



NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Mariahoek 4 - Utrecht

Tel : 0 30 - 319 946

VERSLAG VAN EEN ONDERZOEK NAAR DE WENSEN EN MENINGEN VAN  
EEN 100 TAL KONFERENTIEGANGERS AANGAANDE DE 1E LIJNS  
WELZIJNSZORG;

EEN VOORONDERZOEK.

JUNI 1972.



## INHOUD

Hoofdstuk 1 .....	1
Inleiding	
Hoofdstuk 2 .....	7
Resultaten n.a.v. de vragen 1 t/m 6	
Hoofdstuk 3 .....	13
Resultaten n.a.v. de opinievragen	
Hoofdstuk 4 .....	48
Resultaten n.a.v. de vragen aangaande de konferentie als zodanig	
Hoofdstuk 5 .....	61
Een nieuw gegeven: de ideale samenwerkingsvorm	
Hoofdstuk 6 ,.....	72
Slotwoord	
Bijlagen:	
I           Vragenlijst .....	74
II          Tabellen behorend bij de vragen 1 t/m 31.....	83
III         Tabellen behorend bij vraag 32.....	96





## HOOFDSTUK 1.

### INLEIDING

#### 1.1. Over de konferentie

Op 3 en 4 maart vond te Woudschoten een werkkonferentie plaats met als onderwerp "De samenwerking van huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen e.a. in gezondheidscentra en dergelijke". Deze konferentie werd georganiseerd door het Nederlands Huisartsen Instituut in samenwerking met de Kontaktgroep voor Centra van Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening.

In deze Kontaktgroep, welke in 1972 werd ingesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap, hebben huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen zitting.

Het doel van de konferentie was:

1. een zodanige informatieuitwisseling op gang te brengen dat de problemen en belemmeringen in interdisciplinaire samenwerking zichtbaar konden worden.
2. de voorwaarden te scheppen tot een leerproces waarbij het aan en van elkaar leren centraal stond.
3. als konferentie beleidsadviezen en/of moties te formuleren.

Deelname aan deze konferentie stond open voor huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen op voorwaarde dat men in een team werkzaam moest zijn, of althans met pogingen in die richting bezig.

Op de tweede dag van deze konferentie is onder alle deelnemers een evaluatie-opinieonderzoek gehouden.

#### 1.2. Over de aard en doelstellingen van het onderzoek

Aanleiding tot het instellen van dit onderzoek was in feite de steeds weerkerende vragen van 1e-lijn-werkers die een of andere vorm van onderlinge samenwerking trachten te bereiken of reeds bereikt hebben. Vragen op het gebied van de structuur en organisatie van de samenwerking, werkwijze, op het gebied van salariëring, beslissingsbevoegdheden, begeleidingsmogelijkheden etc. Een veel gehoorde vraag was ook: "Hoe doen anderen dat? Wat denken zij daarover...?"

Nu was de konferentie als zodanig reeds een manier om aan dit informatie-tekort wat te doen.

Om echter een en ander ook in bredere kring bekendheid te geven en tevens een follow-up te verzekeren voor de konferentiegangers besloten we tot een opinieonderzoek.

Interessant is niet alleen van elkaar weten wat men denkt en vindt en wilt, maar ook waar de verschillen in opvattingen mee te maken hebben.

Heeft dat b.v. te maken met opleiding of met leeftijd, of met een bepaalde werkring, met man of vrouw zijn?

Tenslotte was daar de evaluatie van de 2 konferentiedagen; immers de opzet was o.a. om gedurende deze dagen wat van elkaar te leren. Is dit ook gebeurd? Vond men het een zinvolle bijeenkomst; of moet er in de toekomst voor een andere vormgeving en/of inhoud worden gezorgd.

Samenvattend zijn er drie doelstellingen met het onderzoek beoogd:

1. De werkers in het veld informeren over elkaars problemen, plannen opvattingen, wensen.
2. Nagaan waar de verschillen in opvattingen, problemen, wensen etc. mee te maken hebben.
3. Evalueren van de opzet van de conferentie naar de zinvolheid ervan voor de deelnemers.

### 1.3. Over het tot stand komen van de vragenlijst.

Uit de contactgroep voor centra van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening werden enige mensen bereid gevonden om in samenwerking met het NHI een vragenlijst op te stellen. Een eerste konsept van de vragenlijst kwam tot stand op grond van:

- recente publikaties over samenwerkingsproblematiek
- veel gehoorde vragen uit het veld
- datgene wat de veldwerkers (2 artsen en 1 maatschappelijk werker) uit de contactgroep aan onderwerpen inbrachten.

Dit konsept werd op de volgende criteria bekeken:

1. relevantie van de vragen voor
  - de aktuele samenwerkingsproblematiek
  - de deelnemers aan de conferentie
  - de organisatoren van de conferentie
2. zijn de vragen eenduidig te beantwoorden?
3. zijn de antwoorden op de vragen per komputer te verwerken?

In gemeenschappelijk overleg werden vragen geschrapt, toegevoegd of gewijzigd waarna de herziene vragenlijst door enige buitenstaanders werd bekritiseerd.

De uiteindelijke versie omvatte de volgende vragen:

1. Geslacht
2. Leeftijd
3. Beroep
4. Werkterrein
5. Bent u werkzaam in een team?
6. Zo ja, welke disciplines zijn in dit team vertegenwoordigd?

#### Opinie vragen

7. Zoudt u in de toekomst een groei van het aantal gezondheidscentra/groepspraktijken wenselijk achten?
8. Welke zijn volgens u de voordelen van een wijkgezondheidscentrum?
9. Welke zijn volgens u de nadelen van een wijkgezondheidscentrum?
10. Met wie wilt u wel/niet samenwerken in een team?
11. Wat zijn voor u de motieven voor samenwerking, juist met de door u aangegeven disciplines?
12. Bent u van mening dat in de toekomst de huisarts werkzaam in het team, verbonden aan een welzijnscentrum de centrale figuur zal blijven?
13. Vindt u het belangrijk dat in een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, tijd, geld en mensen worden vrijgemaakt voor:
  - wetenschappelijk onderzoek
  - opleiding van studenten van de verschillende disciplines
  - teambesprekingen
  - voorlichting aan patiënten
  - agogische begeleiding
14. Vindt u het nodig dagelijks tijd uit te trekken voor informeel overleg binnen de groep, bijv. verplichte koffie om 10.30 uur 's ochtends, wanneer er wekelijks geprogrammeerd overleg reeds plaats vindt?
15. Hoe zou volgens u de structuur van een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening er uit moeten zien?
16. Bestaat er volgens u, op dit moment een juiste verhouding in salariëring van de verschillende disciplines?
17. Indien u zelf de salariëring van de teamleden moest bepalen,

hoe zou u dit dan doen?

18. Wie heeft er volgens u in het team waarin u werkt de meeste invloed wanneer er beslissingen genomen worden?
19. Vindt u dit juist?
20. Waarmee dient men zich t.a.v. veranderingen binnen het team waarin u werkzaam bent te gaan bezighouden?
21. Waar liggen volgens u de voornaamste belemmeringen voor deze veranderingen?
22. Wordt volgens u de welzijnszorg wezenlijk beter door het vormen van samenwerkingsverbanden?

Vragen aangaande de konferentie als zodanig.

23. Heeft u meerdere kongressen over dit thema bezocht?
24. Had u voor u naar de konferentie kwam, kennis genomen van het u toegestuurde dokumentatiemateriaal?
25. Is dit dokumentatiemateriaal in uw team thuis besproken?
26. Is het materiaal tijdens de discussie hier ter sprake geweest?
27. Hoe waardeert u deze konferentiedagen?
28. Wilt u van ieder programmaonderdeel aangeven hoe (on)tevreden u erover was?
29. Wat hebt u gemist tijdens deze dagen?
30. Denkt u dat deze konferentiedagen doorwerken t.a.v.:
  - uw eigen funktioneren
  - het teamfunktioneren
  - het landelijke beleid t.a.v..samenwerkingsvormen
31. Vond u het zinvol deze vragenlijst in te vullen?
32. Wat ziet u als de meest ideale vorm van samenwerking?

Overige opmerkingen, vragen, kritiek etc.

De vragenlijst was zoveel mogelijk geprecodeerd. De vragen 11. en 29. waren zgn. open vragen.

De vragenlijst, zoals deze op de konferentie werd afgenomen, vindt u bijgevoegd in bijlage I.

#### 1.4. Over de afname en de verwerking van de vragenlijsten.

De vragenlijsten werden op de 2e konferentiedag vóór de plenaire bijeenkomst (laatste programma-onderdeel) aan alle deelnemers uitgereikt door de discussieleiders van de verschillende groepen. Er zijn 115 vragenlijsten teruggekomen; dit betekent een respons van ongeveer 90 %.

Verwerking: van de 115 vragenlijsten zijn de scores van de geprekoorde vragen op ponskaarten gezet; de antwoorden op de open vragen plus te opmerkingen, kritiek etc. werden integraal overgenomen en waar mogelijk in kategoriëen ondergebracht. Het komputerprogramma geven we hier niet weer.

#### 1.5. Hoe dit verslag te lezen?

We hebben bij de weergave van de resultaten een indeling aangebracht. Hoofdstuk 2. geeft de antwoorden op de vragen 1 t/m 6. Hierin werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, beroep, werkterrein, al dan niet werkzaam in een team en de in het team vertegenwoordigde disciplines. Deze vragen werden gesteld om een beeld te kunnen geven van de konferentiegangers en om na te gaan of deze "kenmerken" te maken hebben met de opvattingen en attituden die men heeft t.o.v. samenwerkingsvormen en t.o.v. de konferentie als zodanig, waarnaar in de vragen 7 t/m 32 werd geïnformeerd.

In hoofdstuk 3. vindt u de antwoorden op de vragen 7 t/m 22, de zogenaamde opinie vragen. Hierin werd gevraagd naar meningen, wensen, attituden t.a.v. samenwerkingsvormen in de 1e-lijns-welzijnszorg. Tevens vindt u bij de desbetreffende vragen de resultaten van de uitsplitsingen naar discipline, leeftijd etc.

In hoofdstuk 4 tenslotte zijn de antwoorden op de vragen 23 t/m 31 te vinden. Deze betreffen de vragen aangaande de konferentie als zodanig en het verwachte effect daarvan. Ook hier zijn enkele uitsplitsingen gemaakt.

Hoofdstuk 5 gaat in zijn geheel over vraag 32: "Wat ziet u als de meest ideale vorm van samenwerking?".

Bij het bestuderen van de reslutaten bleek namelijk dat de antwoorden op vraag 32 een belangrijk indelingskriterium opleverden, belangrijker nog dan de indelingen naar disciplines, of naar leeftijd.

We hebben deze vraag dan ook alsnog tegen een aantal opinievragen afgezet.

In ieder hoofdstuk wordt per vraag weergegeven:

- de vraagstelling
- de antwoorden hierop in grafiekvorm en/of tabelvorm
- de uitsplitsingen (naar leeftijd, discipline etc.) in grafiekvorm en in tekst
- konklusies
- waar nodig wordt verwezen naar meer uitvoerige frekwentietabellen in de bijlagen.

HOOFDSTUK 2.: Resultaten n.a.v. de vragen 1 t/m 6

De antwoorden op deze vragen geven een beeld van de konferentie-  
gangers. In navolgende hoofdstukken zullen deze resultaten  
worden gebruikt om na te gaan of verschillen in leeftijd,  
discipline, al dan niet in een team werkend etc. te  
maken hebben met verschillen in opvattingen.

Vraag 1. - verdeling naar geslacht

TABEL 1

Geslachtsverdeling in aantal en percentages

	N	%
man	53	46.1
vrouw	62	53.9
totaal	115	

Mannen en vrouwen waren op de konferentie redelijk  
gelijk vertegenwoordigd.

Vraag 2. - de verdeling van de leeftijden over de verschillende  
leeftijdsklassen

TABEL 2

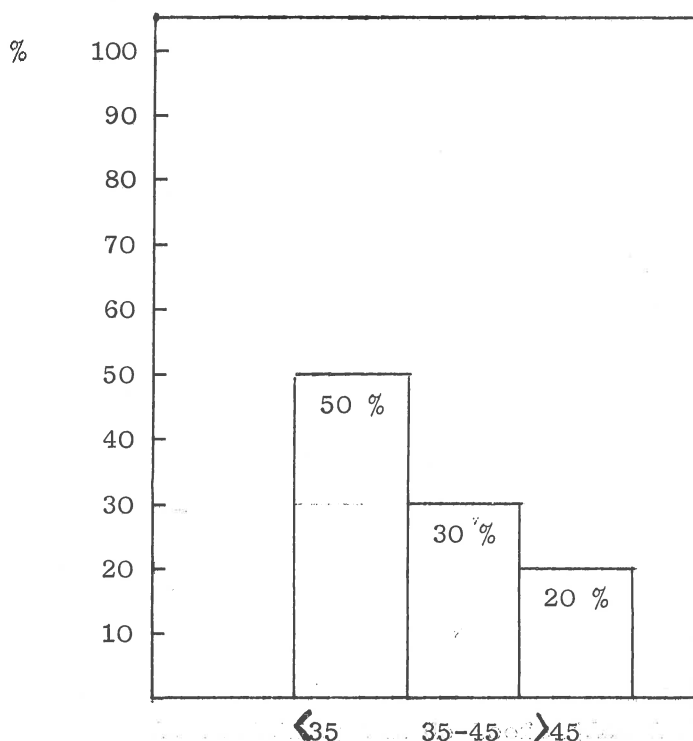
Leeftijdsverdeling met percentages

	N	%
jonger dan 25 jaar	10	8.7
26-35 jaar	47	40.9
36-45 jaar	35	30.4
46-55 jaar	20	17.4
56-65 jaar	3	2.6
ouder dan 66 jaar	0	0.0

Wanneer we een herindeling in wat grovere categorieën maken betekent dit dat: 49.6 % van de respondenten jonger is dan 35 jaar  
30.4 % van de respondenten tussen 36 en 45 jaar valt  
20.0 % van de respondenten ouder is dan 45 jaar.

Voor de overzichtelijkheid geven we deze percentages in een zogenaamd histogram weer!

- op de verticale as zijn de percentages afgezet
- op de horizontale as de leeftijdscategorieën nl.
  - jonger dan 35 jaar
  - tussen 35 en 45 jaar
  - ouder dan 45 jaar.
- de hoogte van de verticale kolommen boven de leeftijdscategorieën korrespondeert met het percentage van de respondenten dat binnen een leeftijdskategorie valt.



de verdeling van leeftijden in percentages.



Vraag 3. - de verdeling van de beroepen over de verschillende beroepsklassen.

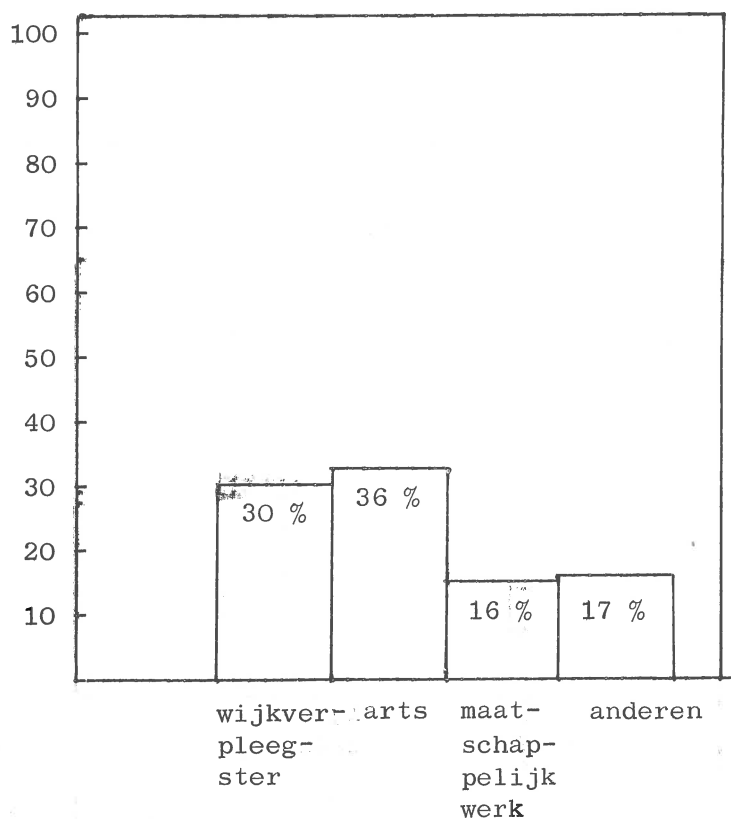
TABEL 3

Beroepenverdeling met percentage

	N	%
wijkverpleegkundige	35	30.4
arts	41	35.7
maatschappelijk werker	19	16.5
anders	20	17.4

We zien dat de maatschappelijk werkers in verhouding tot de aanwezige artsen en wijkverpleegkundigen wat ondervertegenwoordigd waren. Kategorie 4, "anders" omvat echter verschillende deelnemers uit de sociaal-maatschappelijke sektor; hierop komen wij zo meteen terug.

In beeld gebracht ziet de beroepenverdeling er als volgt uit"



Beroepenverdeling in percentages.

In de categorie "anders" werden de volgende beroepen vermeld:

- verloskundige
- docent huisartsgeneeskunde
- koördinerend verpleegkundige
- psycholoog 3x genoemd
- socioloog 5x genoemd
- lid werkgrøp 2000
- staffunktionaris maatschappelijk werk
- docent maatschappelijk werk
- medisch student 2x genoemd.

Vraag 4. - werkterrein

TABEL 4

Werkterreinverdeling met percentages en de non-respons

	N	%
stad	55	47.8
middelgrote gemeente	32	27.8
platteland	21	18.3
non-respons	7	6.1

Bijna de helft van de respondenten heeft zijn/haar werkterrein in of om de stad  
75 % van de respondenten werkt in een stadse omgeving.

Vraag 5. - bent u werkzaam in een team?

TABEL 5

Aantal maal beantwoord ja, nee en de non-respons voor vraag 5

	N	%
ja	74	64.3
nee	35	30.4
non-respons	6	5.2

Bijna 2/3 van de respondenten is momenteel werkzaam in een team.  
Bijna 1/3 is dit niet.

Vraag 6. - zo ja, welke disciplines zijn in dit team vertegenwoordigd?

De vier in de vragenlijst genoemde disciplines waren:

- 1.artsen
- 2.wijkverpleegkundigen
- 3.maatschappelijk werkers
- 4.overige n.l.....

Aangezien er in een team verschillende combinaties van bovengenoemde disciplines denkbaar zijn, zijn voor de verwerking van de resultaten alle mogelijke combinaties op een rijtje gezet. Bij elke combinatie wordt dan weer het aantal respondenten genoemd, dat die combinatie genoemd heeft, alsook het percentage, dat dit bedraagt t.o.v. het totaal der respondenten.

TABEL 6

Aantal maal dat elk der mogelijke combinaties voor vraag 6 genoemd werd

	N	%
1. arts	5	4.3
2. wijkverpleegkundige	2	1.7
3. maatschappelijk werker	4	3.5
4. overige discipline	3	2.6.
5. arts + wijkverpleegkundige	0	0.0
6. arts + maatsch. werker	6	5.2
7. arts + overige discipline	3	2.6.
8. wijkverpleegk. + maatsch. werker		
9. wijkverpleegk. + overige discipline	1	0.9
10. maatsch. werker + overige discipline		
11. arts + wijkv. + overige	5	4.3
12. arts + maatsch. w. + overige	4	3.5
13. arts + wijkverpl. + maatsch. werk	21	18.3
14. wijkverpl. + maatsch. w. + overige		
15. arts + wijkverpl.+maatsch.w.-overige + non-respons	23	20.0
	38	33.0

De 33 % non-respons wordt o.m. verklaard door tabel 5, waaruit bleek, dat 30.4 % van de respondenten niet in een team werkzaam is.

Uitschieters in tabel 6 zijn de combinaties 13 en 15.

De combinatie arts + maatschappelijk werker + wijkverpleegkundige in een team is op 18.3 % van de respondenten van toepassing.

De combinatie arts + maatschappelijk werker + wijkverpleegkundige + overige disciplines is voor 20 % van de respondenten van toepassing.

We zien dus dat van de 115 respondenten er 44 (= 38.3 %) antwoorden dat ze werkzaam zijn in een team dat op zijn minst bestaat uit arts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige. Bovendien zijn er nog 15 (= 13 %) gevallen waarin de arts óf met de wijkverpleegkundige óf met de maatschappelijk werker samenwerkt.

HOOFDSTUK 3.: Resultaten n.a.v. de zgn. opinievragen 7 t/m 22.

Dit hoofdstuk is misschien wat moeilijk leesbaar door de veelheid aan cijfers. Waar mogelijk hebben we dan ook de tabellen met de frekwenties en de percentages in de bijlagen opgenomen en in de tekst gebruik gemaakt van histogrammen, om een overzichtelijk beeld te krijgen van de resultaten.

Belangrijke konklusies in de tekst zijn bovendien dik omlind.

We zullen de vragen 7 t/m 22 achtereenvolgens behandelen; voor ieder vraag wordt eenzelfde volgorde aangehouden n.l:

- de vraagstelling zoals in de vragenlijst geformuleerd
- de antwoorden
- de uitsplitsingen (welke relevant zijn) naar discipline, leeftijd etc.
- konklusies.

Vraag 7. - zoudt u in de toekomst een groei van het aantal gezondheidscentra/groepspraktijken wenselijk achten?

TABEL 7

Aantal malen beantwoord, ja, nee, weet niet en de non-respons voor vraag 7

	N	%
ja	105	91.3
nee	1	0.9
weet niet	8	7.0
non-respons	1	0.9

Een overgrote meerderheid (91 %) beantwoordt deze vragen met ja.

Men moet hierbij wel bedenken dat degenen die de konferentie bezochten deze juist bezochten omdat ze in samenwerkingsvormen geïnteresseerd waren; er is dus sprake van een duidelijke selectie

Vraag 8. - welke zijn volgens u de voordelen van een wijkgezondheidscentrum?

Kies drie alternatieven en geef de volgorde van belangrijkheid  
aan.

