

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 *Withuiskrant* 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 *Withuiskrant*. (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.

team een actieve rol. Het was in deze fase, dat de discussie over het sociale model in of naast het medische model actueel was (*Lamberts 1972*). Een belangrijke vraag in deze periode was: bieden wij hulpverlening samen met de wijkbewoners of voor de wijkbewoners?

Aan het einde van deze fase was de huisvesting van zowel de welzijnswerkers als van het kernteam voltooid. Het elan waarmee sociale acties tot dan toe waren gevoerd, begon te tanen. De hulpverlening kreeg twee gescheiden pijlers: het brede team van hulpverleners splitste zich op in een team dat zich bezighoudt met de eerstelijns gezondheidszorg en een welzijnsteam.

In het gezondheidscentrum groeide inmiddels twijfel over de wenselijkheid om samen met de wijkbewoners verder te gaan met sociale actie.

De eigen verantwoordelijkheid

Waarvoor ontstond die twijfel?

Wij begonnen sociale actie steeds meer te beleven als een afleidingsmanoeuvre. De hulpverleners zagen een toenemende discrepantie tussen hun doelstellingen (het „bevrijden” van de patiënt) en het feitelijke gebeuren in de hulpverlening, namelijk een blijvende afhankelijkheid van de patiënt. Sociale actie waarin participatie leek inbegrepen, was een manier om te vermijden dat deze discrepantie onder ogen werd gezien.

Wat nu volgde is wel de navelstrengdiscussie genoemd (*Lamberts 1974, 1975a*).

Uit de morbiditeitsregistratie zoals die in 1972 is gevoerd bleek dat het zeer goed werkbaar was om ziekte- en probleemgedrag van elkaar te onderscheiden. Het was mogelijk om bij mensen met probleemgedrag hulp te bieden of hen te verwijzen naar andere hulpverleners. Maar tegelijkertijd bleek dat weinig van de geboden hulp resulteerde in het oplossen van de problemen. De gevoerde sociale actie veranderde weinig aan het beeld dat de patiënt van de hulpverlener had als iemand die zijn problemen voor hem oploste. Evenmin bleek het voeren van actie iets te veranderen aan de opstelling van de patiënt tegenover de hulpverlening als zodanig. Het gevoel rees dat het belangrijk zou zijn als de hulpvrager zou leren meer zijn eigen boontjes te doppen.

De humanistische geneeskunde (*Bakker 1976*) kwam nu centraal te staan. Dit leek de uitweg uit het dilemma. De patiënt en zijn eigen verantwoordelijk-

heid, voor zijn eigen ziekte en gezondheid, dat was waar wij ons op moesten richten. Het werken met groepen (*Van Weel*) paste in deze benadering. Eveneens is de vorm die door het team is gegeven aan de medische rubriek van het Utrechts Nieuwsblad een voorbeeld van dit streven (*Bakker 1977*). De krantestukjes zijn in de wachtruimten van het gezondheidscentrum verspreid. Individueel is er door patiënten zeker op gereageerd. De patiënten als collectief hebben er zich niet door aangesproken gevoeld.

De patiënt en niet de hulpverlener moet in actie komen . . . In deze fase traden de hulpverleners duidelijk terug en gaven zij de hulpvrager ruim baan om zelf actie te ondernemen op grond van overwegingen die hém raken en niet op grond van overwegingen die de hulpverlener belangrijk vindt.

Hulpverlening versus service verlenen

Terwijl eerst de opvattingen van de hulpverleners centraal stonden, werd tenslotte ook de mening van de patiënt gehoord (*Verlag; Boom e.a.*). Het onderzoek naar de opvattingen van de patiënten is echter in belangrijke mate verricht onder invloed van de hulpverleners.

Wat de patiënt als zijn opvatting naar voren bracht, bleek vaak moeilijk te interpreteren. Dit was ook het geval bij het zogenaamde wachtkameronderzoek dat grote verschillen aan het licht bracht tussen de verwachtingen van respectievelijk hulpvrager en hulpverlener. Deze verschillen deden zich vooral voor rond de aanpak van functionele klachten, waarbij de hulpvrager veel meer de medische kanalen en de medische behandeling als de aangewezen weg zag, en rond de hulpverlening bij leefproblemen, waarbij de patiënten aan een andere aanpak de voorkeur gaven dan de hulpverlener doorgaans dacht. In het onderzoek van *Boom e.a.* kwamen vooral grote verschillen in begrip en perceptie naar voren, die zich voordeden in het dagelijkse contact tussen hulpverlener en hulpvrager.

Hoewel in geen van beide gevallen ontevredenheid over de geboden hulp als kwalitatief belangrijk naar voren kwam, werd ontevredenheid met name geuit door een aantal bejaarden in serviceflats. Hieraan is door het kernteam aandacht besteed. De voornaamste reden voor de hulpverleners om hier zoveel aandacht aan te besteden, kwam voort uit de verwachting dat het bespreekbaar

maken van deze klachten zou kunnen leiden tot een andere, meer onafhankelijke opstelling bij de patiënten tegenover de hulpverlening en de eigen gezondheid.

