

## CLIËNT EN HULPVERLENER

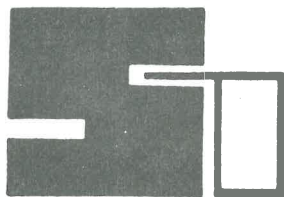
## IN DE SAMENWERKING

Syllabus ten behoeve van de themadag "Cliënt en hulpverlener in de samenwerking" georganiseerd door het Samenwerkingsproject Eerste Lijn op 21 november 1978 in het Conferentiecentrum Woudschoten

Den Bosch, najaar 1978

Samensteller: Aart Verhoeven

Lay-out: Marjan de Koning,  
Jos van Hesteren





# I N H O U D S O P G A V E

<i>INLEIDING OP HET THEMA</i>		<i>pagina</i>
. hulpvragers		I
. hulpverleners		II
. samenwerking tussen hulpverleners in de eerstelijns		II
. opvatting van S1 en doel van de studiedag		IV
. indeling van de syllabus		V
<i>Hoofdstuk I</i>	<i>EEN GREEP UIT DE LITERATUUR</i>	1.
. patiëntenrecht		1.1
. participatie		1.13
. de commissie Van der Burg		1.19
. algemene patiëntenverenigingen		1.22
. zelfhulp		1.26
<i>Hoofdstuk II</i>	<i>EEN GREEP UIT (JAAR)VERSLAGEN VAN SAMENWERKINGSPROJECTEN</i>	2.
. het vrijwilligerswerk (Leiderdorp)		2.1
. informatie aan de bevolking (Leiderdorp)		2.4
. het centrum voor antroposofische gezondheidszorg 'Hypericon' (Nijmegen)		2.8
. het mini-onderzoek (Assen-Oost)		2.10
. wij en de buurt, open dag (Assen-Oost)		2.14
. de verantwoordelijkheid van de cliënt/potentiële cliënt (bevolking) voor de hulpverlening/gezondheidszorg (Poortugaal)		2.18
. de georganiseerde wijkbevolking (Beijum)		2.19
. signalering uit de wijk (Neerbeek)		2.23
. de patiëntenvereniging, het hulpverleningsbeleid en het beleid ten aanzien van gebruikersparticipatie (Osdorp)		2.25
<i>Hoofdstuk III</i>	<i>VIER INITIATIEVEN</i>	3.
. gezondheidswinkels (Utrecht)		3.1
. het wijkwelzijnscentrum Afrikaanderwijk (Rotterdam)		3.4
. de werkgroep gezondheidszorg Maarssenbroek (Maarssenbroek)		3.6
. het gezondheidscentrum Assen-Noord (Assen)		3.8
<i>Hoofdstuk IV</i>	<i>LITERATUURLIJST</i>	4.



## "INLEIDING OP HET THEMA"

In het juli/augustusnummer van het tijdschrift Marge onderscheidt Steven Bless drie soorten opvattingen rond het begrip samenwerking. In veel gevallen doelt men, als men over samenwerken spreekt, vooral op een gebouw of de structuur waarbinnen samen - werken zich moet afspelen. Elders wordt samenwerking aangegaan met het doel de kwaliteit en effectiviteit van de bestaande hulpverleningsvormen te vergroten, zonder dat deze daardoor zelf wezenlijk veranderen.

Samenwerken, aldus Bless, kan echter ook staan voor samen zoeken naar nieuwe vormen van hulpverlening.

Zijn artikel gaat over dit zoeken naar nieuwe vormen van hulpverlening. Om duidelijk te maken wat hij bedoelt heeft hij hulpvragers, hulpverleners en samenwerkingsprojecten in twee typen onderscheiden.

### Hulpvragers

Mensen die aankloppen bij een eerstelijns hulpverleningsorganisatie zijn zeer verschillend en reageren waarschijnlijk ook ieder anders op hun omgeving. Sommige mensen geloven bijvoorbeeld meer dan anderen in de mogelijkheid van verandering van henzelf en hun omgeving en willen daar ook zelf verantwoording voor nemen. Gaat het om hun gezondheid, dan benadrukken zij niet zozeer het bereiken van een optimale situatie, maar zijn zij sterker gericht op de betekenis van gezondheid en ziekte in hun leven.

Andere mensen daarentegen geloven juist niet zo in de mogelijkheid zichzelf en hun omgeving te veranderen. Zij voelen zich eerder een produkt van hun omgeving, waarvoor zij zelf geen verantwoording kunnen nemen. Ziekte en gezondheid hebben voor hen niet zozeer de betekenis van een mogelijkheid tot leren en veranderen, maar het sturen naar een optimale gezondheid is een doel op zichzelf.

Mensen zullen vanuit zeer verschillende visies verschillend reageren op omstandigheden in henzelf of hun omgeving en zullen derhalve ook andere verwachtingen hebben ten opzichte van hulpverleners.

In geval van bijvoorbeeld rugklachten zal de één sterker gericht zijn op hoe kom ik eraan en wat betekent dat voor mijzelf, terwijl de ander meer geneigd zal zijn te zeggen: dokter, help me ervan af.

### Hulpverleners

Wanneer de cliënt zich naar een hulpverlener richt, zal hij ook daar verschillende visies en taakopvattingen kunnen aantreffen.

Sommige hulpverleners zullen erop gericht zijn de hulpvraag terug te brengen naar een probleem waarvoor zij professioneel deskundig zijn. Middels professionele methodieken stellen zij een diagnose en besluiten tot een therapie. De cliënt zelf staat, éénmaal zich aangegeven, hier buiten; hij is de patiënt. Achterliggende oorzaken of samenhangende omstandigheden worden in het kader van een dergelijke hulpverlening in de probleemdefinitie nauwelijks meegenomen, maar meer beschouwd als ruis waardoor een zuiver professionele behandeling wordt belemmerd. Het aantrekkelijke van een dergelijke aanpak is, dat ze redelijk meetbaar is.

Andere hulpverleners daarentegen zullen meer accent willen leggen op de eigen mogelijkheden van de cliënt bij het opsporen van de betekenis van de hulpvraag en hoe hieraan te werken.

Daarvoor is nodig dat zij open staan voordie delen van de cliënt en zijn hulpvraag, die los staan van een professionele expertise. Zij laten als het ware de veiligheid van hun eigen professie even varen - zonder noodzakelijk de eigen deskundigheid te verliezen - om samen met de cliënt op zoek te gaan.

Hoe de hulpverlening nu de facto zal functioneren is hiermee niet geheel gezegd. Dit hangt immers af van de taakopvattingen van zowel hulpgever als ook hulpvrager.

Bijvoorbeeld: een cliënt met een sterk gevoel voor eigen verantwoordelijkheid en een brede visie op ziekte en gezondheid zal een enge technische behandeling niet zo gemakkelijk accepteren. Omgekeerd zal een cliënt die van de hulpverlener verwacht dat deze hem 'beter' zal maken, niet zo gemakkelijk uit de voeten kunnen met een brede 'soft' benadering, waarbij hij zelf (mede-)verantwoordelijk wordt gehouden voor het oplossen van zijn probleem.

### Samenwerking tussen hulpverleners in de eerstelij

Voor sommige hulpverleners betekent samenwerken vooral het vergroten van de effectiviteit van de bestaande hulpverlening zonder dat deze zelf ter discussie wordt gesteld.

Door een betere bereikbaarheid en meer zicht op ieders (professionele) grenzen en mogelijkheden wordt onderlinge verwijzing van voor de eigen discipline a-specifieke hulpvragen gemakkelijker en kan ieder zich zoveel mogelijk richten op eigen professionele mogelijkheden. De dokter kan dan weer arts worden. Door samen te praten over cliënten kan men bovendien steun vinden bij elkaar. Er ligt bij dergelijke samenwerkingsverbanden veel accent op professionele normen en vaardigheden, procedures, taakafbakening, outillage, enz.

Meestal is de arts de centrale figuur. De cliënt is er voornamelijk een passieve rol toebedeeld.

Samenwerken kan echter ook betekenen dat hulpverleners en cliënten samen zoeken naar nieuwe vormen van hulpverlening, die meer aansluiten bij de cliënt met zijn verhaal en diens eigen mogelijkheden zoveel mogelijk ondersteunen. Samenwerken betekent dan vooral: gemeenschappelijke betrokkenheid; openstaan voor nieuwe gezichtspunten; de moed de veiligheid van je eigen specialisme te laten vallen zonder het te verliezen; onderlinge houdingscritiek; samen experimenteren en leren van ervaringen. Kortom: samenwerken niet als procedure, niet als doel in zichzelf, maar veeleer als het al doende groeiende resultaat van samenwerken aan de problemen van mensen.

Beide soorten samenwerkingsverbanden bedienen zich van vergelijkbare organisatorische en ruimtelijke structuren. De functie ervan is echter verschillend. Institutionalisering, zonder dat er sprake is van een werkelijk andere taakopvatting over de hulpverlening aan de cliënt leidt gemakkelijk tot een naar binnen gerichte samenwerking, die doel wordt in zichzelf.

De aandacht wordt geconcentreerd op een formele structuur en een gebouw in plaats van op inhoud en betekenis van samenwerken voor de hulpverlening.

Praten over de cliënt, maar zonder hem, en het streven naar groepscohesie gaan ten koste van een meer persoonlijke benadering in de hulpverlening en verzwakken de positie van de cliënt.

Institutionalisering van de samenwerking vanuit een nieuwe visie op hulpverleners is minder gericht op een samenbundelen van hulpverleners maar beoogt vooral binnen de bestaande hulpverleningsstructuren voldoende werkruimte te verwezenlijken om als hulpverleners samen te kunnen experimenteren.

Voor de cliënt is het ondertussen niet eenvoudig achter eenzelfde etiket (bijvoorbeeld gezondheidscentrum) zeer verschillende taakopvattingen en werkwijzen te kunnen aantreffen. Een reden te meer waarom de cliënt de kans moet krijgen zich een oordeel te vormen over veranderingen in de hulpverlening en daarover medezeggenschap uit te oefenen.

#### Opvatting S1 en doel van de studiedag

Als S1 hebben we ons meermalen uitgesproken voor het zoeken naar die vormen van hulpverlening die zoveel mogelijk aansluiten bij heel de mens en zijn omgeving en diens eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden zoveel mogelijk ondersteunen. We denken daarbij aan zaken als:

- stimuleren van zelfzorg/mantelzorg, door meer accent te leggen op de eigen mogelijkheden van de cliënt
  - . deprofessionalisering
  - . zoeken naar integrale benaderingen aansluitend bij heel de mens en niet alleen bij zijn ziekte
  - . mensen duidelijk maken dat 'minor ill health' onderdeel is van het menselijk tekort en dat het hebben van een probleem niet identiek is aan de noodzaak van hulpverlening
  - . inzet van vrijwilligers
  - . praatgroepen
  - . groepsgewijze behandeling
  - . G.V.O./preventie
- de mensen meer inspraak bieden in de hulpverlening, door openheid over eigen werkwijze zowel in het algemeen als in concrete hulprelaties
  - . voorlichtingskrantjes, open dagen
  - . gezamenlijke intake in plaats van verwijzen
  - . cliënt uitnodigen als hij in het team aan de orde is
  - . verwijzingsbrief naar specialisten ter inzage aan cliënt
  - . rapportage aan cliënt over gesprek in team
- inspraak op structureel niveau, bijvoorbeeld cliëntenraad, wijkbewoners in het bestuur, enquête onder de bevolking van de wijk
- door als hulpverleners na te denken over de functie van de hulpverlening in de samenleving/politiseren tegenover individualiseren.



Onze veronderstelling is, dat hoewel op verschillende plaatsen initiatieven worden genomen, veel hulpverleners en samenwerkingsverbanden moeite hebben hun idealen handen en voeten te geven.

Doel van de themadag is dan ook om werkers hierbij te helpen door nader in te gaan op de taakopvattingen van hulpverleners en cliënten en concrete activiteiten in genoemde richtingen uit te wisselen.

### Indeling van de syllabus

De syllabus is als volgt opgebouwd. Zoals gezegd worden er in de eerste lijn veel nieuwe initiatieven in bovengenoemde zin ondernomen. In datgene wat er schriftelijk is vastgelegd komen een aantal begrippen zoals bijvoorbeeld cliëntparticipatie, (de-)professionalisering steeds weer terug.

We hebben een aantal artikelen en boeken uitgekozen en daarbij op twee aspecten gelet. Allereerst welke taakopvattingen vindt de auteur belangrijk en welke concrete suggesties geeft hij.

Achtereenvolgens komen in hoofdstuk I aan de orde

- 1 het katern 2000 van de werkgroep 2000 getiteld 'patiëntenrecht'
- 2 enkele artikelen van Besteman over 'cliëntparticipatie'; 'waarom dit nodig is' en 'tips voor de eerste lijn'
- 3 enkele achtergronden en democratiseringsvoorstellen van de z.g. Cie. Van der Burg (deze commissie heeft begin 1977 aan de toenmalige minister van CKM advies uitgebracht omtrent het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen)
- 4 de filosofie, wensen en doelstellingen van een tweetal algemene patiëntenverenigingen
- 5 een korte beschouwing over het fenomeen zelfzorg uit het boek Zelfhulp.

In hoofdstuk II hebben we uit ons bekende (jaar)verslagen van projecten enkele fragmenten opgenomen die laten zien hoe er op enkele plaatsen met het thema gewerkt wordt.

Op de themadag zelf komen een viertal initiatieven aan de orde, nl. gezondheidscentrum Assen-Noord te Assen, wijkwelzijnscentrum Afrikaanderwijk te Rotterdam, de gezondheidswinkel in Utrecht en de werkgroep gezondheidszorg Maarssenbroek.

Van elk van de vier projecten hebben we in hoofdstuk III enkele gegevens opgenomen.

In hoofdstuk IV tenslotte vindt u een overzicht van ons bekende literatuur over het thema.

Er lijkt een zekere huiver te zijn om na te denken of men na zijn dood organen ter beschikking wil stellen. Dit ook nog op schrift stellen en bij zich dragen gebeurt nog minder. Het bij zich dragen van een dergelijke verklaring is noodzakelijk, omdat de snelheid waarmee een te transplanteren orgaan verwijderd moet worden, vraagt dat ook de bereidheidsverklaring snel bij de hand is.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst heeft bij de medische informatiekaart een 'transplantatieverklaring' gevoegd, die via de huisarts verkrijgbaar is. Ook bestaat er een z.g. boekje voor nabestaanden. Hierin kan iemand gegevens vermelden die na overlijden van belang zijn voor zijn nabestaanden. Gehele of gedeeltelijke beschikbaarstelling van het lichaam wordt hierin ook vermeld. De huidige situatie is zo, dat de Nederlandse wet aan een zelfgeschreven codicil met betrekking tot het wegnemen en transplanteren van organen geen rechtsgeldigheid toekent. De nabestaanden hebben de eindbeslissing over het al dan niet ter beschikking stellen van organen.

In ca. 6% van de gevallen waarin iemand zelf beschikt dat organen getransplanteerd mogen worden, komt het voor dat de familie dit alsnog weigert. Een betere wettelijke regeling lijkt dan ook noodzakelijk. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd in Nederland dezelfde regeling te hanteren zoals die in Frankrijk en Zwitserland geldt. Daar geldt de regeling dat, wanneer iemand er bezwaar tegen heeft dat er na de dood organen worden verwijderd, dit vastgelegd moet worden. Of dit de juiste wettelijke regeling is, is nog een punt van discussie.

### Euthanasieverklaring

De zelfbeschikking over het levenseinde kan in een euthanasieverklaring of levenstestament geregeld worden. Men moet hierbij een onderscheid maken tussen passieve en actieve euthanasie.

Onder passieve euthanasie verstaat men dat er afgezien wordt van elke stervensvertragende (be)handeling, maar dat men wel vraagt om verpleegkundige zorg, medische begeleiding en hulp, bijv. pijnbestrijding. Bij passieve euthanasie maakt men gebruik van het recht om een behandeling te weigeren en dit is als zodanig legitiem.

Het hoort bij het recht op zelfbeschikking. Wanneer er levensverkortende middelen of handelingen toegepast worden, spreekt men van actieve euthanasie. De toepassing hiervan kan juridisch niet worden afgedwongen, maar het bestaan van een levenstestament zal wel invloed hebben bij de besluitvorming van een medisch team, dat de vraag naar actieve euthanasie krijgt voorgelegd.

Zowel de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie als de Stichting Vrijwillige Euthanasie hebben ieder een euthanasieverklaring opgesteld. Beide groepen hebben tot doel het onderwerp sterven bespreekbaar te maken en voorlichting daarover te geven. Voor die gevallen waarin het sterven - om welke reden dan ook - voor de patiënt moeilijk te dragen is, zou de door de patiënt zelf gewenste euthanasie, zowel passief als actief, openlijk en straffeloos mogelijk moeten zijn.

Het levenstestament van Stichting Vrijwillige Euthanasie is uitgebreider dan dat van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. De eerste biedt meer garanties zowel voor de arts als voor de patiënt. Er blijven echter moeilijke punten bestaan, zoals:

- de geldigheidsduur van de verklaring
- wanneer de verklaring van kracht wordt
- hoe is de verklaring herroepbaar
- kan men een dergelijke verklaring overzien als men niet ziek is (de draagwijdte en de inhoud ervan)
- welke garanties zijn er voor de arts om niet aan strafvervolging te worden blootgesteld.

Omdat er over dit onderwerp zoveel meningen bestaan als er mensen zijn, ieder met zijn eigen motieven, lijken deze problemen - afgezien van zowel wettelijke als andere mogelijk- en onmogelijkheden - alleen opgelost te kunnen worden in een goede arts/patiënt-relatie, waarin duidelijk elkanders standpunten en bedoelingen naar voren kunnen komen en gerespecteerd worden.

### Experimenten

Voordat een patiënt zijn toestemming geeft voor welke vorm van experiment dan ook, moet hij eerst voor de aanvang van het experiment schriftelijke informatie hebben ontvangen in begrijpelijke taal over de volgende zaken:

- doel van het experiment
- volgens welke methode het experiment plaatsvindt
- welke middelen gebruikt zullen worden
- aard van het experiment
- duur van het experiment
- welke ongemakken er aan verbonden zijn
- welke gevaren en effecten het experiment op de gezondheid kan/zal hebben
- de te verwachten voordelen van het experiment
- wie verantwoordelijk is voor het experiment.

De patiënt moet te allen tijde vrij zijn om van deelname af te zien en om de door hem verleende toestemming in te trekken. Dit betekent dus dat de ingrepen zodanig moeten zijn, dat men op elk gewenst moment kan stoppen zonder dat de gevolgen niet meer ongedaan gemaakt kunnen worden. Pas wanneer de patiënt over alle gegevens beschikt en ze op schrift heeft staan, kan hij zijn keuze bepalen. Bij het bepalen van deze keuze mag hij niet belemmerd worden door enig aspect van macht, bedrog, dwang enz. en moet hij voldoende tijd hebben gehad om alles goed te overwegen. Pas dan kan hij zijn schriftelijke toestemming geven.

Het verdient aanbeveling dat een onafhankelijke commissie wordt ingesteld die het experiment beoordeelt. Wanneer deze commissie in het leven geroepen mocht worden, dan zou de patiënt eveneens inzage moeten krijgen in het protocol dat door deze commissie eventueel zal worden opgesteld.

