

Werken met patiënten

Ervaringen met een patiëntenraad

T. O. H. DE JONGH*

Verslagen over patiëntenparticipatie komen eigenlijk altijd uit multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zoals gezondheidscentra. Deze bijdrage is gewijd aan de activiteiten van een patiëntenraad binnen een solopraktijk. Een enthousiast bericht uit Gouda.

Inleiding

Reeds vrij snel na mijn vestiging werd ik mij ervan bewust, dat ik bij mijn streven een goede huisarts te zijn, stuitte op een aantal problemen. Individuele voorlichting is een zeer tijdrovende vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en bovendien vaak ontoereikend. Het onvermogen om bij vele gevallen van psychosociale stress anders dan met tranquilizers „toedekkend” op te treden, werkt frustrerend. Ook de geringe feed-back van de patiënten naar de huisarts over diens handelen is een probleem; nooit klaagt iemand bij zijn huisarts over de behandeling en enquêtes in de wachtkamer geven steevast het beeld van allemaal tevreden patiënten. Toch zijn er veel communicatiestoornissen tussen arts en patiënt.

De knagende twijfel of ons medisch handelen wel gezondheidsbevorderend werkt, vormde mét bovenstaande overwegingen genoeg redenen om samen met een aantal patiënten te zoeken naar andere mogelijkheden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Een patiëntenraad

Sinds september 1977 schrijf ik wekelijks onder de titel „Op spreekuur bij” een rubriek in het huis-aan-huisblad De Goudse Post (oplage 30.000), dat in Gouda en omstreken wordt verspreid. Doel van deze serie is om door kritische medische voorlichting te proberen mensen meer verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen voor hun gezondheid. Behalve over zakelijke medische onderwerpen, schrijf ik over beïnvloeding

door reclame, verwachtingspatronen, problemen in het omgaan met elkaar, signaleren van problemen in het eigen lichaam, enzovoort; daarbij ga ik altijd uit van ieders individuele verantwoordelijkheid, ook voor zijn eigen gezondheid, en stel ik de medische autoriteit ter discussie.

Na een jaar kwamen verschillende reacties waarin sterk werd aangedrongen op mogelijkheden om ook in de eigen praktijk samen met patiënten intensiever met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bezig te zijn. Hiertoe heb ik acht van mijn patiënten benaderd, die allen enthousiast reageerden. Deze acht patiënten vormden samen met de huisarts een patiëntenraad. Qua sociale achtergrond en leeftijd is deze raad ongeveer een afspiegeling van de praktijk. De eerste vergaderingen zijn gebruikt voor een inventarisatie van de problemen waarmee we zinvol bezig konden zijn. Afgesproken werd, dat we niet zouden theoretiseren, maar beginnen met activiteiten waarvan we dachten dat ze de „gezondheidsbewustwording” zouden bevorderen; aan de hand van de wensen en reacties van de patiënten zouden we daarna het beleid bij kunnen stellen. We werden het eens over de volgende doelstelling: de patiëntenraad Gouda bestaat uit een groep mensen die tot gemeenschappelijk doel hebben de gezondheidsbewustwording te stimuleren. Hiervan afgeleide doelstellingen zijn:

- het geven van voorlichting over het eigen functioneren en de relatie tussen lichamelijke en geestelijke klachten;
- het bevorderen van het verantwoordelijkheidsgevoel voor het eigen lichaam en het stimuleren van de patiënten om dit verantwoordelijkheids-

gevoel in het contact met de hulpverleners in te brengen;

- werkers in de gezondheidszorg stimuleren om: 1) aandacht te hebben voor de patiënt als geheel en niet alleen voor zijn ziekte; 2) de patiënt de kans te geven een stuk verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid te dragen;
- patiënten wijzen op de bestaande mogelijkheden in de gezondheidszorg;
- het scheppen van nieuwe mogelijkheden in de gezondheidszorg;
- onderlinge hulpverlening onder patiënten stimuleren.

De patiëntenraad is ondemocratisch samengesteld, de leden zijn door mij uitgezocht. Voorwaarde was dat zij belangstelling hadden voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en goed in een team zouden kunnen samenwerken. De patiëntenraad functioneert als een goed team van gelijkwaardige individuen, waarbij het onderscheid tussen hulpvrager en hulpverlener grotendeels is verdwenen.