De negen in de vragenlijst genoemde voordelen van een wijkgezondheidscentrum waren:

1. Het werken in een team maakt meer onderlinge konsultatie en korrektie mogelijk.
2. De doelstellingen en de werkwijze worden in een team sterker bewust gemaakt.
3. Je kunt veel van elkaar leren; door identifikatie zal je veel van elkaar overnemen.
4. Ik heb behoefte aan steun en warmte van medewerkers in teamverband.
5. Alleen een multi-disciplinair team kan antwoord geven op de vraag om hulp van den cliënt.
6. Een team staat veel sterker dan een solist bij het op gang brengen van struktuele veranderingen bijv. t.a.v. de relatie tot het tweede echelon, t.a.v. de maatschappijstructuren.
7. Door het team zal ook de cliënt een verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg gaan voelen.
8. In een team is plaats en tijd voor nascholing en opleiding van teamleden.
9. In een team heeft iedere disciplines een eigen beroepsidentiteit.

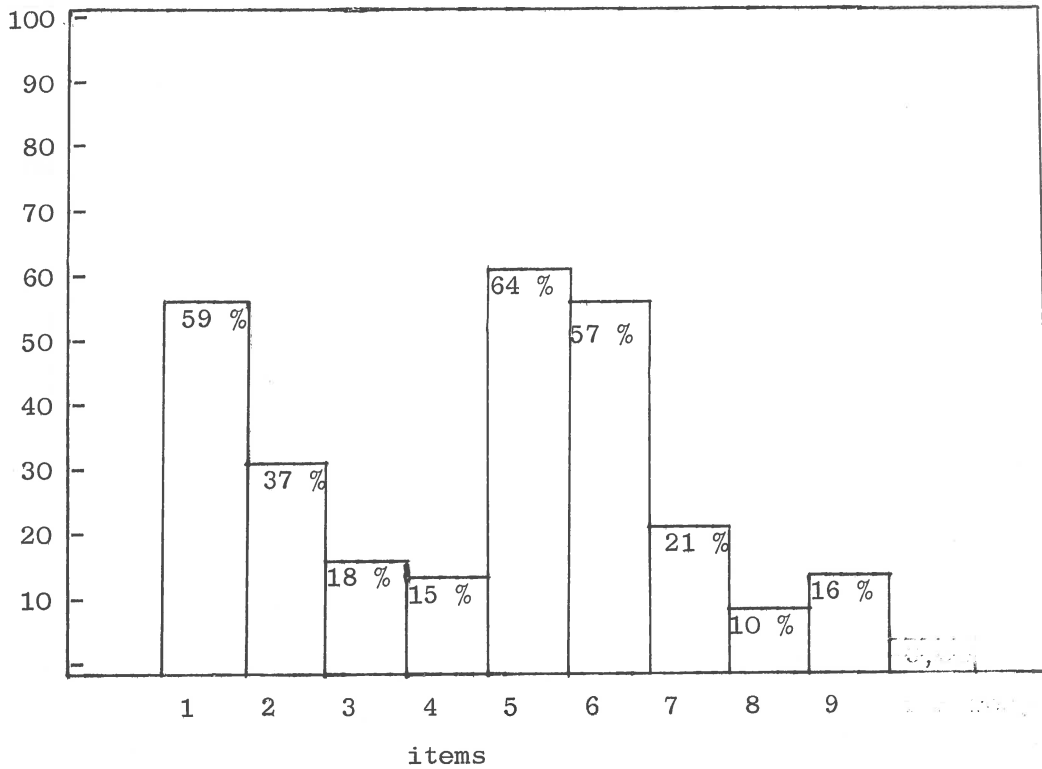
Er werd gevraagd naar de 3 belangrijkste voordelen van de negen genoemde voordelen in de volgorde van belangrijkheid.

Hoe vaak elk item uit vraag 8 op de 1e, 2e en 3e plaats gekozen is, vindt u in bijlage II, tabel I.

Tevens vindt u in deze tabel hoe vaak elk der items gekozen is ongeacht of dit een 1e, 2e of 3e keuze is.

(N.B. aangezien iedere respondent 3 voordelen kon kiezen sommeren de percentages tot 300).

Dit laatste gegeven ziet u hieronder in beeld gebracht; voor elk item uit vraag 8 is d.m.v. een vertikaal kolommetje aangegeven hoeveel percent van de respondenten dit item gekozen heeft. (Op de horizontale as staan de items 1 t/m 9 afgezet.



Uit de grafiek blijkt dat

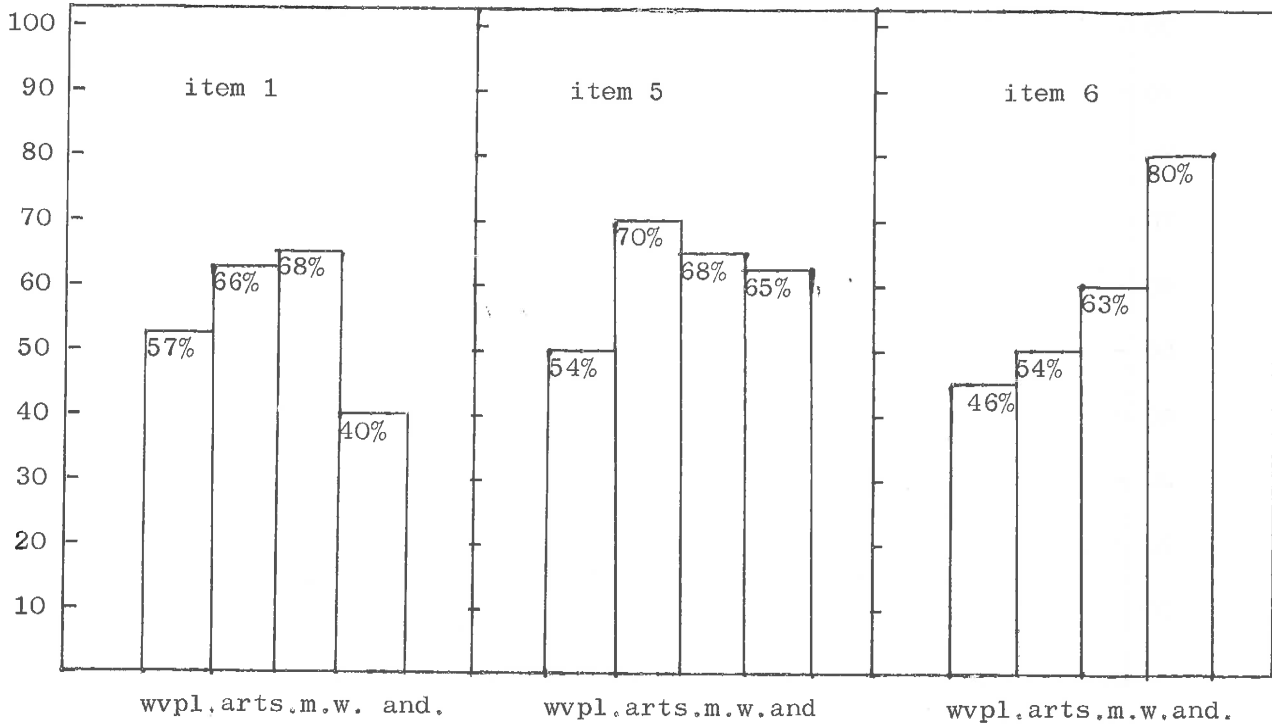
de items 1, 5 en 6 het meest frekwent genoemd zijn als voordeel van een wijkgezondheidscentrum.

item 1 : het werken in een team maakt meer onderlinge konsultatie en korrektie mogelijk (68x genoemd, 59 %).

item 5 : alleen een multi-disciplinair team kan een adekwaat antwoord geven op de vraag om hulp van de kliënt (74x genoemd, 64 %).

item 6 : een team staat veel sterker dan een solist bij het op gang brengen van strukturele veranderingen bijv. t.a.v. de relatie tot het 2e echelon, t.a.v. maatschappijstrukturen (66x genoemd, 57%).

T.a.v. deze hoogfrekwent genoemde items hebben we ons afgevraagd of deze door alle disciplines even vaak werden genoemd. De verschillen in beantwoording van deze vraag tussen de verschillende disciplines m.b.t. de items 1, 5 en 6 ziet u hieronder in beeld gebracht (zie ook bijlage II, tabel II). De drie grafieken voor item 1, 5 en 6 staan naast elkaar. Voor iedere grafiek geldt dat op de horizontale as de verschillende disciplines staan aangegeven, op de vertikale as de percentages. De kolommen boven iedere discipline geven weer hoeveel percent van die disciplines dat item als voordeel gekozen heeft.



N.B. Het percentage in de kolommen is dus het percentage van het totaal aantal vertegenwoordigers van die disciplines dat dat item genoemd heeft.

Bijv. item 1., 57 % van alle wijkverpleegkundigen

66 % van alle artsen

68 % van alle maatschappelijk werkers

40 % van alle anderen

noemen item 1 bij de 3 be-  
rijkste voordelen van een  
gezondheidscentrum

Erg grote verschillen zijn er blijkbaar niet; de disciplines zijn het althans wat de meest genoemde voordelen betreft aardig met elkaar eens.

Item 6 laat de grootste verschillen zien. We bekijken dit nader.

Item 6. een team staat veel sterker dan een solist bij het op gang brengen van  
strukturele veranderingen

We hebben getoetst of dit item significant vaker door maatschappelijk werkers en  
"anderen" enerzijds genoemd is dan door artsen en wijkverpleegkundigen anderzijds.



TABEL 8

Aantal maal dat item 6 uit vraag 8 genoemd wordt door artsen en wijkverpleegsters enerzijds en door maatschappelijk werkers en andere disciplines anderzijds (met percentages).

	N	%
arts + wijkverpleegster	38	50.0
maatsch. werkers + anderen	28	71.8

$$\chi^2 = 2,119 \text{ df} = 1; 10 < p < 20$$

We zien dus dat 72 % van de maatschappelijk beroepen als belangrijk voordeel van teamvorming ziet het sterk staan bij het initiëren van structurele veranderingen tegen 50 % van de medische beroepsbeoefenaars.

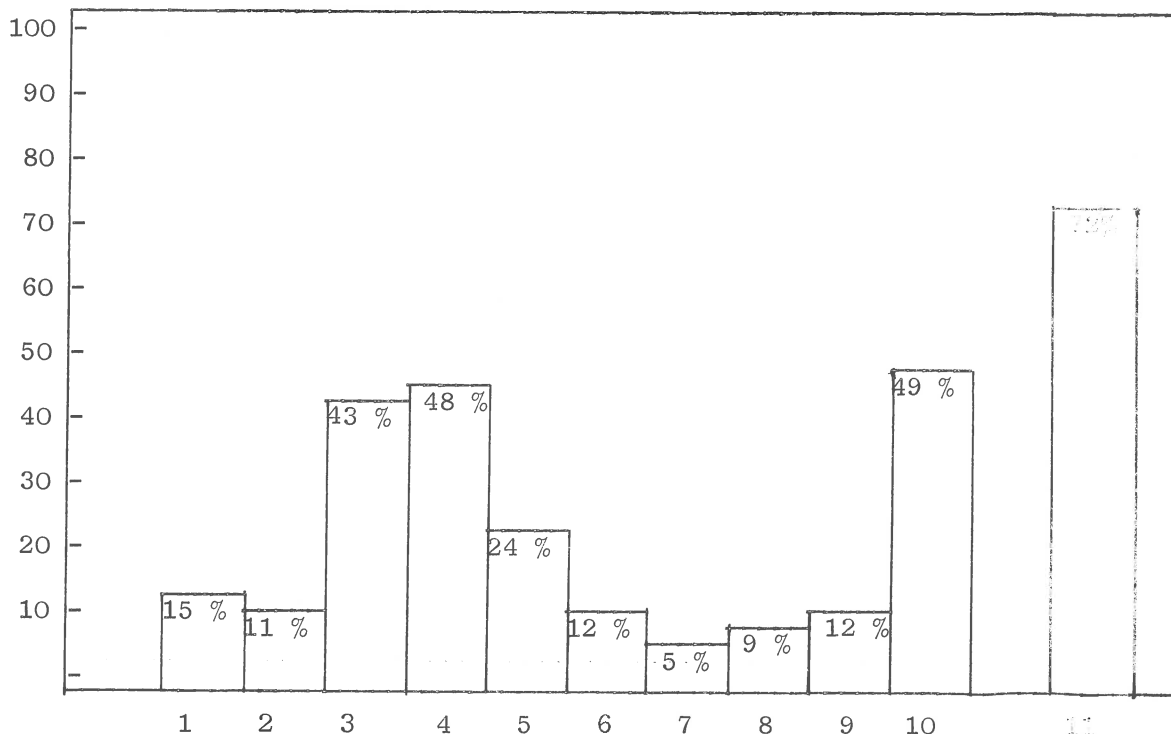
Vraag 9. - welke zijn volgens u de nadelen van een wijkgezondheidscentrum? (Kies niet meer dan drie alternatieven, geef de volgorde van belangrijkheid aan zoals bij vraag 8).

In de vragelijst werden de volgende keuzemogelijkheden gegeven:

1. De specifieke relatie huisarts/patiënt verdwijnt.
2. Het beroepsgeheim wordt onhanteerbaar in een team
3. Samenwerken met andere disciplines zal grote spanningen geven
4. De kosten van een centrum zijn niet op te brengen
5. De verschillende disciplines verliezen het contact met hun achterban
6. De wijkverpleegster wordt als praktijkzuster gebruikt
7. De maatschappelijk werker wordt in de gezondheidszorg ingebouwd
8. Je bent je vrijheid kwijt
9. De patiënten komen niet graag naar een dergelijk gebouw
10. Men verliest onevenredig veel tijd aan besprekingen.

Hoe vaak elk item uit vraag 9 op de 1e, 2e en 3e plaats gekozen is vindt u in bijlage II, tabel III.

Hoeveel percent van alle respondenten elk item gekozen heeft ongeacht of dit de 1e, 2e of 3e keus is, ziet u hieronder in beeld gebracht. (Ook hier sommeren de percentages tot 300!)



Uit de grafiek blijkt dat:

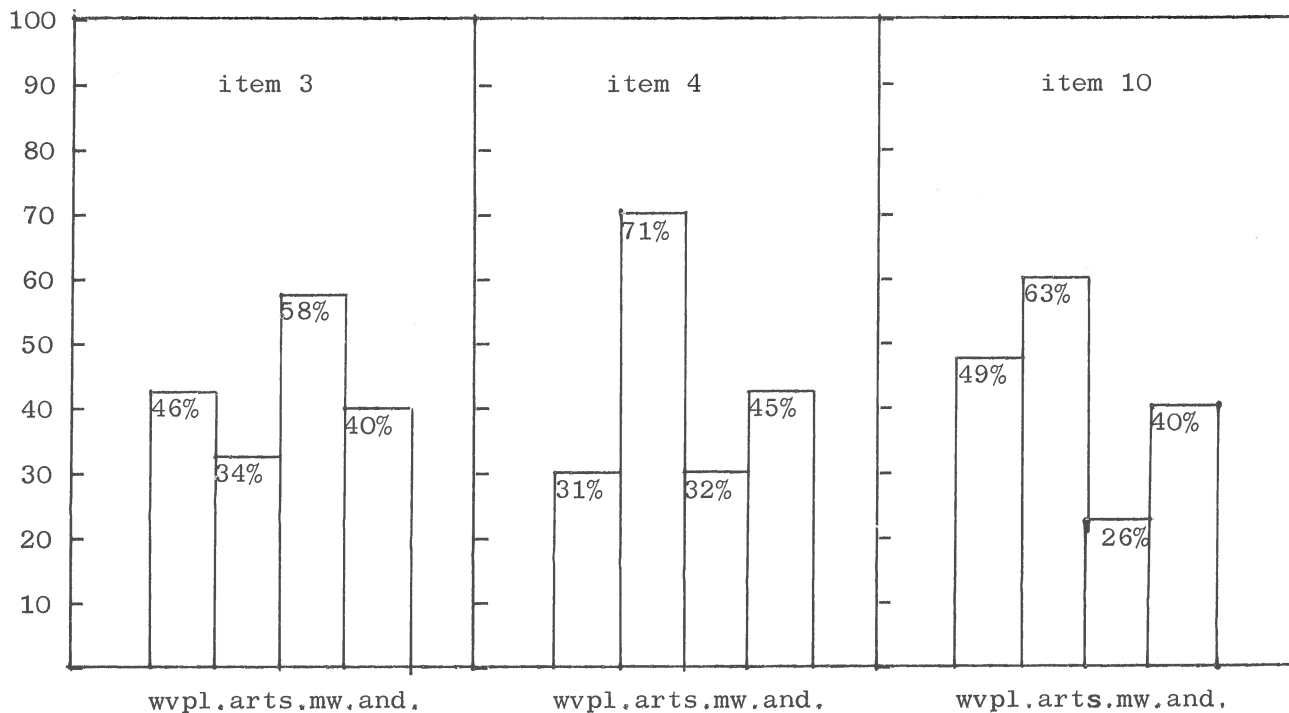
de items 3, 4 en 10 het meest frekwent genoemd zijn

item 3 : samenwerken met andere disciplines zal grote spanningen geven.  
(49x genoemd, 43 %).

item 4 : de kosten van een centrum zijn niet op te brengen  
(55x genoemd, 48 %).

item 10 : men verliest oneindig veel tijd aan besprekingen  
(56x genoemd, 49 %).

Wanneer we ons afvragen of er t.a.v. deze drie meest frekwent genoemde nadelen van een wijkgezondheidscentrum verschillen bestaan in de beantwoording door huisartsen, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers en de "anderen" krijgen we het volgende beeld:



item 3. (samenwerken met andere disciplines zal grote spanningen geven) wordt door 58 % van de maatschappelijk werkers genoemd, tegen 34 % van de artsen.

item 4. is het probleem van de kosten van een welzijnscentrum en blijkens de grafiek tevens het probleem van de artsen.

71 % van de artsen noemt dit item als nadeel: tegen

31 % van de wijkverpleegsters

32 % van de maatschappelijk werkers

45 % van de anderen.

(de verschillen zijn significant op 5 % nivo)

item 10. is het probleem van het tijd-verlies door teambesprekingen. Wanneer we, verondersteld dat wijkverpleegsters en artsen méér dan maatschappelijk werkers en anderen geneigd zijn tot een "niet praten maar doen" en door de drukte geen tijd hebben voor bezinning en bespreking, de medische disciplines vergelijken met de sociale disciplines zien we dat het tijdverlies door de "medische" disciplines vaker als nadeel wordt gezien dan door de "sociale" disciplines.

TABEL 9

Aantal maal dat item 10 van vraag 9 gekozen werd door medici-paramedici enerzijds en door maatschappelijk werkers en anderen anderzijds.

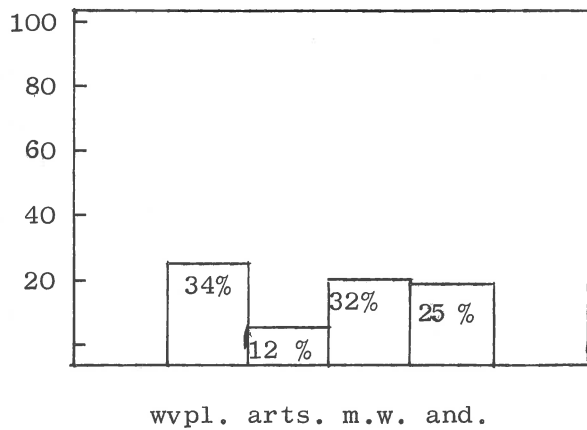
	N	%
wijkverpleegsters + artsen	43	57
maatschappelijk werkers + anderen	13	33

$$\chi^2 = 2.867; df = 1; .05 < p < .10$$

57 % van de medisch georiënteerde disciplines noemt het tijdverlies door teambesprekingen als nadeel van een wijkgezondheidscentrum tegen 33 % van de maatschappelijk georiënteerde disciplines.

item 5. "De verschillende disciplines verliezen het contact met hun achterban", hebben we eveneens apart bekeken, opgesplitst naar disciplines.

We laten eerst de grafiek zien



$$x^2 = 3.89 ; df = 1 ; .02 < p < .05$$

We zien dat slechts 12 % van de artsen dit item als nadeel noemt. Blijkbaar is de angst voor verlies van contact met de achterban bij wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers aanmerkelijk groter dan bij artsen. De verschillen zijn significant op 5 % nivo.

Vraag 10. - met wie wilt u wel/niet samenwerken in een team?

In de vragenlijst waren zes antwoordcategorieën gegeven, nl.:

1. arts
2. doktersassistente
3. maatschappelijk werker
4. wijkverpleegkundige
5. verloskundige
6. overige, nl....

In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel mensen in iedere categorie "wel samenwerken" hebben aangekruisd, daarachter het percentage van het totaal; evenzo voor "niet samenwerken" en de non-respons.

TABEL 10.

	wel samenwerken		niet samenwerken		non-respons	
	N	%	N	%	N	%
1. arts	105	91.3			10	8.7
2. doktersassistente	85	73.9	16	13.9	14	12.2
3. maatschappelijk werker	105	91.3			10	8.7
4. wijkverpleegster	100	87.0	1	0.9	14	12.1
5. verloskundige	74	64.3	18	15.7	23	20.3
6. overige	66	57.4	3	2.6	46	40.0

De items 1 (arts), 3 (maatschappelijk werker) en 4 (wijkverpleegsters) springen eruit. Deze worden door de meeste respondenten beantwoord met "wel samenwerken met..." (91.3 %, 87.0 %). Het "niet willen samenwerken met.." haalt op geen der items (=disciplines) hoge percentages. In categorie 5 (verloskundige), 6 (overige) is een relatief hoge non-respons (respektievelijk 20 % en 40 %).

Kortom: men is in het algemeen bereid om met "iedereen" samen te werken zij het met een voorkeur voor artsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen.  
Dit komt aardig overeen met de uitslag van vraag 6 (welke disciplines zijn in uw team vertegenwoordigd) welke aantoonde dat reeds meer dan 50 % (arts-maatschappelijk werker-wijkverpleegster) reeds met bovengenoemde voorkeursdisciplines samenwerkt.

In categorie 6 "overige", nl..." werden nog verschillende anderen disciplines genoemd als wenselijk om mee samen te werken. We hebben deze verschillende disciplines onder elkaar gezet. Achter iedere disciplines staat in het desbetreffende vakje of en hoe vaak deze genoemd is door de aanwezige wijkverpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers en anderen. Deze tabel vindt u in bijlage II, tabel V.  
Het meest genoemd werden: de diëtiste 10x genoemd  
de fysiotherapeut 19x genoemd  
de pastor 17x genoemd.

Vraag 11. - Wat zijn voor u de motieven voor samenwerking juist met de door u aangegeven disciplines?