### Oude medicijnen

In vele medicijnkastjes zullen medicijnen 'opgeslagen' liggen die niet meer worden gebruikt.

Daar opsparen van medicijnen gevaarlijk is voor kinderen en medisch gezien ongewenst, is het aan te bevelen ongebruikte medicijnen bij de apotheker in te leveren. Deze zorgt er dan voor dat deze medicijnen vernietigd worden.

Het weggooien van medicijnen in w.c, vuilnisbak, prullemand etc. mag in geen geval, omdat het gevaar oplevert voor kinderen, maar ook milieuverontreinigend is.

### Alternatieve geneeswijzen

Naast de geneeskunde die aan de medische faculteiten gedoceerd wordt, zijn er een aantal niet-universitaire of alternatieve geneeswijzen. Een aantal daarvan gaat uit van een wezenlijk andere benadering van ziek- en gezond zijn. Ze gaan nl. uit van een totaal-benadering van de patiënt en niet zoals bij de universitaire geneeskunde van een 'opdelen' van de patiënt in organen en orgaanstoornissen.

De voornaamste niet-universitaire geneeswijzen zijn oosterse geneeskunde, paranormale geneeskunde, homeopathie en anthroposofische geneeskunde. Omdat zij uitgaan van een ander ziektemodel kunnen deze geneeswijzen ook wezenlijk nieuwe mogelijkheden toevoegen aan de bestaande geneeswijzen. Het bestaan van universitaire en alternatieve geneeswijzen naast elkaar kan de gezondheidszorg in ons land verbeteren. De patiënt moet echter wel de gelegenheid krijgen zijn keuze te bepalen ten opzichte van deze verschillende wijzen.

In een aantal (langdurige) ziektegevallen kan het raadzaam zijn in overleg met de huisarts een homeopatische of anthroposofische arts te consulteren. Het probleem hierbij is, dat door de verzekeringen en ziekenfondsen alleen die behandelingen worden vergoed die door een door de wet erkend - dat wil zeggen met een diploma van een universiteit toegerust - arts uitgevoerd worden. Bij de ziekenfondsverzekerde geldt nog een extra beperking nl. dat de arts die de niet-universitaire geneeswijze uitoefent, aangesloten hoort te zijn bij het ziekenfonds waarbij de patiënt eveneens staat ingeschreven.

Het verdient aanbeveling te onderzoeken of er wettelijke regels moeten komen voor toepassing van alternatieve geneeswijzen en of deze opgenomen moeten worden in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen.

Er is sinds kort een commissie ingesteld die zich over deze vragen zal gaan buigen. Deze commissie zal naar verwachting pas in 1979 advies uitbrengen.

### Kostenbewustzijn

Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om als patiënt kostenbewust te zijn wat betreft de voorzieningen van gezondheidszorg, daar een groot deel van de patiënten zelden of nooit een rekening ontvangt voor een behandeling, die ze hebben ondergaan.

In sommige gevallen is het voor particulier verzekerden wel mogelijk eerst zelf de rekeningen te controleren, voordat deze doorgestuurd worden aan de verzekeringsmaatschappij van de patiënt. De patiënt die verzekerd is via het ziekenfonds kan onmogelijk inzicht krijgen in de kosten van de hulpvraag, omdat hij nooit een rekening te zien krijgt. Dat is een vreemde situatie, gezien de premie die de patiënt betaalt.

Het verdient aanbeveling dat een particulier patiënt die de rekeningen krijgt toegestuurd, deze checkt op hun juistheid. Wanneer iemand een rekening ontvangt van bijvoorbeeld de garage, wordt die rekening toch ook gecontroleerd. Patiënten die particulier verzekerd zijn en nooit een rekening ontvangen, kunnen proberen te bewerkstelligen bij de behandelende hulpverlener/hulpverleningsinstantie of de verzekering dit verandert.

Patiënten die via het ziekenfonds verzekerd zijn, zouden aan het ziekenfonds of de hulpverleners kunnen vragen wat bepaalde behandelingen of medicijnen eigenlijk kosten.

### Wachttijden

In de consumentengids van februari 1977 staat een beschrijving van een onderzoek naar wachttijden in poliklinieken. Hieruit blijkt, dat veel mensen lang moeten wachten ondanks afspraken.

Niet alleen in poliklinieken, ook bij de huisarts kan dit het geval zijn. Gebleken is dat met enige organisatie de mogelijkheid bestaat wachttijden globaal tot ca. 10 minuten te reduceren.

Een patiënt die regelmatig lang moet wachten, kan de huisarts of specialist hierop wijzen. Als er niets verandert aan de wachttijden in de polikliniek, kan men eventueel met de directie of het bestuur van het betreffende ziekenhuis contact opnemen. Ook de tijd van de patiënt kost geld!

### Patiëntengroeperingen

In Nederland bestaan op het gebied van de gezondheidszorg - zowel wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidszorg - een aantal groeperingen die zich richten op de patiënt.

We kunnen deze patiëntengroeperingen onderscheiden in de volgende categorieën:

#### - categorale patiëntenverenigingen

Hieronder verstaan we groepen van patiënten die dezelfde ziekte hebben en dus met dezelfde verschijnselen te maken hebben, dezelfde soort problemen kunnen hebben en van hetzelfde type voorzieningen gebruik moeten maken (astmavereniging, diabetesvereniging).

Er zijn enkele verenigingen speciaal voor ouders van kinderen met een geestelijke handicap (b.v. Landelijke stichting ter behartiging van de belangen van autistische kinderen en hun ouders; Het Zorgkind).

Onder dezelfde categorie, maar met een heel andere problematiek kunnen hier ook genoemd worden groepen voor (ex)psychiatrische patiënten, zoals b.v. de Cliëntenbond en stichting Pandora. Door contacten tussen leden tot stand te brengen, door allerhande voorlichting en door onderzoek te bevorderen, behartigen deze verenigingen de belangen van hun leden

#### - groepen bestaande uit vrijwilligers

Op verschillende plaatsen in Nederland functioneren vrijwilligersgroepen, die het welzijn in bv. de buurt of wijk willen bevorderen.

Zij doen dit ondermeer door vereenzaamden of mensen met rouwproblemen op te vangen in samenwerking met de hulpverleners in de wijk. Een andere vorm van vrijwilligerswerk is een hulpdienst die hand- en spandiensten verricht bv. in gezinnen waarvan de moeder ziek is of bij bejaarden.

Over het algemeen streven vrijwilligersgroepen naar een goede samenwerking tussen de bewoners en welzijnswerkers van een bepaalde buurt om de leefbaarheid van de buurt te vergroten.



- nazorg-groepen/oud patiënten

Deze groepen stellen zich ten doel de opvang en begeleiding van patiënten tijdens en na een behandeling in het ziekenhuis te bewerkstelligen of te verbeteren. Een duidelijk voorbeeld is de na-zorg bij een borstamputatie. De patiënten wisselen onderling gedachten en/of ervaringen uit en getracht wordt ook zakelijke voorlichting te geven. Bijvoorbeeld de vergoedingen door ziekenfondsen van een prothese, mogelijkheden van (aangepaste) kleding, enz.

- algemene patiëntengroepen

Dit zijn werkgroepen, die de gezondheidszorg in de meest uitgebreide zin in hun wijk of woonplaats willen bevorderen. Soms ontstaan zij vanuit een gezondheidscentrum. In het algemeen kunnen zulke groepen zich bezighouden met problemen die specifiek zijn voor hun woonplaats. Zij willen een soort brugfunctie vervullen tussen bewoners en gezondheidswerkers om de gezondheidsvoorzieningen zo goed mogelijk te laten functioneren. Vanuit de bewoners/potentiële patiënten fungeren zij als spreekbuis naar de gezondheidswerkers en -instellingen en eventueel de plaatselijke overheid om de ideeën van de bewoners over de gezondheidszorg naar voren te brengen

- 'gezondheidswinkels'

Bekeken kan worden of vanuit een buurthuis iets georganiseerd kan worden op het gebied van gezondheidszorg.

Men kan hierbij denken aan zogenaamde 'gezondheidswinkels' waaraan ook hulpverleners uit de buurt medewerking kunnen verlenen. De nadruk zal vooral moeten worden gelegd op vormende, preventieve voorlichting en informatie. Activiteiten die o.a. georganiseerd kunnen worden, zijn:

. opzetten van groepen

b.v. aan anderen doorgeven hoe zij hun ziek-zijn hebben ervaren (denk aan hartpatiënten), inspringen door buurtbewoners bij ziekte etc.

. organiseren van informatie-avonden

bv. verzorging en verpleging thuis, huisapotheek etc.

organiseren van cursussen; bv. over voeding, EHBO etc.

. verspreiden van voorlichtingsmateriaal via stencils huis aan huis

. winkeluren

op bepaalde tijden kunnen wijkbewoners bv. aan een arts vragen stellen

op het gebied van gezondheid en ziekte.

## "PARTICIPATIE"

*Uit: - tijdschrift voor Agologie 1977 nr. 3. Auteur A. Besteman "De noodzakelijke terugkomst van de cliënt in de hulpverlening"*  
*- de eerste lijn 1977 nr. 3. Auteur A. Besteman "De polsstok van de participatie"*

### Knelpunten in de hulpverlening

Besteman signaleert in zijn artikel "de noodzakelijke terugkomst van de cliënt in de hulpverlening" de volgende knelpunten in de hulpverlening

- 1 een grote verscheidenheid van instellingen
- 2 professionalisering
- 3 bureaucratische beheersing
- 4 centralisatie
- 5 maatschappelijk isolement

- als reden van de grote verscheidenheid van instellingen noemt Besteman het ontbreken van voldoende informatie over het veld en de aanwezigheid van een verbrokkelde groep besluitvormende organisaties.

Voor de gewone man of vrouw die met hulpvragen zit, is deze versnippering een ramp. De onoverzichtelijkheid is groot, maar - wat erger is - de klachten moeten verdeeld worden over tal van hulpverleners van verschillende instellingen.

Het coördinatieprobleem, onopgelost aan de top, wordt gelegd bij de cliënt. Het rigide instellingen-veld kan niet snel op veranderde behoeften inspelen

- de groei aan verscheidenheid van werkers met hun afzonderlijke hulpverleningsmethoden betekende voor de cliënt, dat hij zijn klacht meestal naar het niveau van de professional moet brengen, of door verwijzing laten brengen. De professionalisering heeft de verwijzingswegen verlengd en in de verengde aandacht voor de individu de hulpverlening sterk ontmenselijkt
- de bureaucratische beheersing kenmerkt zich door de wens te sturen, dat wat nog enigszins objectief te reguleren valt zoals bijvoorbeeld kostenaspecten van de hulpverlening. Kwalitatieve aspecten worden door het principe van bureaucratische beheersing sterk belemmerd. Voor de cliënt betekent dit, dat hulpverleners ambtenaren worden die eerst hun 'reglement' tevoorschijn moeten halen en dan zien of het mogelijk is iets te doen
- met de tendens tot bureaucrativering is nauw verbonden het verschijnen om de lijnen van besluitvorming in de hulpverlening te centraliseren en over vrij grote werkeenheden te willen beschikken. Voor cliënten betekent het dat voorzieningen uit hun woonomgeving verdwijnen
- de hulpverlening is in een maatschappelijk isolement geraakt. Er zijn geen vertakkingen meer naar traditionele en nieuwe maatschappelijke verbanden. De traditionele verbanden zoals bijvoorbeeld kerken verloren hun betekenis, nieuwe verbanden zoals bijvoorbeeld wijkcommités ontwikkelden zich meestal zonder contact met de hulpverlening. De sector rechtvaardigde haar groei zonder maatschappelijk weerwoord. Voor de cliënt ging de hulpverlening de betekenis krijgen van één van de vele diensten van de overheid; hij beslist of hij er gebruik van kan maken of niet, terwijl hij eigenlijk niet goed weet wat ze inhoudt.

#### De ideale hulpverlening

Als normen voor een ideale hulpverlening noemt Besteman dat deze in de ogen van de cliënt herkenbaar en bereikbaar moet zijn, moet plaatsvinden in een persoonlijke en existentiële relatie, een integraal karakter moet hebben en door de cliënt mede beïnvloed moet kunnen worden.

### Het oplossen van de knelpunten

Om de knelpunten, zoals de toename van het welzijnsvraagstuk door de grotere bewustheid en aktiebereidheid van de burger, de groei van het gesloten systeem van organisaties en professies, het maatschappelijk isolement en het ongecoördineerde overheidsbeleid te kunnen oplossen, geeft hij de volgende voorwaarden voor verbetering nl. de ontwikkeling van cliënt-participatie, een nieuw rolgedrag van hulpverleners, aktivering van instellingen en decentralisatie van beleid.

- cliënt participatie: om het maatschappelijk isolement te doorbreken is de terugkeer van de burger als medezorgdrager en -beleidsbepaler in de hulpverlening een eerste voorwaarde. Hierdoor is het mogelijk de op professie gebaseerde groei een halt toe te roepen. Aangezien de gebureaucratiseerde hulpverlening niet in staat is tot het geven van veel tijd en aandacht aan cliënten is het betrekken van de burger op het vlak van de zèlfzorg en wederzijdse hulp noodzakelijk. Cliënten kunnen met voorlichting, vrijwilligerswerk en cliëntenverenigingen en door het op het politieke niveau tillen van de collectieve problemen achter individuele klachten de zorg verbeteren
- nieuw rolgedrag: de terugkeer van de cliënt in de hulpverlening zal gepaard moeten gaan met een nieuw rolgedrag van de hulpverleners. In de eerste lijn zal men met een integraal hulpverleningsmodel moeten werken. Dit houdt een zekere relativering van het eigen beroep in
- aktivering van de instellingen: instellingen voor hulpverlening dienen zich aktief in te zetten voor de belangen van cliënten. Het spreekt vanzelf dat cliënten binnen de hulpverleningsinstelling ook in de beleidsvoorbereiding en het bewaken van de uitvoering terug te vinden moeten zijn. Een eerste stap daarbij is dat cliënten de ruimte gegeven wordt om met hun problemen naar voren te komen
- decentralisatie: een voorwaarde voor een betere hulpverlening is een gedecentraliseerde aanpak van planning en toewijzing van gelden.

## Participatietips voor de eerstelijns

Meer toegespitst op de eerstelijns geeft Besteman een vijftal terreinen waarop participatie mogelijk is nl. het reilen en zeilen van een gezondheidscentrum zelf, de verspreiding van informatie over geneesmiddelen, spreekuren e.d, de organisatie van zelfhelpgroepen, het onderzoeken en doorgeven van klachten van gebruikers over de eigen hulpverleners en het stellen van publieke kwesties, die achter individuele gezondheidsklachten schuil gaan.

### - het reilen en zeilen van een gezondheidscentrum zelf

Hier betreft het de meest voor de hand liggende problemen, waarover hulpverleners en gebruikers met elkaar kunnen overleggen. De regeling van spreekuren, de wijze van samenwerking tussen arts, maatschappelijk werker en wijkzuster, de uitbouw van de zorg met nieuwe hulpverleners (bijvoorbeeld psycholoog), de financiering, de aanstelling van nieuw personeel en de tekorten in de zorg zijn hier voorbeelden van. Vele zaken kunnen informeel in gesprekken tussen gebruikers en hulpverleners worden opgelost. Bepaalde zaken echter niet. Die vragen om meer voorbereiding en moeten eigenlijk aan alle gebruikers worden voorgelegd, alvorens er een besluit over kan vallen. De oprichting van verenigingen van gebruikers zoals bijvoorbeeld een patiëntenvereniging is nodig om alle leden georganiseerd bij bepaalde kwesties te betrekken. Een dergelijke vereniging is ook een voorwaarde om een afvaardiging van gebruikers in het stichtingsbestuur te krijgen, dat zich gesteund weet door de standpunten van de vereniging en de gelegenheid krijgt enige malen per jaar met de andere leden van gedachten te wisselen over de belangen van de stichting.

### - de verspreiding van informatie over geneesmiddelen, spreekuren, rechten van gebruikers, belangrijke veranderingen in de wijkhulpverlening

Het zal nog wel even duren voor dat de geneesmiddelenindustrie ook de brochures gaat samenstellen en verspreiden, die de klant ècht voorlichten over de voor- en nadelen van bepaalde geneesmiddelen en de adressen, waar ze goedkoop gekocht kunnen worden. Voorlopig zullen hulpverleners en gebruikers gezamenlijk hun schouders onder dit werk moeten zetten.

Wanneer men eenmaal een dergelijk informatieblad is begonnen, kan men daarin ook andere belangrijke wijk informatie kwijt. Informatie over het centrum zelf, andere hulpverleningsadressen in de wijk, spreekuren van sociaal raadsman, rechtshulp enz.

De lokale pers en de huis-aan-huis bladen bestrijken te grote gebieden om precieze informatie te kunnen geven. Stencilkranten met praktische informatie voor wijkbewoners worden goed gelezen en bewaard.

- de organisatie van zelfhelpgroepen en groepen voor onderlinge hulpverlening

Het terrein waarop dit soort groepen zich kunnen bewegen is praktisch onbegrensd. Voor de eigen gezondheid kan men denken aan o.a. vermageringsgroepen, dieetgroepen, sportgroepen en patiëntengroepen, die over hun ziekte of behandeling meer informatie willen hebben of onderling hun ervaringen willen uitwisselen.

Het meehelpen van buurtbewoners in het opzetten van peuterspeelplaatsen, het organiseren van opvang voor kinderen tussen-de-middag of na school, het organiseren van vakantie-activiteiten, het doen van boodschappen voor bejaarden enz. is, wanneer er concreet behoefte aan blijkt te zijn, hard nodig. Als men zich hier namelijk niet voor inzet gebeurt er gewoon niks

- het onderzoeken en doorgeven van klachten van gebruikers over de eigen hulpverleners, de apotheken, de specialisten, de ziekenhuizen en ziekenfondsen

De voornaamste rechten van de patiënt zijn

- het recht toestemming te verlenen dan wel te weigeren om over te gaan tot een onderzoek of behandeling
- het recht op informatie over de aard van de ziekte, de te volgen behandeling en de consequenties van beide; de patiënt moet alle dossiers die hemzelf betreffen kunnen inzien en desgewenst de volledige waarheid te horen krijgen
- het recht op geheimhouding van hetgeen vertrouwelijk tussen arts en patiënt wordt besproken of meegedeeld
- het recht op hulpverlening
- het recht op een behoorlijke kwaliteit van de zorg

(zie 'Gezondheidsrecht. De rechten van de patiënt'. Ars Aequi, nov. 1976)

Wanneer er een goede omgang is tussen patiënt en zijn hulpverleners van het centrum zal elke gebruiker zelf wel met zijn klacht naar de hulpverleners gaan. Dit ligt anders voor specialisten, ziekenhuizen en ziekenfondsen. Beducht voor opspraak en juridische consequenties verschuilen deze hun aansprakelijkheid en aanspreekbaarheid achter formele regelingen en ver weg liggende beroepsinstanties, waar de gewone man geen of nauwelijks gebruik van maakt.