De patiëntenraad is in de praktijk geïntroduceerd door het bezorgen van een boekje met alle stukjes die ik in De Goudse Post had geschreven, bij alle ingeschreven gezinnen. Iedereen ontving daarbij een uitnodiging voor een introductie-avond. Op deze avond waarop 175 mensen aanwezig waren, werd gediscussieerd over de patiënt-artsrelatie, problemen met de huisarts en mogelijkheden van de patiëntenraad. De aanwezigen waardeerden het om hun huisarts in een andere rol dan achter zijn bureau te zien. Veel mensen gaven suggesties voor verdere activiteiten.

Om ook de niet aanwezigen de mogelijkheid te geven hun wensen en verlangens te uiten, is in de eerste patiëntenkrant een enquêteformulier toegevoegd. Dertig formulieren werden ingeleverd met aanmeldingen voor gespreksgroepen, werk aan de patiëntenkrant en bezorging van de krant. Om contact te houden met deze belangstellende patiënten, organiseren we van tijd tot tijd een avond waarop het beleid van de patiëntenraad wordt doorgenomen en mensen zich voor de activiteiten kunnen opgeven.

Na een periode van inventarisering (vier maanden) hebben we gekozen voor een twee-sporentactiek. In de eerste plaats een zeer intensieve benadering van de eigen patiënten (in die tijd spraken de leden van de patiëntenraad al over „onze patiënten”), daarnaast proberen lacunes in de gezondheidszorg in Gouda te vullen.

* Huisarts te Gouda.

Activiteiten binnen de praktijk

Bij activiteiten voor de eigen praktijk staat de persoonlijke benadering centraal. De gezondheidszorg is vaak zo onoverzichtelijk en onpersoonlijk, dat mensen uit machteloosheid hun onvrede verzwijgen. Door de dagelijkse contacten van een aantal leden van de patiëntenraad met patiënten uit de praktijk komen we problemen op het spoor die in de spreekkamer niet worden geuit. Dit geeft een zinvolle feedback voor de huisarts; op die manier werd hij gewezen op een aantal irriterende gewoonten, terwijl enkele door misverstanden verbroken patiënt-artscontacten konden worden hersteld.

Thema-avonden. Na de eerste avond over de patiënt-artsrelatie is een reeks thema-avonden voor de eigen praktijk georganiseerd. De avond over gezonde voeding trok – waarschijnlijk onder meer door een matige voorbereiding – slechts dertig belangstellenden. We hebben ervan geleerd, dat het erg belangrijk is de activiteiten steeds op dezelfde plaats te organiseren, zodat „de loop erin komt”. Al onze verdere activiteiten zijn in een clubhuis georganiseerd, dat hiervoor gratis ter beschikking is gesteld.

Op de avond over het hart waren vooral hartpatiënten en hun familieleden aanwezig (vijfenzeventig personen); voorlichting over ischemische hartziekten en de preventie stonden hierbij centraal. Daarna organiseerden we een avond over hartreanimatie. De vijfenvertig aanwezigen konden na een instructiefilm op enkele poppen oefenen. Op deze avond kwam grote belangstelling naar voren voor een cursus reanimatie. We hebben inmiddels zo'n cursus georganiseerd in samenwerking met derden. Ook de andere avonden (over anticonceptie en natuurlijke leefwijzen) trokken een behoorlijke belangstelling. Maar onze pogingen om er meer bewustwording in te verwerken, mislukten. Alle thema-avonden bleven in de informatie-verstreckende sfeer.

Nieuwe opzet thema-avonden. Hoewel de aanwezigen meestal zeer tevreden waren over de thema-avonden, is naar onze mening te veel de nadruk gelegd op kennisoverdracht. We willen dan ook in het seizoen 1980/81 een serie avonden organiseren, waarbij de persoonlijke verantwoordelijkheid meer aandacht krijgt. Per avond wordt een veel voorkomende klacht behandeld, zoals hoofdpijn of slapeloosheid. De

avonden krijgen allemaal dezelfde opbouw: kennis van het orgaan en zijn functioneren; leren luisteren naar het eigen lichaam; wat zijn de oorzaken van het dysfunctioneren (spanningen, leefwijze, enzovoort) en wat kun je er zelf aan doen (van ontspanningsoefeningen tot maatschappijhervorming). Het is de bedoeling dat per avond een vervolgspreksgroep wordt georganiseerd voor belangstellenden.

Themanummers van de patiëntenkrant, informatie in de wachtkamer en andere vormen van informatieverstrekking zullen deze avonden begeleiden. De organisatie is in handen van patiënten.