Op deze vraag zijn zeer uiteenlopende antwoorden gegeven. Een bloemlezing uit deze antwoorden moge een indruk geven (de antwoorden zijn per discipline gegroepeerd).

De motieven van wijkverpleegkundigen.

- beter contact, overleg met patiënten en cliënten. Meer gebruik kunnen maken van elkaars mogelijkheden.
- met zijn allen kan men meer hulp bieden voor de desbetreffende cliënt.
- samenwerken - samen verantwoordelijkheid dragen; in het begin niet met een te groot team; te veel disciplines kan chaotisch werken. beginnen met huisarts, wijkverpleegster en maatschappelijk werker, later uitbouwen als er een goede basis ontstaan is.
- in eerste instantie: klein team, waardoor er betere samenwerking op gang kan komen. Op den duur wel uitbreiding maar misschien alleen op aanvraag van alle teamleden.
- eigen motivatie is moeilijk naar waarheid weer te geven, omdat niet alle facetten mij nu bewust zijn.
- juist door overlapping in elkaars werkzaamheden.
- je kunt het niet meer alleen, de mens is een somatisch/psychisch/sociaal wezen. Voor hulp moet men rekening houden met dit gegeven.
- een betere informatie en daarvoor betere hulp voor de patiënt. Steun aan elkaar. . Samen een behandelingsplan maken.
- onderlinge contacten/relatieverbetering, betere grensafbakening mogelijk, beroepsduidelijkheid, konsulteren/leren van andere disciplines, verhogen van eigen kwaliteit en meer optimale socio-psychosomatische zorg voor anderen.
- om tot een beter resultaat in de welzijnszorg te komen en een beter inzicht in je eigen werk te krijgen.
- om te komen tot een zo goed mogelijke begeleiding van patiënt/cliënt en de continuïteit te waarborgen van de hulpverlening.

De motieven van de artsen.

- koördineren van verschillende servicemogelijkheden voor cliënten.
- verbetering gezondheidszorg.
- correctie (eventueel) van eigen handelen.
- verdieping; van het dagelijks werk  
betere contacten van de hulpverlening  
betere eigen attitude
- arts zowel als wijkverpleegster en maatschappelijk werker zijn  
werkzaam op het gebied van de relatiestoornissen, ieder op zijn wijze;  
in het belang van de patiënt/cliënt dienen we samen te werken.
- het gevoel dat bij solistenwerk mijn hulp zeer onvolledig is.
- taakverdeling in totale gezondheidszorg (WHO definitie) met  
beslist gelijkgeschakelde verantwoordelijkheden en risico's
- niet kunnen voldoen aan eisen van opgelegde taak (beroepsopvatting)  
volgens oude stijl. Mijns inziens kunnen problemen van en in de  
toekomst niet door één zelfstandige werker worden opgelost.
- betere zorg  
"verlossing" uit isolement.
- om een "andere" gezondheidszorg te geven ook t.a.v. de arts; patiënt  
uit zijn ziektemodel halen. Meer menselijke uitbouw tot actie i.c.  
preventie? Beïnvloeding gedrag van cliënt.
- de contacten onderling tussen de werkers in het 1e-echelon zijn  
broodnodig voor efficiënte benadering van de konsument.

De motieven van de maatschappelijk werkers.

- 1. door een team met gezamenlijke verantwoordelijkheid kan de  
totale patiënt/cliënt beter geholpen worden.  
Verwijzing en/of consultatie is mogelijk.
- 2. samenwerking met meerdere disciplines dwingt je tot steeds kritisch  
nagaan waarmee je bezig bent als maatschappelijk werker, huisarts  
of wijkverpleegkundige. Je ontdekt steeds beter je eigen beroeps-  
identiteit in de relatie tot de patiënt/cliënt.



- verbreden van de hulpverleningsmogelijkheden naar een meer sociaal maatschappelijk terrein  
meer input van de kontakt/omgeving rond de cliënt - bredere basis van het team tot beïnvloeding naar buiten uit
- alleen kun je vaak niet optimaal helpen;  
samenwerking met zoveel mogelijk andere disciplines dwingt je tot openheid, flexibiliteit, voorkomt beperkt gezichtsveld eigen beroep en overschatting van eigen beroep.
- een behandeling van de patiënt/cliënt die doeltreffend is, daar de oorzaak gevonden en weggenomen of verbeterd kán worden.
- beroepkundige hulp aan cliënt/patiënt. Geen geklungel meer om te komen tot adekwate hulpverlening aan de patiënt/cliënt door: o.m. vanuit problemen te komen tot een bepaald behandelingsplan in overleg met patiënt/cliënt (cliëntcenterend) en ieder aandeel hierin op elkaar af te stemmen.
- ~~zoeken~~ zoeken naar beste weg om te komen tot "juiste klacht op juiste plaats"
- verruimen van blik van hulpverlener door inbreng van anderen met andere "blik".

Motieven van de "anderen".

- alle aangegeven disciplines hebben vanuit hun deskundigheid een waardevolle inbreng, ook de doktersassistente als haar de kans geboden wordt hier in te groeien.
- adekwate behandeling van cliënt/patiënt, verregaande uitbreiding van de 1e-lijn in duidelijk herkenbare regionale indeling is de enige mogelijkheid te komen tot: preventieve gezondheidszorg (=welzijnszorg)  
hierdoor afremming van de ongebreidelde groei van de extra-murale gezondheidszorg  
daardoor het vrijkomen van geld voor de 1e lijn.
- halt toeroepen aan verdere (super) specialisering van de gezondheidszorg in de richting van een burokratisering en technokratisering.

- onmiddellijke multidisciplinaire zorg ter plaatse aan cliënt, ter voorkoming ook van vervreemding patiënt van achtergrond van zijn klacht, hetgeen nu overmatig geschiedt door verwijzing ( binnen medisch technische geneeskunde.
- in een therapeutisch hulpverlenend team past geen socioloog.
- de hulp die gevraagd wordt zo adequaat mogelijk realiseren.
- continue, integrale hulpverlening aan de patiënt/cliënt met optimaal gebruik van beschikbare deskundigheid,
- te komen tot een welzijnszorg.

Vraag 12. - bent u van mening dat in de toekomst de huisarts werkzaam in het team, verbonden aan een welzijnscentrum, de centrale figuur zal blijven?

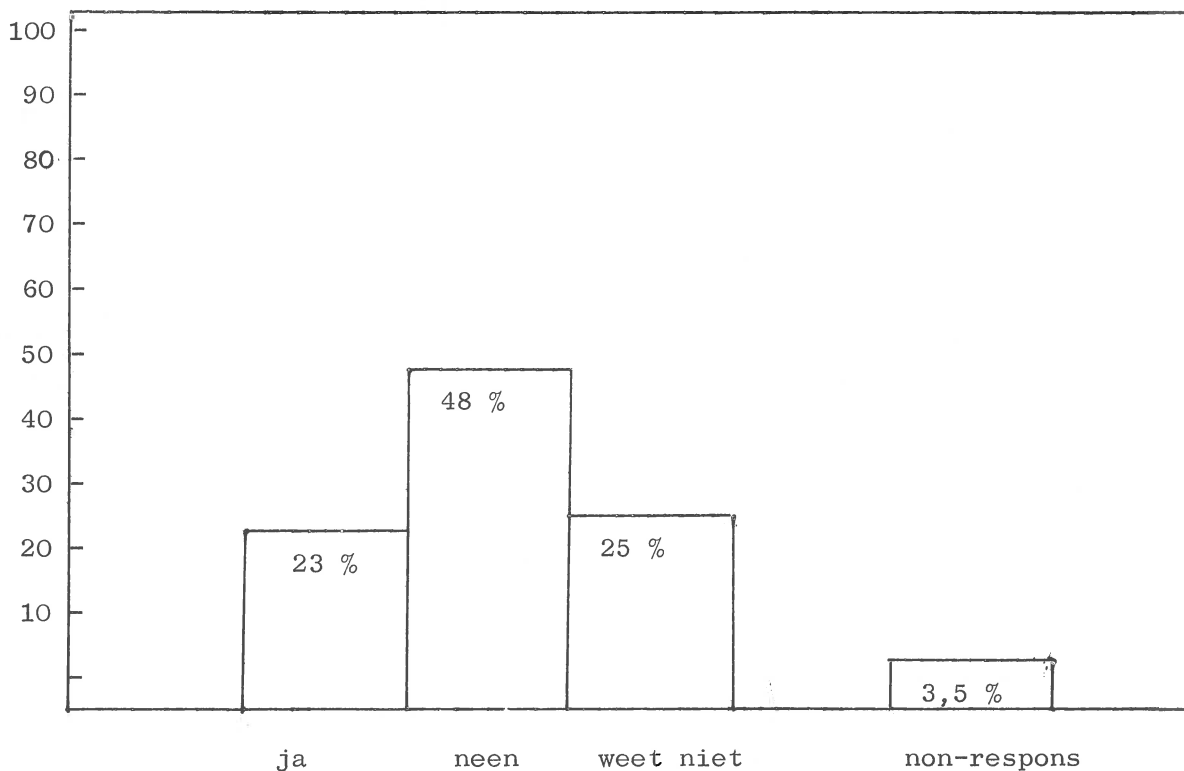
TABEL 11

Aantal maal beantwoord, ja, nee, weet niet en de non-respons voor vraag 12.

	N	%
ja	27	23.5
nee	55	47.8
weet niet	29	25.2
non respons	4	3.5

Bijna de helft van de respondenten is van mening dat de huisarts niet de centrale figuur zal blijven in een team.

In beeld gebracht:



Antwoordverdeling van de vraag:

Zal de huisarts de centrale figuur blijven?

We zijn geïnteresseerd in de vraag of de meer medisch georiënteerde disciplines - huisartsen en wijkverpleegkundigen - t.a.v. de toekomstige positie van de huisarts, een andere mening hebben dan de meer sociaal georiënteerde disciplines - maatschappelijk werkers en "anderen".

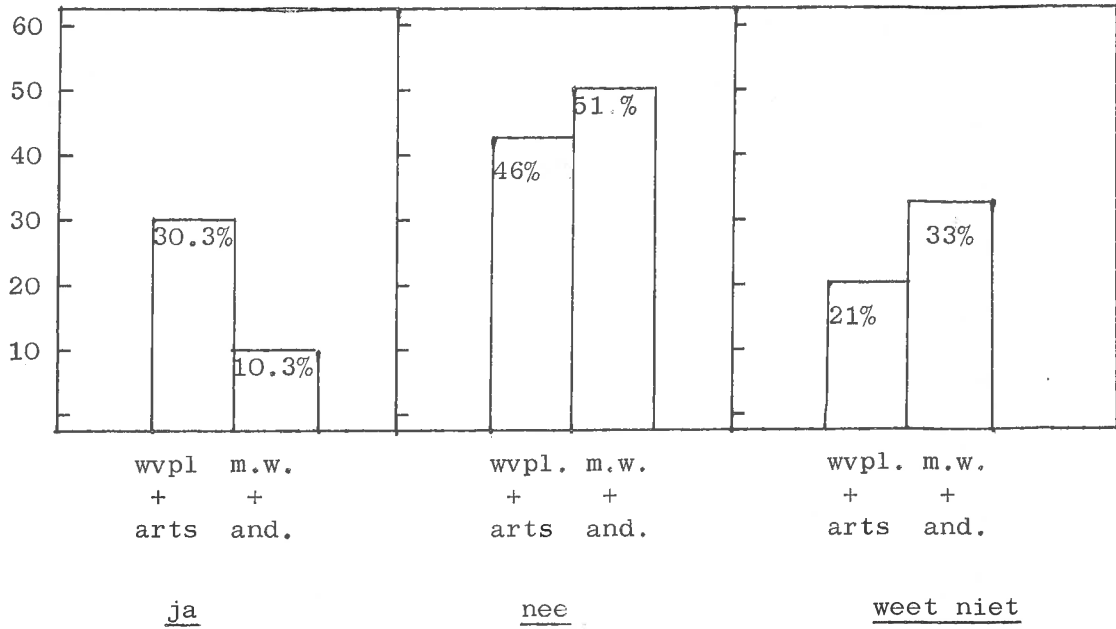
We vergeleken huisartsen en wijkverpleegkundigen enerzijds met maatschappelijk werkers en "anderen" anderzijds voor elk der antwoordmogelijkheden van vraag 12.

In de eerste grafiek ziet u de percentages van de medische én van de sociale disciplines voor het antwoord ja (de huisarts zal de centrale figuur blijven)

In de tweede grafiek voor het antwoord: nee

In de derde grafiek voor het antwoord : weet niet.

(Zie ook bijlage II, tabel VI).



We zien dat de "medische" disciplines significant vaker dan de "sociale" disciplines van mening zijn dat de huisarts in de toekomst de centrale figuur zal blijven (signifikant op 5 % nivo). Daarentegen zijn er aanmerkelijk meer "weet niet" respondenten onder de sociale disciplines dan onder de medische disciplines. Wellicht zijn de eerstgenoemden minder geneigd zich tot absolute uitspraken (ja, neen) te laten verleiden dan de laatstgenoemden.

Hoe wordt de vraag "Zal de huisarts de centrale figuur blijven" beantwoord door de verschillende leeftijdsgroepen.

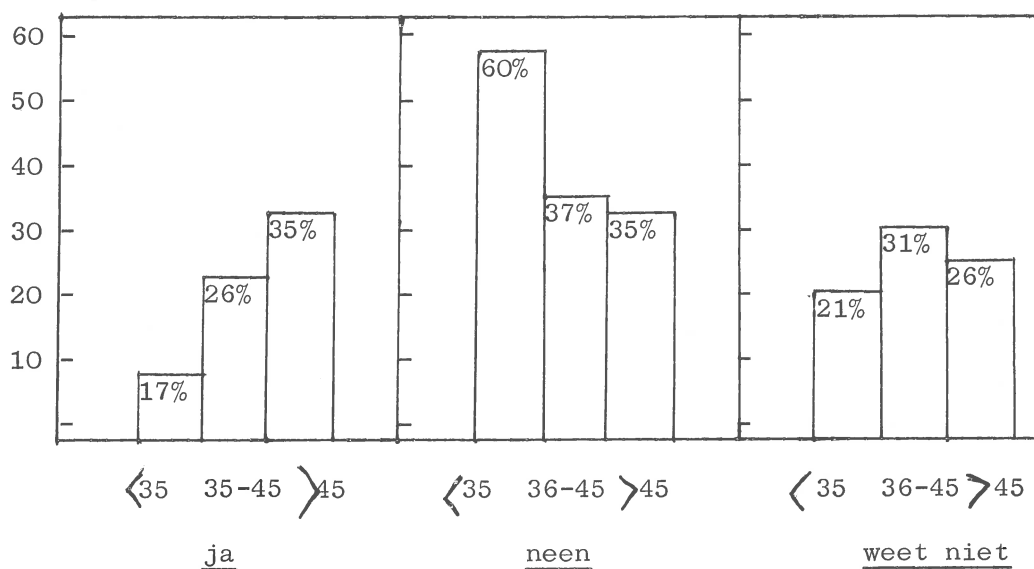
Wij hebben de respondenten opgesplitst in 3 leeftijdsklassen

te weten: jonger dan 35 jaar

tussen 36 en 45 jaar

ouder dan 45 jaar.

Voor elk van deze drie klassen ziet u de percentages ja/nee/weet niet antwoorden in beeld gebracht. (Voor frekwentie-tabel zie bijlage II, tabel VII).



Met het klimmen der jaren stijgt het aantal respondenten dat van mening is dat de huisarts de centrale figuur zal blijven.

Opvallend is verder dat 60 % van de jonger-dan-35 jarigen van mening is dat de huisarts niet de centrale figuur zal blijven

Vraag 13. - vindt u het belangrijk dat in een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening tijd, geld en mensen worden vrijgemaakt voor:

1. wetenschappelijk onderzoek
2. opleiding van studenten van de verschillende disciplines
3. teambespreking
4. voorlichting aan patiënten
5. agogische begeleiding

TABEL 12

Aantal maal beantwoord, ja, nee en de non-respons voor alle items uit vraag 13.

	ja		neen		non-respons	
	N	%	N	%	N	%
1. wetensch. onderzoek	78	67.8	20	17.4	17	14.8
2. opleiding	95	82.6	7	6.1	13	11.3
3. teambespreking	106	92.2			9	7.8
4. patiëntenvoorlichting	106	92.2	2	1.7	7	6.1
5. agogische begeleiding	97	84.3	3	4.3	13	11.3

Het minst belangrijk acht men het wetenschappelijk onderzoek; 17.4 % vindt dit een onnodige zaak.

Vraag 14. - Vindt u het nodig dagelijks tijd uit te trekken voor informeel overleg binnen de groep, b.v. verplichte koffie om 10.30 uur 's ochtends, wanneer er wekelijks geprogrammeerd overleg reeds plaats vindt?

TABEL 13

Aantal malen beantwoord ja, nee en de non-respons.

	N	%
ja	80	69.6
nee	32	27.8
non-respons	3	2.6.

Ruim 2/3 van de respondenten beantwoordt deze vraag met ja. Bijna 1/3 gedeelte vindt dagelijks informeel overleg onnodig.

Vraag 15. - hoe zou volgens u de structuur van een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening er moeten uitzien?

In de vragenlijst werden de volgende mogelijkheden genoemd:

1. Vertikaal, d.w.z. er is een duidelijke leider die deeltaken en bevoegdheden delegeert aan ondergeschikten.
2. Horizontaal, d.w.z. alle teamleden participeren gelijk in de besluitvorming; er is weinig taakdifferentiatie.
3. een combinatie van bovengenoemde, de zgn platte hiërarchie; er is wel verdeling van taken en verantwoordelijkheden maar aan de besluitvorming nemen zoveel mogelijk groepsleden deel.

TABEL 14

Aantal maal dat elk der mogelijke structuren genoemd is daarachter het percentage dat dit van het totaal der respondenten is, en de non-respons.

	N	%
1. verticale structuur	3	1.7
2. horizontale structuur	16	13.9
3. combinatie	94	81.7
non-respons	2	1.7

De derde mogelijkheid, de platte hiërarchie springt er duidelijk uit: 81.7 % van de respondenten geeft aan deze structuur de voorkeur.

Voor de horizontale structuur kozen 16 van de 115 respondenten; dit is 13.9 %

Hoe zijn deze 16 mensen over de disciplines verdeeld?

De indeling blijkt als volgt te zijn:

11 wijkverpleegsters )  
2 artsen ) kiezen voor  
2 maatschappelijk werkers ) de horizontale  
1 "andere" ) structuur.

Vraag 16.-- bestaat er volgens u, op dit moment een juiste verhouding in salariering van de verschillende disciplines.

TABEL 15

Aantal maal ja/nee beantwoord en de non-respons.

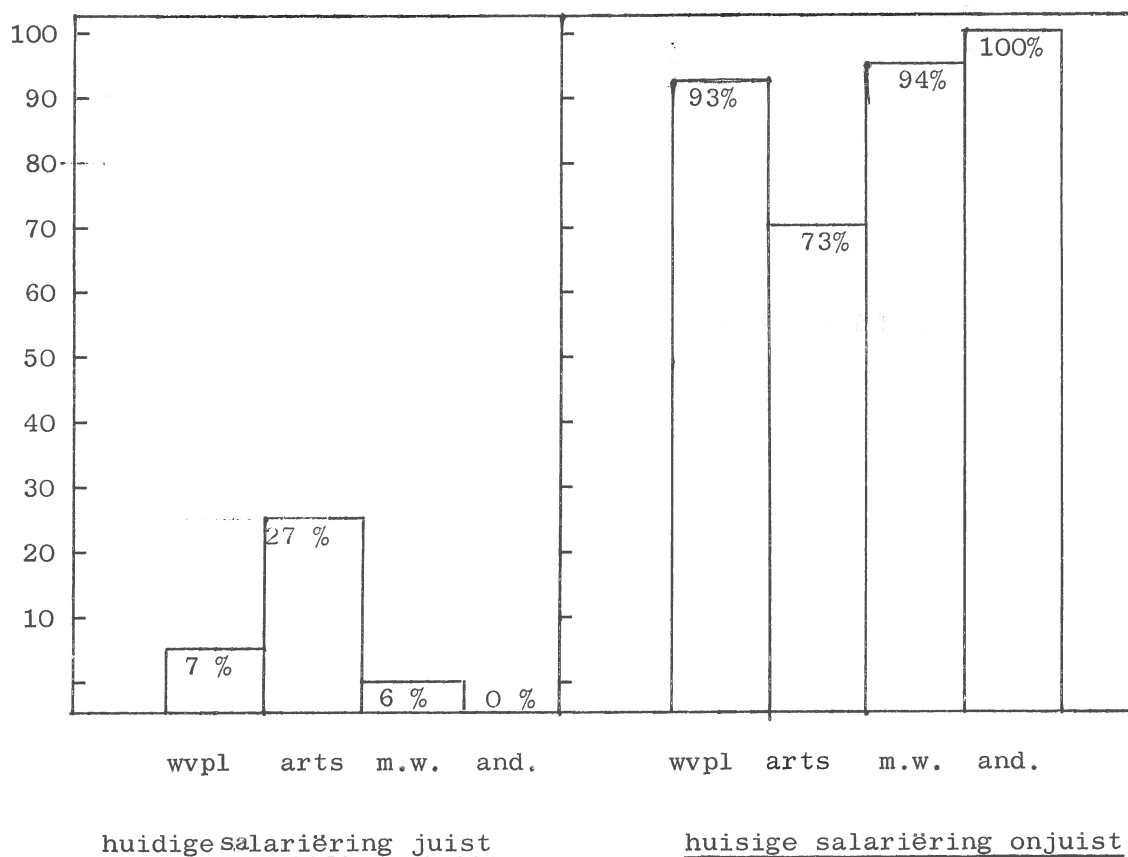
	N	%
ja	13	11.3
nee	88	76.5
non-respons	14	12.2



88 respondenten vinden de huidige salarisverhoudingen tussen de disciplines onjuist.

Wie zijn deze 88 mensen, wat is hun functie?

Het volgende beeld laat zien hoeveel percent van elke beroepsgroep de salariëring juist vindt en hoeveel percent de salariëring onjuist vindt. (Zie ook bijlage II, tabel VIII).



Wanneer we bedenken dat de artsen op deze konferentie de hoogst gesalariëerde groepering uitmaakten, wordt het interessant om na te gaan of de opvattingen t.a.v. het al dan niet juist zijn van de salarisverhoudingen van de best betaalde groepering (artsen) significant afwijken van de opvattingen van de minder betaalde groep (alle overigen).