Een gebruikersvereniging doet er verstandig aan een klachtencommissie in het leven te roepen, waar patiënten bij schending van hun rechten terecht kunnen. De commissie kan dan de vereniging raadplegen of namens de vereniging de klacht doorspelen naar de aansprakelijke personen of instellingen. Wanneer geen bevredigende antwoorden worden ontvangen, kan men zich voorzien van juridisch advies en de betreffende gebruiker helpen bij het verkrijgen van recht. Het naar buiten brengen van klachten over ziekenhuizen en specialisten betreffende de kwaliteit van de zorg of de onachtzaamheid ten opzichte van de persoon van de gebruiker kan van invloed zijn op veranderingen in de tweedelijnszorg, dit in het belang van de gebruiker-patiënt

- het stellen van publieke kwesties, die achter individuele gezondheidsklachten schuil gaan

Vele gezondheidsklachten kennen oorzaken, die buiten de privésfeer van de betrokken patiënt liggen. De geuite klacht moet natuurlijk zo goed mogelijk individueel worden behandeld door een hulpverlener. Het is echter onjuist als nóch een cliënt nóch de verantwoordelijke samenleving op de hoogte wordt gesteld van de vermoedelijke collectieve oorzaak. De plotselinge afbraak van woningen, de gegroeide verkeers- en geluidsoverlast van straten, de dreigende sluiting van bedrijven, de lozing van giftige stoffen en gassen enz. zijn gebeurtenissen die voor groepen patiënten tegelijk kunnen leiden tot aantasting van hun gezondheid. De gebruikersvereniging kan in voorkomende gevallen met de gesignaleerde aantallen en beschrijvingen van symptomen de kwestie achter de afzonderlijke klachten proberen op te sporen. Helemaal precies bestuderen gaat niet. Wel kan de groep gebruikers die zich ervoor wil inzetten in gewoon Nederlands het probleem beschrijven en het als publieke kwestie verwoorden. De aansprakelijke instanties kunnen door hen op de hoogte gesteld worden en via de eigen stencilkrant kunnen de leden worden geïnformeerd. Afdoende oplossingen zullen meestal niet meteen voorhanden zijn. De actieve bescherming echter van zijn recht op gezondheid, voorkomt dat de patiënt zich machteloos gaat voelen en met de aantasting van zijn leef- en werkmilieu zijn wil tot leven verliest.

## "COMMISSIE VAN DER BURG"

In breder verband heeft de z.g. Cie. Van der Burg zich met het participatievraagstuk beziggehouden (eind maart 1977 heeft de commissie advies uitgebracht aan de toenmalige minister van CRM omtrent het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen).

De commissie gaat uit van het sterke streven naar democratisering in de tweede helft van de jaren zestig. Deze brede democratiseringsbeweging nu heeft onmiskenbare invloed gehad op 'instellingen'. Zo wijst de commissie er o.a. op dat geschoolde beroepskrachten vanwege hun sterkere oriëntatie op normen en waarden vanuit hun beroep vaak minder in staat zijn om hun beroepshandelen aan niet-deskundige bestuurders uit te leggen. Bij conflicten echter nemen ze formeel een ondergeschikte positie in.

Beroepskrachten bepalen vaak - door het niet duidelijk vastleggen van bevoegdheden van bestuur en werkers - de uitvoering van het werk. Er wordt vaak geklaagd over de betrekkelijk geringe afstemming van de diensten van de instelling op de vraag van de cliënt. In de verzorgende beroepen is de cliënt (patiënt) bovendien ook veel sterker afhankelijk van de beroepskracht

Taak van de commissie was na te gaan of cliënten, werkers en bevolkingsgroepen (meer) bij het bestuur van gesubsidieerde instellingen betrokken dienen te worden en welke voorzieningen daartoe getroffen moeten worden.

### Conclusies en aanbevelingen van de Cie. Van der Burg

Ten aanzien van cliënten en personeel komt de commissie tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- de commissie is van mening dat cliënten in het algemeen meer bij het besturen van gesubsidieerde instellingen betrokken dienen te worden
- naarmate de afhankelijkheid van de cliënt ten opzichte van de instelling groter is, bestaat er meer reden hem invloed te geven op het besturen van de instelling
- de cliënten zullen in de eerste plaats hun invloed moeten kunnen uitoefenen op die aspecten van het besturen die voor hen het meest direct van belang zijn



- instellingen zullen daartoe zodanig ingericht moeten zijn voor wat betreft werkwijze en organisatie dat cliënten kunnen meespreken en soms meebeslissen op verschillende niveaus binnen de instelling, zoals in (beleidsvoorbereidende) commissies, in adviesorganen die op onderdelen van het beleid beslissingsbevoegd zijn
- de commissie acht daarnaast de participatie van cliënten in het bestuur als regel gewenst omdat ook op dit niveau - waar het gaat om de afweging van uiteenlopende argumenten - het geluid van cliënten moet kunnen worden gehoord
- waar mogelijk zouden cliënten zelf deel moeten kunnen uitmaken van het bestuur. Indien dit niet mogelijk is, kan worden gedacht aan bestuursdeelname door ex-clieñten danwel door andere personen die het vertrouwen van de cliënten bezitten
- de voordracht voor cliëntenvertegenwoordigers in het bestuur zou zo mogelijk moeten worden opgesteld door de cliënten zelf. Blijkt dit niet mogelijk te zijn, dan kan gedacht worden aan organisaties van (ex-) cliënten. Wanneer ook dit niet mogelijk zou blijken, verdient het aanbeveling dat lokale of provinciale overheden bestuursleden voordragen die zodanig op de hoogte zijn van wat er onder de cliënten leeft, dat zij geacht kunnen worden het gezichtspunt van de cliënten in het bestuur te kunnen weergeven
- de positie van de cliënten zou bovendien kunnen worden versterkt door de introductie of nadere regeling van een gewaarborgde klachtenbehandeling.
  
- de commissie is van mening dat ten aanzien van het betrekken van het personeel bij het besturen van gesubsidieerde instellingen een onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de behartiging van de belangen van het personeel in zijn hoedanigheid van werknemer en anderzijds de inbreng van het uitvoerende beleid als deskundige
- de commissie is van mening dat de specifieke werknemersbelangen, in overeenstemming met de Wet op de ondernemingsraden, ook in de gesubsidieerde instellingen behartigd dienen te worden via de ondernemingsraad
- van de mogelijkheid die deze wet biedt om ook bij kleinere instellingen dan die met 100 werknemers een ondernemingsraad in het leven te roepen zou op ruimere schaal gebruik gemaakt moeten worden
- het verdient aanbeveling op dit vlak waar mogelijk gebruik te maken van artikel 32a, tweede lid, van het Ontwerp tot wijziging van de Wet op de ondernemingsraden

- de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het uitvoerend personeel dienen duidelijk te worden geregeld in statuten en reglementen
- de deskundigheidsinbreng van het uitvoerende personeel zal op diverse niveaus van de instelling tot uitdrukking moeten komen in commissies, adviesraden, werkoverleg en dergelijke
- de deskundigheidsinbreng van het uitvoerende personeel zou ook in het bestuur tot uitdrukking moeten komen. Dit zou kunnen gebeuren door benoeming van enige bestuursleden, voorgedragen door benoeming van enige bestuursleden, voorgedragen door maar in het algemeen niet gekozen uit het personeel
- de voordracht voor deze bestuursleden zou moeten worden gedaan door de uitvoerende beroepskrachten. In instellingen met een ondernemingsraad zou dit moeten gebeuren door de ondernemingsraad
- indien vrijwilligers zijn betrokken bij de uitvoerende werkzaamheden van gesubsidieerde instellingen zouden ook dezen moeten kunnen participeren in het besturen.

#### Democratiseringsvoorstellen van de Cie. Van der Burg voor de sector zorg en hulp

"In de sector zorg en hulp dienen de cliënten waar mogelijk direct vertegenwoordigd te zijn in het bestuur, anders indirect door middel van personen die hun vertrouwen hebben, in onder meer de sfeer van de kindbescherming door middel van personen die geacht kunnen worden de belangen van de opgenomen jeugdige personen te kennen.

Bovendien dienen de instellingen in de sector zorg en hulp een inzicht te geven in de normen en uitgangspunten die worden gehanteerd in de dienstverlening, in de intramurale zorg met langdurig verblijf daarnaast ook omtrent de normen voor het stellen van beperkende regels en omtrent de mogelijkheden voor cliënten om inspraak te hebben in hun behandeling. Deze verduidelijkingen omtrent normen en uitgangspunten kunnen een plaats vinden in de toelichting op de begroting in het jaarverslag of in een apart hiervoor op te stellen beleidsstuk. Deze stukken en de vergadering waarin deze worden vastgesteld dienen openbaar te zijn.

In de intramurale hulpverlening dienen daarnaast openbaar te maken procedures te worden vastgesteld voor klachtenbehandeling ten behoeve van de cliënten en het personeel".

## ALGEMENE PATIËNTENVERENIGINGEN

- Uit: - artikel Trouw 1 sept. '78 "Vuist maken tegen medische macht"*  
*- folder van de algemene vereniging ter behartiging van de patiëntenbelangen "Patiëntenbelangen zijn ook uw belangen"*  
*- folder van de vereniging voor recht en persoonlijke vrijheid in de gezondheidszorg*

Kritiek op de gezondheidszorg

Het artikel van Trouw stelt het volgende.

"De kritiek op het functioneren van de gezondheidszorg en de mensen die daarin werken neemt steeds meer toe. Die kritiek is vaak niet mals. Er wordt geklaagd over het gebrek aan contact met de huisarts, over de onvrijheid en betutteling in het ziekenhuis.

Het feit dat bijna tien procent van het nationaal inkomen wordt opgeslokt door het gezondheidsapparaat biedt op zichzelf kennelijk geen garantie dat deze zorg er ook beter op wordt. Integendeel zou je haast zeggen: met het toenemen van de uitgaven voor dit apparaat lijken ook de klachten zich te vermeerderen. Er heerst onvrede alom. Weliswaar staat de medisch-technische kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland op hoog peil, maar de patiënt zelf dreigt als eerste belanghebbende temidden van alle voorzieningen geestelijk in de verdrukking te raken. Hij heeft nauwelijks nog overzicht, weet veelal niet waartoe een onderzoek dient en het enige dat hem schijnbaar rest is het zich overgeven aan de "deskundigen". Zij hebben ervoor gestudeerd en zullen het dus wel weten.

Dat lijkt in eerste instantie prachtig, maar versterkt uiteindelijk het gevoel van slachtoffer zijn en dat is iets, waartegen meer en meer mensen in verzet komen. Het is dan ook noodzakelijk, dat de patiënt - als iemand die gebruik maakt van de gezondheidszorg - samen met andere consumenten een vuist maakt tegen de medische macht, op deze manier voor zijn belangen op te komen en zich van zijn rechten te verzekeren.

Het is dan ook noodzakelijk dat de patiënt - als iemand die gebruik maakt van de gezondheidszorg - samen met andere consumenten een vuist maakt tegen de medische macht, op deze manier voor zijn belangen op te komen en zich van zijn rechten te verzekeren".

Wat de kritiek van enkele patiëntenverenigingen is en welke doelen ze nastreven lezen we o.a. uit bovengenoemde folders.

#### De algemene vereniging tot behartiging van de patiëntenbelangen

De algemene vereniging tot behartiging van de patiëntenbelangen stelt dat: "De gezondheidszorg wordt momenteel praktisch geheel beheerd en beheerst door hulpverleners, bestuurders en financiers (verzekeringen, overheid), door de beroepsbeoefenaren zelf dus.

De afnemer van gezondheidszorg, de patiënt, heeft tot nu toe nauwelijks een stem in het machtige apparaat van de gezondheidszorg. Hij mag alleen betalen (via ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekering of direct door contante betaling) en afwachten wat de anderen vinden dat goed voor hem is. Dat is natuurlijk een erg onbevredigende, om niet te zeggen onrechtvaardige toestand".

De A.V.P. wil dan ook bereiken, dat de patiënt erkend wordt als een mondige partner in de gezondheidszorg en dat zijn rechten worden erkend. De A.V.P. wil inspraak, medezeggenschap en belangenbehartiging van alle patiënten in de gezondheidszorg. Zij wil daardoor een tegenwicht vormen - in het belang van de patiënt - voor de beroepsbeoefenaren, de beheerders en de financiers.

In aansluiting op de door de Cie. voor sociale en gezondheidsaangelegenheden van de Raad van Europa wil de A.V.P. voor de volgende rechten opkomen:

- 1 het recht om zelf te beslissen over ziekenhuisopname en - eenmaal opgenomen zijnde - zelf te beslissen over het verlaten van het ziekenhuis
- 2 het recht om in zijn menselijke waardigheid te worden gelaten en als persoon te worden gerespecteerd
- 3 het recht om te worden ingelicht over alles wat hem als patiënt aangaat

- 4 het recht op geëigende verzorging
- 5 het recht op verzachting of voorkoming van pijn

De A.V.P. heeft ten aanzien van de gezondheidszorg de volgende wensen

- a vrije keuze van hulpverlener
- b betaalbare ziektekostenverzekering met betaling naar verrichting
- c uniforme richtlijnen voor besturen en directies van instellingen die patiënten behandelen en verplegen
- d uniforme richtlijnen voor klachtenbehandeling
- e collectieve arbeidsovereenkomst tussen hulpverleners en patiëntenverenigingen
- f invoer van maximale leeftijdsgrens voor hulpverleners
- g opheffing van het algemeen verbod tot uitoefening van geneeskunst
- h wijziging van de krankzinnigenwet
- i beperking van geneesmiddelengebruik
- j reorganisatie van ziektekostenverzekeringen
- k handhaving en verbetering van vertrouwensrelatie hulpverlener-patiënt
- l stimuleren van kostenbewustzijn van hulpverlener en patiënt
- m wijziging van de informatiegidsen ten behoeve van patiënten en familie, zoals die worden verstrekt door de ziekenhuizen, verpleeghuizen en rusthuizen

Aangezien de kosten van de gezondheidszorg tot bijna astronomische hoogten zijn gestegen en de meeste beslissingen genomen worden zonder dat de patiënt daar inspraak bij heeft wil de A.V.P. bereiken dat de patiënt vertegenwoordigd is in al die organen, die invloed hebben op de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg.

Tot slot neemt de A.V.P. klachten van leden in behandeling

#### De Vereniging voor recht en persoonlijke vrijheid in de gezondheidszorg

De Vereniging voor recht en persoonlijke vrijheid in de gezondheidszorg stelt zich ten doel op te komen voor de mondigheid en het zelfbeschikingsrecht van een ieder, in de gezondheidssector, hetgeen onder andere inhoudt

- a dat zowel patiënten als therapeuten vrij zijn in het aangaan van onderlinge relaties en dat de wijze en duur van behandeling, toepassing van geneesmiddelen, opleiding enz. naar vorm en inhoud in volle vrijheid door de betrokkenen kunnen worden gekozen
- b dat het de taak van de overheid is voor ieder gelijke mogelijkheden te waarborgen en niet dwang uit te oefenen tot gelijk gebruik van één mogelijkheid
- c dat de economische verhoudingen tussen betreffende therapeuten en patiënten in onderling overleg kunnen worden geregeld, gebaseerd op openheid en doorzichtigheid en afgestemd op de werkelijke behoeften.

De vereniging tracht dit doel te bereiken door ter meerdere bewustwording van overheid en enkeling voorlichtend te werken door gesprek, publicaties, onderzoek enz. en de vorming van initiatiefgroepen van leden te stimuleren.

#### Adressen

Recht en persoonlijke vrijheid M.H. Tromplaan 178, Oegstgeest  
A.V.P. Opril Grote Markt 5, Goes (Z) 01100 - 15703)

## ZELFHULP

*Uit: 'Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?' onder redactie van Pieter van Harberden en Robert Lafaille*

De auteurs komen op grond van een oriënterend onderzoek naar het fenomeen zelfhulp tot de conclusie dat dit drie elementen omvat of zou moeten omvatten nl.

- 1 zelfhulp als ideologie
- 2 zelfhulp als zelfbehandeling
- 3 zelfhulp als zelfhulpgroep

Onder zelfhulpideologie stellen zij dat zelfhulp in dit geval verwijst naar het vermogen van de mens (en derhalve de wenselijkheid) om zelf vorm te geven aan zijn leven.

Meer specifiek kan er onder worden verstaan die vorm van hulpverlening, waarbij men niet of niet meer van anderen afhankelijk is voor het lenigen van zijn nood of behoefte. Deze zelfhulpideologie is tot ontplooiing gekomen aan het eind van de zestiger jaren als reactie op de dominerende rol van de professionals en als pleidooi voor de mondigheid van de cliënt (auteurs Illich, Freidson).

Met zelfbehandeling in de vormen van zelfmedicatie en zelftherapie heeft de zelfhulpideologie als verwantschap dat in beide gevallen getracht wordt het aandeel van professionals in de hulpverlening terug te dringen en - zo mogelijk - uit te schakelen.

Uitgaande van de vaak gehanteerde splitsing in hulp vanuit primaire kaders zoals bijvoorbeeld het gezin en hulp vanuit secundaire kaders vragen de auteurs zich af, of zelfhulp niet een derde weg zou kunnen zijn om de leemte tussen primaire en secundaire kaders op te vullen. Zelfhulp zou de sterke kanten van de hulp vanuit primaire en secundaire kaders in zich kunnen verenigen.

In plaats van de stelling dat zelfhulp en professionals elkaar bijten willen de auteurs liever spreken van een uitdaging aan de professionals. Immers door de te verwachten groei van het aantal zelfhelpgroepen zullen de professionals gedwongen worden zich op hun eigen functioneren te bezien.

Zij signaleren al enige beweging met het risico dat de verworvenheden van de zelfhulpgroepen zo sterk door de professionele hulpverleners worden overgenomen dat men aan de zelfhulpgroepen geen ruimte meer laat.

Een veel gunstiger ontwikkeling zien ze in de evolutie van een traditioneel of conventioneel deskundigheidsmodel van de professional naar het z.g. kritische model.

In de traditionele professionele opstelling gaat men ervan uit dat de professional weet wat goed is voor de cliënt. Hij is het die beslist omdat hij de kennis bezit die dat mogelijk maakt en de cliënt niet. Daaruit spreekt een denken over de cliënt dat uitgaat van diens onmondigheid. Een dergelijke denkwijze laat te weinig ruimte over voor het medebeslissingsrecht van de cliënt over zijn eigen positie of gedrag.

In de kritische of neo-professionele opstelling is de interactie tussen de professional en cliënt als volgt. Er is geen sprake meer van boven- en onderschikking (of sociale afstand) tussen professional en cliënt, de relatie tussen beiden is meer symmetrisch, de relatie met de cliënt is gedemocratiseerd, de cliënt is mondig geworden en volstrekt gelijkwaardig.

De neoprofessional zal zijn deskundigheid niet opblazen, hij zal zelfhulpgroepen de ruimte laten en vanuit deze bescheiden opstelling kan hij bijdragen leveren.