Gespreksgroepen. Uit een enquête bleek dat sommige patiënten graag in een gespreksgroep bepaalde onderwerpen wilden bespreken. Er zijn groepen gevormd over euthanasie, seksualiteit, natuurlijke leef- en geneeswijzen en medicijnen. De euthanasiegroep heeft zichzelf na zes bijeenkomsten opgeheven, omdat ze het gevoel had het onderwerp voldoende te hebben behandeld. De groepen natuurlijke leef- en geneeswijzen en seksualiteit organiseerden thema-avonden. Alle groepen bestaan uit patiënten uit de praktijk met een lid van de patiëntenraad als contactpersoon.

Patiëntenkrant. De patiëntenkrant komt viermaal per jaar uit in een oplage van 1200 exemplaren en wordt bij alle ingeschreven gezinnen en andere „eenheden” bezorgd. We leggen in de patiëntenkrant verantwoording af van onze activiteiten (een verslag van een thema-avond, de stand van zaken in de gespreks- en zelfhulpgroepen, een financieel verslag enzovoort). Daarnaast is er informatie over het zakelijk functioneren van de praktijk en over medische onderwerpen. Er is ook ruimte voor bijdragen van patiënten. Zoals te verwachten viel, komen die bijdragen echter nauwelijks.

De patiëntenkrant heeft een sterk bindend effect binnen de praktijk. De mensen zijn er enthousiast over en worden zo verder betrokken bij het werk van de patiëntenraad. Enkele patiënten vormen de redactie. Het stencilwerk, bundelen en nieten gebeurt door een groep van gemiddeld vijftien mensen op een zaterdagmorgen en het bezorgen gebeurt door een vaste groep van zo'n dertig vrijwilligers. Hierdoor is de werkbelasting van de patiëntenraad niet zo groot. De kosten zijn beperkt tot papier, stencils en inkt, omdat al het werk gebeurt door patiënten; een stencilma-

chine wordt geleend en de ruimte in een clubhuis wordt gratis verstrekt.

Informatie wachtkamer. Vanaf het begin hebben we geprobeerd zoveel mogelijk informatiekanalen tegelijk te benutten. Ook de wachtkamer is hiervoor gebruikt. Er hangt een groot bord met mededelingen van de patiëntenraad, aankondigingen van thema-avonden en krant artikelen. Daarbij staat er een leestafel met medische boeken, tijdschriften en folders. Van de mogelijkheid om via de leestafel informatie op te doen wordt redelijk gebruik gemaakt; geregeld vragen patiënten aan de assistente waar een bepaald boek te koop is bijvoorbeeld.

Andere activiteiten in Gouda

Naast het bovenstaande, dat speciaal voor de eigen praktijk wordt georganiseerd, richten we ons met een aantal activiteiten op alle belangstellenden. Door de wekelijkse rubriek in De Goudse Post, die intensief wordt gelezen, bestaat de mogelijkheid in contact te komen met een grote groep mensen. Het eerste jaar schreef ik alle stukjes in de rubriek zelf, uitgezonderd een klein aantal dat door maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen werd geschreven. Beide groepen haakten helaas wegens tijdgebrek af. Het tweede jaar werd een aantal artikelen door patiënten geschreven, soms spontaan, soms door mij gevraagd. Een mevrouw met een inoperabel carcinoom schreef indringend over de wijze waarop zij haar ziekte ervoer en over de problemen die zij had door de onnatuurlijke wijze waarop mensen haar benaderden. Ook veel hulpverleners konden iets van haar leren en verschillende andere patiënten reageerden met soortgelijke ervaringen. Andere stukjes leidden tot de oprichting van zelfhulpgroepen. Twee dingen zijn ons tot nu toe opgevallen met betrekking tot de serie in De Goudse Post:

- het bereik en de invloed van een vaste rubriek in een huis-aan-huisblad is erg groot; mogelijk is dit de beste manier om een zo grote doelgroep te bereiken;
- stukjes geschreven door een huisarts hebben autoriteit, maar over emotionele problemen, angst voor doodgaan, ondraaglijk lijden en fobieën kan beter door een (ex)patiënt worden geschreven; het doel is lijdens aan dezelfde kwaal te steunen met de wetenschap dat ze niet alleen staan, te laten zien dat soms genezing mogelijk is, daarnaast om „gezonden” meer begrip bij te bren-

gen en mogelijk een weg te wijzen waarlangs zij eerlijker met ernstig zieken kunnen omgaan. De verwachtingen over het resultaat hiervan moeten uiteraard niet te hoog worden gesteld.

