereniging het haar toekomende deel van de stimuleringssubsidie voor gezondheidscentra. Het budget is minimaal; met name activiteiten die wat meer geld kosten, zoals de patiëntenkrant, hebben daaronder te lijden.

Consequenties

Vanaf het begin zijn de medewerkers van het Gezondheidscentrum nauw betrokken geweest bij de activiteiten van de Patiëntenvereniging. In verschillende teams zitten ook leden van het Gezondheidscentrum en deze onderhouden zo contacten. Daarnaast is er maandelijks overleg tussen het bestuur van de Patiëntenvereniging en het dagelijks bestuur van het Gezondheidscentrum. Af en toe bezoeken vertegenwoordigers van de Patiëntenvereniging het team en worden medewerkers van het Gezondheidscentrum uitgenodigd in het coördinatieteam. Begin 1979 is er een gemeenschappelijke studiedag geweest van Patiëntenvereniging en Gezondheidscentrum.
Het team heeft zich vanaf het begin gerealiseerd dat via de Patiëntenvereniging een groep binnengehaald werd, die haar eigen belangen zou willen verdedigen en ook invloed zou willen hebben binnen het Gezondheidscentrum; een groep die in elk geval serieus genomen wil worden. Dat houdt ook risico's in; met name als de opvattingen over gezondheidszorg erg zouden blijken te verschillen, zal dat spanningen geven. Aan de andere kant is dit de enige manier om mensen te betrekken bij hun eigen gezondheidszorg. Conflicten zijn niet te vermijden, vooral als de groep mondiger wordt.
In het begin stelde de Patiëntenvereniging zich afwachtend op, maar langzamerhand werd de groep sterker en kreeg zij meer een eigen gezicht. Ze gaf ook duidelijk te kennen dat ze op concrete punten best enige inspraak wilde hebben.
Dat gaf binnen het team spanningen. De mate waarin de medewerkers van het Gezondheidscentrum invloed van buitenaf aankonden, bleek te wisselen van persoon tot persoon en van discipline tot discipline. Er was en is constant behoefte om grenzen aan te geven van de terreinen waarop inspraak geaccepteerd wordt. Als het om direct zichtbare patiëntenbelangen gaat, zoals wachttijden, organisatie weekenddiensten, is inspraak geen groot probleem. Moeilijker wordt het als de Patiëntenvereniging vraagt waarom zij niet betrokken zou kunnen worden bij het benoemen van een nieuw teamlid. Zo zijn er veel terreinen waar patiëntenbelangen en be-

langen van het Gezondheidscentrum elkaar overlappen en strijdig kunnen zijn. In de toekomst zal moeten blijken hoe de verhouding tussen Patiëntenvereniging en Gezondheidscentrum zich op het gebied van inspraak zal ontwikkelen. Dan zal ook blijken of het mogelijk is om de Patiëntenvereniging als volwaardig partner mee te laten functioneren binnen het Gezondheidscentrum, met dan ook een eigen verantwoordelijkheid. Voor een klein deel zal de inspraak binnenkort gerealiseerd worden als de Patiëntenvereniging het recht krijgt twee bestuursleden voor te dragen voor het nieuw te vormen Stichtingsbestuur.

Aan de hand van twee voorbeelden is iets van de invloed aan te geven die de Patiëntenvereniging heeft uitgeoefend. Eén voorbeeld is de vraag van het ombudsteam over het beschermen van patiëntengegevens. Het was een informatieve vraag, maar er sprak ook kritiek uit over de manier waarop er volgens de Patiëntenvereniging met patiëntengegevens omgesprongen werd.
Deze vraag werd in eerste instantie emotioneel opgevat door het team. Gevoelens als ,,waar bemoeien ze zich mee" en vooral ,,vertrouwen ze ons niet" werden geuit. Toch was dit een zaak waar patiëntenbelangen heel duidelijk meespeelden. Pas toen de teamleden zich realiseerden hoe gevoelig bescherming van privacy ligt en hoe relatief gemakkelijk hulpverleners met intieme informatie omgaan, kwam er begrip voor het standpunt van de Patiëntenvereniging. Er werden toen afspraken gemaakt om aan de kritiek tegemoet te komen.
Een ander voorbeeld is de discussie over de basisfilosofie. Al snel na de oprichting van de Patiëntenvereniging werd door het bestuur aan het Gezondheidscentrum gevraagd om op papier te zetten wat voor opvattingen het team had over hulpverlenen. Door deze concrete vraag gebeurden verschillende dingen. Het team moest duidelijk onder woorden brengen waar het voor stond. Dat bleek een grotere opgave dan werd verwacht. Binnen het team bleken de opvattingen nogal uiteen te lopen, veel meer dan eerst gedacht werd. Er waren verschillende teamvergaderingen en een behoorlijke tijdsinvestering voor nodig om te komen tot een concrete formulering van de uitgangsstellingen. Het resultaat was wel een gemeenschappelijke basisfilosofie.
Als antwoord daarop begon de Patiëntenvereniging zelf ook een basisfilosofie te formuleren. Vanuit die uitgangspositie werd de discussie tussen Patiëntenvereniging en Gezondheidscentrum geopend. In deze discussie – die nog aan de gang is – blijkt een van de doelstellingen van het begin verwezenlijkt te worden. Een groep patiënten krijgt informatie over het werken van het team en de opvattingen van waaruit gewerkt wordt en kan die kritisch bekijken. Opvattingen van het team over de taken van de verschillende disciplines, eigen verantwoordelijkheid van mensen, psychische problemen die zich uiten als lichamelijke klacht, het kritisch verwijsbeleid naar ziekenhuizen, etcetera worden in een meer inhoudelijk kader geplaatst. Met name de eigen verantwoordelijkheid blijkt een heet hangijzer in de discussie.