Hoofdstuk II      EEN GREEP UIT (JAAR)VERSLAGEN VAN  
SAMENWERKINGSPROJECTEN

	pagina
. <i>het vrijwilligerswerk (Leiderdorp)</i>	2.1
. <i>informatie aan de bevolking (Leiderdorp)</i>	2.4
. <i>het centrum voor anthroposofische gezondheidszorg 'Hypericon' (Nijmegen)</i>	2.8
. <i>het mini-onderzoek (Assen-Oost)</i>	2.10
. <i>wij en de buurt, open dag (Assen-Oost)</i>	2.14
. <i>de medeverantwoordelijkheid van de cliënt/potentiële cliënt (bevolking) voor de hulpverlening/gezondheids- zorg (Poortugaal)</i>	2.18
. <i>de georganiseerde wijkbevolking (Beijum)</i>	2.19
. <i>signalering uit de wijk (Neerbeek)</i>	2.23
. <i>patiëntenvereniging, het hulpverleningsbeleid en het beleid ten aanzien van gebruikersparticipatie (Osdorp)</i>	2.25

## HET VRIJWILLIGERSWERK

*Uit: Verslag 1976-'77 van het samenwerkingsverband voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening te Leiderdorp.*

Nog steeds zijn twee groepen vrijwilligers actief werkzaam. Het zijn:

- a een groep jonge moeders, die beschikbaar zijn voor moeders, die opvoedingsvragen hebben
- b een groep, die individuele contacten onderhoudt met personen die in moeilijke omstandigheden verkeren

Groep A

Deze vrijwilligers praten in individuele contacten met moeders met vragen ten aanzien van hun kinderen.

De groep, bestaande uit ongeveer 12 moeders, komt iedere vrijdagmorgen bijeen om alle zaken, die in het belang van de groep zijn, te bespreken. Deze bijeenkomsten werden tot augustus 1976 begeleid door mevrouw M. de Bruijne-van Lange, psychologe. Na haar verhuizing werd zij direct opgevolgd door P.P. Davids, psycholoog.

Iedere vrijwilliger bezoekt gemiddeld twee tot vijf gezinnen. De duur van de contacten loopt uiteen van 1½ maand tot ruim een jaar. Tot 1977 hebben deze vrijwilligers alleen contacten gehad met moeders met jonge kinderen. Vanaf 1977 ook met schoolgaande kinderen tot 12 jaar.

In 1976 had de groep 19 contacten, waarvan 16 in dat jaar werden afgesloten; in 1977 waren dit 25 contacten, waarvan 6 werden afgesloten.

De meeste verwijzingen kwamen van de wijkverpleegkundigen. Andere aanmelders waren onder andere huisartsen, maatschappelijk werkers en een enkele keer kwam een moeder zelf hulp vragen.

De redenen van aanmelding waren:

- 2 x angstige kinderen
- 3 x bedplassers
- 10 x slaap- en/of eetproblemen
- 2 x niet schoolrijpe kinderen
- 1 x een kind, dat veel huilde

- 4 x agressieve kinderen
- 5 x broek-poepers
- 3 x kinderen, die niet speelden
- 1 x een kind met taalproblemen in verband met anderstalige moeder
- 14 x moeder-kind problemen zonder verdere specificatie

Deze opsomming is zeer globaal. Vaak kwamen combinaties van klachten voor (bijvoorbeeld eet slecht en speelt niet).

Opvallend is het aantal aanmeldingen met de opmerking: moeder heeft steun nodig, moeder heeft contact nodig.

Aangezien nagenoeg alle contacten zijn afgesloten, omdat de klachten niet meer bestonden, mag worden aangenomen, dat het ondersteunende werk van deze vrijwilligers als nuttig en waardevol beoordeeld mag worden.

Dezegroep organiseert elk jaar enige bijeenkomsten met de verwijzers. Huisartsen, schoolartsen, consultatie-bureau-artsen, maatschappelijk werkers, leidsters peuterspeelzalen en andere kunnen zodoende persoonlijk kennis maken met de vrijwilligers en hun manier van werken. Deze bijeenkomsten worden door ieder positief ervaren.

### Groep B

Deze groep onderhoudt individuele contacten met personen in moeilijke omstandigheden.

De vrijwilligers komen eens per 14 dagen bij elkaar om

- a in de groep raad te vragen over hun bezig zijn met de contacten en
  - b hun eigen functioneren in de groep en in de maatschappij te bespreken
- Om een indruk te geven van de soort problemen kunnen we over het jaar 1976-1977 noemen als zeer veel voorkomend: alcohol en achterliggende problemen; eenzaamheid; huwelijks- en relatieproblemen; rouwproces en aanpassingsproblemen.

Veel van de contacten zijn van langdurige aard, hetgeen als een van de voordelen van het vrijwilligerswerk kan worden gezien in verband met de continuïteit in de hulpverlening en de vertrouwensrelatie die opgebouwd wordt.

Hoe kwamen deze contacten tot stand? In de eerste plaats hebben alle vrijwilligers een open oor voor mensen die hulp behoeven. Daarnaast worden cliënten verwezen door huisartsen, maatschappelijk werkers, pastores en anderen.

De leden van deze groep geloven dat het belangrijk is, dat zij als luisterpaal beschikbaar zijn. Zij nemen er echt de tijd voor en proberen met diegene met wie zij in contact zijn het probleem duidelijk te krijgen, zij zoeken mee naar oplossingen en trachten te activeren.

Het zou in dit korte verslag te ver voeren in te gaan op het leer- en trainingsproces voor de vrijwilliger zelf. U wordt daarvoor verwezen naar het jaarverslag 1977 van bovenstaande groep.

Tot medio 1976 was de begeleiding in handen van de toen aanwezige maatschappelijk werkers van de Stichting "Midden-Rijnland", waarvan één de organisatorische aspecten in handen had.

Bij hun vertrek werd het voor de vrijwilligers belangrijk zich te bezinnen over hun structurele vorm. Aan de Stichting "Midden-Rijnland" werd gevraagd van gedachten te wisselen over een bestaansvorm van beide groepen, waarbij de typische vrijwilligersaspecten in stand zouden blijven. Deze vragen kwamen uiteindelijk terecht bij de stuurgroep, die d.d. 4 oktober een contactavond belegde tussen stuurgroepleden en beide groepen vrijwilligers. Dienaangaande werd voorgesteld en later besloten, één vrijwilliger in de stuurgroep op te nemen.

Aangezien de financiële situatie van het samenwerkingsverband na 1979 onduidelijk is (wij hebben dan vijf jaar subsidie verkregen via de voorlopige stimuleringsregeling voor wijkgezondheidscentra) besloten de vrijwilligers te gaan zoeken naar een onafhankelijke organisatie-vorm, zodat subsidie, waar dan ook vandaan, zelfstandig kan worden aangevraagd. Op dit moment is overleg hierover nog gaande.

Uit het jaarverslag 1977 van deze groep is duidelijk gebleken dat aan deze vorm van vrijwillige hulpverlening grote behoefte bestaat. Het zal dus zaak zijn voor dit werk een vorm te kiezen die de continuïteit en de samenwerking met andere disciplines waarborgt.

## INFORMATIE AAN DE BEVOLKING

*Uit: Verslag 1976-1977 Leiderdorp*

Opnieuw is in deze jaren de "Gezondheidsmededeling" verschenen. Oktober 1976 ging GM 2 de deur uit en in mei 1977 GM 3.

In beide brochures, die naar alle patiënten van de maatschap werden verzonden, werd concrete informatie verstrekt over de bereikbaarheid van de hulpverleners.

In GM 2 werd bovendien kort ingegaan op het "waarom" van de samenwerking. Enkele werkzaamheden van de wijkverpleegkundigen (begeleiding van het opgroeiende kind, de ziekenverpleging thuis en het zuigelingenbureau) kregen aandacht.

Er werd melding gemaakt van verschillende vaccinatie-mogelijkheden en vrouwen tussen de 25 en de 50 jaar werd geadviseerd éénmaal in de twee jaar een baarmoederuitstrijkje te laten maken.

Ook preventie kwam ter sprake in een artikeltje over tijdig ontspannen en veel bewegen. Het vrijwilligerswerk werd dit keer extra onder de aandacht van de lezers gebracht.

In deze GM 2 was een vragenformulier opgenomen met het doel de mening te peilen omtrent deze vorm van voorlichting.

Van de 4000 verzonden brochures kwamen 79 reacties binnen. 74 Gaven aan deze vorm van informatie nuttig en praktisch te vinden, vier hadden de betreffende vraag niet ingevuld en één gaf te kennen deze voorlichting overbodig te vinden.

17 Inzenders wensten deze brochure eens in de drie maanden te zien, 23 eens per half jaar en 24 hadden genoeg aan eens per jaar.

Op de vraag wat men miste in de GM werd door ieder nagenoeg anders geantwoord. Enkele opmerkingen waren:

- wat doet een maatschappelijk werker, wat kost een gesprek?
- wat doet de diëtiste, hoe is die te bereiken?
- waarom worden tandartsen niet vermeld?
- wanneer moet je naar je huisarts en wanneer naar het ziekenhuis?
- telefoonnummer van de vrijwilligers?
- hoe werkt het kleuterbureau?

Op de vraag met welke artikelen de GM nog interessanter zou kunnen worden werd eveneens zeer verschillend geantwoord, maar opvallend was een algemene vraag naar preventieve voorlichting.

Meer dan de helft vroeg op enigerlei wijze om

- voorlichting over gezond en beter leven
- verantwoord medicijn- en vitaminegebruik
- natuurgeneeswijze in plaats van medicijnen
- voorlichting over voedingszorg en diëthiek
- lichaamshygiëne
- invloed van het milieu op de gezondheid en de hierbij behorende eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

Op de vraag naar suggesties inzake de gezondheidszorg werd onder andere genoemd:

- bevorderen van de bouw van het gezondheidscentrum
- het op gang brengen van een samenwerking tussen apotheek en huisarts
- het bevorderen van groepspraktijken in het tweede echelon
- het bevorderen van bevolkingsonderzoek.

Over het algemeen werd (ook mondeling) gunstig geoordeeld over de Gezondheidsmededelingen. Ook het handzame formaat waardeert men positief: het nodigt uit tot bewaren.

In mei 1977 kwam GM 3 uit.

Opnieuw werd hierin zeer uitgebreid concrete informatie verstrekt over de bereikbaarheid van de teamleden.

Met slechts een enkel zinnetje werden de wisselingen in het team gememoreerd (de participanten hadden zelf voor de voorlichting hierover gezorgd). Sterk werd benadrukt, dat het doel van de samenwerking hetzelfde was gebleven.

In deze GM werd een stukje geplaatst over het maatschappelijk werk en schreven de wijkverpleegkundigen over het kleuterbureau, de gespreksgroepen (die voor a.s. ouders en die voor ouders van peuters en kleuters) en de 65-plussers.

Het werk van de diëtiste, alsmede haar bereikbaarheid werden genoemd, waarna een reeks "Wist U....." de folder besloot.

Het opzetten en het verzenden van de Gezondheidsmededelingen kost bijzonder veel tijd, inspanning en geld. Wij zijn er tot nog toe dan ook niet in geslaagd méér dan eens per jaar uit te komen.

De adressering heeft iedere keer weer hoofdbrekens gekost en hoewel steeds getracht werd iedereen te bereiken, bleken velen de mededeling niet ontvangen te hebben.

Voornaamste oorzaken hiervan zijn waarschijnlijk de vele verhuizingen, die plaatsvinden in zo snel groeiende gemeenten als Leiderdorp en Zoeterwoude, alsmede de regelmatige verschuivingen van ziekenfonds-ingeschrevene naar particulier en omgekeerd. Dat wil zeggen alle ingeschrevenen bij de maatschap van huisartsen zijn op aparte adreskaartjes genoteerd. Iedere maand worden deze kaartjes bijgewerkt. Wij hopen, dat zodoende de fouten tot een minimum worden beperkt.

Het vertrek van de huisarts G.A. de Bruijne en de komst van zijn beide opvolgers werd via twee brieven aan de patiënten medegedeeld.

In de ene brief nam de vertrekkende arts afscheid en deelde hij mee de praktijk over te dragen aan J. van de Beek en J. van der Leden.

In de tweede brief - tegelijk verzonden - vertelden de nieuwe huisartsen iets over zichzelf en hun gezinnen. Zij deelden eveneens mee, dat ook zij deelnamen aan het samenwerkingsverband.

Het conflict binnen de Stichting "Midden-Rijnland" en het daarmee gepaard gaande vertrek van de maatschappelijk werkers heeft veel publicaties in de kranten opgeleverd. Ook de maatschappelijk werkers zelf hebben via stencils en bijeenkomsten getracht de bevolking hun zienswijze duidelijk te maken.

Het samenwerkingsverband heeft hierover niet gepubliceerd.

De Kruisvereniging heeft in de jaren 1976 en 1977 in beide jaarvergaderingen de samenwerking aan de orde gesteld.

In 1976 werd onder andere de mening van de leden gevraagd over het al of niet deelnemen aan de bouw van gezondheidscentra. Aan deze vergadering die in de vorm van een hearing was gegoten, nam een ongekend groot aantal leden deel. De overgrote meerderheid was vóór gezondheidscentra, maar er werden ook voorwaarden genoemd: goede bereikbaarheid, geen onpersoonlijke behandeling en geen verlies van privacy.

In 1977 stonden onder andere de ontwikkelingen van het Kruiswerk (zowel de samenwerkingsverbanden als de regionale samenwerking in basis-eenheden) en informatie over de gezondheidscentra op de agenda.



## HET CENTRUM VOOR ANTHROPOSOFISCHE GEZONDHEIDSZORG 'HYPERICON'

*Uit: Brief nr. 10 van de Vereniging voor recht en persoonlijke vrijheid  
in de gezondheidszorg*

In augustus 1976 is in Nijmegen een gezondheidscentrum van start gegaan. Dit was het resultaat van een initiatief dat ongeveer anderhalf jaar daarvoor is opgevat door een groep mensen uit Nijmegen. Een groep patiënten met de bewuste wens een 'andere' huisarts naar Nijmegen te halen. Naar al spoedig bleek, liefst een anthroposofische huisarts. Via een drietal lezingen over de anthroposofische geneeskunde werd de behoefte gepeild, en het bleek dat er voldoende voedingsbodem was voor een dergelijke praktijk. De initiatiefgroep bestond toen naast de arts, met wie inmiddels contact was gelegd, en zijn vrouw, uit tien tot vijftien patiënten. Besloten werd dat we ons bij de opzet zouden laten inspireren door de driegeledinggedachte (de driegeleding van het sociale organisme werd in verband met de gezondheidszorg besproken in brief 6: De individuele patiënt en de structuren).

Door de initiatiefgroep werd een stichting in het leven geroepen, die een huis kocht. Zij stelde dit ter beschikking van initiatieven op het gebied van anthroposofische geneeskunde. Hiervoor werd door potentiële patiënten een aanzienlijk bedrag geleend of geschonken ter ondersteuning van de hypotheek. De initiatiefgroep, later de beleidsgroep van het centrum, heeft gezamenlijk een opzet van structuur en functioneren ontworpen. De dagelijkse gang van zaken op het centrum ligt in handen van deze beleidsgroep: alle beslissingen worden in gezamenlijk overleg genomen.

Er is een belangrijk basisprincipe: de loskoppeling van de financiën en het directe (medische) werk. De therapeuten/werkers krijgen voor de inzet van hun arbeid een in overleg overeengekomen inkomen op grond van hun behoefte. Hun werk staat zo geheel los van de financiële inbreng van hun patiënten. Dezen betalen in principe niet per consult maar geven een jaarlijkse bijdrage. Het uitgangspunt hierbij is de idee van een rechtvaardige lastenverdeling: zieken en gezonden betalen; ieder draagt door middel van zijn bijdrage medeverantwoordelijkheid voor het instandhouden en eventueel uitbreiden van het centrum gedurende dat jaar.

De hoogte van de bijdrage is een verplicht minimum en een vrijwillig bedrag dat men vanuit inzicht in de financiële gang van zaken kan vaststellen.

De therapeuten ontvangen hun inkomen dat door de patiëntenvertegenwoordiging in de beleidsgroep gegarandeerd is. Het innen van de nodige financiën valt onder de verantwoordelijkheid van deze patiëntenvertegenwoordiging, die deze kant volledig beheren. Over het financiële beleid wordt schriftelijk en op vergaderingen verantwoording afgelegd. Door deze vergaderingen (een à twee maal per jaar) en door middel van een regelmatig verschijnende nieuwsbrief wordt het contact met de brede groep van leden onderhouden.

De activiteiten op het centrum beperken zich niet tot het aanbieden van therapeutische hulp, vandaar ook de naam: centrum voor gezondheidszorg. Er wordt op het centrum op brede schaal informatie aangeboden. We geven gelegenheid te werken aan een groter bewustzijn en praktische kennis van de eigen gezondheid.

Er zijn cursussen: schilderen, boetseren, over voeding, over verpleging, moederschap; regelmatig zijn er open avonden (lezingen en gesprek). Ook zijn er studiegroepen en is er een groep die zich bezighoudt met de problematiek van de patiëntenbelangen in de gezondheidszorg.

Het is belangrijk nog enkele woorden te wijden aan de beleving die het functioneren op deze wijze aan beide kanten heeft doen ontstaan. De therapeuten vinden het prettig en noodzakelijk om onderling samen te werken in dit centrum; voor hen is de betrokkenheid van de patiënten enerzijds duidelijk een leersituatie die nog wat aanpassing vraagt van tijd tot tijd, anderzijds is het samen werken in de beleidsgroep een weldadige sociale ervaring. Het wegvallen van de financiële beslommeringen van een beginnende praktijk wordt als een uitgesproken bevrijdende situatie ervaren, die het therapeutische werken ten goede komt.

Voor de grote patiëntengroep is het staan in dit centrum ook een leersituatie; de regelingen worden algemeen als positief, zij het ingewikkeld ervaren, en de uitnodiging tot medeverantwoordelijkheid wordt in toenemende mate benut door de mensen.

## HET MINI-ONDERZOEK

*Uit: Informatiekrant gezondheidscentrum Assen-Oost september '78*

Vlak voor de zomervakanties kon het eindverslag van het Mini-onderzoek afgerond worden. Dit onderzoek is gehouden om na te gaan, wat de verlangens en inzichten zijn van de patiënt/cliënt van het Gezondheidscentrum. Het onderzoek zelf heeft nogal wat resultaat opgeleverd. Maar daarover straks.

Alhoewel het onderzoek onder wetenschappelijke leiding stond, is het toch in hoge mate aan de patiënten/cliënten te danken, dat het allemaal heeft kunnen gebeuren.

Degenen die benaderd zijn om hun mening te geven, hebben dat gedaan. Voorts is de uitvoering in handen geweest van vrijwilligers die met de vragenlijsten op stap gingen.

Het complete verslag is te zien in het Gezondheidscentrum (vragen naar Femmy Janson). Een beperkt aantal exemplaren is nog verkrijgbaar.

Enkele van de resultaten:

- patiënten/cliënten die buiten Assen-Oost wonen stoten zich eraan, dat steeds nadrukkelijk sprake is van Wijkgezondheidscentrum Assen-Oost. Zij kunnen zich hierdoor wat buitengesloten voelen. En dat is natuurlijk de bedoeling niet
- met de bekendheid die het Gezondheidscentrum heeft is het verschillend gesteld. Voorzichtige conclusie uit het onderzoek is, dat ongeveer de helft van de gezinnen uit Assen-Oost bekend is met de verschillende vormen van hulpverlening in het Gezondheidscentrum.