Hiertoe brengen we een hergroepering aan n.l. artsen en alle overigen.

TABEL 16

Aantal maal dat door artsen enerzijds en alle overigen anderzijds juist/onjuist is geantwoord op vraag 16 met de percentages.

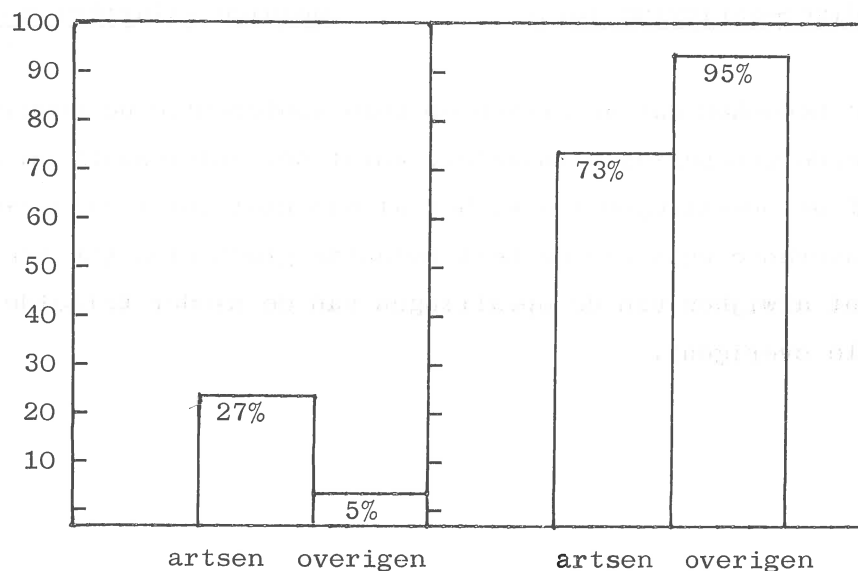
	artsen		alle overigen		
	N	%	N	%	
huidige salariering					
juist	10	27.0	3	4.7	13
onjuist	27	73.0	61	95.3	88
	37		64		101

$$\chi^2 = 10.15; df = 1; .001 < p < .01$$

Dit betekent dat er inderdaad significante verschillen in opvattingen t.a.v. de salarisverhoudingen zijn waar te nemen tussen de best betaalde groep (artsen) en de minst betaalde groepen.

signifikaant op 1 % nivo.

In beeld gebracht:



salarisverhoudingen: juist vindt:  
 27% van de artsen  
 5 % van de overigen

onjuist vindt:  
 73% van de artsen  
 95% van de overige

Bestaat er verband tussen de leeftijd van de respondent en het antwoord op de vraag naar de salarisverhoudingen?

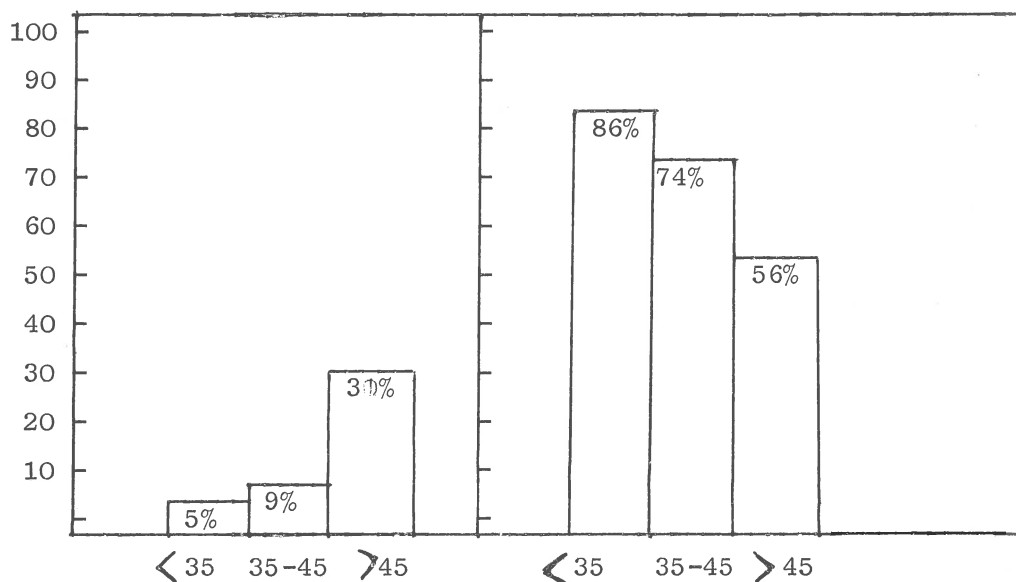
Wanneer we de respondenten weer in 3 leeftijdsgroepen indelen, krijgen we de volgende verdeling van de antwoorden:

TABEL 17

Aantal maal beantwoord "juist" en aantal maal beantwoord "onjuist" voor de vraag 16 voor drie leeftijdsgroepen.

	juist		onjuist	
	N	%	N	%
jonger dan 35 jaar	3	5.3	49	86.0
tussen 35 - 45 jaar	3	8.6	26	74.3
ouder dan 45	7	30.7	13	56.5

$\chi^2 = 9.42$ ;  $df = 1$ ;  $.001 < p < .01$  sign. op 1 % nivo.



De grafiek laat zien dat met het klimmen der jaren het percentage respondenten dat de huidige salarisverhoudingen juist vindt toeneemt en het percentage dat deze verhoudingen onjuist vindt afneemt.

signifikant op 1% nivo.

Vraag 17. - indien u zelf de salariëring van de teamleden moest  
bepalen zoudt u dit dan doen:

1. naar discipline
2. naar verantwoordelijkheid
3. ieder teamlid gelijk honoreren

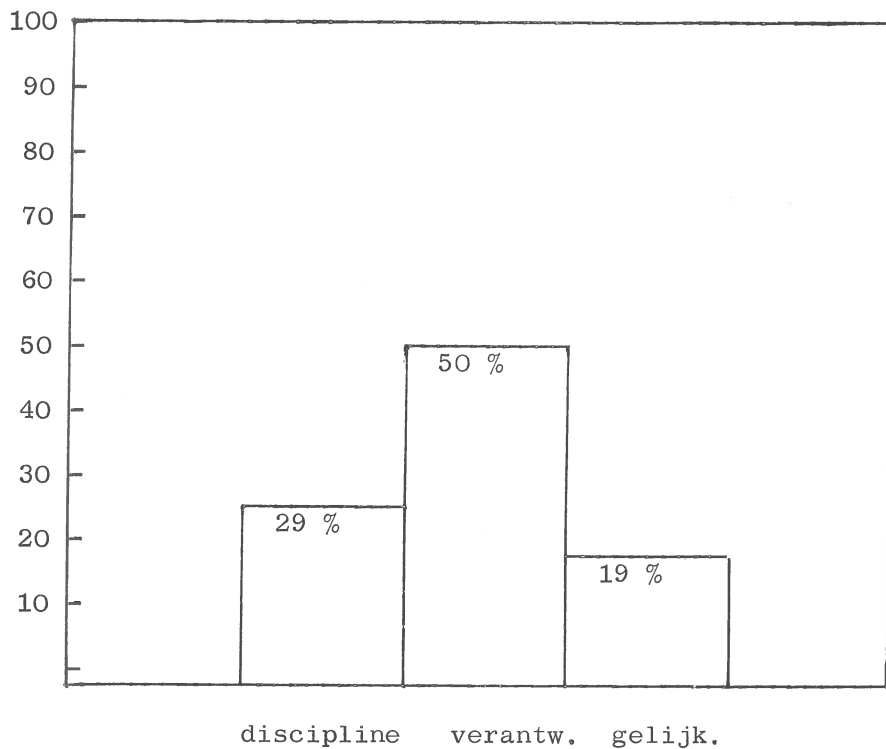
TABEL 18

Aantal maal dat ieder mogelijkheid genoemd is plus  
de non-respons.

	N	%
1. discipline	33	28.7
2. verantwoordelijkheid	57	49.6
3. gelijk	22	19.1
non-respons	3	2.6

50 % der respondenten acht salariëring naar verant-  
woordelijkheid de beste norm.

Van de overige 50 % kiest 29 % voor salariëring naar  
discipline en 19 % voor salariëring naar verantwoor-  
delijkheid.



Bestaat er verband tussen de leeftijd van de respondent en het antwoord op de vraag naar de salarisverhoudingen?

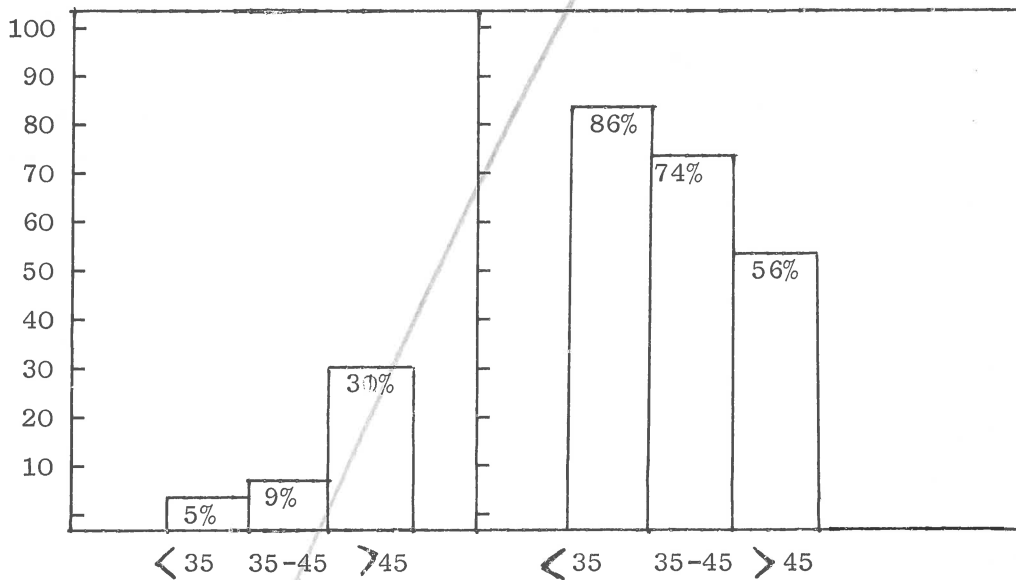
Wanneer we de respondenten weer in 3 leeftijdsgroepen indelen, krijgen we de volgende verdeling van de antwoorden:

TABEL 17

Aantal maal beantwoord "juist" en aantal maal beantwoord "onjuist" voor de vraag 16 voor drie leeftijdsgroepen.

	juist		onjuist	
	N	%	N	%
jonger dan 35 jaar	3	5.3	49	86.0
tussen 35 - 45 jaar	3	8.6	26	74.3
ouder dan 45	7	30.7	13	56.5

$\chi^2 = 9.42$ ;  $df = 1$ ;  $.001 < p < .01$  sign. op 1 % nivo.



De grafiek laat zien dat met het klimmen der jaren het percentage respondenten dat de huidige salarisverhoudingen juist vindt toeneemt en het percentage dat deze verhoudingen onjuist vindt afneemt.

signifikant op 1% nivo.

Vraag 17. - indien u zelf de salariëring van de teamleden moest bepalen zoudt u dit dan doen:

1. naar discipline
2. naar verantwoordelijkheid
3. ieder teamlid gelijk honoreren

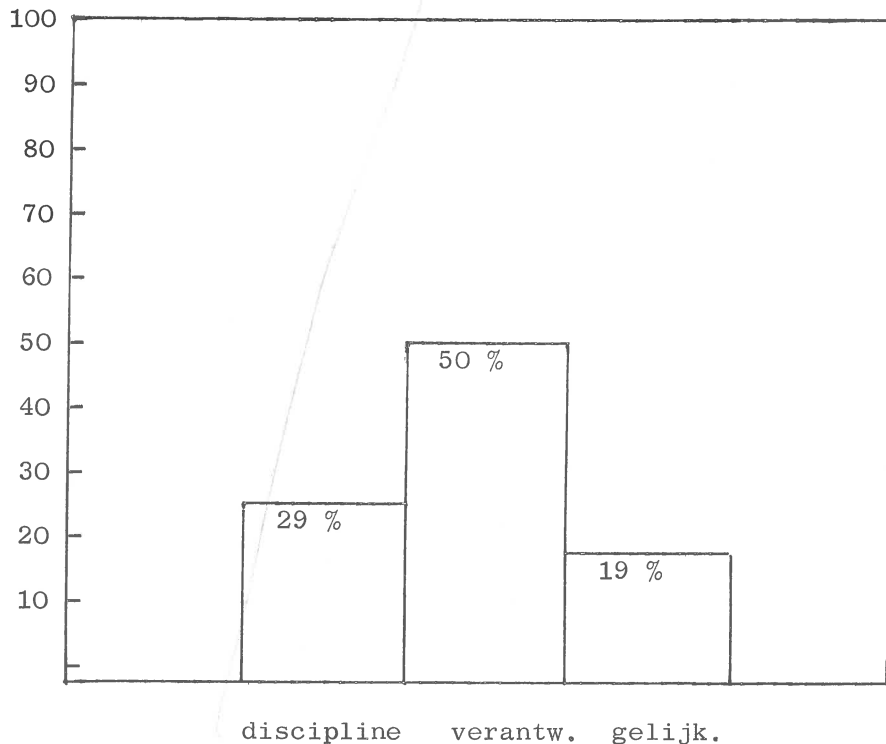
TABEL 18

Aantal maal dat ieder mogelijkheid genoemd is plus de non-respons.

	N	%
1. discipline	33	28.7
2. verantwoordelijkheid	57	49.6
3. gelijk	22	19.1
non-respons	3	2.6

50 % der respondenten acht salariëring naar verantwoordelijkheid de beste norm.

Van de overige 50 % kiest 29 % voor salariëring naar discipline en 19 % voor salariëring naar verantwoordelijkheid.



Men kan zich terecht afvragen wat men bedoeld heeft met salariëren naar discipline en salariëren naar verantwoordelijkheid.

Een plausible veronderstelling lijkt ons dat bij discipline o.a. gedacht wordt aan opleidingsnivo (wel/niet academisch), opleidingskosten en opleidingsduur.

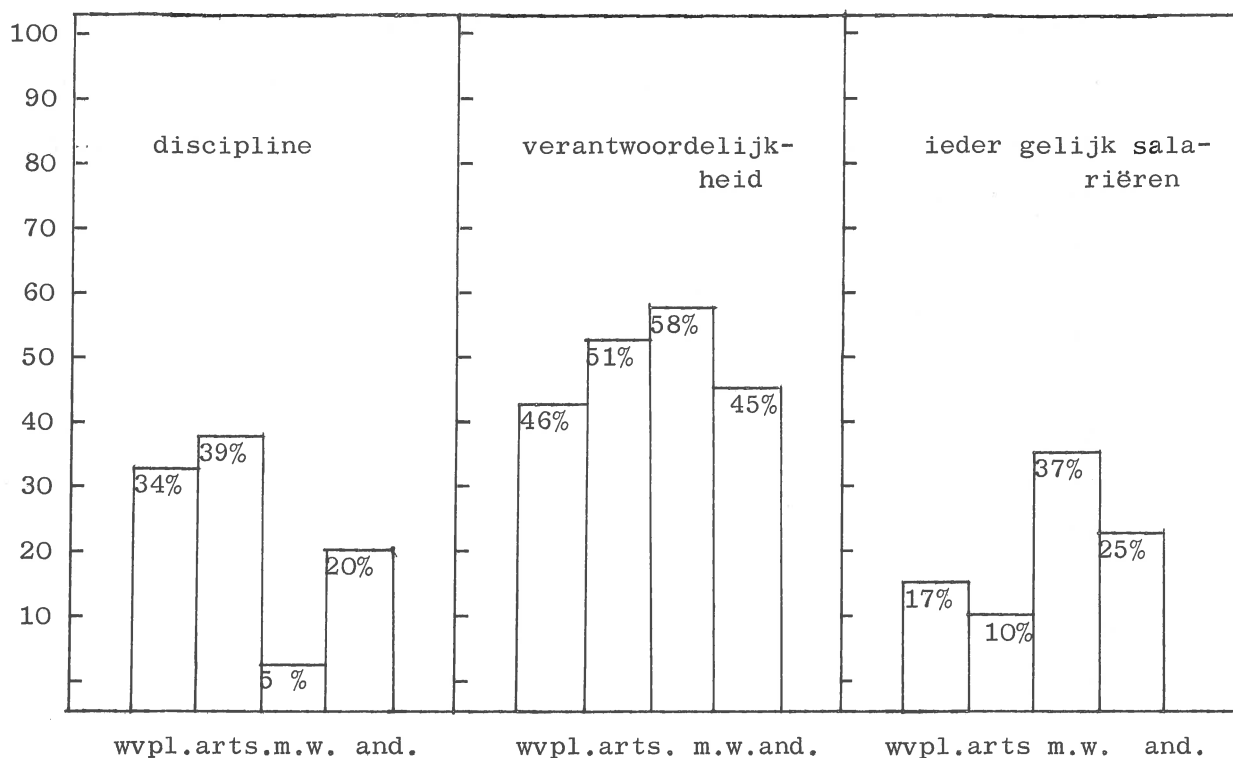
Bij verantwoordelijkheid o.a. aan betekenis en belang van de zorg voor de konsument in de minste zin des woords.

Waar heeft de keuze voor een bepaalde salarieringswijze nu mee te maken? We bekeken als eerste weer de mogelijke relatie met het beroep van de respondenten.

We zien dan dat (zie bijlage II, tabel IX).

van de wijkverpleegkundigen	34 % voor salariëren naar discipline kiest
	46 % " " " verantw. kiest
	17 % voor gelijk salariëren kiest
van de artsen	39 % voor salariëren naar discipline kiest
	51 % " " " verantw. kiest
	10 % voor gelijk salariëren kiest
van de maatsch. werkers	5 % voor salariëren naar discipline kiest
	58 % " " " verantw. kiest
	37 % voor gelijk salariëren kiest
van de "anderen"	20 % voor salariëren naar discipline kiest
	45 % " " " verantw. kiest
	25 % voor gelijk salariëren kiest.

De verschillen zijn significant op 5 % nivo.



We zagen reeds dat 50 % van de respondenten "salarieren naar verantwoordelijkheid" als hun voorkeur gaven. Deze groep is ongeveer gelijk over de disciplinesverdeeld.

De twee andere antwoordmogelijkheden, nl.:

"salarieren naar discipline" en

"ieder teamlid gelijk honoreren" laten wel verschil tussen de disciplines zien.

Wanneer we de grafieken bekijken zien we dat de medische beroepen binnen de groep: "salarieren naar discipline" een grotere vertegenwoordiging heeft dan de sociale beroepen. Het omgekeerde geldt voor de groep welke zich uitspreekt voor

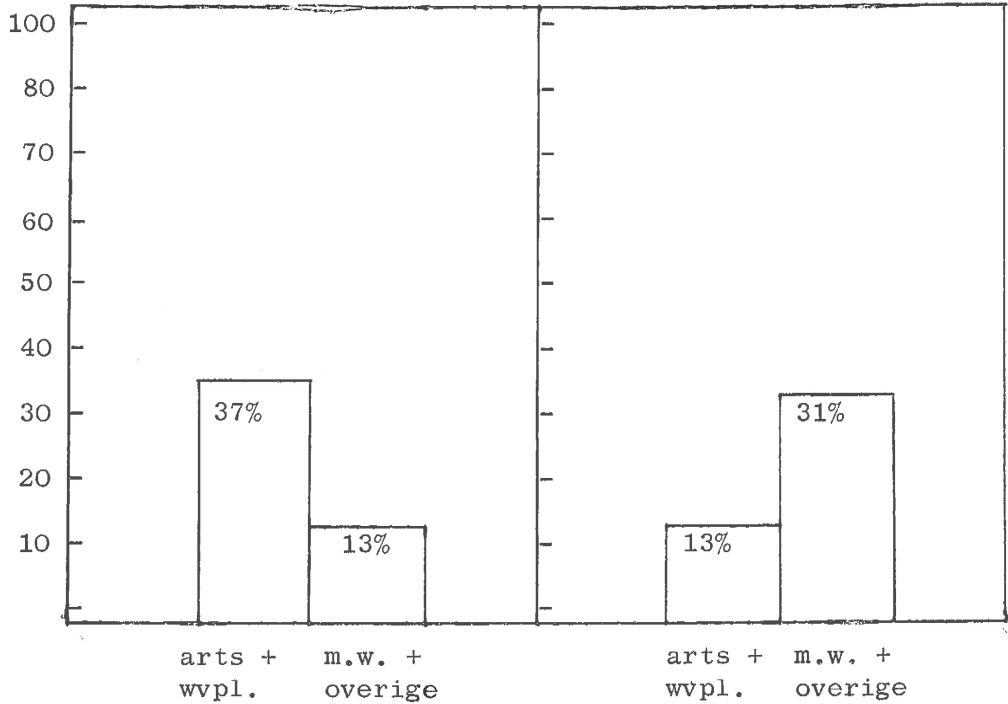
"ieder teamlid gelijk honoreren". (zie bijlage II, tabel X).

zie histogram blz. 38.

Samengevat kunnen we stellen dat:

- 37 % van de medische disciplines voor "salarieren naar discipline" kiest tegen 13 % van de sociale disciplines (sign. verschil op 5% nivo)
- 31 % van de sociale disciplines voor "ieder teamlid gelijk honoreren" kiest tegen 13 % van de medische disciplines, (sign.verschil op 5%)
- 50 % van alle respondenten, ongeveer gelijk verdeeld over de disciplines, kiest voor salarieren naar verantwoordelijkheid.





salariëren naar discipline

ieder teamlid gelijk honoreren.

Bestaat er verband tussen de leeftijd van de respondenten en de uitgebrachte keuze voor salariëringwijze?

Zie bijlage II, tabel XI.

Er bestaat weinig verschil tussen de leeftijdsgroepen jonger dan 35 jaar  
tussen 35 en 45 jaar  
ouder dan 45 jaar

t.a.v. de keuze voor een bepaalde salariëringwijze.

Enkel in de antwoordgroep: "Ieder teamlid gelijk honoreren" zien we een dalende voorkeur naarmate de leeftijd van de respondenten stijgt (26% - 14% - 9% voor de leeftijdsgroepen jonger dan 35, tussen 35-45, ouder dan 45).

Een interessante vraag:

Zullen degenen die de huidige salariëringsverhoudingen juist vinden een andere salariëringswijze kiezen wanneer zij het voor het zeggen hadden, dan degenen die de huidige salariëringsverhoudingen onjuist vinden.