De feitelijke ervaring is buitengewoon teleurstellend geweest. Regelmatig werden gespreksavonden georganiseerd waar enkele kernteamleden met patiënten praatten over de aanpak vanuit het gezondheidscentrum; keer op keer zijn daarbij actuele vragen en klachten over het functioneren van het gezondheidscentrum aan de orde gekomen. Pogingen om daarbij tot een dialoog te komen mislukten. De kernteamleden kregen ruimschoots de gelegenheid hun visie te geven zonder dat dit leidde tot iets anders dan een aandachtig toehoren en een herhaling van het hele proces bij een volgende gelegenheid. Zoals de vormingswerker die lange tijd deel uitmaakte van het team het op een gegeven moment omschreef: „Het is een kwestie van hulp verlenen tegenover service verlenen”. Zonder meer doen wat de patiënten het liefst willen, service bieden, geeft de meeste tevredenheid, terwijl doen wat naar onze mening de mensen „nodig” hebben en wat professioneel verantwoord is in feite hulp verlenen is.

Hoewel deze formulering het probleem een stuk duidelijker maakt, draagt het weinig bij tot een oplossing. De hulpverleners behouden hun verwachtingen en ook houden zij vast aan hun hoop dat een intensieve uitwisseling van opvattingen over ziekte en gezondheid met patiënten tot resultaten zal leiden. De patiënt van zijn kant behoudt kennelijk zijn wensen over de hulpverlening. Het blijft uitgesloten om deze twee uiteenlopende benaderingen volledig met elkaar te laten samenvallen. In de praktijk zal dan ook steeds naar een compromis gezocht worden tussen een puur professionele en een puur op de consument gerichte werkwijze.

Patiëntenvereniging

Een onverwachte, nieuwe kans deed zich voor toen één van de huisartsen uit het gezondheidscentrum vertrok en de gemeentelijke overheid als werkgever weigerde een opvolger aan te stellen. Er ontstond een nieuw „materieel” tekort. Dit leidde tot het ontstaan van een nieuwe golf van betrokkenheid van de wijk bij de gezondheidszorg in het algemeen en bij het gezondheidscentrum in het bijzonder. Vanuit het welzijnswerk kwamen activiteiten op gang om steun te verlenen aan het gezondheidscentrum

trum. Een groepje mensen, geformeerd rond „klachten” over het gezondheidscentrum, bleek nu opeens in staat bewoners actief te betrekken bij een minder abstract gegeven als het aantrekken van een nieuwe huisarts.

In deze situatie hebben de hulpverleners, wijs geworden van hun vroegere fouten, zich niet opgeworpen als gangmakers. Het initiatief lag en bleef liggen bij de bewoners c.q. patiënten. Vanuit deze – overigens mislukte – actie werd vervolgens overgegaan tot het oprichten van een patiëntenvereniging. Na een aantal jaren en na vele vergeefse pogingen leek het erop alsof het toch zou lukken; alsof de betrokkenheid van de patiënten bij hun wijkgezondheidscentrum toch gestalte zou krijgen op initiatief van de bewoners.

Ruim anderhalf jaar later, na veel werk en activiteit vanuit de patiëntenvereniging, moest echter worden geconstateerd dat het geen levensvatbare vrucht was. In de wijk werd besloten de vereniging op te heffen wegens gebrek aan belangstelling.

Er doet zich een curieuze situatie voor. Er waren en zijn op drie niveaus mogelijkheden om de ontwikkeling van het gezondheidscentrum te sturen. De hulpverleners zelf hebben duidelijk invloed. Daarnaast wordt invloed uitgeoefend door de Rotterdamse gemeenteraad en de besturen van de kruisvereniging en de instelling voor algemeen maatschappelijk werk. Bovendien kwamen de patiënten met initiatieven. Geen van de drie groepen is echter in staat gebleken meer dan incidenteel aansluiting te vinden bij initiatieven van anderen. De patiëntenvereniging lijkt daarbij het kind van de rekening te zijn geworden.

Huidige betrokkenheid van de patiënten

De betrokkenheid van de patiënt bij de hulpverlening op dit moment is zeker niet nihil. Via de gemeenteraad oefent de bevolking invloed uit op het gemeentelijk beleid waarvan het gezondheidscentrum Ommoord als afdeling van de Rotterdamse G.G. en G.D. deel uitmaakt. Hoewel het belang hiervan moeilijk te overschatten valt, wordt onder patiëntenparticipatie toch iets anders verstaan.