In de rest van Assen is echter de overgrote meerderheid hiermee bekend.

De bejaardengroep in Oost blijkt echter beter op de hoogte te zijn.

In de rest van Assen is voor ongeveer de helft op de hoogte van het totaalpakket, terwijl de kennis van dezelfde groep in Oost uiterst minimaal is.

Voorzichtige conclusie: de mensen in Assen-Oost - met uitzondering van de bejaarden - zijn slechter op de hoogte van wat er in het Gezondheidscentrum gebeurt dan de patiënten/cliënten die elders in Assen wonen.

De afstand tot het centrum vormt dus geen belemmering om op de hoogte te zijn. Misschien wordt buiten de wijk de patiëntenkrant beter gelezen.

Over het algemeen is de mening over het Gezondheidscentrum behoorlijk gunstig. Hetgeen niet wil zeggen dat er geen suggesties voor verbetering of punten van kritiek te voorschijn zijn gekomen.

De meeste mensen hebben het goed naar hun zin in het Gezondheidscentrum.

Punten waar aandacht aan besteed moet worden zijn

- meer huisbezoek, vooral voor bejaarden
- geen afspraken aan de balie met specialisten of ziekenhuizen in het bijzijn van andere patiënten
- de mensen hebben behoefte aan persoonlijke aandacht van de assistentes, een vriendelijk knikje als men binnenkomt is vaak al voldoende
- de telefonische bereikbaarheid moet worden bekeken. Mensen hebben meer moeite met lang wachten op doorverbinding dan met de ingesprektoon
- de gehorigheid van spreekkamers, behandelkamer en laboratorium moet opnieuw bekeken worden.

Wat gebeurt er verder...?

Meerdere punten uit het onderzoek worden binnen het centrum besproken. Voor zover mogelijk wordt ingegaan op de suggesties. Hoever dat mogelijk is, valt nu nog niet te overzien. Later kunnen wij daarop terugkomen. Van belang is tenslotte geweest, dat er een helder beeld is van hetgeen de patiënt/cliënt verwacht en verlangt.

Doordat de resultaten van het onderzoek - voorzover mogelijk - toegepast worden binnen het Gezondheidscentrum, betekent het voor de patiënt/cliënt invloed op de gang van zaken.

Het is te hopen, dat de beïnvloeding van uw zijde in de toekomst groter wordt. De belangstelling hiervoor is duidelijk aanwezig.

Hoe dat vorm gegeven kan worden, is zonder twijfel een toekomstig gesprekspunt.

Mocht u nog willen reageren op het onderzoek: u weet waar het rapport te vinden is.

Reacties welkom.

### Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in Assen

Dit onderzoek staat voor de deur. Bevolkingsonderzoek wil zeggen dat bij alle mensen of bij een grote groep gezocht wordt naar een bepaalde ziekte. Ook of juist als je nog niet ziek bent. Daar is nogal wat over te doen geweest. En nog. Niet alleen dat de dokters daarover hun mening hebben, maar ook de overheid, omdat zo'n onderzoek geld kost. Geld dat dan weer niet gebruikt kan worden voor andere zaken, bijvoorbeeld voor ziekenhuizen, gezondheidscentra en ook niet voor andere belangrijke dingen zoals bijvoorbeeld stoplichten bij een heel gevaarlijk kruispunt. Wellicht moeten we daar later nog eens op terugkomen.

Nu zetten we ons in om dit onderzoek, waarvoor een boel geld beschikbaar is gesteld, zo goed mogelijk te doen slagen. Wij hopen dat u zo veel mogelijk meedoet.

Alle vrouwen tussen 35 en 55 jaar kunnen éénmaal per drie jaar aan dit onderzoek deelnemen. Een aantal van u komt hiervoor al regelmatig op het Gezondheidscentrum. Die hoeven dus niet mee te doen.

Zoals bekend is het doel van dit onderzoek het begin van kanker aan de baarmoederhals op te sporen. Gelukkig is dat een zeldzame ziekte en de kans dat er iets gevonden wordt, is dus klein. Maar als het zo is, kun je op deze manier weer helemaal beter worden.

Het onderzoek bestaat uit het maken van het z.g. strijkje. Dat is wel even vervelend, maar je voelt er niets van. Vroedvrouwen, die daar speciaal in zijn onderricht, voeren het uit. Dit gebeurt in de wijkgebouwen van het Groene Kruis.

Let u vooral op verdere mededelingen in de plaatselijke pers.

---

### Het bestuur van de Stichting Gezondheidscentrum Assen-Oost

Dit is als volgt samengesteld:

H.J. Stil, patiëntbestuurslid, tevens voorzitter

Mr. R. van der Molen, patiëntbestuurslid, tevens vice-voorzitter

R. Deurloo, vertegenwoordiger van de maatschap van huisartsen, tevens secretaris

Zr. J. Wardenaar, vertegenwoordiger van het team, tevens tweede secretaresse

Drs. J. Pars, patiëntbestuurslid, tevens penningmeester

Mevr. Th. Hayema-Schermer, vertegenwoordiger St. Maatschappelijke Dienstverlening Assen

J. Wessel, vertegenwoordiger Ver. Het Groene Kruis Assen

Mevr. A. de Haan, patiëntbestuurslid.

Het komt voor dat patiënten/cliënten omhoog zitten met iets betreffende het gezondheidscentrum en ze deze vraag dan eigenlijk niet kwijt kunnen bij bijvoorbeeld de arts. In dat geval is het mogelijk dat u zich tot één van de bestuursleden wendt. Wanneer u schrijft, doet u dat dan aan Bestuurslid ..., p/a de medew. alg. dienst in het centrum. Zij zal dan zorgen dat uw brief bij de juiste persoon terecht komt. Ook kunt u haar vragen om het telefoonnummer van het betreffende bestuurslid.

## WIJ EN DE BUURT, OPEN DAG

*Uit: Informatiekrantje gezondheidscentrum Assen-Oost december '76*

Wij en de buurt

We hebben het al vaker gezegd: we willen meer contact met de buurt, met onze cliënten, met u. We hebben het ook alleen paar keer geprobeerd. Maar we zijn zelf niet erg tevreden over het resultaat. Het verkeer tussen u en ons blijft teveel éénrichtingsverkeer.

We zouden de straat op kunnen gaan met een bordje voor de buik: "Wij zoeken contact", maar we vrezen, dat dit tot verkeerde gevolgtrekkingen zou leiden....

Daarom hebben we ons opnieuw gewend tot het instituut, dat ons de helpende hand bood bij de organisatie van ons centrum: de universiteit van Nijmegen. Vier mensen: Arie Besteman, Madelein Taen, Jan Arts en Noël Maertens zullen nu trachten wetenschappelijk te onderzoeken hoe de betrekkingen liggen tussen gezondheidscentrum en cliënt. Doel: verbetering van die verhoudingen. Dus: nagaan welke klachten er leven, welke behoeften er zijn. Wat veranderd zou moeten worden, wat verbeterd. Naspuren of er bepaalde groepen zijn, die bepaalde dingen gemeen hebben (dezelfde wensen, dezelfde klachten, desnoods dezelfde ziekten) en proberen of die mensen daar samen over zouden willen praten. Dat hoeft niet alleen te gaan over vragen van gezondheidszorg, maar bijvoorbeeld ook over woonomstandigheden, huiselijke verhoudingen.

Omdat het onmogelijk is hierover met alle mensen afzonderlijk te praten, hebben we gegrepen naar het aloude middel van de enquête. Uit onze kaartenbakken worden een aantal mensen willekeurig uitgeloot. Aan deze mensen zal worden verzocht een vragenlijst in te vullen. Natuurlijk anoniem. We willen alleen weten wat er gezegd wordt, niet door wie. Van de antwoorden hangt af, of er achteraf ook nog gesprekken zullen worden gevoerd.

Het is niet onmogelijk, dat u binnenkort behoort tot die Nederlanders, die aan een enquête mee mogen doen...

Inmiddels weten we al een hele hoop over Assen-Oost. Twee leden van het Nijmeegse team hebben een inventaris van de buurt gemaakt. Via gesprekken met ambtenaren, het lezen van rapporten en gesprekken met bijvoorbeeld welzijnswerkers, hebben ze de buurt in kaart gebracht. Zo weten we nu hoe de buurt woont, hoe ze stemt, naar welke kerken ze gaat, hoe de werkgelegenheid is (en de werkloosheid), welke voorzieningen er zijn voor kleuters tot en met bejaarden, wat voor onderwijsmogelijkheden er zijn en hoe het verenigingsleven in elkaar zit. En dank zij al deze cijfers zijn we nu al in staat een paar voorzichtige conclusies te trekken. Zo neemt de bevolking van Assen in zijn geheel toe, maar die van Assen-Oost neemt af. Ze veroudert bovendien. En met de verkeersveiligheid en het wegenpatroon is het niet te best gesteld.

Wat willen we nu met al die cijfers, met het hele onderzoek en met de enquête? Kort gezegd: een beter welzijn en dus een betere gezondheid voor iedereen. Dat kan als u en wij meer van elkaar weten, bereid zijn samen te praten, samen te werken. Opdat we meer invloed op elkaar kunnen uitoefenen. Wij op de buurt, de buurt op ons. Dat er problemen liggen in de wijk (bij mensen en bij groepen) staat wel vast. Of we ze kunnen oplossen, weten we niet. Dat we het willen proberen wèl. Samen met u.

Natuurlijk houden we u regelmatig op de hoogte van de vorderingen bij het onderzoek. Het inventarisatie-onderzoek dat gemaakt is van de buurt, ligt alvast voor u ter inzage.

U kunt het ook kopen. Prijs f 5,--

#### Wij en de buurt II

Het spreekt vanzelf, dat het team van de Nijmeegse universiteit, dat gaat onderzoeken op welke wijze het contact tussen ons en de buurt kan worden verstevigd, niet op eigen houtje werkt.

In het centrum is een projectgroep samengesteld, die voor de begeleiding zorgt. Deze bestaat uit Jantinus Aalders, Ruud Deurloo, Ruut van Royen en Rien den Engelsman.

Namens het stichtingsbestuur zijn de heren Stil en Touwen aangewezen om het contact naar die richting te leggen.



Een aantal studenten van de Nijmeegse universiteit, zal binnen hun studieprogramma gericht onderzoek uitvoeren. Hier snijdt het mes aan twee kanten, omdat zij niet alleen bijdragen aan het onderzoek, maar ook praktijkervaring opdoen.

De mensen van de universiteit werken onder verantwoordelijkheid van de projectgroep van het centrum.

Het totale project neemt twee jaar in beslag en zal lopen van september 1976 tot september 1978. Het inventarisatie-onderzoek is achter de rug. Tot midden februari loopt de enquête en zullen eventueel gesprekken plaatshebben met bewoners van de buurt. Tussen februari en juli zal gepoogd worden groepen van mensen bijeen te brengen, die bepaalde naar boven gekomen problemen zullen bespreken en - naar we hopen - er ook een oplossing aan zullen geven.

Het tweede jaar - van september 1977 tot september 1978 - zal besteed worden aan het vorm geven van de initiatieven van vrijwilligers, het trainen van die vrijwilligers en het eventueel opzetten van een vrijwilligersorganisatie.

Tussentijds zullen rapporten worden uitgebracht en het spreekt vanzelf, dat we die rapporten - vooral nu we zo'n groot beroep doen op uw medewerking - zullen publiceren. Zelf hopen we veel te leren van het project.

We zijn zeer benieuwd of de uitkomst hetzelfde zal zijn als het doel, dat we ermee nastreven: beter contact tussen gezondheidscentrum en de wijk, waarin wij werken.

#### Open dag

De open dag in ons centrum op 17 september is een groot succes geworden. Van drie uur 's middags tot na negen uur 's avonds was het een drukte van belang.

Honderden mensen hebben van de gelegenheid gebruik gemaakt om de verjaardag van het gebouw met ons mee te vieren en om afscheid te nemen van onze medewerkster Henny Barkhof. Voor velen was het de eerste maal, dat zij ons centrum betraden. Vele anderen kwamen de band, die al bestond, vernieuwen en verstevigen. We kunnen dan ook rustig zeggen, dat onze opzet, afgezien van een paar kleine schoonheidsfoutjes, is geslaagd.

Het publiek toonde grote belangstelling voor het programma en er zijn vele goede gesprekken gevoerd. Zoals bijvoorbeeld bij het videoprogramma over de beleving van het ouder worden.

Er werden verschillende ideeën bij ons ingeleverd, die door ons ter harte zullen worden genomen. Enkele, zoals het plaatsen van een ideeënbus, zijn al uitgevoerd.

Er heerste een fijne sfeer en hoewel het soms te druk was om tot een goed gesprek te komen, zijn er veel informele contacten gelegd.

We waren bijzonder blij met het grote aantal kinderen, dat - wellicht aangelokt door de poppenkast - op visitie is geweest. Hopelijk hebben zij het idee gekregen, dat het toch niet zo erg is om naar "de dokter" te moeten.

Jammer was, dat de assistentes door de overstelpende drukte, niet meer in de gelegenheid waren om hun eigenlijke taak - die van gastvrouw - beter uit te oefenen. Zij hebben daardoor helaas niet veel contact kunnen hebben met de bezoekers. Bij een eventuele volgende gelegenheid hopen we dit beter te organiseren.

Henny Barkhof heeft ons, mede namens man en dochter, gevraagd u allen hartelijk te bedanken voor de manier, waarop zij die dag is verwend. Ze vond het erg plezierig zoveel bekenden te ontmoeten en dankt voor de vele felicitaties, de bloemen en de cadeau's, die zij ter gelegenheid van de geboorte van haar dochter heeft gekregen.

DE MEDEVERANTWOORDELIJKHEID VAN DE CLIËNT/POTENTIËLE CLIËNT (BEVOLKING)  
VOOR DE HULPVERLENING/GEZONDHEIDSZORG

*Uit: discussienota Eerstelijns gezondheidszorg Boomgaardshoek/  
Poortugaal*

De cliënt dient in het hulpverleningsproces als mondig te worden beschouwd. Hij moet zoveel mogelijk actief mee kunnen werken aan zijn eigen hulpverlening. De hulpverlener moet de cliënt helpen zichzelf te helpen (bevordering van de zelfzorg en doorbreking van de afhankelijkheidsrelatie hulpverlener-hulpvrager).

Dit impliceert dat de hulpverlener de cliënt zoveel mogelijk informatie moet verschaffen over zijn situatie en de mogelijke vormen van hulpverlening. De hulpverlener moet trachten de cliënt in staat te stellen mee te kunnen beslissen over wat voor soort hulpverlening in zijn situatie gewenst is.

Daarnaast is het van belang, dat de bevolking betrokken wordt bij de afstemming van de voorzieningen op de eigen behoeften. De voorzieningen per woongebied moeten duidelijk afgestemd zijn op de behoeften en mogelijkheden van de tot dat woongebied behorende bevolking en gezondheidswerkers.

Dit veronderstelt een wijkgericht werken van de hulpverleners en een denken vanuit de bevolking, waarbij de bevolking zelf zoveel mogelijk wordt ingeschakeld. Het is opvallend hoe slecht mensen geïnformeerd zijn over de voorzieningen die het systeem van gezondheidszorg biedt.

Een eerste stap om de medeverantwoordelijkheid van de bevolking voor de gezondheidszorg gestalte te geven, is dan ook de bevolking op de hoogte te brengen van de beschikbare voorzieningen, hoe en waar deze te verkrijgen zijn. De voorlichtingsactiviteiten die hiervoor vereist zijn kunnen het beste in georganiseerd verband plaatsvinden.

## GEORGANISEERDE WIJKBEVOLKING

*Uit: Eerstelijns gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Beijum, een proefproject.*

*Gemeentebestuur van Groningen, januari 1978*

Alternatief: proefproject eerstelijns hulp Beijum

Het is moeilijk om zonder raadpleging van de betrokkenen een concrete uitwerking te geven van de eerdergenoemde uitgangspunten en beleidshouding. Anderzijds is een enigszins concrete schets onontbeerlijk om met anderen in discussie te kunnen treden.

Het volgende wordt daarom met enig voorbehoud geopperd, in het besef dat een concreet plan voor een proefproject alleen tot stand kan komen in samenspraak met (aspirant)werkers, (a.s.) wijkbewoners en vertegenwoordigers van betrokken instellingen, organisaties en instanties.

Beleidsdoelstellingen (raadsvoorstel 347 - 1977) kort weergegeven:

- bevorderen van zeggenschap van de cliënten over de dienstverlening
- bevorderen van mondigheid van de cliënt in de dienstverleningsrelatie
- bevorderen van een actieve rol (directe betrokkenheid) van de buurt/wijkbewoners bij de hulpverlening, o.a. als vrijwilliger
- bevorderen van samenwerking tussen buurt/wijkbewoners en 'andere' hulpverleners in de wijk
- (zodoende) verlaging van de drempel naar de hulpverlening.

#### Uitwerking

Vergroting van de samenwerking tussen de werkers in de eerste lijn leidt niet automatisch tot het realiseren van deze doelstellingen. Er bestaat zelfs het gevaar voor het tegendeel. Immers, van de werkers wordt verwacht dat zij doelmatige werkafspraken en een gemeenschappelijke visie op de hulpverlening ontwikkelen. Zij moeten daarbij veel moeilijke en met elkaar samenhangende problemen oplossen binnen een 'speelruimte' die

door ongunstige (externe) omstandigheden bij voorbaat beperkt is. Wanneer zij nu met veel moeite daarin zouden kunnen slagen, welke onafhankelijke rol blijft er dan nog over voor de wijkbewoners, de cliënten? Hoe is te voorkomen dat dezen, wanneer zij bij de gang van zaken betrokken worden, met stomheid geslagen worden door de ingewikkeldheid en ontoegankelijkheid van de problematiek die in het wijkteam speelt? Hoe moeten wij ons voorstellen dat zij in die situatie hun schroom overwinnen - het taboe doorbreken - om de visie, de werkafspraken en de daaraan ten grondslag liggende 'deskundigheden' ter discussie te stellen?

Dit, afgezien nog van de bedreiging die in bepaalde concrete gevallen van een hecht samenwerkend team zouden kunnen uitgaan voor sommige hulpvragers.

Het is duidelijk dat voor deze vragen geen afdoende oplossing gevonden kan worden door alleen voorwaarden te verbinden aan de werkwijze van een wijkteam met betrekking tot de relatie team-individuele cliënt. Met andere woorden, bij iedere samenwerkingsvorm in de eerstelijns bestaat de dringende behoefte aan een cliënten-organisatie.

Voorzo'n organisatie is de vereniging de meest geschikte vorm.

Deze wijkvereniging van cliënten biedt de beste mogelijkheden om op niet-vrijblijvende en systematische wijze invloed te geven aan de wijkbevolking; om actieve betrokkenheid van wijkbewoners te stimuleren en te bundelen; om vorm te geven aan gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor elkaars sociaal, geestelijk en lichamelijk welzijn; om als wijk te kunnen samenwerken met het wijkteam (voor het wijkteam 'aanspreekbaar' te zijn).