We hebben de 2 groepen nl. "de juistvinders" en de "onjuistvinders" met elkaar vergeleken m.b.t. hun keuzen voor salariëringswijze. (zie bijlage II, tabel XII) Wanneer degenen die de huidige salariëringswijze onjuist vinden het zelf mocht beslissen zou de salariëring er als volgt uit zien:

53 % zegt : salariëren naar verantwoordelijkheid

25 % zegt : ieder teamlid gelijk honoreren

23 % zegt : salariëren naar disciplines.

Bij degenen die de huidige salariëringswijze wel juist vinden liggen de kaarten anders:

Van deze mensen zegt:

31 % : salariëren naar verantwoordelijkheid

0 % : ieder teamlid gelijk honoreren

69 % : salariëren naar discipline.

Deze verschillen tussen beiden zijn significant op 1 % nivo.

Dus:

1. Van de "ontevredenen" (dit zijn degenen die de huidige salariëring onjuist vinden en dat is 76 % van alle respondenten!) kiest een kwart voor een nogal revolutionair alternatief nl.: "Ieder teamlid gelijk honoreren" tegen 0 % van de ontevredenen.
2. Van de "tevredenen" kiest 69 % voor salariëren naar discipline, tegen 23 % van de ontevredenen.

N.B. We willen nu wel graag weten hoe dat nou gaat:

salariëren naar discipline en salariëren naar verantwoordelijkheid.

Konklusies m.b.t. de vragen over de salariering

- 70 % van alle respondenten vindt de huidige salarieringsverhoudingen tussen de disciplines onjuist.
- de opvattingen van de artsen t.a.v. de juistheid van de salarieringsverhoudingen wijken significant af van de opvattingen van de overige respondenten (sign. op 1% nivo).
- de 3 leeftijdsgroepen (jonger dan 35 jaar, tussen 35-45 jaar en ouder dan 45 jaar) laten significante verschillen zien in opvattingen t.a.v. de salarisverhoudingen (sign. op 1% nivo).
- degenen die de huidige salarieringsverhoudingen juist vinden wijken significant af van degenen die de huidige salarieringsverhoudingen onjuist vinden m.b.t. hun keuze voor de meest wenselijke salarieringswijze (sign. op 1% nivo).

vraag 18. - wie heeft er volgens u in het team waarin u werkt de meeste invloed wanneer er beslissingen genomen worden.

In de vragenlijst werden de volgende alternatieven genoemd:

1. arts
2. wijkverpleegster
3. maatschappelijk werker
4. andere, nl.

TABEL 19

Aantal maal dat elk alternatief gekozen werd plus de nonrespons

	N	%
1. arts	71	61.7
2. wijkverpleegster	0	0.0
3. maatschappelijk werker	1	0.9
4. andere	6	5.2
nonrespons	37	32.2

Deze vraag is door 32.2 % niet beantwoord.  
61.7 % vermeldt dat de arts de meeste invloed heeft

Vraag 19. - Vindt u dit juist?

TABEL 20

Aantal maal beantwoord ja/nee en nonrespons

	N	%
ja	23	20.0
nee	55	47.8
nonrespons	37	32.2

Eenzelfde nonrespons als bij vraag 18

47.7 % vindt de huidige invloedverdeling onjuist

Vraag 20. - waarmee dient men zich t.a.v. veranderingen binnen het team waarin u werkzaam bent te gaan bezighouden. (kies niet meer dan 3 alternatieven en rangschik deze in volgorde van voorkeur zoals bij vraag 8 en 9).

In de vragenlijst werden de volgende keuzemogelijkheden genoemd:

1. nadere werkomschrijving (beroepsidentiteit van de verschillende disciplines) en de mentaliteit van de teamwerkers.
2. organisatie
3. opleiding-bijscholing
4. onderzoek
5. doelstellingen
6. voorlichting voor cliënten, mentaliteit van cliënten
7. teamvorming
8. ontwerp van nieuwe methodieken
9. preventie
10. salariëring
11. aantrekken nieuwe medewerkers nl.
12. huisvesting - materiaal
13. de sociale problemen van de wijk of plaats
14. politiek bewust maken van gezondheidszorg in de maatschappelijke dienst-verlening

Een gekompliceerde vraag, waarvan we de antwoorden zo overzichtelijk mogelijk zullen weergeven. Enige aandacht zal echter nodig blijken!

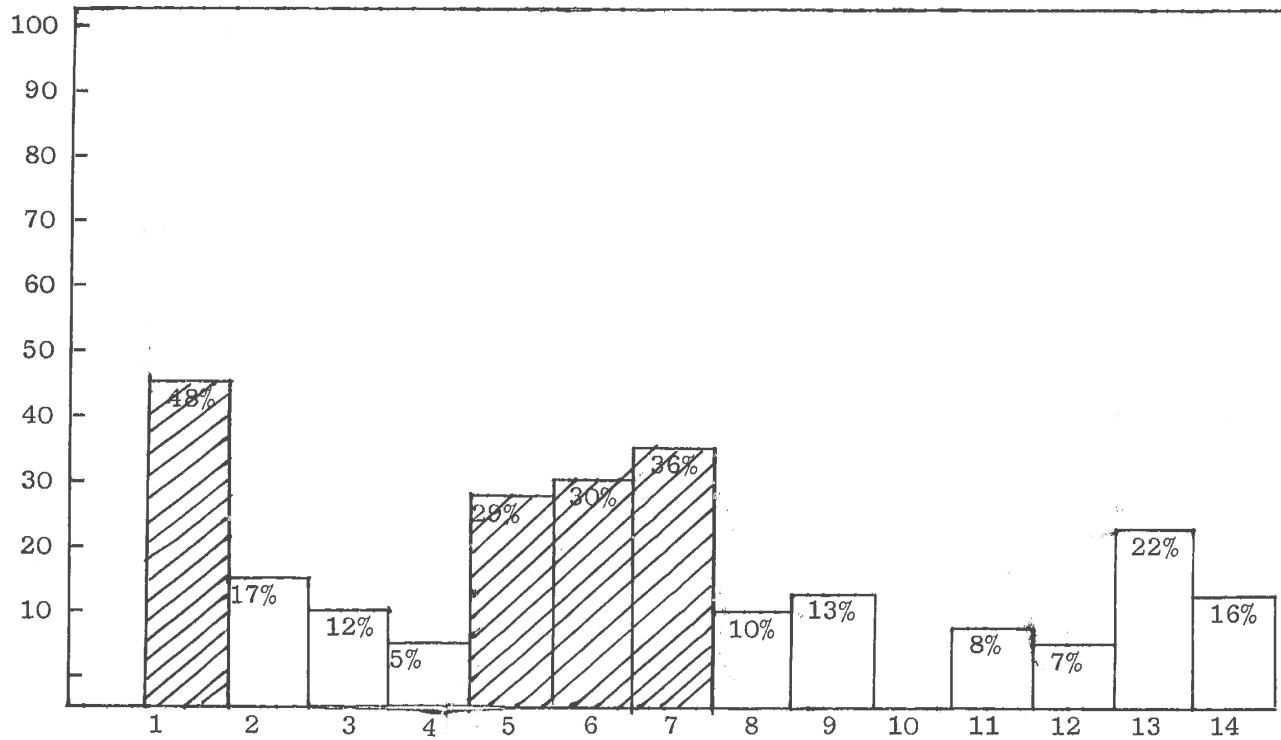
In de bijlage II, vindt u in tabel XIII voor elke keuzemogelijkheid aangegeven hoe vaak deze genoemd is op de 1e, 2e en 3e plaats.

In dezelfde tabel vindt u ook hoe vaak iedere keuzemogelijkheid genoemd is ongeacht of dit nou op de 1e, 2e of 3e plaats werd gekozen.

Deze laatste gegevens hebben we voor u in beeld gebracht:

u ziet in de onderstaande grafiek voor elk der 14 items aangegeven hoeveel percent van de respondenten zijn keuze op dat item heeft uitgebracht. Hoe hoger de verticale balkjes hoe groter het percentage respondenten dat dat item gekozen heeft.

De nummers 1 t/m 14 onder de horizontale as korresponderen met de antwoordmogelijkheden.



De grafiek laat zien dat het meest frekwent genoemd zijn:

- item 1 - nadere werkomschrijving (beroepsidentiteit van de verschillende disciplines) en mentaliteit van de teamwerkers (55x genoemd; 48%)
- item 5 - doelstellingen (33x genoemd; 29%).
- item 6 - voorlichting voor cliënten, mentaliteit van cliënten (35x genoemd; 30%).
- item 7 - teamvorming (42x genoemd; 36%).

We zijn ook hier nagegaan of er verschillen bestaan tussen de disciplines t.a.v. de gewenste veranderingen.

Deze verschillen blijken gering en niet-systematisch te zijn. We geven ze daarom niet in de tekst weer.

De geïnteresseerde lezer kan de tabel echter in de bijlage aantreffen (bijlage II tabel XIV).

Vraag 21. - waar liggen volgens u de voornaamste belemmeringen voor deze veranderingen (kies niet meer dan 3 alternatieven en rangschik deze in de volgorde van voorkeur).

---

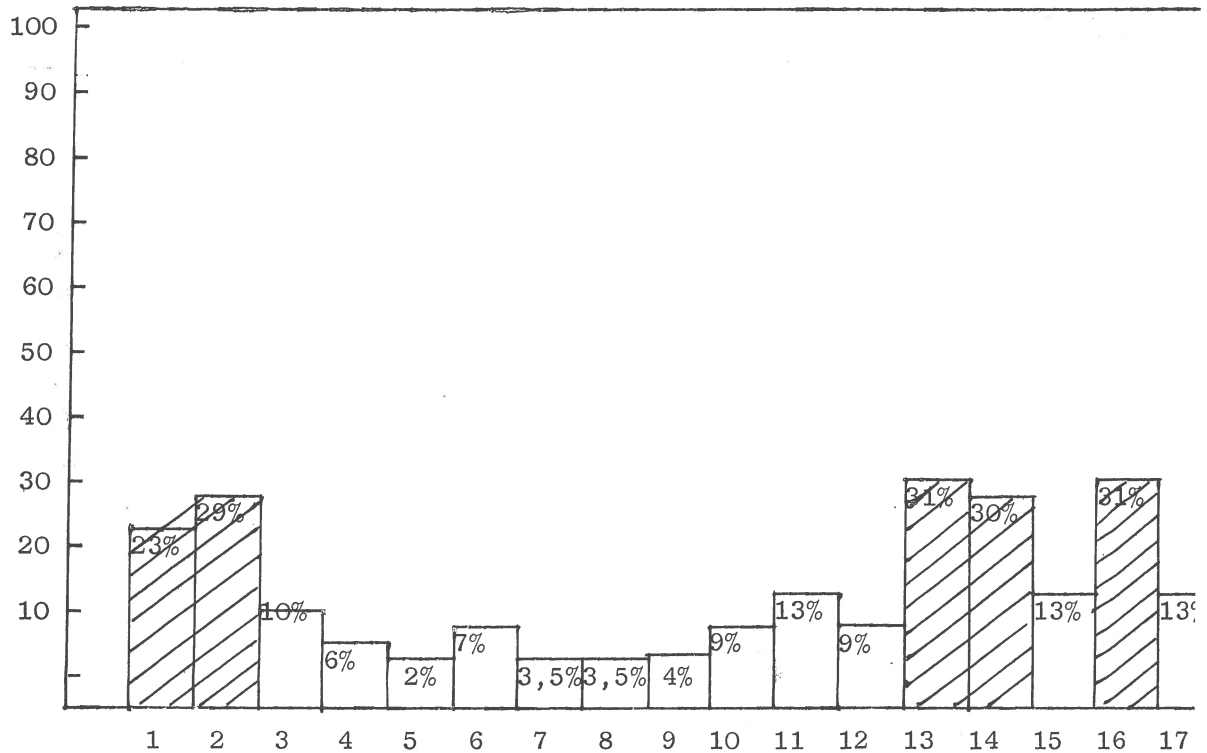
In de vragenlijst werden de volgende keuzemogelijkheden gegeven:

1. verhoudingen binnen het team
2. soort opleiding van verschillende werkers
3. mankracht tekort
4. onvoldoende bijscholing
5. honorering
6. artsen
7. maatschappelijk werkers
8. wijkverpleging
9. patiënten
10. overheid
11. verhouding met andere instanties
12. geldtekort
13. mij. structuren
14. het niet duidelijk voor ogen hebben van richting van veranderingen
15. het niet duidelijk voor ogen hebben wie de veranderingen op gang zou moeten brengen
16. ontbreken van begeleiding bij gewenste veranderingen
17. uiteenlopende of tegenstrijdige beroepsverhoudingen  
b.v. van huisarts en maatschappelijk werker.

De vraag zal op gelijkewijze als vraag 20 hier behandeld worden.

Dus: in de bijlage vindt u de complete tabellen (bijlage II, tabel XV); in de tekst de grafieken en de interessante uitsplitsingen.

We beginnen weer met een beeldgrafiek van de percentages waarmee elk der antwoordemogelijkheden gekozen is, ongeacht of dit op de 1e, 2e of 3e plaats is gekozen.



Het meest frekwent werden als belemmeringen voor veranderingen genoemd:

- item 1 - verhoudingen binnen het team (26x genoemd; 23%)
- item 2 - soort opleiding van verschillende werkers (33x genoemd; 29%)
- item 13 - maatschappijstructuren (36x genoemd; 31 %)
- item 14 - het niet duidelijk voor ogen hebben van richting van veranderingen (35x genoemd; 30 %)
- item 16 - ontbreken van begeleiding bij gewenste veranderingen (36x genoemd; 31%).

De verschillende disciplines zijn tamelijk eensgezind t.a.v. deze frekwent genoemde belemmeringen: verschillen zijn niet zo systematisch te onderkennen tussen artsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en anderen.

(Zie bijlage II, tabel XVI).



Vraag 22. - wordt volgens u de welzijnszorg wezenlijk beter  
door het vormen van samenwerkingsverbanden?

TABEL 21

Aantal maal beantwoord ja/nee/weet niet/ en de  
non-respons.

	N	%
ja	106	92.2
nee	0	0.0
weet niet	7	6.1
non-respons	2	1.7

N.B. 92.2 % van de respondenten beantwoordt deze  
vraag met ja.

Binnen deze groep konferentiegangers is althans  
over deze vraag geen discussie.

Vraag 23. - heeft u meerdere kongressen over dit thema bezocht?

TABEL 22

Aantal maal beantwoord ja/nee en de non-respons.

	N	%
ja	60	52.2
nee	53	46.1
non-respons	2	1.7

We keken voor de aardigheid na welke functie de medici de routiniers in kongresbezoek uitoefenen.

We vonden dat 80 % van de artsen meerdere kongressen over interdisciplinaire samenwerking bezocht hadden, tegen 34 % van de wijkverpleegkundigen, 32 % van de maatschappelijk werkers en 45 % van de "anderen".

(Zie bijlage II, tabel XVII).

HOOFDSTUK 4

Resultaten n.a.v. de vragen aangaande de conferentie als zodanig.

De vragen die in dit hoofdstuk behandeld worden hebben betrekking op de conferentie naar vorm en naar inhoud. Hoe hebben de conferentiegangers deze dagen ervaren, wat is er besproken aan dokumentatiemateriaal, wat is er aan effect te verwachten, welke programmaonderdelen sloegen het meeste aan?

Het wordt meer en meer noodzakelijk om, gezien de veelheid aan conferenties en studiedagen, een evaluatie in te bouwen.

Het hier gevraagde is weliswaar zeer summier, maar geeft althans enige informatie over de ervaringen van de conferentiegangers.

Vraag 24. - Had u, voor u naar deze conferentie kwam, kennis genomen van het u toegestuurde dokumentatiemateriaal?

TABEL 23

Aantal maal beantwoord ja/nee/gedeeltelijk en de non-respons.

	N	%
ja	69	60.0
nee	2	1.7
gedeeltelijk	43	37.4
non-respons	1	0.9

97.4 % van de respondenten heeft reeds thuis het dokumentatiemateriaal, minstens gedeeltelijk, doorgenomen.

Vraag 25. - is dit dokumentatiemateriaal in uw team thuis besproken?

TABEL 24

Aantal maal beantwoord ja/nee/ en de non-respons

	N	%
ja	27	23.5
nee	76	66.1
non-respons	12	10.4

Deze vraag wordt door bijna 2/3 van de respondenten ontkennend beantwoord.

Vraag 26. - is het materiaal tijdens de discussie hier ter sprake geweest?

TABEL 25

Aantal maal beantwoord ja/nee en de non-respons

	N	%
ja	67	58.3
nee	44	38.3
non-respons	4	3.5

Bij meer dan de helft van de respondenten is dat het geval geweest.

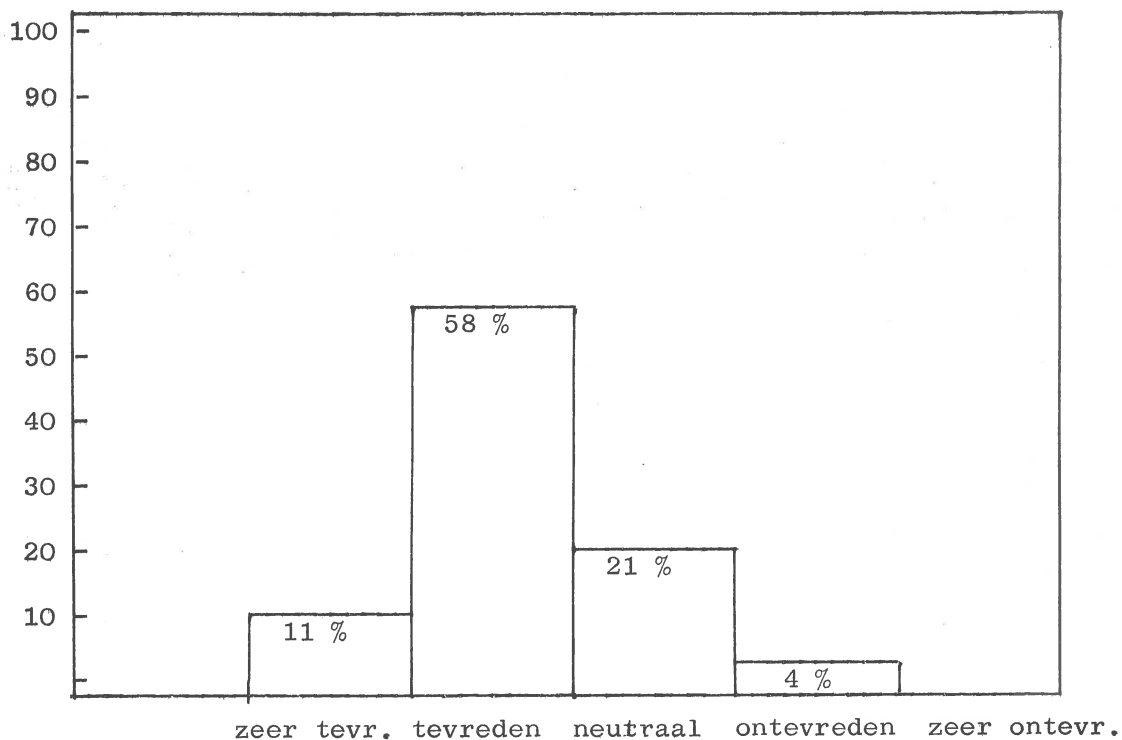
Vraag 27. - hoe waardeert u deze konferentiedagen?

TABEL 26

Aantal maal beantwoord zeer tevreden/tevreden  
neutraal/ontevreden/ zeer ontevreden en de non-  
respons

	N	%
1. zeer tevreden	13	11.3
2. tevreden	67	58.3
3. neutraal	24	20.9
4. ontevreden	5	4.3
5. zeer ontevreden	0.	0.0
nonrespons	6	5.2

D.w.z. bijna 70% der respondenten was tevreden of  
zéér tevreden met het verloop van de conferentie  
Slechts 4.3 % is duidelijk ontevreden.



Zowel voor "discipline" als voor "leeftijd" zijn we nagegaan of er verschillen bestonden in de waardering voor de konferentiedagen. Er bleken geen systematische verschillen aanwezig. (Zie bijlage II, tabellen XVIII en XIX).

Vraag 28. - wilt u van ieder programmaonderdeel aangeven wat u ervan vond door één van decijfers 1 t/m 5 te plaatsten in het hokje achter ieder programmaonderdeel.

- 
1. zeer tevreden
  2. tevreden
  3. noch tevreden, noch ontevreden
  4. ontevreden
  5. zeer ontevreden.

In de bijlage II vindt u tabel XX, waarin staat weergegeven het aantal maal dat de waarnemingsscores 1 t/m 5 zijn toegekend aan elk der programmaonderdelen.

De programmaonderdelen waar men het meest tevreden over was:

- de aankomst	64%	der respondenten	was hier (zeer)
- het diner	75%	"	tevreden over
- de avonddiskussie vrijdag	66%	"	"
- de informele kontakten	67%	"	"
- de groepsdiskussies zaterdag	68%	"	"

Het meest ontevreden was men over:

- de groepsdiskussie vrijdagmiddag	15%	was hier (zeer) ontevreden over
- de avonddiskussie vrijdag	10%	" " " " "

Vraag 29. - wat hebt u gemist tijdens deze dagen?

We laten achtereenvolgens wijkverpleegkundigen, artsen maatschappelijk werkers en anderen aan het woord.

De wijkverpleegkundigen hebben gemist:

- groepspraktijken hebben met besturen te maken (kruizen). Daar zit dikwijls een groot knelpunt om tot samenwerken te komen. Misschien zouden deze konferentiedagen zinvol zijn geweest voor enkele bestuursleden
- tijd
- niet werkzaam in een groepsteam, dus geen mening
- iets concreets; het was alleen maar elkaars werkterrein verkennen
- te weinig structuur, weinig visie. Ieder sprak over eigen problematiek. 2e dag ging iets beter wat dit betreft.
- verduidelijking van ieders beroepsidentiteit
- concrete uitspraken/ideeën hoe het wel moet c.q. structuur/opbouw samenwerking.
- doelstellingen
- gerichte doelstellingen
- bepaalde disciplines: onvoldoende aanwezigheid van welzijnswerkers (opbouwwerkers) doktersassistentes, ziekenverpleegsters, diëtisten, S.P.D.
- zou ik niet zo vlug weten
- koffie bij het ontbijt
- andere alternatieven dan groepspraktijk
- hoewel versmaad in deze tijd: goede leiding
- zelfkennis + openheid (kwetsbaar stellen)
- ervaringen van andere groepspraktijken.