Zelfhulpgroepen. De zelfhulpgroepen zijn de meest bevredigende activiteit van de patiëntenraad buiten de eigen praktijk. Voor theoretische fundering en verantwoording van het werken in zelfhulpgroepen wil ik verwijzen naar de relevante literatuur. Ik wil me beperken tot de opmerking dat wij door de praktijk overtuigd zijn van de grote mogelijkheden van onderlinge hulpverlening in zelfhulpgroepen als een waardevolle aanvulling op de professionele hulpverlening. Hoe sterker de patiënt geïsoleerd is door onbegrip van de omgeving, des te groter zijn de mogelijkheden voor een zelfhulpgroep.

Fobiegroepen. Deze zijn begonnen na een stukje in De Goudse Post, geschreven door een ex-fobiepatiënte. Deze vrouw, zonder specifieke opleiding, is tien jaar lang ernstig fobisch geweest en genezen met behulp van gedragstherapie. Alle mensen die reageerden, allemaal fobiepatiënten, hadden met haar een persoonlijk gesprek (nu na een jaar 160 patiënten). Op een aantal bijeenkomsten voor de hele groep, vertelden deskundigen iets over soorten fobieën en mogelijke therapieën. Hierna werden vier groepen geformeerd onder leiding van de ex-patiënte.

De meeste deelnemers hebben een lang ziekteverloop achter de rug met talloze mislukte therapeutische interventies. Opvallend zijn, behalve het aantal psychiatrische, ook het grote aantal „interne” opnamen. De aanpak in de groep is vooral gedragstherapeutisch gericht met veel ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Bij de bijeenkomsten zijn geen professionele hulpverleners aanwezig. Deelnemers zijn mannen en vrouwen uit alle sociale klassen. Het groepsproces verloopt met zeer emotionele taferelen en een (te?) sterke binding aan de groepsleidster, maar door het grote enthousiasme en de onderlinge solidariteit zijn de resultaten geweldig. Zestig personen nemen nog deel aan de groepen, vijftientig achtten zichzelf binnen een jaar genezen en hebben dus afgehaakt; een zeer subjectieve waardering, maar waarschijnlijk de enig juiste. Alleen al het herkennen van de eigen problemen bij een ander en het zien van een genezen patiënte werken zeer therapeutisch.

Daarnaast werden en worden een aantal patiënten individueel geholpen omdat ze nog niet aan een groep toe zijn.

Weduwengroepen. Na een stukje over eenzaamheid kwamen dertig reacties van mensen die daarover verder wilden praten. Een aantal alleenstaanden is ondergebracht in een bestaande groep. Voor weduwen zijn drie praatgroepen gevormd: twee groepen voor oudere weduwen met als doel resocialisatie en ondersteuning bij de verwerking van het rouwproces en een groep jongere weduwen (30 tot 50 jaar) waarin de nadruk ligt op het bespreken van gemeenschappelijke problemen (kinderen alleen opvoeden, nieuwe relaties zoeken, praktische vragen, enzovoort). Bij de weduwengroepen staan de gezelligheid en onderlinge solidariteit centraal. Het grote probleem is de neiging tot klaaggedrag, dat door de groep moet worden omgebogen naar het zoeken van oplossingen. De groep staat of valt met de groepsleidster. Ook hierbij blijkt, dat (juist?) niet-professionele hulpverleners dit soort werk heel goed aankunnen mits ze zelf de problematiek hebben doorgemaakt en verwerkt.

Kraambeddepressie. Deze groep is nog in ontwikkeling en bestaat uit vrouwen die een kraambeddepressie c.q. -psychose doormaken of onder invloed van hormonale schommelingen ernstige psychogene reacties vertonen. Behalve onderlinge hulpverlening proberen zij voorlichting te geven en mee te werken aan een wetenschappelijk onderzoek. **Vidogroepen.** Mede door de publiciteit en stimulansen vanuit de patiëntenraad zijn de plaatselijke vido-groepen uitgebreid.

Verschillende andere reacties op artikelen in De Goudse Post zijn ondergebracht bij bestaande organisaties.

Alle zelfhulpgroepen zijn zelfstandig en hoeven geen verantwoording af te leggen aan de patiëntenraad. Wel is er periodiek overleg met de groepsleiders en vindt zo nodig ondersteuning plaats op publicitair en organisatorisch gebied. De groepsleiders kunnen verder terugvallen op de hulp van een maatschappelijk werkster voor probleemgevallen en een agoog voor de begeleiding van het groepsproces. Financieel zijn de zelfhulpgroepen self-supporting.