Gaat men uit van de onmisbaarheid van een wijkvereniging met deze doelstelling, dan moet goed bedacht worden dat de levensvatbaarheid van zo'n vereniging afhankelijk is van de inhoudelijke, juridische en organisatorische vormgeving van de geïntegreerde beroepsmatige eerstelijns hulpverlening. Meer nog dan door de vereniging 'te laden' met idealen en principiële doelstellingen, wordt de levensvatbaarheid bepaald door de praktische mogelijkheden om in dat kader uitvoerend te werken, concrete resultaten te boeken, aanwijsbare invloed te hebben.

- Van concreet werk en concrete resultaten is sprake als de vereniging
- in samenwerking en/of in overleg met het wijkteam, medeontwerper/ initiatiefnemer en mede-uitvoerder kan zijn van projecten op het gebied van meningsvorming, voorlichting, opvoeding, preventie, (organisatie van) vrijwillige hulpverlening
  - actie voert voor het activeren van wijkbewoners
  - communicatiemedium is ten behoeve van het contact tussen hulpverleners en (groepen uit) de wijkbevolking
  - en (in uiterste consequentie) contract-partij kan zijn bij het aangaan van samenwerkingsovereenkomsten met de werkers en/of hun instellingen.

#### Opbouw

Op korte termijn kan/moet een inspraakprocedure gestart worden als voorspel op de opbouw van deze wijkvereniging.

Daartoe kan de grote groep reeds nu bekende aspirant-bewoners benaderd worden.

Het inspraak/opbouw-programma moet ontwikkeld worden in samenwerking met onder andere de inspraakcoördinator voor Beijum en aspirant-werkers.

Het programma moet gericht zijn op het scheppen van optimale kansen voor het ontstaan van een organisatie met de hierboven genoemde doelstellingen, taken en bevoegdheden. Overname van, of een bepaalde keuze uit dat pakket, kan echter niet bij voorbaat worden afgedwongen. De keuze is te zijner tijd aan de wijk, en vooral het resultaat van samenspel tussen werkers en wijkbevolking.

Het ligt in de lijn dat het opbouwproces onderandere de volgende zaken omvat

- 1 meningsvorming over eerstelijns hulpverlening en het ontwikkelen van verenigingsbeleid, eerst via een inspraakgroep, later door 'verenigingskader'
- 2 onderzoek bij (a.s.) wijkbewoners naar hun opvattingen over gezondheid, gezondheidszorg en hulpverlening; het onderzoeksprogramma op te zetten in overleg met eerstelijns werkers en inspraakgroep (bij herhaald onderzoek: verenigingskader)

- 3 confrontatie opvattingen bewoners/inspraakgroep/(a.s.) werkers
  - naar aanleiding van het genoemde gesprek
  - in het kader van concrete g.v.o-achtige projecten
- 4 kadervorming
- 5 (eerste aanzet voor) vrijwillige hulpverlening

Met betrekking tot de aanloopfase dient het beleid van de gemeente gericht te zijn op het verschaffen van de nodige financiële middelen, ondersteuning en faciliteiten. Daartoe kan ook beroep gedaan worden op andere dan haar eigen middelen en de mogelijke inbreng vanuit de instellingen en organisaties van hulpverleners (bijvoorbeeld universitaire instituten).

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de bedoelde vereniging in de plaats komt van een wijkraad (-achtige groepering).

#### Besluitvorming

De enige manier om te waarborgen dat de wijk(vereniging) te zijner tijd definitief kan kiezen voor een wijkgezondheidscentrum of voor een alternatieve vorm van geïntegreerde eerstelijns hulpverlening, is het formeren van een 'voorlopig wijkgezondheidscentrum in eerste aanleg'. Gebeurt dit niet in het begin, wanneer de eerste bewoners de wijk betrekken, dan is de kans klein dat in een later stadium een wijkgezondheidscentrum tot stand gebracht kan worden.

Anderzijds moet het centrum in eerste aanleg zo voorlopig van vorm zijn, dat niet bij voorbaat vast staat dat het alleen maar kan uitgroeien tot wijkgezondheidscentrum in definitieve vorm.

Daarbij moet er voor gezorgd worden dat de onzekerheden die het gevolg zijn van een 'open eind', niet schadelijk kunnen zijn voor de kwaliteit van de hulpverlening of voor de (belangen van) de werkers - althans, dat de risico's niet aantoonbaar groter zijn dan bij een andere opzet acceptabel wordt geacht.

## SIGNALERING UIT DE WIJK

*Uit: jaarverslag gezondheidscentrum Neerbeek 1977*

Aanvankelijk waren er in Neerbeek twee huisartsen en één apotheek, een vertrouwd systeem waar de mensen geen moeite mee hadden.

De uitwisseling van gegevens tussen twee artsen werd als vanzelfsprekend beschouwd. Deze toestand is inmiddels drastisch veranderd. In het Gezondheidscentrum Neerbeek zijn momenteel bijna alle eerstelijns disciplines vertegenwoordigd.

Het is bekend dat er binnen het kernteam groepsbesprekingen plaatsvinden. Vanuit de wijk zijn er nu enige vragen gerezen, met name:

- hoe functioneert een Gezondheidscentrum?
- hoe zeker is het beroepsgeheim?
- komt de privacy van de patiënt(cliënt) niet in gevaar?

Mede naar aanleiding van gestelde vragen, zijn het bestuur en de medewerkers van het GCN van plan binnen een niet al te lange tijd een voorlichtingsavond te geven voor de cliënten van het GCN, waar dan gelegenheid zal zijn nog meer vragen te stellen - en waar van de kant van het GCN het functioneren van dit gezondheidscentrum verduidelijkt zal worden.

Als antwoord op vragen als beroepsgeheim en privacy mag in dit jaarverslag nog het volgende ter verduidelijking dienen.

Ziek zijn, zich ziek voelen of zich als een zieke gedragen, zijn situaties waardoor men zich duidelijk - al of niet gewild - onderscheidt (of onderscheiden wordt) van de grote groep der gezonden.

Bij de verwerking en acceptatie van dit anders zijn en de stellingname van de zieke ten opzichte van zijn gezonde omgeving, zijn diverse mogelijkheden

- a het ziek zijn aanvaarden en er geen moeite mee hebben dat anderen daar weet van hebben.
- b aanvaarden maar niet dulden dat anderen het weten
- c niet aanvaarden en niet willen dat anderen het weten



d zich als een zieke gedragen en willen dat de omgeving dat opmerkt - maar niet willen dat de omgeving weet dat de medische professie "niets vinden kan"

e diverse varianten van d zich o.a. uitend in eindeloos consulteren van irrationele "hulp"bronnen.

Uit genoemde mogelijkheden komt duidelijk naar voren dat praktisch iedereen van de arts, wijkzuster, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, verloskundige, apotheker, assistenten, diëtiste en andere hulpverleners verwacht en de zekerheid wil hebben dat alles wat dezen in - en door hun beroep te weten komen geheim is en geheim blijft.

Men bedoelt daar óók mee dat de ene hulpverlener niets vertelt aan de andere hulpverlener.

Dit recht op geheimhouding, vastgelegd in artseneed of gelofte en in de zwijgplicht is een groot recht van de patiënt/cliënt, en vormt mede de basis van het vertrouwen dat de hulpverlener geeft aan de hulpvrager. Dit recht en het mede daaruit voortkomende vertrouwen is een deel van het recht op privacy dat ieder mens nodig heeft.

De hulpvrager verwacht dat deze privacy ook bestaat ten aanzien van de van hem of haar op papier vastgelegde gegevens - bijvoorbeeld patiëntenkaart - specialistenbrieven - door het kernteam vastgelegde gegevens etc.

Binnen een Gezondheidscentrum vraagt deze zekerstelling van de privacy van patiënt/cliënt bijzondere aandacht en wij waken hierover door onder andere

- 1 binnen het kernteam slechts die cliënten te bespreken die daarvoor uitdrukkelijk toestemming hebben gegeven
- 2 ook dan nog de zwijgplicht van de individuele leden te handhaven d.w.z. er worden slechts voor de oplossing van de problemen relevante gegevens uitgewisseld
- 3 kaartsystemen achter slot en grendel te houden
- 4 kaartsystemen uitsluitend toegankelijk voor leden van het kernteam te maken.

## PATIËNTENVERENIGING

*Uit: Jaarverslag 1977 van het gezondheidscentrum Osdorp*

Van groot belang is de patiëntenvereniging gezondheidscentrum Osdorp. Deze vereniging, waarvan vele bij het gezondheidscentrum ingeschreven lid zijn, behartigt de belangen van patiënten/cliënten van het gezondheidscentrum in de meest ruime zin des woords. De vereniging is onafhankelijk. Tezamen met de wijkraad Osdorp en andere patiënten/cliënten van het gezondheidscentrum heeft zij het recht op 1/3 van het aantal bestuursleden van de stichting te benoemen.

## Jaarverslag 1977

Een belangrijk feit in 1977 voor het gezondheidscentrum was de officiële opening op 23 maart door de toenmalige staatssecretaris voor de Volksgezondheid, de heer J. Hendriks. Enige weken daarvóór hadden de patiënten/cliënten reeds uitgebreid in de vorm van een open dag met het gezondheidscentrum kunnen kennis maken.

Het feit dat de staatssecretaris de openingsceremonie heeft willen verrichten hebben het bestuur en de medewerkers gezien als een "officiële" erkenning van het gezondheidscentrum als een hulpverleningsexperiment, dat ook wat betreft zijn financiële en structurele kanten een kans van slagen zou moeten krijgen.

In het verslagjaar werd een beleidsplan opgesteld, waarin de uitgangspunten en de te volgen koers ten aanzien van de hulpverlening werden vastgelegd. Het beleidsplan maakt een onderscheid in een viertal aandachtsvelden, te weten

- 1 het hulpverleningsbeleid
- 2 het voorwaardescheppend beleid
- 3 het beleid ten aanzien van de gebruikersparticipatie
- 4 het onderwijsbeleid

Bij het hiernavolgend gedeelte van het jaarverslag is deze indeling als uitgangspunt genomen.

### Het hulpverleningsbeleid

Twee elementen nemen een centrale plaats in in het hulpverleningsbeleid van het gezondheidscentrum, te weten preventie en een integrale hulpverlening aan de bij het gezondheidscentrum ingeschrevenen.

Preventie en curatie moeten nauw met elkaar verbonden zijn. De tendens is om een steeds uitgebreider hulpverleningsaanbod te scheppen om aan het groeiend aantal klachten en problemen tegemoet te komen. Wil men een dergelijke ontwikkeling afremmen dan zal preventie een belangrijke(r) plaats in de hulpverlening moeten innemen, naast het benodigde curatieve werk. Een precieze scheiding tussen curatieve en preventieve activiteiten is uiteraard moeilijk te maken en zal in de dagelijkse praktijk veelal door elkaar lopen. In het kader van de preventie zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- voorlichting via patiëntenkrant met name ten aanzien van voeding, opvoeding, kinderziektes, influenza, medicijngebruik
- voortzetting consultatiebureau voor zuigelingen en kleuterzorg<sup>1)</sup>
- gericht aandacht besteden aan risicogroepen met name suikerziekte, mensen in een rouwproces
- voortzetting begeleiding bij ziekenhuisopname en nazorg

De wens tot een integrale hulpverlening te komen loopt als een 'rode draad' door het overgrote deel van de activiteiten der medewerkers heen. Onder integrale hulpverlening wordt die hulpverlening verstaan, waarbij alle mogelijke aspecten van de gezondheidszorg van de mens in beschouwing genomen worden en tot aktiedoel gekozen kunnen worden, begrensd door vaardigheden, beschikbare tijd en deskundigheid in het team.

Een belangrijke waarborg voor een integrale hulpverlening is de samenwerking tussen de medewerkers in het gezondheidscentrum.

<sup>1)</sup> In Amsterdam is de zuigelingen- en kleuterzorg in handen van de G.G. en G.D. Het beleid van het gezondheidscentrum deze zorg op te nemen in haar eigen hulpverleningspakket in het kader van de integrale dienstverlening aan de bij het centrum ingeschrevenen, vindt steun bij de G.G. en G.D.

Consultatie tussen G.G. en G.D-arts en centrummedewerkers vindt plaats.

Vóórgestaan wordt een werkwijze van het team, waarbij een hulpvraag vanuit verschillende vakgebieden beschouwd wordt, met als doel de meest geëigende hulpverleningsmogelijkheden te kiezen.

Bij de hulpverlening kunnen de medewerkers gebruik maken van ieders specifieke relatie tot de patiënten/cliënten. Voor deze laatste is het een voordeel dat hij met een vaste groep werkers te maken heeft. De herkenbaarheid neemt voor hem toe.

Dit beleidsstandpunt heeft de afgelopen periode reeds op verschillende wijzen gestalte gekregen en wel als volgt:

- voldoende tijd voor methodische hulpverlening aan patiënten/cliënten op spreekuur
- bezinning op voorschrijfgedrag (o.m. door huisartsenconsultatie, contacten met apotheker)
- rechtstreekse toegang tot alle disciplines binnen het gezondheidscentrum
- voor alle disciplines gelijke spreekuurtijden ('s ochtends), zodat consultatie en verwijzing binnen het team mogelijk is
- gezamenlijke wekelijkse teambespreking
- bezinning op strategie en bewaking van verwijzingen naar de tweede lijn
- begeleiding bij ziekenhuisopname en nazorg
- voortzetting consultatie met geestelijke gezondheidszorg instellingen, fysiotherapie en tweedelijns gezondheidszorg (o.m. cardiologie van Andreas Ziekenhuis).

In de visie van het gezondheidscentrum houdt integrale hulpverlening ook in dat de hulpverlening de woon-, werk- en leefsituatie van de hulpvrager mede in haar beschouwing betreft. De hulpvrager dient zo lang mogelijk in zijn eigen leefsituatie te blijven.

Concreet wordt hier aanbijvoorbeeld vorm gegeven door stervensbegeleiding thuis en het vaker consulteren van tweedelijns werkers, waardoor minder snel verwezen hoeft te worden.

Een belangrijke conditie daartoe is de buurt/wijkgerichte opstelling van het gezondheidscentrum. De ervaring heeft geleerd dat door de beperking van het praktijkgebied van het gezondheidscentrum tot Osdorp en door het feit dat alle medewerkers hetzelfde patiënten/cliëntenbestand hebben, aan een essentiële voorwaarde voor buurt/wijkgericht werken is voldaan.

Met het gezamenlijke patiënten/cliëntenbestand en de mogelijkheid gebruik te maken van ieders specifieke deskundigheid en relatie tot patiënten/cliënten, is tevens een goede basis voor contacten met buurt en wijk gelegd. De contacten die reeds waren gelegd met het buurt- en clubhuis "De Aker", de Wijkgezondheidsraad, de buurtcommissie "De Punt", alsmede met verschillende groepen in de buurt werden in het verslagjaar gecontinueerd.

Andere wijkgerichte activiteiten waren:

- het mede begeleiden van o.m. de vrijwilligersgroep rouwbegeleiding
- deelname aan de werkzaamheden van de indicatiecommissie voor opnemingen in verzorgingshuizen (commissie 6j)
- crèchesbegeleiding

#### Het beleid ten aanzien van de gebruikersparticipatie

Gebleken is dat de patiëntenvereniging Gezondheidscentrum Osdorp een bijzonder nuttige functie vervult ten aanzien van de participatie van de potentiële patiënt/cliënt, beter te noemen de gebruiker, in het gezondheidscentrum. De 'drempel' tot het gezondheidscentrum blijkt lager te worden. Het besef verantwoordelijk te zijn voor eigen gezondheid neemt toe. Andere positieve aspecten zijn dat meer 'feedback' wordt verkregen over de hulpverlening en dat het centrum soms een aantal therapeutische functies kan bieden (bijvoorbeeld inschakelen van de patiënt/cliënt bij bepaalde activiteiten van het centrum of van de patiëntenvereniging). Participatie van de gebruiker, zowel ten aanzien van het beheersaspect van het centrum (vervullen van vier van de twaalf bestuursplaatsen), als ten aanzien van de betrokkenheid bij de te leveren zorg, is er mede op gericht de eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager voor zijn gezondheid te bevorderen.

Aandachtspunten dienaangaande zijn geweest:

- verdere opbouw van de contacten met de patiëntenvereniging
- financiële bijdrage aan de patiëntenvereniging (voor een belangrijk deel bekostigd uit de Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra)
- gezamenlijke uitgifte van de patiëntenkrant
- (tezamen met de patiëntenvereniging) beleggen van bijeenkomsten over bepaalde thema's.

Hoofdstuk III EEN VIERTAL INITIATIEVEN

	<i>pagina</i>
. <i>gezondheidswinkel</i>	3.1
. <i>het W.W.C. (wijkwelzijnscentrum) Afrikaanderwijk</i>	3.4
. <i>het gezondheidscentrum Assen-Noord</i>	3.6
. <i>de werkgroep gezondheidszorg Maarssenbroek</i>	3.8

## GEZONDHEIDSWINKEL

*Uit: Intermediair nr. 30*

Een gezondheidswinkel is een project voor preventieve geneeskunde en nulde lijns gezondheidszorg (een gebied dat gevormd wordt door voorlichting, preventie, vorming, begeleiding en door de behandeling van functionele klachten).

De hieronder beschreven gezondheidswinkel Oudwijk is drie jaar geleden opgericht. Het afgelopen jaar zijn in Utrecht een tiental gelijksoortige projecten gestart. Het initiatief voor de gezondheidswinkel Oudwijk ging uit van het buurthuis in deze wijk. Buurtwerkers werden met veel vragen over ziekte en gezondheid geconfronteerd. Daar men op de meeste vragen geen antwoord vond bij de bestaande gezondheidswerkers, werd aan een arts (ondergetekende) en een fysiotherapeute gevraagd zich vanuit het buurthuis bezig te willen houden met deze problemen.

In een later stadium is naast de arts en de fysiotherapeute ook de wijkverpleegkundige, een maatschappelijk werkster en een yogatherapeute ingeschakeld bij de werkzaamheden. De werkers in de gezondheidswinkel doen dit werk als vrijwilliger. Sinds één jaar kunnen de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkster een gedeelte van hun werk compenseren vanuit hun officiële aanstellingen. De gezondheidswinkel is gevestigd in het buurthuis. Het doel van de gezondheidswinkel is:

- mensen meer kennis geven over hun eigen lichaam

Mensen zoveel instrumenten in handen geven dat ze weer zelf verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun gezondheid en welzijn. Hiermee kan een einde worden gemaakt aan het consumptie-gedrag, waarbij de verantwoordelijkheid steeds wordt afgeschoven op de hulpverlener die in de meeste gevallen geen wezenlijke oplossing kan geven voor het probleem.

- het zoeken naar methoden, mogelijkheden en situaties waarin mensen vertrouwen kunnen herkrijgen in hun eigen mondigheid, mogelijkheden en verantwoordelijkheden

Dit houdt tevens in dat er gewerkt wordt aan een vermindering van de mystificatie van de geneeskunde. De gezondheidswerker zal duidelijk moeten maken wat zijn mogelijkheden en grenzen zijn. Pas dan kan de gemeenschap reële verwachtingen hebben van de geneeskunde.