De artsen hebben gemist:

- mijn fles bourgogne
- afgevaardigden van organisaties en besturen van welzijns/gezondheidszorg
- konsument
- tijd
- voldoende ervaring uit al funktionerende samenwerkingsverbanden
- het niet aan bod komen van
  1. LHV
  2. Bestuurlijke organen van M.W., Kruisverenigingen
- kontakt met andere groepen
- in onze groep is de toekomstvisie niet ter sprake gekomen
- korte warming-up pleno
- borrel voor het diner
- de aanwezigheid van meer doktersassistentes - meer verloskundigen en fysiotherapeut
- entertainment (kabaret)
- borrel voor het eten
- een echte persoonlijke inzet
- voldoende deskundigheid deelnemers (ingewerktheid en ervaring)  
in deze materie verschilt nog te veel
- jenever
- nog wat lauw
- er was niemand boos
- voldoende op de hoogte zijn van de problematiek bij de verschillende deelnemers
- konkrete afspraken
- het boekje "Hoe behandel ik mijn huisarts".



- de tijd om in contact te komen met andere reeds bestaande samenwerkingsvormen
- er werd te veel gekletst over puur theoretische aangelegenheden (i.v.m. beroepsgeheim)
- gesprekstechniek
- er bleken te veel deelnemers in de groep te zitten die nog niets deden en alleen kwamen om eens te horen
- had meer mensen verwacht met geavanceerde ambitieuze attitude en meer mensen die werkelijk werkzamen zijn in een team
- iets meer omlijning van het onderwerp, waarop de discussie zich moet concentreren
- voor de middagvergadering een duidelijke uiteenzetting van de groepsleden over hun bestaande samenwerkingsverbanden en de voor- en nadelen die zij daarin ondervinden
- spijkers met koppen, gedurfde uitspraken; "op de barrikades".

De maatschappelijk werkers hebben gemist:

- goede gespreksleiding
- het luisteren naar elkaar er werd vrij veel gespind vermoedelijk door korte tijd
- goede gespreksleider; hij diskussierde te veel mee, vatte slecht samen (liet dingen onder tafel), formuleerde in een andere taal dan welke de groep gebruikte
- een duidelijke doelstelling, er wat ruim de mogelijk open deuren open te trappen gerichter bezig zijn
- praktische punten om te starten
- tijd  
tussentijdse plenaire discussie
- een borrel voor het eten
- informatie over werkervaringen van anderen die voor mij rechtstreeks leerzaam zou zijn

- voldoende gemeenschappelijke basis om discussie en meningsvorming op te baseren
- de tijd nog intensief met elkaar door te gaan het was een eerste, doch belangrijke aanzet.

De "anderen" hebben gemist.

- mogelijkheid om op deelfacetten dieper in te gaan.  
We moeten langzamerhand van deze algemene studiedagen af
- betere discussiebegeleiding
- inbreng lokale overheidsvertegenwoordigers  
belast met gezondheids/welzijnszorg
- setting van de gezondheidszorg = welzijnssector  
(geestelijke volksgezondheid)
- vrouwelijke artsen
- tijd
- koffie tijdens de discussies
- een duidelijke inbreng van de cliënt
- het duidelijker op elkaar in durven spelen  
Meer persoonlijk, hoe ervaart ieder b.v. de maatschappelijk werker - wijkverpleegster- arts in zijn/haar samenwerken. Het gebruik van elkaars bevindingen eventueel voor eigen oplossing van problematiek of een totaal andere opzet van een gezondheidscentrum.

Vraag 30. - Denkt u dat deze konferentie-dagen doorwerken

t.a.v.:

1. uw eigen funktioneren binnen het team waarin u werkzaam bent
2. het teamfunktioneren
3. het landelijk beleid t.a.v. samenwerkingsvormen.

TABEL 27

Aantal maal beantwoord ja/nee en de nonrespons, voor elk der items uit vraag 30

	ja		nee		nonrespons	
	N	%	N	%	N	%
1. eigen funkt.	82	71.3	7	6.1	26	22.6
2. teamfunkt.	67	58.3	19	16.5	29	25.2
3. land. beleid	61	53.0	31	27.0	23	20.0

T.a.v. het effect van de konferentiedagen op het landelijk beleid bestaan de meeste twijfels; t.a.v. het effect op het teamfunktioneren is men wat positiever, en t.a.v. het eigen funktioneren kent men de minste twijfels: hierop verwacht 71% der respondenten effect van de konferentiedagen.

Vraag 31. - vond u het zinvol deze vragenlijst in te vullen?

TABEL 28

Aantal maal beantwoord ja/nee en de nonrespons

	N	%
ja	97	84.3
nee	14	12.2
nonrespons	4	3.5

84% van de respondenten ziet de zin van deze vragenlijst  
12% vindt het niet zinvol.

Ter afsluiting van de vragenlijst was ruimte gelaten voor op- en aanmerkingen, we geven deze hier weer, opgesplitst naar de beroepsgroepen.

### Wijkverpleegkundigen

- om iets zinnigs van een konferentie te verwachten zou er volgens mij meer tijd voor uitgetrokken moeten worden; hadden het gevoel dat we in een sneltrein zaten.  
Wezenlijke punten kwamen niet voldoende aan bod.
- waarom academische taal tijdens de discussies?
- teveel druk dat er uit deze éne dag een duidelijke resultaat op papier moet komen. Ik vraag mij af of het gevaar niet bestaat dat daaruit dan weer een "beleid" komt dat toch niet aansluit op de behoeften in het veld.
- het is nuttig dat deze gesprekken gehouden worden:  
leren van elkaar.
- tijdsbestek te kort om goed doordacht probleem naar voren te brengen, herhaling zeer wenselijk.
- de mensen die in een gezondheidscentrum werken kampen in feite vaak met dezelfde moeilijkheden. De vorm waarin deze eskaleren is wel verschillend (vaak samenhangend met geografische- sociologische en demografische gegevens)  
Doch het is gewoon goed te realiseren dat we allen zoekend zijn - en dat we ons vaak op glad ijs voelen - doch laten we doorgaan.

### Artsen

- slechts een deel van het huisartsenwerk komt in aanmerking voor inbrenging in het team. Er is nog veel te weinig kennis over dat wat tot het wezen, doel en werkwijze van een team behoort.
- ik ben geen vraagstelling tegengekomen over de mogelijke problemen van grote samenwerkingsverbanden. Ik kan me voorstellen dat door de opbouw van zo'n groot medisch sociaal apparaat het gevaar bestaat dat zich totaal onttrekt aan ieders controle en een zelfstandig leven gaat leiden in een buurt met een duidelijke verstoring van de privacy van de patiënt/kliënt.

- streven naar welzijnscentrum, waarin niet noodzakelijk huisartsenpraktijk gevestigd, centrum als ontmoeting, als mogelijkheid te starten met subsidies voor ruim experimenteel werk.
- deskundige verwerking van een dergelijk kongres kan beter (rapportage)  
Follow-up (snel) - deelnemers
  - landelijke bekendheid is belangrijk
- meer mogelijkheden in de enquête om vragen te ontwijken
- te weinig wordt benadrukt dat ook een
  1. groepssamenwerking mogelijk is zónder groepspraktijkgebouw  
nadelen: iets minder direct contact  
voordelen: alle en geen hoge kosten  
al met al gaat daar mijn voorkeur naar uit.
  2. noodzakelijk een ieder ervan te doordringen dat ook de arts (min of meer) wijksgewijze zal moeten werken
  3. veel samenwerkingspogingen lopen stuk op onvoldoende informatie over elkaars werk en mogelijkheden. Is er een informatieorgaan mogelijk?
- 1. niet duidelijk kwam naar voren dat ~~ekstramurale~~ konsentratie een noodzaak is voor samenwerking ekstra-intramuraal. Het is bekend dat ziekenhuizen willen werken aan hun eksterne relaties in het belang van de patiënt (gesloten cirkelzorg) maar dat de desorganisatie buiten de muur belemmerend werkt.
  2. er zijn behalve groepspraktijk en gezondheidscentrum ook minder kostbare samenwerking mogelijk. Een probleem hierbij is de beschikbaarheid van gegevens voor allen, centrale gegevens bank.  
Samenwerking zonder gebouw dus.
- Het zou m.i. aanbeveling verdienen de volgende konferentie in beperkt aantal zaken aan de orde te stellen waarover gesproken wordt. Men verzandt dan niet in niet te maken doende futiliteiten.
- we verkeren nog steeds in een stadium van onderzoek naar elkaars meningen, waarbij steeds meer op kleine details gelét wordt  
Er schijnt een muur te bestaan waar maar enkelen over heen kunnen springen om tot daden over te kunnen gaan "bezint eer gij begint" moet nu omgedraaid worden.

- de samenwerking hoeft niet altijd in een centrum te gebeuren waar op deze konferentie in principe van wordt uitgegaan.

#### Maatschappelijk werkers.

- zou er een mogelijkheid zijn te overwegen of bijeenkomsten mogelijk zijn in kleiner verband met deelnemers meer gelijkgerichte belangstelling, vragen, problemen?  
Een bijeenkomst als deze blijft toch vaak hangen op algemeenheden.
- wat weinig tijd voor informeel contact. Diskussie in onze groep werd bemoeilijkt door verschillende ervaringen. De een was veel verder dan de ander.
- het is moeilijk om absolute antwoorden (ja of nee) te geven op de soms absoluut gestelde vragen.
- tijdens de konferentie is algemeen gebleken dat er een groot aantal emotionele/relatonele en kommunikatieve stoornissen die in plaats van open op tafel komen, berationaliseerd worden en omgebogen worden naar pseudo-doe adviseren of structuurakties maar daarmee de gelegenheid bieden een veilige onderons-dekmantel te realiseren om weinig of niets reëel op te lossen in de emotionele sfeer.
- ik vind mezelf een slechte vertegenwoordiger geweest van mijn discipline door een te grote en te emotionele en te onduidelijke inbreng. Minstens een andere maatschappelijk werker in de groep had dit ook. Zo gaat het vaak in soortgelijke diskussies, terwijl je het juist zo niet wilt, en in de konkrete praktijk je als maatschappelijk werker "meevalt" zoals een arts het uitdrukte. Hoe komt dit nu? Wordt je in zo'n rol gedrongen of ligt het aan onze beroepshouding of die van de arts?

#### Anderen

- deze vragenlijst is slechts gedeeltelijk zinvol doordat de voor-gegeven antwoordkategoriën a. niet uitputtend zijn  
b. nuancering niet mogelijk maken.
- ben graag bereid verder mee te: denken  
praten  
handelen

t.a.v. het functioneren van de wijk en gezondheidscentra  
in het welzijnsbeleid met het accent op zowel:

- welzijn -- wat is dat (662)
- beleid -- operationaliseren van welzijn -- hanteerbaar  
maken voor sociale actie.
  
- zit als soort toehoorder bij de besprekingen.  
Veel vragen zijn voor mij persoonlijk niet relevant (socioloog)
  
- s.v.p. pooling van informatie  
(wet, onderzoek, ervaringen, kennis etc.)  
m.b.t. samenwerkingsvormen  
(denk aan registratiekommissie NHI).
  
- voor mij moeilijk sommige vragen te beantwoorden die  
erg praktijkgericht zijn, doordat ik zelf geen  
ervaring met teamwork heb.

HOOFDSTUK 5.

Een nieuw gegeven: de ideale samenwerkingsvorm.

In de voorgaande hoofdstukken werden de resultaten van de vragen 1 t/m 31 weergegeven. Ook hebben we laten zien of er een verband bestond tussen leeftijd, discipline, al dan niet in een team werkend etc., en de antwoorden op de vragen. Uitgangspunt hierbij was dat leeftijd en discipline zinvolle indelingskriteria zijn, d.w.z. we gingen ervan uit dat iemands opvattingen, meningen etc. te maken hebben met het beroep en de leeftijd. In vele gevallen bleek echter dat het er niet zoveel toe deed of men jonger of ouder was, huisarts of wijkverpleegkundige, althans niet voor de gestelde vragen. Bij vraag 32: "wat ziet u als de meest ideale vorm van samenwerking" werden de volgende keuzemogelijkheden gegeven,

1. in groepspraktijk van alleen artsen
2. in gezondheidscentrum met huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werker en eventueel fysiotherapeut.
3. in welzijnscentrum met behalve bij 2. ook nog pastores, vormingswerk, opbouwwerk, bejaardenwerk, jeugdwerk etc.

Van de 115 respondenten koos:

3% voor "groepspraktijk
47% voor "gezondheidscentrum"
49% voor "welzijnscentrum"

Zie bijlage III, tabel I.

Dit is een interessant gegeven; je zou kunnen zeggen dat de konferentiegangers in 2 groepen op te splitsen zijn: degenen, die de ideale samenwerkingsvorm zien gecentreerd rond de gezondheidszorg in samenwerking met maatschappelijke dienstverlening én degenen, die de ideale samenwerkingvorm zien in het bredere kader van de welzijnszorg.



In hoeverre heeft nu dit verschillend ideaalbeeld te maken met de opvattingen en meningen die in de voorgaande hoofdstukken aan de orde zijn gesteld?

Anders gezegd: diskrimineren deze 2 ideaalbeelden scherper tussen de opvattingen die men heeft, dan b.v. leeftijd of beroep.

Zoals we zijn nagegaan voor de verschillende leeftijdsgroepen en de disciplines of er verschil bestond in beantwoording van de vragen gaan we dit ook na voor de verschillende ideaalbeelden.

Hiertoe hebben we de 3% die voor groepspraktijk koos gevoegd bij de 47% die voor gezondheidscentrum koos, aangezien bij beide de gezondheidszorg centraal staat.

We krijgen dus 2 groepen nl.:

- degenen die in groepspraktijk of gezondheidscentra de ideale samenwerkingsvorm zien (50%).
- degenen die in welzijnscentra de ideale vorm van samenwerking zien (49%).

Deze 2 groepen worden in de volgende paragrafen vergeleken wat betreft de antwoorden op

vraag 2 : leeftijd

vraag 3 : beroep

vraag 8 : welke zijn volgens u de voordelen van een wijkgezondheidscentrum

vraag 9 : welke zijn volgens u de nadelen van een wijkgezondheidscentrum

vraag 15 : hoe zou volgens u de structuur van een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijk dienstverlening eruit moeten zien

vraag 16 : bestaat er volgens u op dit moment een juiste verhouding in salariëring van de verschillende disciplines

vraag 20 : waamee dient men zich t.a.v. veranderingen binnen het team waarin u werkzaam bent, te gaan bezighouden.

vraag 21 : waar liggen volgens u de voornaamste belemmeringen voor deze veranderingen.

§ 1. Hoe zijn de twee ideaalbeelden over de leeftijdsgroepen verdeeld?

voor de 3 leeftijdsgroepen jonger dan 35 jaar  
tussen 35-45 jaar  
ouder dan 45 jaar.

is de verdeling als volgt:

van degenen die jonger dan 35 jaar zijn

kiest 39% voor "groepspraktijk" of "gezondheidscentrum"  
61% voor "welzijnscentrum"

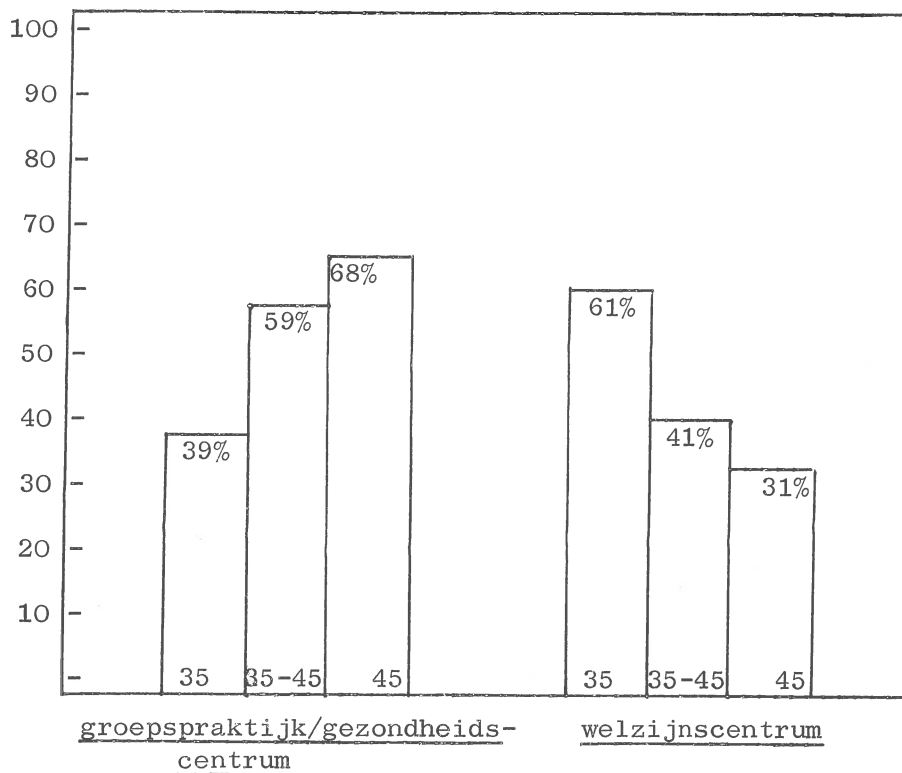
van degenen die tussen de 35 en 45 jaar zijn

kiest 59% voor "groepspraktijk" of "gezondheidscentrum"  
41% voor "welzijnscentrum"

van degenen die ouder zijn dan 45 jaar

kiest 68% voor "groepspraktijk" of "gezondheidscentrum"  
32% voor "welzijnscentrum"

(zie bijlage III, tabel II).



Dus: hoe ouder, hoe groter het percentage respondenten dat groepspraktijk of gezondheidscentra als ideale vorm van samenwerking ziet, hoe jonger hoe groter het percentage dat welzijnscentra als ideale vorm van samenwerking ziet. De verschillen zijn significant op 5% nivo.

§ 2. Hoe zijn de ideaalbeelden over de disciplines verdeeld.

(zie bijlage III, tabel III).

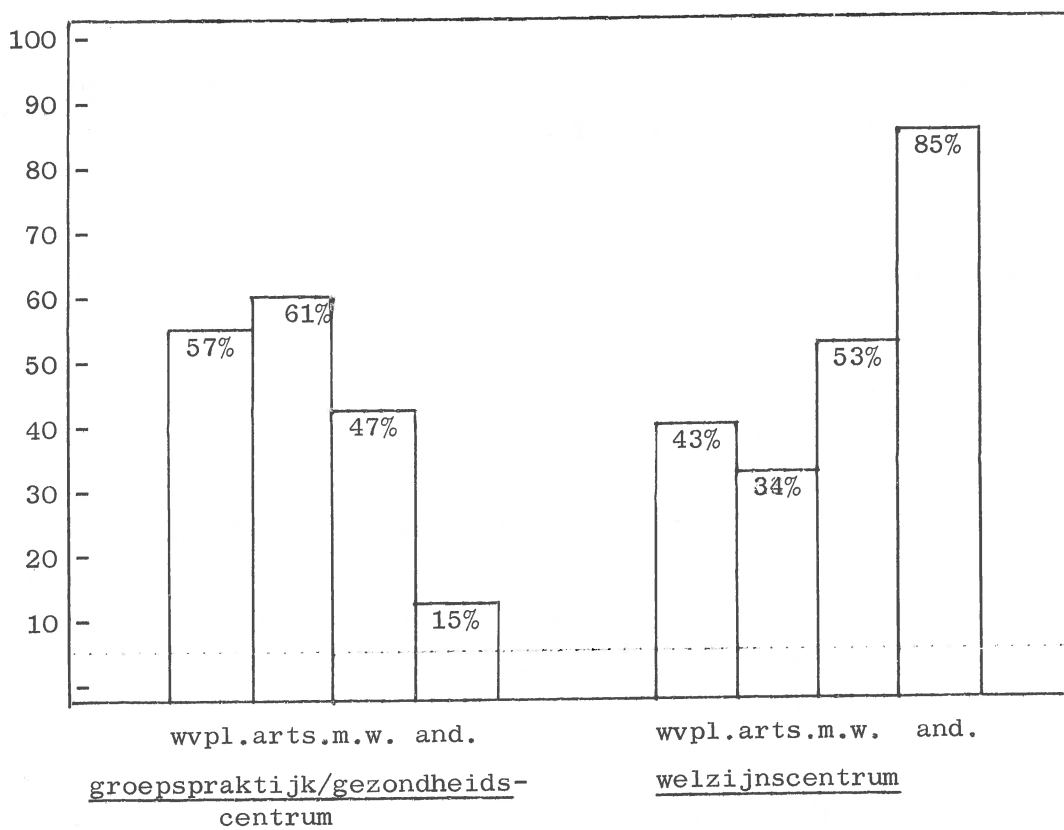
Voor groepspraktijk of gezondheidscentrum kiest:

- 57% van de wijkverpleegkundigen
- 61% van de huisartsen
- 47% van de maatschappelijk werkers
- 15% van de "anderen"

Voor een welzijnscentrum kiest:

- 43% van de wijkverpleegkundigen
- 34% van de huisartsen
- 53% van de maatschappelijk werkers
- 85% van de "anderen"

In beeld:



We zien dat artsen en wijkverpleegkundigen, méér dan maatschappelijk werkers en anderen, geporteerd zijn voor groepspraktijk of gezondheidscentrum. Maatschappelijk werkers en anderen daarentegen, méér dan artsen en wijkverpleegkundigen, voor welzijnscentra.

de verschillen zijn significant op 1% nivo.

§ 3. De voordelen van een wijkgezondheidscentrum zoals die gezien worden door degenen die in groepspraktijk of gezondheidscentra de ideale samenwerkingsvorm zien en door degenen die in een welzijnscentra de ideale samenwerkingsvorm zien.

Om te achterhalen of de gezondheidscentrum-aanhangers (voortaan te noemen groep I) de in vraag 8 genoemde voordelen van een wijkgezondheidscentrum anders waarderen dan de welzijnscentrum-aanhangers (groep II) hebben we het materiaal als volgt bewerkt:

Voor ieder voordeel van vraag 8, werd nagegaan hoe vaak dit door groep I en hoe vaak dit door groep II werd genoemd. Dit noemen kon zijn op de 1e, 2e of 3e plaats van belangrijkheid, immers iedere respondent kon 3 keuzes uitbrengen en deze in volgorde van voorkeur plaatsen.