Brug tussen vraag en aanbod

In veel gevallen beperkt de patiëntenraad zich tot het bij elkaar brengen van vraag en aanbod. Op een artikel over eenzaamheid kwamen veel reacties van weduwen die over hun weduwe-zijn wilden praten, en daarnaast een reactie van

een weduwe die ervaringen had met groepen en haar hulp aanbood. Het enige dat we gedaan hebben, is de mensen met elkaar in contact brengen, er publiciteit aan geven toen nieuwe leden welkom waren en hulp aanbieden bij problemen. Zo ging het ook bij de andere zelfhulpgroepen.

Op een thema-avond over hartreanimatie voor de eigen praktijk bleek veel belangstelling voor een cursus reanimatie. Informatie bij de Nederlandse Hartstichting leerde ons dat er in Gouda verschillende gediplomeerde instructeurs waren, die graag een cursus wilden geven. De plaatselijke Vrienden van de Hartstichting waren bereid de organisatorische begeleiding op zich te nemen. De Hartstichting leverde bovendien een instructiepop. In wezen hebben we niet meer gedaan dan bemiddelen tussen kennis (instructeurs), specifieke organisatie (Hartstichting) en vraag. Resultaat is dat een serie hartreanimatie is georganiseerd voor alle belangstellenden en die zijn er in overvloed.

Jaarlijks verspreiden we in Gouda een overzicht van alle vormen van (zelf)hulp en groepswork in een poging die te coördineren en doublures te voorkomen.

Investing en rendement

Het werken met patiënten zoals wij dat doen, is zeer tijdrovend. Activiteiten met de patiëntenraad, onderling overleg, vergaderingen, artikelen schrijven, kosten mij tien tot vijftien uur per week. Ook de andere leden van de patiëntenraad en de vele vrijwilligers steken veel tijd in ons werk.

Financiële problemen hebben we op het ogenblik niet. Na enkele oproepen in de patiëntenkrant kwamen veel giften van patiënten binnen, variërend van f 1,50 tot f 200,-. Daarnaast is ons een subsidie in het vooruitzicht gesteld. Doordat al het werk door onbetaalde vrijwilligers gebeurt, zijn de totale kosten van onze activiteiten erg laag (ongeveer f 2.500,- per jaar). Een veelvoud van dit bedrag wordt per jaar uitgespaard alleen al door het werk van de fobiegroepen (verminderd medicijngebruik, minder bezoek aan de psychiater, minder ziekteverzuim en minder opnamen). Het geldbesparend effect van onze andere activiteiten is veel moeilijker te meten.

Onze doelstelling is gezondheidsbewustwording. In hoeverre we dit doel bereiken, is moeilijk te meten; alle opmerkingen hierover in dit verhaal zijn indrukken waarvan we ons heel goed realiseren dat ze niet hard zijn te ma-

ken. Verantwoord onderzoek naar een mentaliteitsverandering vergt een deskundigheid en tijdsinvestering die onze mogelijkheden te boven gaan, helaas. Bij mijn eigen patiënten meen ik een toenemende verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid waar te nemen in de bijna twee jaar dat we nu bezig zijn. Vaker vragen zij mij waarom een specialist een bepaald onderzoek wil, of ze vertellen mij dat ze deze vragen aan de specialist zelf hebben gesteld. Ook komen er vaker kritische vragen over een medicatie. Vooral de verantwoordelijkheid ten opzichte van het gebruik van kalmeringsmiddelen en slaaptabletten is sterk toegenomen, sinds ik er enkele stukjes over heb geschreven. Natuurlijk is er op het ogenblik een algemene tendens om je kritischer tegen de autoriteit van de arts op te stellen; toch meen ik dat die onder mijn patiënten versterkt merkbaar is. Ook het feit dat ze mij tijdens allerlei activiteiten in een andere rol dan achter het bureau zien, speelt een rol bij het verkleinen van de afstand en het verbeteren van de relatie.