- het hulp verlenen steeds meer richten op het onafhankelijk maken van die hulp

Dat wil zeggen, dat de hulpvrager moet leren zelf de verantwoordelijkheid te dragen voor zijn lichaam, zijn gezin en zijn buurt. Door het werk van de welzijns- en gezondheidswerker zal hij zich weerbaarder moeten voelen. Dit werk zal erop gericht moeten zijn de toenemende tendens naar afhankelijkheid van specialisten en instituten te verminderen en de eigen inbreng te stimuleren. De hulpverlener zal steeds meer de rol van pedagoog, van een goede vriend of buurman innemen. Overigens betekent dit zeker niet dat professionele hulp overbodig wordt, het is een kwestie van accent.

- het groeperen en collectivieren van individuele problemen

Hierdoor wordt duidelijk dat een persoonlijk probleem vaak een algemeen probleem is. Tevens ontdekt men dat de problemen veel verder reiken dan de enge grenzen van gezond-zijn of ziek-zijn. Het bundelen van problemen ondervangt het gevaar dat een maatschappelijk probleem gekanaliseerd wordt in een individu. Het ontstaan van de klachten kan in een dergelijk collectief niet langer worden weggemoffeld met aspirine of valium.

Door groepsvorming kan men tevens tot een oplossing komen van de problemen. Door met elkaar te praten, elkaar te adviseren, te helpen of door het voeren van een gezamenlijke actie kan er een wezenlijke oplossing worden gevonden.

- In het kader van de ontscholingsgedachte wordt gewerkt aan statusverlaging van de gezondheidswerker.

In dit verband zullen de disciplines binnen de gezondheidswinkel pogen werk te doen dat ook op het gebied van de andere discipline ligt. Ook binnen de totale werksituatie (buurthuis en welzijnswerk) dient vanuit gezondheidsoogpunt gedeprofessionaliseerd te worden. Dit betekent dat in principe ook de maatschappelijk werker, de peuterleidster, de opbouwwerker in staat moet zijn eenvoudige gezondheidsadviezen te geven. Om dit te bereiken moeten onderling cursussen worden gegeven om basisgegevens van elkaars disciplines te kennen.

- het aanbieden van die gedeelten uit de officiële geneeskunde en de alternatieve geneeskunde die de verantwoordelijkheid van de wijkbewoner voor zijn eigen lijf bevorderen



Hierbij wordt gedacht aan alle onschadelijke vormen van zelfmedicatie (kruiden, homeopathie), toepassingen van water, licht, lucht en warmte, voeding, massage (klassiek, drukpunt, voetzool, enz.), ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen, autogene training, bewegings- en houdingsoefeningen, yoga, oude wijsheden uit de Nederlandse volksgeneeskunde

- wijkgericht werken om de gezondheidsproblemen van de 'patiënt' direct te kunnen plaatsen in de woon-, werk- en leefsituatie
- Wijkgericht bezig zijn is bovendien van belang vanuit de deprofessionaliseringsgedachte.

Een sociaal en geografisch afgebakend gebied schept de mogelijkheid dat mensen elkaar in het dagelijks leven ontmoeten en elkaar kunnen steunen bij problemen, ook op het gebied van de gezondheidszorg. Niet-professionele hulp in de vorm van burenhulp kan op deze wijze weer een functie krijgen

- het experimenteren met nieuwe mogelijkheden om kennis en inzicht op het gebied van de gezondheidszorg over te dragen

Verschillende vormen van theater (drama, rollenspelen, simulatiespelen), muziek en video lijken zinvolle media om hiervoor te gebruiken

- Samenwerken met bestaande gezondheids- en welzijnswerkers in de wijk om enerzijds niet geïsoleerd te raken van de bestaande zorg en anderzijds bovenstaande ideeën aan hen over te dragen zodat men meer aandacht gaat besteden aan deze vorm van geneeskunde

De gezondheidswinkel kan worden opgeheven, wanneer huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, opbouwwerkers, pastores en wijkbewoners hun functie hebben overgenomen.

## HET W.W.C. (WIJKWELZIJNSCENTRUM) AFRIKAANDERWIJK

*Uit: Informatiestencil W.W.C.*

Op 25 maart 1974 startte het WWC in de Afrikaanderwijk. De medewerkers van het WWC zouden ook graag op Katendrecht willen beginnen.

#### Doel

Bij het Wijkwelzijnscentrum moet niet gedacht worden aan een groot gebouw waarin alle werkers zijn ondergebracht, maar aan een groep mensen die verspreid in de wijk werken. Eén van de uitgangspunten is, dat vele problemen van de mensen die hulp zoeken, eigenlijk alleen aangepakt kunnen worden door samenwerking van alle mensen die in de wijk werken, bijvoorbeeld als arts, wijkverpleegster, welzijnswerker, enzovoorts.

#### Werkwijze

De mensen van het WWC staan op gelijke voet met elkaar en met de bewoners van de wijk. Zij stellen zich ten dienste van de bewoners, ieder vanuit zijn of haar eigen vakkennis.

Het centrum vindt dat er zo'n samenwerking moet komen tussen bijvoorbeeld juristen, huisartsen, maatschappelijk werk, wijkverpleging, diensten-centrum, clubhuizen, opbouwwerk, onderwijs, vormingswerk, buurtvereniging, tandartsen, fysiotherapeut, apotheek, enzovoorts.

Met een groot aantal van de genoemde werkvormen bestaat inmiddels reeds een meer of minder intensief contact.

De problemen waar de mensen mee komen willen wij zoveel mogelijk niet alleen van de medische, maar ook van de maatschappelijke, economische en politieke kant bekijken. Indien mogelijk wordt geprobeerd de patiënt/cliënt bewust te maken van de verschillende kanten van het probleem.

In plaats van alleen problemen op te lossen proberen we ook problemen te voorkomen, alleen lukt dat vaak nog niet zo best.

#### Afrikaanderwijk/Katendrecht

Er is gekozen voor deze wijken omdat de bewoners voornamelijk haven-, industrie- en transportarbeiders zijn en nog een binding met elkaar en met de wijk hebben. Ook omdat de achterstelling van deze bevolkingsgroep onder andere tot uiting komt op het gebied van inkomen, behuizing, medische voorziening, onderwijs, arbeid, omgeving, enzovoorts.

## Organisatie

Het WWC is voorlopig nog een stichting. De mensen die er werken zijn bij deze stichting in dienst, sommige zijn formeel aangesloten vanuit een andere instelling (dit heet: gedetacheerd). Het bestuur van de stichting bestaat uit drie bewoners/patiënten, drie medewerkers van het advocaten-collectief Rotterdam. Besluiten worden genomen door bestuur en werkers samen.

Wij vinden een stichting niet zo fijn, om verschillende redenen. We willen binnenkort danook een vereniging worden, waar alle patiënten lid van zijn.

Verder willen we

- méér vrijwilligers aantrekken
  - patiënten méér bij het WWC betrekken
  - sterker dan voorheen besluiten samen met bewoners/patiënten nemen en uitvoeren
- en over belangrijke dingensamen met bewoners/patiënten praten.

Wie werken er nu?

Eén coördinator (manus van alles), twee huisartsen, één assistent-arts, twee assistentes, twee verpleegkundigen in de wijk, één oefentherapeute Ceasar en drie juridisch adviseurs.

We willen er nog graag een verloskundige en een fysiotherapeut bij.

Op voet van gelijkheid staan met wijkbewoners betekent voor alle medewerkers dat zij in de wijk wonen, net als u, en willen werken voor het 'modale loon' (onder de ziekenfondsgrens), net als de meesten van u. Verder doen zij hun best om alle moeilijke woorden, die zij in hun opleiding geleerd hebben, af te leren, waarbij zij uw hulp hard nodig hebben.

Rotterdam, mei 1977

## HET GEZONDHEIDSCENTRUM ASSEN-NOORD

*Uit: Jaarverslag 1977*

De filosofie van de samenwerking

De doelstelling van het samenwerkingsverband is het totstandbrengen van een integrale hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg.

Aanvankelijk heerste bij ons de mening, dat integrale hulpverlening geboden wordt bij het aanbieden van bekende eerstelijns voorzieningen huisartsengeneeskunde, wijkverpleegkunde en maatschappelijk werk. In de eerste fasen van de samenwerking bleek echter al snel dat dit een onvoldoende voorwaarde is. Iedere discipline en teamlid bleek toch andere nuanceringen in de doelstelling aan te bieden. Van dit gegeven uitgaande zijn we van september 1973 bezig geweest de doelstellingen van de samenwerking en ieders plaats daarin nader te omschrijven. Per discipline werd maandelijks een avond besteed om

- a een helder beeld te krijgen van de mogelijkheden en beperkingen van deze discipline
- b de werkwijze van de discipline
- c de plaats van de discipline in het gezondheidscentrum

Na deze inventarisatie bleek het mogelijk de eerder geformuleerde doelstelling meer inhoud en een door iedereen onderschreven inhoud te geven: integrale hulpverlening is niet zozeer een verzameling diensten onder één dak, als wel een attitude van waaruit de hulpverlener werkt. Deze attitude houdt in dat de hulpverlener zijn cliënt/patiënt niet beschouwt als de som van zijn somatische, psychische en sociale aspecten, maar als een eenheid, een uniek individu, dat slechts in relatie met zijn omgeving de mogelijkheden van zijn mens-zijn zo optimaal mogelijk kan realiseren. Treden stoornissen of blokkades op bij de realisering van zijn mogelijkheden dan heeft hij soms de hulp van deskundigen. Het gevaar van de deskundigheid schuilt vooral in het geïsoleerd beschouwen van één of meerdere aspecten van de mens (bijvoorbeeld uitsluitend somatisch gerichte arts) met als gevolg, dat de mens niet werkelijk geholpen kan worden.

Het samenwerken met andere disciplines biedt ons meer kansen vanuit de genoemde attitude te leren werken. We krijgen meer oog voor de consequenties van een bepaalde ziekte voor een individu en zijn omgeving. Ook krijgen we meer zicht op de ziekmakende factoren gelegen in de maatschappij, waarin wij leven.

Uiteindelijk hebben we ons als doel gesteld: de eerstelijns gezondheidszorg dient een herkenbaar onderdeel te vormen van de welzijnszorg.

Samenwerking met andere welzijnsdisciplines, die in de eerstelijns werkzaam zijn bijvoorbeeld opbouwwerk, sociaal cultureel werk, onderwijs dient op den duur geregeld te zijn.

Wij streven op langere termijn naar een wijkwelzijnscentrum, opdat de ruimtelijke voorwaarden voor samenwerking, met als doel een integrale benadering van welzijnsproblemen van individu of groep, aanwezig zijn, met als gewenst gevolg, dat dit een voor de bewoners herkenbaar centrum zal zijn met nauwelijks of geen drempels.

## WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG MAARSSENBROEK

Ontstaan

Medio augustus 1975 besloten enige bewoners van Maarssenbroek - op voorstel van de huisartsen - tot het vormen van een werkgroep, die de aandacht zou richten op het wel en wee van de gezondheidszorg in Maarssenbroek. Het oorspronkelijk voorstel was, dat deze wijkbewoners nauw betrokken zouden worden bij het functioneren van het Wijkgezondheidscentrum. De groep besloot echter al direct de totale gezondheidszorg in de wijk tot haar aandachtsveld te gaan rekenen.

In 1976, toen de werkgroep al behoorlijk was gegroeid, werd besloten tot de oprichting van een vereniging, teneinde de rechtspersoonlijkheid te verkrijgen.

In januari 1977 werd de eerste ledenvergadering bij elkaar geroepen, in welke vergadering het definitieve bestuur werd gekozen.

Doelstelling

In de statuten werd de doelstelling als volgt beschreven.

"(artikel 2) De vereniging stelt zich ten doel in Maarssenbroek mede te helpen aan de opbouw en instandhouding van de gezondheidszorg in de meest uitgebreide zin des woords - waaronder begrepen welzijnszorg en voorzieningen in het belang van de algehele gezondheidszorg - teneinde te bereiken, dat de gezondheidszorg functioneert tot tevredenheid van de bewoners van Maarssenbroek en de werkers in de gezondheidszorg aldaar".

De werkgroep dacht dit te kunnen bereiken door

- "te fungeren als spreekbuis tussen de bewoners en de werkers, over en weer"
- "deelname in besturen en vergaderingen van instellingen, commissies, enz."
- "het verzorgen van publicaties en geven van voorlichting" en
- "plegen van overleg, gevraagd en ongevraagd, met instanties, bouwondernemingen, enz."

### Werkwijze

In 1976 werd een begin gemaakt om de leden, die een actief aandeel wilden hebben in de vereniging, onder te brengen in zogeheten 'subgroepen'. Iedere subgroep met een eigen belangstellingsgebied. De subgroepen namen het praktische gedeelte van het werk van de vereniging voor hun rekening.

In de eerste helft van 1977 werd deze situatie gecontinueerd.

De subgroepen waren:

Voorlichting en Publiciteit

Externe Contacten

Deelneming besturen

Welzijnszorg

Hulpdienst Maarssenbroek

Contacten Werkers Gezondheidszorg





Afd. BIDOK, NCVK

17-1-1976.

ENIGE LITERATUURPLAATSEN BETR. DE RELATIE HULPVERLENER-CLIENT/PATIENT.

AALDEREN, H. J. VAN.

HUISARTSGENEESKUNDE; een hulpverleningsmodel.

Med. cont. 29(1974)17, 530-534.

Met het bestaande hulpverleningsmodel kan de huisarts niet meer werken. Maatschappelijk werk en psychotherapie liggen op hem voor. Hun benadering is cliënt-gericht i.p.v. ziektegericht. Wil men de taken van de eerste lijn verruimen, dan moet de werkwijze van de huisarts grondig worden veranderd.

ALBARDA, P.

NOGMAALS; DE HULPVERLENER VAN HOUT.

TMW 27(1973)10, 248-251.

Reaktie op enige artikelen in TMW 1972, no. 19, waarin het element van de gevoelens van de maats. werker t.a.v. de cliënt ter sprake kwamen. Schr. geeft indrukken weer opgedaan n.a.v. de discussie over bovenstaande van deelnemers aan een bijscholingscursus.

BAKKER, F.

HUMANISTISCHE GENEESKUNDE: een geneeskunde die de gehele mens betreft.

Huisarts en wetens 19(1976)10, 368-373.

BATSON, C. D.

AFWEGING VOORAF ALS MIDDEL TEGEN VOORINGENOMENHEID BIJ HET HELPEN.

In: Hulpverl. en Veranderen, dl. II, 41, Bat., 1-13, lit. opg.

BEEKMAN-EGGINK, J.

ARTS-PATIENT EN SAMENLEVING.

TMW 1974, 15, 291-293

De arts en zijn veranderende positie in onze samenleving. Een zaak, die opvalt is dat de patient niet meer alleen gezien wordt als objekt van zorg, maar ook als medebepalend subjekt.

BEN-SIRA, Z.

THE FUNCTION OF THE PROFESSIONAL'S AFFECTIVE BEHAVIOR IN CLIENT SATISFACTION: a revised approach to social interaction theory.

J. hlth and soc. beh. 17(1976)1, 3-11 (inst. Soc. Genk., Nijmegen).

BERGH-BRAAM, A. H. M. VAN DEN.

DE ONGANG MET DE CHRONISCHE PATIENT EN DE EIGEN PSYCHOHYGIENE.

Hulpverl. en Veranderen Afl. 7(1974) 15. Ber., 1-14.

Vanuit verpleegk gezichtspunt worden 3 zaken aan de orde gesteld: het welzijn van de zieke, de arbeidsvreugde van de verpleegkundige en de goede begeleiding van de medische verzorging. Hierin wordt het spanningsveld tussen professionele wenselijkheden en het feitelijk gebeuren rond de patient geïllustreerd, en geadviseerd om eigen psychohygiene tot uitgangspunt van helpen te maken.

BERGSMA, J.

BEGELEIDING VAN PATIENTEN; enige konsekwenties.

TSG 53(1976)11, 337-343.

Begeleiding van somatische patiënten ter voorkoming van desintegratie en ter bevordering van zelfacceptatie. De verpleegkundige is de meest geeignende patient-begeleider; rationele bekwaamheid en beschikbaarheid met voldoende opleiding en informatie over patiënt zijn belangrijker dan psychologische deskundigheid.

BLESS, S.

GEEN TECHNISCHE HULPVERLENING TUSSEN NEGEN EN VIJFEN, MAAR JE SOLIDAIR VERKLAREN MET ANDEREN.

KG 41(1972)185-186.

BRAMMER, L.M.

HET HELPENDE CONTACT; vormen en functie.

Haarlem, De Toorts, 1974, 184 blz.

Het wezen van helpen; verhouding tussen hulpvrager en hulpverlener; de drie hoofddoelen van het hulpverleningsproces; aanwijzingen voor vaardigheids-oefeningen.

BRAND, A. Chr. I.

Verkennen en herkennen in de hulpverlening.

TSG 52(1974)25, 938-943.

In de hulpverlening groeit de behoefte aan evaluatie. Naarmate het evalueren meer ingepast kan worden in het totaal van het ter beschikking staande instrumentarium zal het proces van hulpverlenen niet alleen doeltreffender maar ook democratischer kunnen verlopen.

BROUWER, W., e.a.

KLACHT EN AANKLACHT.

Metamed. 54(1976)5, 140-163.

De huisarts baseert zijn eerste handelen op de vraag: "wat zijn uw klachten". Het klagen kan veel betekenissen hebben en is vaak een reactie op een fysisch proces. Baat de hulp van de arts niet, dan verandert de klacht soms in een aanklacht.

BROWN, J.L.

PROFESSIONALISM AND ELITISM DEHUMANIZE SERVICES TO PEOPLE.

Involvement 5(1972/73)2 (nov/dec.)3-18. (NRMW)

Tegen de achtergrond van Warrendale en Browndale en in discussie met medewerkers geeft schr. zijn visie op de gevaren van een geprofessionaliseerde hulpverlening en op de totale beschikbaarheid t.b.v. de dienst, die elke sociaal werker zou dienen op te brengen.

BRUINING, G.P.

Een methode voor interdisciplinaire patiënt/kliëntbespreking: de "probleemmarkt"

De eerste lijn 1976, 2, 4-9.

CASSE, E. TH.

HET GEDRAG VAN DE HUISARTS EN DE TEVREDENHEID VAN DE PATIENT.

Huisarts en wetens. 12(1969) blz 97.

CASSE, E. TH.

ONBEVOEGDE GENEZERS EN HUN PATIENTEN; afwijkend gedrag in de gezondheidszorg.  
In: Hulpverl. en veranderen dl. I. O. 4 Cas., 1-12, lit. opg.

COHEN, B.

De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart; een critische reactie van een hulpverlener.

MGV 31(1976)10, 523-533.

Reactie op een proefschrift van J. Hageman-Smit; de ongelijke positie van de cliënt t.o.v. de hulpverlener; maatregelen om de positie van de cliënt te versterken.

COMAROFF, J.

Communicating information about non-fatal illness: the strategies of a group of general practitioners.

Sociol. Rev. 24(1976)2, 269-290. (CRM, SOZA).

De communicatie huisarts, arts-patiënt betreffende het inlichten over niet ernstige kwalen, verschillend naar arts. De meesten zien er hun patiënten op aan en geven informatie overeenkomstig het bevattingsvermogen van hun patiënten.

DOMELA-NIEUWENHUIS, V.