Wanneer een voordeel op de 1e plaats werd gekozen, werden er 3 punten aan toegekend, op de 2e plaats 2 punten en op de 3e plaats 1 punt.

Bijvoorbeeld: item 1 werd door groep I in totaal door 39 respondenten gekozen en wel 15x op de 1e plaats

16x op de 2e plaats

8x op de 3e plaats

Wanneer we er punten aan toekennen krijgen we dus voor item 1

$$15 \times 3 = 45$$

$$16 \times 2 = 32$$

$$\underline{8 \times 1 = 8}$$

totaal : 85

Groep I heeft dus voor item 1 een gewogen score van 85.

Voor groep II werd dezelfde bewerking uitgevoerd, dus:

item 1 werd door groep II 27 maal genoemd

9x op de 1e plaats

6x op de 2e plaats

12x op de 3e plaats

Weging:  $9 \times 3 = 27$

$$6 \times 2 = 12$$

$$\underline{12 \times 1 = 12}$$

totaal: 51

Voor item 1 heeft groep I dus een waarderingskore van 85; groep II een waarderingskore van 51.

Dit betekent een verschil van 34 waarderingspunten.

We geven nu de gewogen-skores voor alle voordelen van vraag 8 voor groep I en voor groep II (voor ruwe skores zie bijlage III, tabel IV).

TABEL

Gewogen skores voor elk der items uit vraag 8 voor groep I en groep II

Voordelen:	Groep I groepspraktijk en., gezondheidscentra	Groep II welzijnscentra
1.	85*	51*
2.	44	39
3.	21	15
4.	12	14
5.	85	96
6.	40**	71**
7.	13*	27*
8.	11	8
9.	10	15

verschillen tussen groep I en II  
\*\* sign. op 1% nivo  
\* sign. op 5% nivo

Door beide groepen wordt item 5. als meest belangrijk gezien: alleen een multi-disciplinair team kan een adequaat antwoord geven op de vraag om hulp van de cliënt.

Waar het ons nu om gaat is of er significante verschillen tussen beide groepen zijn aan te wijzen.

De grootste verschillen tussen groep I en groep II zijn op de items 1,6 en 7.

--

Degenen die in groepspraktijk en gezondheidscentrum de ideale vorm van samenwerking zien kennen aan voordeel nr. 1 "het werken in een team maakt meer onderlinge konsultatie en korrektie mogelijk" significant meer gewicht toe dan degenen die in welzijnscentra de ideale vorm van samenwerking zien (sign. op 1 % nivo).

Aan de voordelen nr. 6 en 7, "een team staat veel sterker dan een solist bij het op gang brengen van struktuele veranderingen b.v. t.a.v. de relatie tot het 2e echelon, t.a.v. maatschappij-structuren" en "door het team zal ook de cliënt een verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg gaan voelen" wordt door de voorstanders van welzijnscentra significant meer gewicht toegekend dan door de voorstanders van gezondheidscentra-groepspraktijken (resp. significant op 1% nivo en 5%).

4. De nadelen van een wijkgezondheidscentrum.

Op dezelfde wijze als bij de vraag naar de voordelen zijn hier de scores van groep I en groep II gewogen (voor de ruwe en de gewogen scores zie bijlage III, tabel V).

We geven hier de gewogen scores voor beide groepen weer voor elk der nadelen van vraag 9.

TABEL

Gewogen scores voor elk der items uit vraag 9 voor groep I en groep II

item	Groep I	Groep II
1. relatie huisarts/patiënt	19	13
2. beroepsgeheim	18	9
3. spanningen van samenwerken	55	47
4. kosten	67	50
5. contact achterban	21	33
6. praktijkzuster	113	12
7. inbouwen maatsch. werkers	8	12
8. vrijheid kwijt	5	6
9. gebouw	15	11
10. besprekingen	52	53

Door beide groepen wordt als meest belangrijk gezien:

- item 3 samenwerken met andere disciplines zal grote spanningen geven
- item 4 de kosten van een centrum zijn niet op te brengen
- item 10 men verliest onevenredig veel tijd aan besprekingen

De groepen I en II zijn wat betreft hun meningen over de nadelen van een wijkgezondheidscentrum niet significant verschillend.

Alleen bij item 2 - het beroepsgeheim wordt onhanteerbaar in een team en bij item 5 - de verschillende disciplines verliezen het contact met hun achterban, is een tendens tot verschil in mening waar te nemen.

Groep I kent aan item 2 een zwaarder gewicht toe dan groep II  
Groep II kent aan item 5 een zwaarder gewicht toe dan groep I.

§ 5. Bestaat er volgens u een juiste verhouding in salariering van de verschillende disciplines?

Van groep I (groepspraktijk en gezondheidscentra)

vindt 17,5% de salarisverhouding juist

71,9% de salarisverhouding onjuist

Van groep II (welzijnscentra)

vindt 3,6% de salarisverhoudingen juist

83,9 % de salarisverhoudingen onjuist (zie bijlage III, tabel

Het percentage respondenten dat de salarisverhoudingen momenteel juist vindt is in de groep die groepspraktijken en gezondheidscentra de ideale vorm van samenwerking vindt aanmerkelijk groter dan in de groep die welzijnscentra de ideale vorm van samenwerking vindt. signifikant op 2% nivo

§ 6. Waarmee dient men zich t.a.v. veranderingen binnen het team, waarin u werkzaam bent te gaan bezighouden?

Voor groep I (groepspraktijken en gezondheidscentra) zijn de 6 meest genoemde veranderingen, in volgorde van belangrijkheid:

(zie bijlage III, tabel VII).

1. nadere werkomschrijving en mentaliteit van de teamwerkers.
2. teamvorming
3. doelstellingen
4. voorlichting voor cliënten, mentaliteit van cliënten
5. organisatie
6. de sociale problemen van de wijk of plaats.

Voor groep II is de volgorde:

1. nadere werkomschrijving en mentaliteit van de teamwerkers.
2. voorlichting aan cliënten, mentaliteit van cliënten
3. doelstellingen
4. teamvorming
5. politiek bewust maken van gezondheidszorg en maatsch. dienstverlening
6. de sociale problemen van de wijk of plaats.



Het verschil in groep I en groep II zit in het verschillend gewicht dat aan de gewenste veranderingen wordt toegekend. Met name het "politiek bewust maken van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening": dit wordt door groep II als 5e wenselijke verandering gezien; door groep I wordt dit op de laatste plaats gezien! (signifikant op 1% nivo). Tabel VIII in bijlage III laat verder zien dat:

Groep II (welzijnscentra) meer waarde hecht aan:

- voorlichting en mentaliteit van cliënten
- sociale problemen van wijk of plaats

dan groep I.

Groep I (groepspraktijk en gezondheidscentra) meer waarde hecht aan:

- ontwerp van nieuwe methodieken
- teamvorming

dan groep II.

De verschilpunten tussen groep I en groep II zijn te karakteriseren naar gerichtheid van veranderingen.

Groep II wil (meer dan groep I)-politiseren

- (welzijnscentra)
- voorlichten
  - mentaliteitbeïnvloeden
  - de wijk in

Groep I wil (meer dan groep II)- eigen organisatiesverbeteren

- (groepspraktijken en gezondheidscentra)
- teamvorming
  - huisvesting en materieel
  - ontwerpen van nieuwe methodieken

§ 7. Waar liggen volgens u de voornaamste belemmeringen voor deze veranderingen?

Als belangrijkste belemmeringen werden door beide groepen genoemd (zie bijlage III, tabel IX):

1. het niet duidelijk voor ogen hebben van de richting van veranderingen
2. ontbreken van begeleiding bij gewenste veranderingen
3. maatschappijstructuren
4. soort opleiding van de verschillende werkers
5. verhoudingen binnen het team.

De groepen verschillen van mening op de minder vaak genoemde items, nl. (zie bijlage III, tabel X):

Groep I ziet meer dan groep II als belemmering voor verandering

- mankracht tekort (sign. op 5 % nivo)
- geldtekort

Groep II ziet meer dan groep I als belemmering voor verandering

- artsen (sign. op 5% nivo)
- tegenstrijdige beroepshouding.

### SLOTWOORD

Tijdens een konferentie over samenwerkingsproblematiek in de 1e-lijns- gezondheidszorg werd onder de ongeveer 130 konferentiegangers, te weten artsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en overigen, een onderzoek gehouden naar wensen en meningen aangaande de 1e-lijns-gezondheidszorg.

Tevens bevatte het onderzoek evaluatievragen aangaande de konferentie als zodanig.

Doel van het onderzoek was:

1. de werkers in het veld informeren over elkaars problemen, plannen, opvattingen, wensen.
2. nagaan waar de verschillen in opvattingen, problemen, wensen etc. mee te maken hebben.
3. evalueren van de opzet van de konferentie naar de zinvolheid ervan voor de deelnemers.

Gekozen werd voor een geprekodeerde vragenlijst.

De resultaten van dit onderzoek vindt u in dit rapport.

Voor een aantal opinievragen is nagegaan of er significante verschillen in beantwoording tussen de onderscheiden beroepsgroepen en leeftijdsgroepen optraden. Dit bleek veelal het geval te zijn. Voorts bleek dat de konferentiegangers in twee groepen waren in te delen, nl.: degenen die in groepspraktijken en gezondheidscentra de ideale samenwerkingsvorm zien, en degenen die in welzijnscentra de ideale samenwerkingsvorm zien. Deze twee ideaalbeeldgroepen verschilden significant op een aantal belangrijke opinievragen als:

- wat vindt u de voordelen resp. nadelen van een wijkgezondheidscentrum
- met welke veranderingen zou u zich in uw team moeten gaan bezighouden.

We hebben geprobeerd<sup>u</sup> met dit onderzoek iets meer te doen weten over de meningen en wensen van een aantal "koplopers" in de 1e-lijns-gezondheidszorg.

Veel meer dan een verkenning pretendeert dit onderzoek echter niet te zijn.

Voor voortgezet onderzoek lijkt een gerichtere vraagstelling wenselijk. Als informatieoverdracht, ook voor hen die niet interdisciplinair samenwerken, mag dit een eerste aanzet zijn.

Graag zouden wij dan ook kommentaar, kritiek, reacties etc. van uw kant tegemoet zien.

BIJLAGEN



B I J L A G E I

De vragenlijst.

Inleiding:

In de voorbereiding van deze konferentie is een kleine enquête uitgegaan waarin gevraagd werd thema's voor deze dagen te noemen.

Uitgangspunt was nl. dat de konferentie zoveel mogelijk zou moeten aansluiten bij de behoeften en vragen van het veld. De resultaten van deze enquête hebben mede de vormgeving van deze konferentie bepaald.

Deze vragenlijst bestrijkt een ruimer terrein nl.: hoe denkt u over de 1e-lijns-welzijnszorg, over uw eigen werk en dat van anderen, over deze konferentie etc.

Waarom al deze vragen?

- De bedoeling is om de verkregen informatie uit deze vragenlijst zo snel mogelijk te verwerken en in zo breed mogelijke kring te verspreiden. De lakune in de onderling kommunikatie en de kennis van elkaars problemen, plannen, opvattingen kan zo enigszins worden opgevuld.
- Een tweede doelstelling is: een beter inzicht te krijgen in aktuele problemen van het veld, om een planning mogelijk te maken.  
Eenvoudig gezegd: hoe gaan we door op de ingeslagen weg?

Wijze van invullen:

1. beantwoord iedere vraag
2. bij de meeste vragen zijn de antwoordmogelijkheden vermeld. Achter iedere antwoordmogelijkheid staat een cijfer.  
U antwoordt door omcirkeling van een cijfer.
3. waar dat gevraagd wordt, gaarne een eigen antwoord formuleren en graag leesbaar schrijven.

N.B. De vragenlijsten zijn anoniem; u hoeft geen naam in te vullen.

1. Geslacht:
  - man 1.
  - vrouw 2.
  
2. Leeftijd:
  - jonger dan 25 jaar 1.
  - tussen 26 - 35 jaar 2.
  - tussen 36 - 45 jaar 3.
  - tussen 46 - 55 jaar 4.
  - tussen 56 - 65 jaar 5.
  - ouder dan 65 jaar 6.
  
3. Beroep:
  - wijkverpleegkundige 1.
  - arts 2.
  - maatschappelijk werker 3.
  - anders, nl.... 4.
  
4. Werkterrein:
  - stad 1.
  - middelgrote gemeente 2.
  - platteland 3.
  
5. Bent u werkzaam in een team?
  - ja 1.
  - nee 2.
  
6. Zo ja, welke disciplines zijn in dit team vertegenwoordigd? (omcirkelen wat van toepassing is)
  - arts(en) 1.
  - wijkverpleegkundigen 2.
  - maatschappelijk werkers 3.
  - overige, nl.... 4.
  
7. Zoudt u in de toekomst een groei van het aantal gezondheidscentra/groepspraktijken wenselijk achten? (één antwoord kiezen)
  - ja 1.
  - nee 2.
  - weet niet 3.



8. Welke zijn volgens u de voordelen van een wijkgezondheidscentrum.

Lees eerst het hele lijstje, kies dan niet meer dan 3 alternatieven. Wanneer u deze keuze gemaakt heeft, geeft u de volgorde van belangrijkheid aan door de nummers van de 3 gekozen alternatieven in het desbetreffende hokje in de balk onderaan de lijst te plaatsen.

- a. belangrijkste
- b. zeer belangrijk
- c. belangrijk

- het werken in een team maakt meer onderlinge konsultatie en korrektie mogelijk 1.
- de doelstelling en de werkwijze worden in een team sterker bewust gemaakt 2.
- je kunt veel van elkaar leren; door identifikatie zal je veel van elkaar overnemen 3.
- ik heb behoefte aan steun en warmte van medewerkers in teamverband 4.
- alleen een multi-disciplinair team kan een adekwaat antwoord geven op de vraag om hulp van de kliënt 5.
- een team staat veel sterker dan een solist bij het op gang brengen van strukturele veranderingen b.v. t.a.v. de relatie tot het 2e echelon t.a.v. maatschappij-strukturen 6.
- door het team zal ook de kliënt een verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg gaan voelen 7.
- in een team is plaats en tijd voor nascholing en opleiding van teamleden 8.
- in een team heeft iedere disciplines een eigen beroepsidentiteit 9.

a.                      b.                      c.

--	--	--

- a. belangrijkste
- b. zeer belangrijk
- c. belangrijk

9. Welke zijn volgens u de nadelen van een wijkgezondheidscentrum?  
(Kies niet meer dan 3 alternatieven, geef de volgorde van  
belangrijkheid aan zoals bij vraag 8.)

- de specifieke relatie huisarts/patiënt verdwijnt. 1.
- het beroepsgeheim wordt onhanteerbaar in een team 2.
- samenwerken met andere disciplines zal grote spanningen  
geven, 3.
- de kosten van een centrum zijn niet op te brengen 4.
- de verschillende disciplines verliezen het contact  
met hun achterban 5.
- de wijkverpleegster wordt als praktijkzuster gebruikt 6.
- de maatschappelijk werkster wordt in de gezondheidszorg  
ingebouwd 7.
- je bent je vrijheid kwijt 8.
- de patiënten komen niet graag naar een dergelijk gebouw 9.
- men verliest onevenredig veel tijd aan besprekingen 10.

a.	b.	c.

- a. belangrijkste
- b. zeer belangrijk
- c. belangrijk

10. Met wie wilt u wel/niet samenwerken in een team?

(omcirkelen wat van toepassing is)

	wel	niet
- arts	1.	1.
- doktersassistente	2.	2.
- maatschappelijk werker	3.	3.
- wijkverpleegkundige	4.	4.
- verloskundige	5.	5.
- overige, nl.....	6.	6.

11. Wat zijn voor u de motieven voor samenwerking, juist met de door u aangegeven disciplines?

12. Bent u van mening dat in de toekomst de huisarts werkzaam in het team, verbonden aan een welzijnscentrum de centrale figuur zal blijven?

- ja 1.
- nee 2.
- weet niet 3.

13. Vindt u het belangrijk dat in een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, tijd, geld en mensen worden vrijgemaakt voor:

- |  | ja | nee |
|--|----|-----|
| - wetenschappelijk onderzoek                               | 1. | 2.  |
| - opleiding van studenten van de verschillende disciplines | 1. | 2.  |
| - teambesprekingen   | 1. | 2.  |
| - voorlichting aan patiënten                               | 1. | 2.  |
| - agogische begeleiding                                    | 1. | 2.  |

14. Vindt u het nodig dagelijks tijd uit te trekken voor informeel overleg binnen de groep, b.v. verplichte koffie om 10.30 uur 's ochtends, wanneer er wekelijks geprogrammeerd overleg reeds plaats vindt?

- ja 1.
- nee 2.

15. Hoe zou volgens u de structuur van een centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening er uit moeten zien? (één antwoord kiezen).

- vertikaal, d.w.z. er is een duidelijke leider die deeltaken en bevoegdheden delegeert aan ondergeschikten 1.
- horizontaal, d.w.z. alle teamleden participeren gelijkkelijk in de besluitvorming; er is weinig taakdifferentiatie 2.
- een combinatie van bovengenoemden,  
de zgn. platte hiërarchie; er is wel verdeling van taken en verantwoordelijkheden maar aan de besluitvorming nemen zoveel mogelijk groepsleden deel 3.

16. Bestaat er volgens u, op dit moment een juiste verhouding in salariëring van de verschillende disciplines?

- ja 1.
- nee 2.



17. Indien u zelf de salariëring van de teamleden moest bepalen zou u dit dan doen: (één antwoord kiezen)
- naar discipline 1.
  - naar verantwoordelijkheid 2.
  - ieder team-lid gelijk honoreren 3.
18. Wie heeft volgens u in het team waarin u werkt de meeste invloed wanneer er beslissingen genomen worden? (één antwoord kiezen)
- arts 1.
  - wijkverpleegster 2.
  - maatschappelijk werker 3.
  - andere, nl.... 4.
19. Vindt u dit juist?
- ja 1.
  - nee 2.
20. Waarmee dient men zich t.a.v. veranderingen binnen het team, waarin u werkzaam bent, te gaan bezighouden. (Kies niet meer dan 3 alternatieven en rangschik deze in de volgorde van voorkeur zoals bij vraag 8 en 9)
- a. belangrijkste
  - b. zeer belangrijk
  - c. belangrijk)
- nadere werkomschrijving (beroepsidentiteit van verschillende disciplines) en mentaliteit van de teamwerkers 1.
  - organisatie 2.
  - opleiding-organisatie 3.
  - onderzoek 4.
  - doelstellingen 5.
  - voorlichting voor cliënten, mentaliteit van cliënten 6.
  - teamvorming 7.
  - ontwerp van nieuwe methodieken 8.
  - preventie 9.
  - salariëring 10.
  - aantrekken van nieuwe medewerkers, nl... 11.
  - huisvesting en materieel 12.
  - de sociale problemen van de wijk of plaats 13.
  - politiek bewust maken van gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening 14.

a.	b.	c.

21. Waar liggen volgens u de voornaamste belemmeringen voor deze veranderingen? (Kies niet meer dan 3 alternatieven en rangschik deze in de volgorde van voorkeur:

a. belangrijkste

b. zeer belangrijk

c. belangrijk)

- verhoudingen binnen het team 1.
- soort opleiding van verschillende werkers 2.
- mankracht tekort 3.
- onvoldoende bijscholing 4.
- honorering 5.
- artsen 6.
- maatschappelijk werkers 7.
- wijkverpleging 8.
- patiënten 9.
- overheid 10.
- verhouding met andere instanties 11.
- geldtekort 12.
- maatschappij structuren 13.
- het niet duidelijk voor ogen hebben van richting van veranderingen 14.
- het niet duidelijk voor ogen hebben van wie de veranderingen op gang zou moeten brengen 15.
- ‡ ontbreken van begeleiding bij gewenste veranderingen 16.
- uiteenlopende of tegenstrijdige bereopshouding b.v. van huisarts en maatschappelijk werker 17.

a.      b.      c.

---

a. belangrijkste  
b. zeer belangrijk  
c. belangrijk

22. Wordt volgens u de welzijnszorg wezenlijk beter door het vormen van samenwerkingsverbanden?

- ja 1.
- nee 2.
- weet niet 3.

23. Heeft u meerdere kongressen over dit onderwerp bezocht?

- ja 1.
- nee 2.



29. Wat hebt u gemist tijdens deze dagen?

30. Denkt u dat deze konferentiedagen doorwerken t.a.v.:	ja	nee
- uw eigen funktioneren binnen het team waarin u werkzaam bent?	1.	2.
- het teamfunktioneren	1.	2.
- het landelijk beleid t.a.v. samenwerkingsvormen	1.	2.

31. Vond u het zinvol deze vragenlijst in te vullen?

- ja	1.
- nee	2.

32. Wat ziet u als meest ideale vorm van samenwerking?  
(één antwoord kiezen)

- groepspraktijk van alleen artsen	1.
- in gezondheidscentrum met huisartsen, wijkverpleegkundigen maatschappelijk werker en eventueel fysiotherapeut	2.
- in welzijnscentrum met behalve bij zich ook nog pastores, vormingswerk, opbouwwerk, bejaardenwerk, jeugdwerk etc.	3.

Overige opmerkingen, vragen, kritiek etc.

Met vriendelijke dank.

Gaarne onmiddellijk inleveren bij groepsleider.







B I J L A G E I I

Tabellen behorend bij de vragen 1 t/m 31

TABEL I

Relatieve belangrijkheid van de items uit vraag 8 ("de voordelen van een wijkgezondheidscentrum")

items	totaal		1e plaats		2e plaats		3e plaats	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	68	59.1	24	35.3	22	32.4	22	32.4
2	38	33.0	14	36.8	17	44.7	7	18.4
3	21	18.3	6	28.6	6	28.6	9	42.8
4	17	14.8	2	11.8	5	29.4	10	58.8
5	74	64.3	49	66.2	17	23.0	8	10.8
6	66	57.4	13	19.7	32	48.5	21	31.8
7	24	20.9	5	20.8	6	25.0	13	54.2
8	15	13.0	0	0.0	4	26.7	11	73.3
9	18	15.6	1	5.6	5	27.8	12	66.6
non-resp.	1	0.9	1		1		2	

In de eerste kolom (items) zijn de items uit vraag 8 d.m.v. een cijfer aangeduid.

In de tweede kolom (totaal) staat per item aangegeven hoeveel respondenten in totaal dit item gekozen hebben (= som van de 1e, 2e en 3e keuze voor dit item) daarnaast het percentage dat dit vormt van alle respondenten.