In de directe hulpverleningssituatie wordt eveneens een actieve betrokkenheid van de patiënten nagestreefd. De wijze waarop bijvoorbeeld probleemgedrag is geformuleerd – hulpvrager en

hulpverlener zijn het erover eens, dat het in feite om een leefprobleem en niet om een ziekte gaat (Lamberts 1975^b) – impliceert een actieve geïnvolveerdheid van de individuele patiënt bij de hulpverlening. Eveneens komt deze actieve betrokkenheid van individuele patiënten naar voren bij het werken met groepen. Het rapport *Methodisch werken* waaraan door een lid van ons kern-team is meegewerkt, benadrukt terecht het belang van het participeren van de patiënt in de wezenlijke beslissingen tijdens het hulpverleningsproces (Holten-Vriesema e.a.). In deze zin menen wij, dat er wel degelijk sprake is van participatie. Tenslotte is in onze wijk participatie bijna steeds goed mogelijk gebleken wanneer er zeer concrete, materiële of personele voorzieningen in het geding zijn. Wanneer het gaat om een als onrechtvaardig ervaren tekort – zowel in de leefomstandigheden van de patiënten als in de samenstelling van het hulpverleningspakket – kan snel een gemeenschappelijk uitgangspunt voor consument en hulpverlener gevonden worden. Een meer abstracte, op de filosofie en de inhoud van de hulpverlening gerichte patiëntenparticipatie waarbij de potentiële hulpvrager zich inlaat met voor hem belangrijke vragen, is bij ons niet van de grond gekomen. Patiënten noch hulpverleners lijken daar op dit moment ongelukkig mee te zijn.

Samenvatting. Sinds 1968 hebben de hulpverleners van het gezondheidscentrum Ommoord ervaring opgedaan met het actief betrekken van de bevolking c.q. patiënten bij de inhoudelijke aspecten van de hulpverlening. De verschillende fasen in de geschiedenis van het centrum worden gekenmerkt door een wisselende betrokkenheid van de bevolking. Wanneer materiële voorzieningen in het geding zijn, zoals het geval was bij het verkrijgen van een gebouw, blijkt het mogelijk dat hulpverleners en patiënten een gemeenschappelijk uitgangspunt vinden. Wanneer echter meer abstracte en immateriële kwesties aan de orde komen (bijvoorbeeld de meest wenselijke vorm van hulpverlening bij leefproblemen en functionele klachten, of de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt), is de betrokkenheid veel kleiner. De hulpverlener verkeert in het dilemma of hij zijn handelen zal afstemmen op hetgeen zijn professionele verantwoordelijkheid hem ingeeft, dan wel op de wensen van de bevolking. Op dit moment wordt betwijfeld of er een werkelijke behoefte bestaat – hetzij bij de hulpverleners, hetzij bij de patiënten – aan een meer uitgesproken

vorm van patiëntenparticipatie, wanneer zich geen materiële problemen voordoen.

Summary. The health centre in the district. Since 1968, the workers of the Ommoord health centre have gained experience with the active participation of the population/patients in the substantive aspects of the care provided. The various phases in the centre's history are characterized by varying participation of the population. When material provisions are concerned, as for example in obtaining a building, health workers and patients can find a common point of departure. But the level of participation is much lower with regard to more abstract, non-material questions (for example, the optimal form of assistance in problems of life and functional complaints, or the patient's own responsibility). The health worker's dilemma is whether to attune his actions to the demands of his professional responsibility or to the wishes of the population. At this moment it seems doubtful whether either the health workers or the patients feel the need for a more pronounced form of patient participation when no material problems arise.

Bakker F. R. Een experiment van gecoördineerde gezondheidszorg in Rotterdam (Ommoord); een eerste beschouwing. (1971) *huisarts en wetenschap* 14, 139.

Bakker, F. R. Humanistische geneeskunde: een geneeskunde die de gehele mens betreft. (1976) *huisarts en wetenschap* 20, 368.

Bakker, F. R. Medische rubriek: goede plaats voor ontmedicalisering. (1977) *huisarts en wetenschap* 21, 214.

Boom, W. H., H. Lamberts, J. Froom e.a. Patiënt en huisarts - Rochester (V.S.) en Ommoord met elkaar vergeleken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 246.

Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 322.

Lamberts, H. Het sociale model in huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medische model. (1972) *huisarts en wetenschap* 15, 369.

Lamberts, H. De morbiditeits-analyse - 1972 door de groepspraktijk Ommoord. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 455; (1975^a) *huisarts en wetenschap* 18, 7 en 18, 62.

Lamberts, H. Probleemgedrag in de eerste lijn. (1975^b) *huisarts en wetenschap* 18, 492.

Verslag van een deelonderzoek in het kader van het project evaluatie gezondheidscentra. *ITObA, Amsterdam*, 1975.

Weel, C. van. Werken met groepen in het gezondheidscentrum Ommoord. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 213.