PATIENT HEEFT RECHT OP AFSpraak EN INFORMATIE.

Ziekenfg. 1974, 3, 53-56.

DRUKKER, E., en Fr. VERHAAGEN.

HELPEN MEN PROBLEEM OP ZICH.

Intermed. 12(1976)37, 31-39.

Het hulpverleningsproces start met een beginesprek ("Intake") tussen cliënt en hulpverlener; de plaats van de "intake" in het hulpverleningsproces; essentiële elementen van de "intake".

EYK-OOSTERHOLT, C. A. VAN.

MOND OPEN OF MET OPEN MOND ?

Med. contact 30(1975)50, 1625-1627.

Het recht van de patiënt op goede zorg, informatie, beslissen en vertrouwelijkheid: het recht om ter verantwoording te roepen.

EYSSINK, A. L.

DE HULPVERLENER VAN HOUT ? (II)

TW 1972, 19, 495-500.

Reaktie op artikel in zelfde nummer van M. ten Berge over gevoelens, ervaringen en vragen van een hulpverlener. Schr. geeft vanuit opleiding antwoorden op vragen, als; "hoeveel liefde en genegenheid mag een mw. er een klient geven en hoe komt het over bij de klient vooral als het gaat om non-verbale liefdesuitingen ?" Zij wijst op noodzaak van vakken, die verruiming beogen v. expressie en communicatiemogelijkheden waardoor mensen via ervaring leren omgaan met zichzelf en andren.

FUNDAMENTEEL VERSCHIL IN WAT HUISARTS EN PATIENT VAN ELKAAR VERWACHTEN.

Unie 5(1975)10, blz. 178.

GOLDBERG, A., and D.C.KOVAC.

IMPLEMENTING A FEE SYSTEM BASED ON APPROPRIATE SUBSIDY.

Soc.Casew. 54(1973)4, 233-238. (NCGV, NRMW)

Drie jaar experiment met een plan klanten een bijdrage te laten leveren voor de dienstverlening; het proces en de procedures; uitgangspunten, opzet van bijdrageschalen, argumentatie naar de klant toe, reacties van de klanten.

GROFFEN, W.

MET DE NEUS OP HELPEN.

Van Loghum Slaterus, 1976, 96.blz.

Een vijftal beschouwingen over hulpverlening, O.A.; hoe blijft de hulpverlener in het spoor van helpen; welke zijn de grenzen van de professionaliteit: kan de samenleving de geschonden basisvoorwaarden afwentelen op de hulpverlening?

GROSSOUW, N.

VERANDERT DE HULPVERLENER ?

MGV 30(1975)1, 16-26.

Overzicht van het veranderingsproces over een periode van 2 jaar in de hulpverlening van het MOB te Amsterdam-Noord.

HAGEMAN-SMIT, J.

DE CLIENT EN ZIJN HULPVERLENER.

Alphen a/de RIJN, 1976, Soc.en Cult.Reeks.

Proefschrift over de verhouding van doelstellingen van cliënten en die van hulpverleners in de amb. Geestel. Gezondheidszorg.

HARDEMAN, W. J.

Erotische betrekkingdenkbeelden ten aanzien van de huisarts.

N. ts. v. Genk. 114(1970)20, 845-849.

Er worden 4 patiënten beschreven met erotische betrekkingdenkbeelden t.a.v. hun huisarts. Deze denkbeelden kunnen blijkbaar op verschillende wijzen ontstaan. Er worden enkele opmerkingen gemaakt t.a.v. preventie en therapie van dit syndroom.

HART-DE RUYTER, TH.

HET ONDERZOEK VAN DE HULPVRAAG.

MGV 30(1975)8, 403-418.

Onderzoek van de hulpvraag heeft vooral ten doel de hulpvrager zo te helpen, dat hij zichzelf kan helpen; enige problemen bij ongevraagde/gedwongen hulpverlening.

HAUG, M. R. en M. B. SUSMANN.

Professionele autonomie en de opstand van de cliënt.

In: Hulpverl. en veranderen, 0.1, Hau, Dl. I, 1-11, lit. opg.

HOLLANDER BLUM, L.

PATIENT POWER.

Transnat. Ment.Hlth.Newsl. 18(1976)1 (spring)2,7-10.

Pleidooi voor meer inspraak van de patiënt in de arts-patiënt relatie en voor meer kennis (=macht) en verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt en tegen magisch denken in medische zaken, zoals "goddelijke" verering voor dokter, enz

HOUTMAN, A.M.A.

MACHTSASPECTEN BINNEN DE HULPVERLENING: nachtige hulp, helpende macht ?

Dekker en Van de Vegt, 68 blz.

HUYGEN, F.P., P. HEYDENDAEL en J. PERSOON.

ONDERZOEKINGEN ROND EEN PSEUDO-GROEPSPRAKTIJK, V: voor - en nadelen, gezien door patienten.

Huisarts en wetens 17(1974)5,169-175.

HUIJTS, J.H.

Hulpverleners en veranderen.

MGV 30(1975)9,447-460.

Hulpverleners en veranderen zijn twee zaken, die met elkaar in verband staan. Welke ontwikkelingen in hulpverleners hagen samen met welke veranderingen? Knelpunten in de hulpverlening, die het toekomstige veranderingsproces sterk bepalen. De geformuleerde knelpunten zijn: samenwerking, professionalisme, vermaatschappelijking, herstructurering en democratisering.

HUIJTS, J.H.

OP ZOEK NAAR PERSOONSVARIABLEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

MGV 29(1974)1,2-15.

Schr. stelt dat, hoewel er voldoende nieuwe modellen en ideeën in de hulpverlening zijn, deze op zich nog niet garanderen, dat we bezig zijn met een gezondheidszorg waarin de persoonsvariabelen meer zichtbaar worden.

JOSSO, F.C.M.

DE HULPVERLENER VAN HOUT ? (I)

TMW 26(1972)19,490-494

Reaktie op artikel van M. ten Berge in zelfde nummer.

Intense relaties met klienten grijpen diep in in het persoonlijk bestaan van de hulpverlener. De professionele attitude geeft geen antwoord op de vraag hoe hij met zijn gevoelens moet omspringen. In wezen heeft de maatschappij geen oplossing voor deze vragen van op meer menselijke wijze met elkaar omgaan.

KADUSHIN, A.

HET GESPREK IN HET MAATSCHAPPELIJK WERK.

Deventer, Van Loghum Slaterus, 1976, 326 blz.

O.m.: communicatie en relatie: achtergrond, kenmerken, taken van werker en klient: interactie tussen werker en klient: de verschill. fasen van het gespreksproces: non-verbale communicatie.

## KLACHT EN AANKLACHT.

Metamed. 54(1975)5, geheel.

Klagen is een vorm van communicatie. De arts dient klachten niet alleen te onderkennen als signaal van een pathol. proces, maar ze ook te begrijpen als de onbewuste verduidelijking van het aangedane innerlijk van een mens: vormen van klagen: de klacht als aanklacht.

KOCH, J.L.

DE ARTS EN ZIJN PATIENT: MENSEN!

MGZ 1(1973)12, 817-819.

KOCK VAN LEEUWEN, J.A.C.DE.

HET ANTWOORD VAN DE HULPVERLEENERS IN DE EERSTE LIJN.

TSG 51(1973)9, 314-318.

Uitgaande van het begrip welzijnsnood toont de svhr. aan dat de klassieke en alternatieve vormen van hulpverlening zich van elkaar onderscheiden door een polaire opstelling t.a.v. bepaalde waarden. Deze waardenconflicten leiden tot bestuurskundige problemen.

KOK, J.J.

DE HULPVERLENER EN DE HULPVERLENINGSSITUATIE.

TMW 27(1973)10, 251-253

Reaktie op TMW 1972, no. 19, over de gevoelsproblematiek van de hulpverlener. Schr. spreekt vanuit zijn ervaringen binnen een bureau voor levens- en gezinsvragen met cliënten met symbiose-problemen.

KORTBEEK, L.

INZAGERECHT VOOR DE PATIENT.

METAMED. 55(1976)2, 37-45.

KUITENBROUWER, F.

MENINGEN IN BEWEGING: privacy problemen in nieuwe dimensies: ook voor de gezondheidszorg.

Metamed. 55(1976)2, 55-60.

LACHSPIEGELS: onderzoek naar informatie die in folders aan patiënten over het ziekenhuis wordt gegeven.

Katernen 2000, 1976, 4, 26 blz.

LEIJ, D.VAN DER.

DE AFHANKELIJKHEID VAN DE HULPVERLENER VAN DE HULPVRAGER.

TMW 29(1975)12, 231-236, lit. opg.

Centraal staat de vraag hoe het mogelijk is dat hulpverleners, ondanks hun bedoelingen en grote inspanningen, geen of zelfs schadelijk effect kunnen hebben op hun cliënten.

LEYTE, C.P.

MENING VAN PATIENTEN OVER HUN VERZORGING IN HET DIACONESSEN ZIEKENHUIS TE

LEIDEN: voorbeeld van een patiënten-enquete.

TVZ 1975, 218-223.

MICHELS, J.J.M.

IN RELATIE TOT DE PATIENT.

TVZ 1974,16,343-348.

Relaties komen in diverse vormen en nuances voor. Basis voor een goede relatie blijft spontaneïteit, respect en liefde.

DE MONDIGHEID VAN DE PATIENT.

INFO, 12 aug. 1975.

Inleidingen door C.ROODHART en Th.BOXTRART, geh. tijdens congres "Mondige mensen in het systeem, dat gezondheidszorg heet".

MULDER, H.C., Tj. TIJMSTRA en W.E. WALLINGA.

HERVERDELING VAN HUISARTSEN PRAKTIJKEN: een sociol. onderzoek naar meningen en keuzegedrag van patienten.

Med. cont. 30(1975)2, 53-59

MIJN, W.B. VAN DER.

RECHT OP BESCHERMING.

TSG 54(1976)3, 89-92.

Algemene rechten van de patiënt: recht op behandeling, verzorging, informatie en vertrouwelijkheid en het recht de hulpverlener ter verantwoording te roepen: rechtspositie van psychiatrische patiënten en hulpverleners.

NUYENS, Y.

Arts-patiëntrelatie - een sociologische interpretatie. I, II en III

TSG 49(1971)66-90

TSG 49(1971)98-101

TSG 49(1971)144-147

OTTOW, W.M.

ONTWIKKELINGSPATROON HULPVERLENING.

Konvooi 17(1975)2, 30-33

Poging om een aantal dimensies van hulpverlening in een "hulpverleningskubus" in te tekenen. Alle vormen van hulpverlening kunnen geplaatst worden, zodat het mogelijk moet zijn zwaartepunten en witte vlekken af te lezen.

OVER KONTAKT TUSSEN KLIENTEN EN DIENSTVERLENING: een enquête.

TNW 30(1976)9, 174-176.

Enquête van de Stichting Maats. Dienstverlening "Midden Rijnland", waarin meningen en wensen van cliënten werden getracht te achterhalen. Opzet, werkwijze en resultaten. De enquête bleek te voldoen en vooral m.b.t. gezinszorg en bejaardenzorg konden conclusies worden getrokken t.a.v. deskundigheidsbevordering.

PAYNE, J.E.

OMBUDSMAN ROLE FOR SOCIAL WORKERS.

Soc. work 17(1971)71, 94-100.

Schr. schetst enkele ombudsmanrollen die mw-ers zouden kunnen vervullen (o.a.: Tussenpersoon tussen client en instelling, onderzoeken van klachten van klienten) en de consequenties hiervan voor de opleiding.

PERLMAN, R.

CONSUMERS AND SOCIAL SERVICES.

New York, enz. Wiley and Sons, 126 blz. (NRMW)

Analyses van ervaringen uit wijkcentra: relatie cliënt-hulpverlener: het aanbod van hulpverlening moet kwantitatief en kwalitatief meer zijn afgestemd op de vraag van de cliënt, dan op wat men meent dat de cliënt nodig heeft: gevolgen van dit uitgangspunt voor het voorzieningen patroon (sociale supermarkt of vele specialistische categorale voorzieningen.)

PERSOON, J.M.G.

VERANDERINGEN IN DE PATIENT-HUISARTSRELATIE.

Nijmegen, Dekker en Van de Vegt, 1975, 143 blz.

Theoretische beschouwingen over de arts-patiënt relatie: de verwachtingen van de patiënt ondergebracht in twee categorieën. Conclusie: de relatie tussen arts en patiënt is een typisch voorbeeld van latente conflictsituatie.

POLLAK, O.

HUMAN BEHAVIOR AND THE HELPING PROFESSIONS.

New York, enz. Spectrum publications, 1976, 98 blz. (NRMW)

Benadrukt wordt het universele element in de relatie hulpgeven-hulp ontvangen. Vele vormen van hulpverlening worden behandeld. Overeenkomst tussen de persoonlijkheid van de hulpverlener en keuze van behandelingsmethode wordt van belang geacht. Suggesties ter oplossing van problemen tussen hulpverlener en cliënt.

POLS, J.

Problemen in de ontmoeting met....

Huisarts en wetens 14(1971)2, 58-65.

Schr. stelt de vraag hoe de ouderen en m.n. de huisarts zichzelf toegankelijker kunnen maken voor de jongeren en m.n. druggebruikers. Signalering van een aantal maatschappelijke, sociale en psychische factoren die houding en positie van de medicus lijken te bepalen.

QUERIDO, A.

DE MONDIGHED VAN DE PATIENT; verslag van de studiedag der Kath. Artsenvereniging te Tilburg op 28 april, 1970.

Ziekenfg. 1970, 9, 158-160.

RANG, J.

DE POSITIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE IN HET PATIENTENRECHT.

TVZ 29(1976)18, 831-840.

RAVESTELIJN, L.VAN.

DE ARTS GEKONFRONTEERD MET LIJDEERS AAN HET KZ-SYNDROOM.

N.Ts.v.Genk. 120(1976)8, 316-318.

ROGERS, C.R.

CLIENT ALS MIDDELPUNT; cliënt centered therapy, idee in ontwikkeling.

Lemniscaat, Rotterdam, 1971, 250 blz., lit. opg.

Client centered therapy: de houding en instelling van de gespreks-therapeut: hoe de cliënt de therapeutische relatie ervaart: het therapeutische proces.



ROTH, J.

AARDIGE PROFESSIONAL OF VAARDIGE LEEK.

In: Hulpverl. en veranderen afl 9 (1975) 01, Rot., 1-10

Het zgn universele en affectief neutrale karakter van het professionele handelen is in strijd met de selectieve bevoorrechtiging van cliënten; twee mogelijke reacties hierop zijn: het "aardiger" maken van de professional of het vaardiger maken van de leek.

SCHREURS, M. E.

MONDIGE MENSEN IN HET SYSTEEM, DAT GEZONDHEIDSZORG HEET; inleiding op de landel. bijeenkomst van de LBWG.

Klisma 1975, 10, 7-12.

SCHOUWSTRA, K.

DE CONINUITEIT: een zorg voor de huisarts.

Huisarts en wetens. 19 (1976) 10, 386-390.

Continuïteit m.b.t. enige aspecten van het functioneren van de huisarts, nl.: huisarts-patiënt relatie: huisarts en gezinssysteem: professioneel handelen: het persoonlijk functioneren van de huisarts en de patiënt: de eerstelijns functie.

SCHUT, H., en P. VERBEEK.

HUISARTS EN PATIENT: een kritische evaluatie van onderzoek op het gebied van de arts-patient-relatie. Utrecht, NHI, 1975, 72 blz. Met literatuurlijst.

SPORKEN, P.

NIEUWE GROEPEN VAN HULPZOEKENDEN.

TSG 51 (1973) 9, 307-313.

De auteur beschrijft nieuwe noden en nieuwe groepen van hulpzoekenden in de samenleving en belicht de achtergronden daarvan.

Het artikel besluit met enkele notities over de norm voor en de evaluatie van de verschill. vormen van hulpverlening.

SPREEUWEL, M. VAN en F. VAN REE.

THERAPEUT, CLIENT EN PRIVACY; Enige aspecten van privacy in de gestel. gezondheidszorg

Intermed. 12 (1976) 28, 25-27.

De vraag wordt gesteld in hoeverre inbreuk op privacy van de cliënt valt te rechtvaardigen door publiek belang aan informatie.

STAAT DE PROFESSIONAL DE KLIËNT IN DE WEG ?

TW 30 (1976) 3, pag 57.

STEENBEK, M. O.

DE ROEGEENDE VAN DE MENS-PATIENT.

TVZ 1973, 19, 508-513.

STOLTE, J. B.

ZIEKEN EN HUN VERZORGERS.

TJEENK WILLINK, GRONINGEN, 1976.



AANVULLING OP DE LITERATUURLIJST

AFDELING OPENBARE GEZONDHEID EN ZIEKENHUISWEZEN  
STADHUIS, AMSTERDAM

Verslag van de eerstelijns conferentie Amsterdam, 7 mei 1977.

ARTS, J.  
MAERTENS, N.  
Simulatiespel "Cliënt en het centrum"  
I.S.P.A., Nijmegen

BESTEMAN, A.  
De noodzakelijke terugkomst van de cliënt in de hulpverlening  
Tijdschrift voor Agologie, 1977 nr. 3

BLESS, S.  
Samenwerking een kwestie van taakopvatting  
Marge nr. 7/8 juli/augustus 1978

BOS, A.  
Gezondheidswinkels contra gezondheidscentra  
De Eerste Lijn, 1978 nr. 3

van BRAKEL, L.  
BUITINK, J.  
van SOEST, M.  
'Langs de lijn', scriptie over samenwerking in de eerstelijns. En de  
cliënt dan, staat deze langs de lijn?

BRUINS, F. e.a.  
Patiëntenrecht  
Katernen 2000, Werkgroep 2000, Amersfoort 1977

van DIJK, P.  
Naar een gezonde gezondheidszorg  
Gezondheidswinkels, bijdrage tot deprofessionalisering van de gezond-  
heidszorg  
Uitgeverij Ankh-Hermes, Deventer 1978

van DIJK, P.  
Gezondheidswinkels  
Intermediair nr. 30, 1978

de EERSTE LIJN  
Themanummer burgerinitiatieven 1977 nr. 3

van HARBERDEN, P.  
LAFAILLE, R. (red.)  
Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?  
Uitgeverij Vuga, Den Haag 1978

ILLICH, J.

Het medisch bedrijf - een bedreiging voor de gezondheid  
Het Wereldvenster, Baarn 1975

MANDERS, J. e.a.

Richtlijnen voor politiserende hulpverlening

J. van Galenstraat 58, Nijmegen

Tijdschrift MARGE

Themanummer Samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg

Juli/augustus 1978

ROMEIJN, N. e.a.

Op weg naar een nieuwe gezondheidszorg

Scriptie Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie

Utrecht, juli 1975

WELZIJNSWEEKBLAD

De patiëntenvereniging Osdorp

Welzijnsweekblad, jaargang 2, nr. 14

WERKCENTRUM OPBOUWERK ZUIDHOLLAND, DORDRECHT

Studiemap participatie in de eerstelijns gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening bij samenwerkingsverbanden op buurt- en wijk-niveau

Verslag van de studiedag

WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT

Buurtgericht samenwerken in de eerstelijns

ZOLA, I.K.

De medische macht

Boom, Meppel 1973