In de derde kolom (1e plaats) is per item weergegeven hoeveel respondenten dit item op de eerste plaats gekozen hebben en hoeveel percent dit is van het totaal aantal malen dat dit item genoemd is.

In de vierde kolom (2e plaats) is per item weergegeven hoeveel respondenten dit item op de tweede plaats gekozen hebben en hoeveel percent dit is van het totaal aantal malen dat dit item genoemd is.

In de vijfde kolom (3e plaats) is per item weergegeven hoeveel respondenten dit item op de derde plaats gekozen hebben en hoeveel percent dit is van het totaal aantal malen dat dit item genoemd is.

TABEL II

Aantal maal dat de items 1, 5 en 6 uit de vraag 8 genoemd zijn door de 4 disciplines en de percentages.

item	wijkverpleegkundigen		artsen		maatsch. werk.		anderen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	20	57.1	27	65.8	13	68.4	8	40.0
5	19	54.3	29	70.5	13	68.4	13	65
6	16	45.7	22	53.6	12	63.1	16	80

TABEL III

Relatieve belangrijkheid van de items van vraag 9 ("de nadelen van een wijkgezondheidscentrum")

items	totaal		1e plaats		2e plaats		3e plaats	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	17	14.8	5	29.4	5	29.4	7	41.2
2	13	11.3	5	38.5	4	30.8	4	30.8
3	49	42.6	19	38.8	18	36,7	12	24.5
4	55	47.8	28	50.9	17	30.9	10	18.2
5	28	24.3	9	32.1	8	28.6	11	39.3
6	14	12.2	3	21.4	5	35.7	6	42.9
7	10	8.7	3	30.0	4	40.0	3	30.0
8	8	9.6	2	25.0	1	12.5	5	62.5
9	14	12.2	4	28.6	4	28.6	6	42.9
10	58	50.4	14	24.1	23	39.7	21	36.2
non-resp.	14	12.2	23		26		30	

1e kolom 'items': items uit vraag 9 aangeduid door een cijfer

2e kolom 'totaal': totaal aantal maal dat elk item genoemd is plus het percentage dat dit vormt van de 115 respondenten

3e kolom '1e plaats': aantal respondenten dat 1e keus uitbrengt weergegeven voor elk der items plus het percentage dat dit vormt van het totaal aantal maal dat een item genoemd is

4e kolom '2e plaats': idem voor 2e keus

5e kolom '3e plaats': idem voor 3e keus

TABEL IV

Aantal maal dat de items 3, 4, 5 en 10 uit vraag 9 genoemd zijn door 4 disciplines en de percentages.

item	wijkverpl.		arts		maatsch. w.		anderen		totaal
	N	%	N	%	N	%	N	%	
3	16	45.7	14	34.2	11	57.9	8	40	49
4*	11	31.4	29	70.7	6	31.6	9	45	55
5	12	34.3	5	12.2	6	31.6	5	25	28
10	17	48.6	26	63.4	5	26.3	8	40	56

\*  $X^2 = 7.885$   
df = 3 } .02 < p < .05  
de verschillen tussen de disciplines op item 4 zijn significant op 5% nivo.

TABEL V

Disciplines met welke men wil samenwerken zoals genoemd door wijkverpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers, en 'anderen' in antwoord op vraag 10.

disciplines waarmee men wil samenwerken:	aantal maal genoemd door				totaal
	wijkverpl.	arts	m.w.	anderen	
diëtiste	3 x	5 x		2 x	10
gezinsverzorgster	5 x				5
bejaardenhulp	3 x				3
fysiotherapeut	4 x	11 x	1 x	3 x	19
pastor	7 x	1 x	5 x	4 x	17
agoog	2 x	3 x	1 x		6
soc. werker vanuit de gemeenteraad	1 x				1
opbouwconsulent	2 x		4 x		6
revalidatiearts	1 x				1
tandarts	1 x				1
jeugdzorg	1 x	1 x			2
GGD (ambulance)	1 x				1
kraamcentrum	1 x				1
vrijwillige hulpverlening	1 x		1 x	2 x	4
artsen specilisten		1 x			1
schoonmaakster		1 x			1
jurist		1 x			1
psycholoog		3 x	1 x	1 x	5
kinderhygiënist		2 x	1 x	3 x	6
schoolarts		1 x			1
apotheker		1 x			1
kruisvereniging		3 x		1 x	4
buro-arts		1 x			1
J P D		1 x			1
psychiater		1 x	2 x	1 x	4
pedagoog			1 x		1



TABEL VI

Aantal maal ja, nee en weet niet geantwoord op vraag 12 ("zal de huisarts de centrale figuur blijven") door wijkverpleegkundigen en artsen enerzijds en maatschappelijk werkers en anderen anderzijds (met percentages)

	wijkverpl. + artsen		maatsch. w. + anderen	
	N	%	N	%
JA *	23	30.3	4	10.3
NEE	35	46.0	20	51.3
WEET NIET	16	21.0	13	33.3

\*  $X^2 = 4.17$ ;  $df = 1$ ;  $.02 < p < .05$ ; dwz. sign. op 5% nivo

TABEL VII

Aantal maal beantwoord ja, nee, weet niet op vraag 12 ("zal de huisarts de centrale figuur blijven?") voor de drie leeftijdsgroepen (met percentages)

	jonger dan 35 jaar		tussen 35 en 45 jaar		ouder dan 45 jaar		totaal
	N	%	N	%	N	%	
JA	10	17.5	9	25.7	8	34.8	27
NEE	34	59.6	13	37.1	8	34.8	55
WEET NIET	12	21.0	11	31.4	6	26.1	29

TABEL VIII

Aantal maal geantwoord juist/onjuist op vraag 16 voor elk der 4 disciplines (met percentages)

	wijkverpl.		artsen		maatsch. w.		anderen		totaal
	N	%	N	%	N	%	N	%	
juist	2	6.7	10	27.0	1	5.9	0	0	13
onjuist	28	83.3	27	73.0	16	94.1	17	100.0	88

non-respons: 14

TABEL IX

Aantal maal dat elk der antwoordmogelijkheden van vraag 17 gekozen is door elk der 4 disciplines (met percentages)

	wijkverpl.		artsen		m.w.		anderen		.totaal
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. discipline	12	34.3	16	39.0	1	5.3	4	20.0	33
2. verantwoordelijkh.	16	45.7	21	51.2	11	57.9	9	45.0	57
3. gelijke salarissen	6	17.1	4	9.8	7	36.8	5	25.0	22

non-respons: 3

$$\chi^2 = 13.288; df = 6; .02 < p < .05$$

TABEL X

Aantal maal dat gekozen is "naar discipline salariëren" en "ieder teamlid gelijk honoreren" in antwoord op vraag 17 door artsen - wijkverpleegkundigen enerzijds en door maatschappelijk werkers en anderen anderzijds. (met percentages)

	artsen + wijkverpl.		m.w. + anderen		totaal
	N	%	N	%	
1. discipline*	28	36.8	5	12.8	33
2. gelijk honoreren*	10	13.2	12	30.8	22

\* significant op 5 % nivo

$$X^2_1 = 4.769; df = 1; .02 < p < .05$$

$$X^2_2 = 4.529; df = 1; .02 < p < .05$$

TABEL XI

Aantal maal dat elk der antwoordmogelijkheden van vraag 17 gekozen is voor elk der leeftijdsgroepen.

	jonger dan 35 jr.		tussen 35-45 jr.		ouder dan 45 jr.		tot.
	N	%	N	%	N	%	
discipline	17	29.8	9	25.7	7	30.4	33
verantwoordelijkh.	25	43.9	19	54.3	13	43.5	57
gelijke salarissen	15	26.3	5	14.3	2	8.7	22

non-respons: 3

TABEL XII

Aantal maal dat door degene die de huidige salariëring juist vinden enerzijds en door degenen die deze onjuist vinden anderzijds elk der antwoord mogelijkheden van vraag 17 (salariëringwijze) is genoemd (met percentages

	huidige sal juist		huidige sal onjuist		totaal
	N juist	%	N onjuist	%	
1. discipline	9	69.2	20	22.7	29
2. verantwoordelijkh.	4	30.8	46	52,3	50
3. gelijk honoreren	0	00.0	22	25.0	22

non-respons: 14

$$\left. \begin{array}{l} X^2 = 13.752 \\ df = 2 \end{array} \right\} .001 < p < .011$$



TABEL XIII

Relatieve belangrijkheid van de items uit vraag 20 ("veranderingen binnen het team")

item	totaal		1e plaats		2e plaats		3e plaats	
	N	%	N	deel%	N	deel%	N	deel%
1	55	47.8	34	61.8	10	18.2	11	20.0
2	20	17.4	2	10.0	12	60.0	6	30.0
3	14	12.2	3	21.4	6	42.9	5	35.7
4	6	5.2	2	33.3	2	33.3	2	33.3
5	33	28.7	16	48.4	10	30.3	7	21.2
6	35	30.4	8	22.9	14	40.0	13	37.1
7	42	36.5	14	33.3	16	38.1	12	28.6
8	11	9.6	2	18.2	4	36.4	5	45.4
9	15	13.0	2	13.3	5	33.3	8	53.3
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	9	7.8	2	22.2	2	22.2	5	55.5
12	8	7.0	3	37.5	4	50.0	1	12.5
13	25	21.7	5	20.0	10	40.0	10	40.0
14	19	16.5	6	31.6	2	10.5	11	57.9
N.R.	16	13.9	16	14.5	18			

verklaring der kolommen:

1e kolom "items" : de items (veranderingen) uit vraag 20 aangeduid door een cijfer

2e kolom "totaal" : totaal aantal maal dat elk der items genoemd is (ongeacht de volgorde van belangrijkheid) daarachter hoeveel percent dit is van alle respondenten.

3e kolom "1e plaats": aantal respondenten dat de eerste keus heeft uitgebracht voor elk der items weergegeven; daarachter het percentage dat dit vormt van het totaal aantal maal dat een item genoemd is.

4e kolom "2e plaats": idem voor 2e keus

5e kolom "3e plaats": idem voor 3e keus.

TABEL XIV

Aantal maal dat de items 1, 5, 6 en 7 uit vraag 20 ("veranderingen binnen het team") genoemd zijn door elk der disciplines (met percentages).

	wijkverpl.	%	arts	%	m.w.	%	anderen	%
1. indentiteit	20	57.1	20	48.8	9	47.4	6	30.0
5. doelst.	9	25.7	13	31.7	6	31.6	5	25.0
6. voorl. kl.	9	25.7	13	31.7	6	31.6	7	35.0
7. teamv.	11	31.4	20	48.8	9	47.4	2	10.0

TABEL XV

Relatieve belangrijkheid van de items uit vraag 21 ("belemmeringen voor veranderingen")

items	totaal		1e plaats		2e plaats		3e plaats	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	26	22.6	11	42.3	6	23.1	9	34.6
2	33	28.7	8	24.2	16	48.5	9	27.3
3	12	10.4	4	33.3	4	33.3	4	33.3
4	7	6.1	3	42.8	1	14.3	3	42.8
5	2	1.7	0	0.0	1	50.0	1	50.0
6	8	7.0	4	50.0	1	12.5	3	37.5
7	4	3.5	2	50.0	2	50.0	0	0.0
8	4	3.5	1	25.0	2	50.0	1	25.0
9	5	4.3	1	20.0	2	40.0	2	40.0
10	10	8.7	2	20.0	5	50.0	3	30.0
11	15	13.0	5	33.3	4	26.7	6	40.0
12	10	8.7	3	30.0	2	20.0	5	50.0
13	36	31.3	11	30.5	14	38.9	11	30.5
14	35	30.4	17	48.6	10	28.6	8	22.8
15	15	13.0	4	26.7	6	40.0	5	33.3
16	36	31.3	12	33.3	11	30.6	13	30.1
17	15	13.0	5	33.3	4	26.7	6	40.0
N.R.	20	17.4	20		23		26	

Voor verklaring der kolommen zie tabel XIII

TABEL XVI

Aantal maal dat de items 1, 2, 13, 14 en 16 uit vraag 21 genoemd zijn door de 4 disciplines (met percentages)

item	wvpl.	%	arts	%	m.w.	%	anderen	%	totaal
1. verhouding	10	28.6	11	26.8	3	15.8	2	10.0	26
2. opleiding	6	17.1	16	39.0	5	26.3	6	30.0	33
13. mij.strukt.	13	37.1	13	31.7	5	26.3	5	25.0	36
14. stichting verd.	10	28.6	11	26.8	6	31.6	8	40.0	35
16. begeleiding	15	42.9	12	34.3	5	26.3	4	20.0	36

TABEL XVII

Aantal maal ja/nee geantwoord op vraag 23 ("kongresbezoek") door de vier disciplines (met percentages)

	wijkverpl.		artsen		m.w.		anderen		totaal
	N	%	N	%	N	%	N	%	
ja	12	34	33	80	6	32	9	45	60
nee	22	66	8	20	13	68	10	55	53

TABEL XVIII

Aantal maal dat elk der antwoordmogelijkheden van vraag 27 ("hoe waardeert u deze konferentiedagen") gekozen is door elk der disciplines (met percentages)

	wvpl.	%	arts	%	m.w.	%	anderen	%	totaal
zeer tevreden	5	14.3	5	12.2	1	5.3	2	10.0	13
tevreden	18	51.4	23	56.1	13	68.4	13	65.0	67
neutraal	10	28.6	7	17.1	2	10.5	5	25.0	24
ontevreden	1	2.9	3	7.3	1	5.3			5
zeer ontevreden									0

non-respons: 6

TABEL XIX

Aantal maal dat elk der antwoordmogelijkheden van vraag 27 gekozen is door elk der leeftijdsgroepen (met percentages)

	< 35	%	35-45	%	> 45	%	totaal
zeer tevreden	5	8.8	4	11.4	4	17.4	13
tevreden	36	63.2	19	54.3	12	52.2	67
neutraal	12	21.0	8	22.9	4	17.4	24
ontevreden	3	5.3	1	2.9	1	4.3	5

non-respons: 6



TABEL XX

Aantal maal dat de skores 1 t/m 5 zijn toegekend voor elk der programmaonderdelen, daarachter de percentages op het totaal der respondenten, daarachter de non-respons.

	1		2		3		4		5		.non-respons	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Vrijdag</u>												
aankomst	15	13.0	59	51.3	30	26.1			1	0.9	10	8.7
opening	14	12.2	55	47.8	32	27.8	3	2.6	1	0.9	10	8.7
groepsdisk. 's middags	29	25.2	34	29.6	31	27.0	13	11.3	4	3.5	4	3.5
diner	27	23.5	59	51.3	20	17.4	2	1.7	3	2.6	4	3.5
avonddisk.	18	15.6	58	50.4	23	20.0	9	7.8	3	2.6	4	3.5
inform.markt	5	4.3	44	38.3	44	38.3	13	11.3			9	7.8
informele kontakten	26	22.6	51	44.3	21	18.3	1	0.9	3	2.6	13	11.3
<u>Zaterdag</u>												
ontbijt	18	15.6	39	33.9	17	14.8	3	2.6	4	3.5	34	29.6
groepsdisk.	26	22.6	55	47.8	26	22.6	6	5.2			2	1.7
koffiepauze	16	13.9	43	37.4	22	19.1	4	3.5			30	26.1
pleno	4	3.5	10	8.7	12	10.4			1	0.9	88	76.5



B I J L A G E III

Tabellen behorend bij vraag 32.

TABEL I

Aantal maal dat elk der antwoordmogelijkheden van vraag 32 gekozen is ("ideale samenwerkingsvorm") met percentages.

item	N	%
1. groepspraktijk	3	2.6
2. gezondheidscentrum	54	46.9
3. welzijnscentrum	56	48.6

TABEL II

Verdeling van de "ideaalbeelden" I en II uit vraag 32 over de leeftijdsklassen.

	groepspraktijken I en gezondheidscentra		welzijnscentra II		totaal
	N	%	N	%	
jonger dan 35 jr.	22	38.6	35	61.4	57
tussen 35 en 45 jr.	20	58.8	14	41.2	54
ouder dan 45 jr.	15	68.2	7	31.8	22

$\chi^2 = 7.024$ ;  $df = 2$ ;  $0.02 < p < 0.05$ ; sign. op 5 % nivo

TABEL III

Verdeling van de "ideaalbeelden" I en II over de disciplines.

	groepspraktijken en gezondheidscentra		welzijnscentra	
	Groep I		Groep II	
	N	%	N	%
wijkverpl.	20	57.1	15	42.9
artsen	25	61.0	14	34.2
maatsch. werk.	9	47.4	10	52.6
anderen	3	15.0	17	85.0

$\chi^2 = 14.726$ ;  $df = 3$ ;  $.001 < p < 01$ ; sign. op 1% nivo

TABEL IV

Aantal maal dat elk der items uit vraag 8 ("voordelen van een wijkgezondheidscentrum") op de 1e, 2e en 3e plaats genoemd is door de groepen I en II uit vraag 32, alsmede de gewogen skores voor elk der items.

items	Groep I (groepspr. + gezondheidscentra)				Groep II (welzijnscentra)			
	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore
1 *	15	16	8	85	9	6	12	51
2	7	10	3	44	7	7	4	39
3	3	3	6	21	2	3	3	15
4	0	4	4	12	2	1	6	14
5 *	26	4	5	85	23	12	3	96
6 *	4	12	4	40	8	19	9	71
7 *	1	3	4	13	4	3	9	27
8	0	2	7	11	0	2	4	8
9	0	2	6	10	1	3	6	15

$\chi^2 = 7.91$ ;  $df = 1$ ;  $.001 < p < 01$ ; sign. op 1% nivo (item 1)

$\chi^2 = 9.22$ ;  $df = 1$ ;  $.001 < p < 01$ ; sign. op 1% nivo (item 6)

$\chi^2 = 5.19$ ;  $df = 1$ ;  $.01 < p < 05$ ; sign. op 5% nivo (item 7)

\*

de sign. nivo's hebben betrekking op de verschillen tussen groep I en groep II



TABEL V

Aantal maal dat elk der items uit vraag 9 ("de nadelen van een wijkgezondheidscentrum") door de groepen I en II uit vraag 32 op de 1e, 2e en 3e plaats genoemd is (ruwe scores) alsmede de gewogen scores voor elk der items.

items	Groep I (groepspr. + gezondheidsc.)				Groep II (welzijnscentra)			
	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore
1	4	1	5	19	1	4	2	13
2	4	2	2	18	1	2	2	9
3	10	10	5	55	8	8	7	47
4	14	10	5	67	13	7	4	50
5	3	3	6	21	6	5	5	33
6	3	0	4	13	0	5	2	12
7	1	2	1	8	2	2	2	12
8	1	1	1	5	1	0	3	6
9	1	4	4	15	3	0	2	11
10	5	13	11	52	9	8	10	53

$X^2$  item 2 = 2.8683; df = 1; .05 < p < .10

$X^2$  item 4 = 2.1882; df = 1; .10 < p < .20

$X^2$  item 5 = 2.847; df = 1; .05 < p < .10

TABEL VI

Aantal maal beantwoord juist/onjuist op vraag 16 door groep I en door groep II

	Groep I		Groep II	
	N	%	N	%
juist	10	17.5	2	3.6
onjuist	41	71.9	47	83.9

$X^2 = 6.19$ ; df = 1; .01 < p < .02

TABEL VII

Aantal maal dat elk der items uit vraag 20 ("veranderingen binnen het team" door de groepen I en II op de 1e, 2e en 3e plaats genoemd is, alsmede de gewogen skores voor elk der items.

items	Groep I (groepsprakt.+gezondheidscl.)				Groep II (welzijnscentra)			
	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore
1	16	5	7	65	17	5	4	65
2	2	7	1	21		4	5	13
3	3	2	1	14		4	4	12
4	1		2	5	1	2		5
5	7	6	5	38	9	4	2	37
6	3	5	6	25	5	9	7	40
7	8	9	5	47	5	7	7	36
8	2	2	3	13		2	2	6
9	1	3	4	13	1	2	4	11
10								
11	1	1	4	9	1	1	1	6
12	2	3	6	12	1	1	1	6
13	2	3	6	18	3	7	3	26
14		1	2	4	6	1	9	29

$$X^2_{\text{item 14}} = 19.244; \text{ df} = 1; p < .001; \text{ sign. op } 1\% \text{ nivo}$$

$$X^2_{\text{item 6}} = 3.744; \text{ df} = 1; 0.05 < p < 0.10$$

TABEL VIII

Gewogen skores van, de verschillskores tussen, groep I en groep II voor de items 2, 6, 7, 8, 12 en 13 van vraag 20

item	gewogen skores		verschil (absoluut)	$X^2$
	Groep I	Groep II		
2	21	13	8	3.744
6 *	25	40	15	1.254
7	47	36	11	1.254
8	13	6	7	2.434
12	12	6	6	1.869
13	18	26	8	1.604
14 **	4	29	25	19.244

\*\* sign. op 1 °/oo nivo

\* sign. op 10 % nivo

TABEL IX

Aantal maal dat elk der items uit vraag 21 ("belemmeringen voor veranderingen") door de groepen I en II op de 1e, 2e en 3e plaats genoemd is, alsmede de gewogen skores voor elk der items.

items	Groep I				Groep II			
	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore	1e pl.	2e pl.	3e pl.	gewogen skore
1	4	4	5	25	7	1	4	27
2	4	6	5	29	4	10	4	36
3	3	2	4	17	1	2		7
4	1	1		5	2		3	9
5			1	1		1		2
6	1			3	2	1	3	11
7	1	2		7	1			3
8	1	2		7			1	1
9		1	1	3	1	1		5
10	1	3		9	1	2	3	10
11	3	3	2	17	2	1	4	12
12	2	1	4	12	1	1	1	6
13	6	5	4	32	5	9	7	40
14	8	5	5	39	8	5	3	37
15	3	2	2	15	1	4	3	14
16	7	6	6	39	5	5	7	32
17	1	2	4	11	4	2	2	18
18					2	1		8



TABEL X

De verschillen tussen de gewogen skores en de X - kwadraat voor de items 3, 6, 12 en 17 uit vraag 21

items	gewogen skores		verschil	X <sup>2</sup>	p. waarden
	Groep I	groep II			
3*	17	7	10	4.002	.02 < p < 05
6*	3	11	8	4.804	.02 < p < 05
12	12	6	6	1.8691	.10 < p < 20
17	11	18	7	1.822	.10 < p < 20

\* sign. op 5 % nivo.