De toegenomen wederzijdse eerlijkheid en het versterkte verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënten vormen een klein stapje op de weg naar een betere gezondheidszorg, hoewel er een klein aantal patiënten is dat deze ontwikkeling onzin vindt en de dokter het liefst als almachtige magiër blijft zien of zelfs boos is over mijn houding. Zowel de lokale als de landelijke publiciteitsmedia hebben aandacht geschonken aan ons bestaan als patiëntenraad. Publiciteit in de lokale pers is voor ons van belang in verband met de betrokkenheid van de Gouwenars bij ons werk. Landelijk heeft de publiciteit geleid tot veel verzoeken om informatie. In een aantal gevallen heeft dit nieuwe initiatieven tot patiëntenparticipatie, al dan niet in de vorm van een patiëntenraad, gestimuleerd.

Samenvatting. Sinds september 1978 functioneert in Gouda binnen een solo-praktijk een patiëntenraad, bestaande uit een aantal patiënten en de huisarts. Doel van de patiëntenraad is het bevorderen van „gezondheidsbewustwording” door onder meer thema-avonden, een patiëntenkrant, gespreksgroepen, zelfhulpgroepen en artikelen in een huis-aan-huisblad. Harde gegevens over de mate waarin de doelstelling wordt bereikt, ontbreken; het enthousiasme van de patiënten is echter groot.

Summary on page 414.

(1980) *huisarts en wetenschap* 23, 386

Het gezondheidscentrum in de wijk

C. VAN WEEL EN DR. H. LAMBERTS*

De afgelopen tien jaar is op verschillende plaatsen in ons land met meer of minder succes geëxperimenteerd met vormen van patiëntenparticipatie. Na de bijdragen over de *Withuis*krant en de patiëntenvereniging in Hoensbroek-Noord eerder in deze jaargang bevat dit nummer van *huisarts en wetenschap* een enthousiast verslag over het reilen en zeilen van een patiëntenraad binnen een solo-praktijk.** Niet altijd is het oordeel van de betrokkenen echter zo positief; aanleiding voor twee leden van de redactiecommissie om hun eigen ervaringen nog eens de revue te laten passeren.

Inleiding

De afgelopen twaalf jaar is het Gezondheidscentrum Ommoord regelmatig geconfronteerd met de vraag hoe „de” patiënt nauwer kon worden betrokken bij het functioneren van het samenwerkingsverband. Wij gaan hier in op de vormen van patiëntenparticipatie waarmee wij praktisch te maken hebben gehad, en op de vragen wie een grotere betrokkenheid van de patiënt wenste en in welke fasen van de ontwikkeling van het gezondheidscentrum een en ander zich afspeelde. Deze fasen moet men overigens niet zien als afgeronde perioden met een volstrekt eigen karakter; het gaat hierbij meer om accentverschillen.

Het samenwerkingsverband van de grond, 1968-1970

Gedurende de eerste jaren (1968-1970) stond het opbouwen van het team en het creëren van de multidisciplinaire samenwerking voorop. De nadruk lag op structurele belemmeringen en op de methoden en acties waarmee deze belemmeringen geslecht konden worden. De politieke benadering kwam hierbij

op de eerste plaats; het gezondheidscentrum en de eerstelijns gezondheidszorg in het algemeen stonden centraal in de politieke gedachtenwisseling (*Bakker* 1971). Hoewel de structurele belemmeringen en de daarop gebaseerde politieke benadering vooral in de eerste jaren speelden, is ook later (1974-1975) bij het tot stand brengen van het dienstverband gekozen voor de politieke weg via gekozen besturen die zich intensief hebben beziggehouden met het gezondheidscentrum. In de eerste fase konden we vooral spreken van het gezondheidscentrum in de politiek, waarbij de consument/patiënt via gekozen besturen direct betrokken was bij het tot stand komen van het samenwerkingsverband.

De wijk centraal, 1970-1972

Hoewel er voor 1972 nog geen gezondheidscentrum bestond, was er wel een omvangrijk team dat zich tot doel stelde gecoördineerde en wijkgerichte eerstelijns gezondheidszorg te bieden. Voorts functioneerde in de wijk een breed team van welzijnswerkers, waarin het gezondheidszorgteam actief participeerde.

Sociale actie stond in deze fase bij doen en denken voorop. Het waren vooral de tekorten van een nieuwbouwwijk, die veel aandacht vroegen. Met name materiële noden kwamen aan de orde. Bij het verdelen van de zogenaamde zesmiloen-pot, waarmee materiële tekortkomingen van de wijk konden worden aangevuld, speelden de leden van het

* Uit de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse G.G. en G.D.

** R. van der Grinten. Vijf jaar *Withuis*krant. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 26-29; E.H. Ebbens. Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 264-267; T. O. H. de Jongh. Werken met patiënten. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 383-386.