Conclusie

Het is voor alle betrokkenen duidelijk dat er veranderingen in de werkwijze van het Gezondheidscentrum zijn opgetreden sinds de oprichting van de Patiëntenvereniging. De communicatie tussen het Gezondheidscentrum en de patiënten is met name verbeterd. Aan de ene kant worden wensen van patiënten beter gehoord, aan de andere kant kan het Gezondheidscentrum zijn opvattingen over gezondheidszorg tegenover de patiënten verduidelijken en toetsen. De knelpunten liggen vooral op de terreinen waar belangen van Patiëntenvereniging en Gezondheidscentrum elkaar overlappen en met elkaar in conflict kunnen komen.
Hoever de inspraak van de Patiëntenvereniging zal gaan, moet de toekomst leren. Hoe de Patiëntenvereniging zichzelf zal ontwikkelen in de komende jaren, is ook een open vraag. Veel zal ervan afhangen of de vitaliteit van de eerste periode gehandhaafd blijft en of het mogelijk is om meer mensen actief bij de Patiëntenvereniging te betrekken.
In hoeverre tenslotte een initiatief als dit, bezien vanuit de gedachte van gezondheidsvoorlichting en opvoeding, gezondheidsbevorderend werkt, is moeilijk aan te tonen. In samenwerking met de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg wordt een project opgezet met als doel een dergelijke invloed te onderzoeken en eventueel te verbeteren. Ondanks het ontbreken van harde gegevens lijkt het project een van de weinige manieren om mensen daadwerkelijk te betrekken bij hun eigen gezondheidszorg en ze daardoor beter te motiveren actief te zijn ten bate van hun eigen gezondheid en die van anderen. De manier waarop ze actief willen zijn, kunnen ze uitstekend zelf bepalen.

Samenvatting. Een beschrijving van het ontstaan en de oprichting van een patiëntenvereniging binnen een gezondheidscentrum. Aan de orde komen verder de verschillende activiteiten van de vereniging en de invloed die deze hebben op het team van het gezondheidscentrum.

Summary. A patients' association within the Hoensbroek-Noord health centre. A description is given of developments leading to the establishment of a patients' association within a health centre. The various activities of the association and their influence on the health centre team, are discussed.

Met dank aan P. D. Kerkhof en Drs. A. Mol, respectievelijk als huisarts en andragoge verbonden aan de capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg, voor het kritisch doornemen van het manuscript.

Oproep

Enkele jonge huisartsen in de regio Rotterdam overwegen om met elkaar de aanpak van veel voorkomende problemen in de dagelijkse praktijk te gaan bestuderen, omdat zij behoefte hebben aan duidelijke en gefundeerde richtlijnen. Een goed voorbeeld van de resultaten van dergelijke bijeenkomsten wordt gevormd door de serie Huisartsgeneeskundige conferenties, zoals die de laatste maanden in *huisarts en wetenschap* wordt gepubliceerd. Wij denken zelf aan een systematische benadering van onderwerpen als duizelingen, menstruatiestoornissen en schouderpijn. Het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, waar de bijeenkomsten zullen plaatsvinden, heeft medewerking en begeleiding toegezegd. Belangstellenden worden uitgenodigd zich aan te melden bij H. P. Bosker, Frans Bekkerstraat 36, 3082 TT Rotterdam; telefoon 010-290741 (overdag) of 010-294325 ('s avonds). Het ligt in de bedoeling in het najaar van start te gaan.