

ONDERZOEK NAAR DE POSITIE VAN ASSISTENTES

IN

GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA

door

P.J.P. ZUURBIER

1976

• Prijs f 18,--

Uitgave van het Nederlands Huisartsen Instituut
Mariahoek 4 te Utrecht Tel. 030 - 31 99 46

VOORWOORD.

Het voor U liggende onderzoek is op het N.H.I. uitgevoerd onder de naam "baliefenomeen".

Hoewel een dergelijke naam associaties met occulte bezigheden oproept, geeft het wel weer dat aan de balie in een groepspraktijk of gezondheidscentrum voor arts en patiënt belangrijke zaken aan de orde komen. Het onderzoek is een eerste poging na te gaan in hoeverre de - wat ingewikkelde - organisatie van zo'n praktijk invloed uitoefent op het gedrag van de assistentes en hun houding ten opzichte van de patiënt. In hoeverre de eisen die de organisatie stelt strijdig zijn met de eisen van patiënten of cliënten is een voor de eerstelijns hulpverlening essentiële vraag - een eerste poging tot antwoord verdient alle aandacht.

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

I. INLEIDING.

Eén van de ontwikkelingen die zich in de laatste jaren in de eerste-lijns-gezondheidszorg in snel tempo hebben voorgedaan, is de vorming van groepspraktijken - een samenwerkingsverband van artsen, gekoncentreerd in één gebouw-en gezondheidscentra - een samenwerkingsverband van meerdere vertegenwoordigers van verschillende hulpverlenende disciplines, gekoncentreerd in één gebouw-.

Een betere, meer doelmatige hulpverlening aan patiënten/kliënten staat in deze nieuwe konseptie centraal.

Voor de betreffende werkers impliceerde deze schaalvergroting met name in de startperiode, een zodanige omschakeling van de organisatie, dat niet altijd gesproken kon worden van geslaagde experimenten.

Eén van de problemen die zich voordeden op organisatorisch vlak, was de functie-afbakening van de assistentes¹⁾: de overgang van solerende doktersassistente naar groepslid met een beperkter takenpakket verliep niet altijd vlekkeloos. Dit betekende in die gevallen storingen en vertragingen voor het team en een mindere dienstenverlening aan de patiënten/kliënten.

Verschillende experimenten zijn daarom intussen van de grond gekomen: zo trachten sommigen door strikte taakafbakening, uitgevoerd door specialistische krachten de technisch-organisatorische problemen de baas te worden, terwijl anderen de voorkeur geven aan minder gespecialiseerde assistentes die elkaar-overlappende taken uitvoeren. De kern van het vraagstuk schijnt te bestaan uit de optimale afstemming van assistentes op de uit te voeren taken²⁾.

Waaruit bestaan nu deze taken?

Van den Hout (1973) onderscheidt de volgende activiteiten, die tot de functie van assistentes gerekend moeten worden: de opvang van patiënten/kliënten, regulering van de patiënten/kliëntenstroom in het gebouw, behandeling van de telefoon, opvang van de patiënten/kliënten bij afwezigheid van de arts of andere hulpverleners, het signaleren van overbelasting, het verzamelen van gegevens, administratie, technische assistentie, de laboratorium- en apotheekfunctie, de huishouding, advisering van patiënten/kliënten t.a.v. kleine zaken, het gastvrouw-zijn

1) noot 1: zie bijlage I.

2) noot 2: zie bijlage I.

en een afschermingsfunctie van hulpverleners tegen overbelasting en storende invloeden én van de patiënten/kliënten tegen humeurige hulpverleners.

Al deze taken kunnen grosso modo verdeeld worden in activiteiten die gecentreerd zijn rond de patiënt/kliënt en de taken die zich afspelen rond het team en de organisatie van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum. Deze werkzaamheden eisen van de assistente een dubbele loyaliteit n.l. enerzijds aan de patiënten/kliënten, anderzijds aan de organisatie. Dat hiertussen conflicten kunnen ontstaan is bekend zowel uit de verschillende praktijken en centra, als uit literatuur die deze konfliktstof inservice-organisaties sociaal-wetenschappelijk benadert.

Met andere woorden in het zoeken naar een optimale afstemming van assistentes op de uit te voeren werkzaamheden, dient met name rekening gehouden te worden met de konsekwenties voor de patiënten/kliënten, rond welke de organisatie gestructureerd dient te zijn.

In dit onderzoek willen wij nu nagaan welke factoren een patiënt/kliëntgericht gedrag van assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra bevorderen c.q. belemmeren.

Wij hebben ons afgevraagd of verschillen hierin tussen de verschillende praktijken en centra verklaard kunnen worden door organisatorische kenmerken, zoals organisatiedruk, een specialisatie van de assistentes, het kommunikatieklimaat etc.

Met dit onderzoek hopen wij een bijdrage te leveren aan de kennis van een klein stukje eerste-lijn en meer nog aan de mogelijkheden voor een betere sturing van groepspraktijken en gezondheidscentra, in zoverre het die aspecten betreft die samenhangen met de positie en de functie van de assistentes.

De opzet van dit rapport.

De opzet is als volgt: In het volgende hoofdstuk worden de theoretische uitgangspunten die aan het onderzoek ten grondslag liggen, beschreven. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de opzet van het onderzoek. Hoewel voor de lezer wellicht weinig inspirerend, volgen in hoofdstuk 4 de operationalisering van de gebruikte begrippen. In de

daarop volgende drie hoofdstukken worden dan de resultaten van het onderzoek besproken: in het eerste van de drie wordt ingegaan op enige individuele gegevens van de assistentes, in het tweede op samenhangen tussen verschillende organisatorische kenmerken en in het derde wordt een regressie-analyse op het theoretisch model gepresenteerd.

In hoofdstuk 8 tenslotte volgen een interpretatie en samenvatting van de resultaten.

II. THEORETISCHE BESCHOUWING OVER PATIENT/KLIËNT-ORIENTATIE.

2.1.: Inleiding

Elke organisatie, dus ook een groepspraktijk en een gezondheidscentrum kent zijn eigen klantensysteem. Enerzijds bestaat dat uit die patiënten/kliënten die in het hulpverleningsproces gereguleerd zijn, anderzijds is het de organisatie zelf die zijn klantensysteem oproept: de ene organisatie heeft hogere "drempels" dan de andere, de ene is minder goed geoutilleerd dan de andere, etc. Aan iedere intake in een groepspraktijk of gezondheidscentrum is dus al een selectie en kanalisering van patiënten/kliënten vooraf gegaan. Sommige schattingen m.b.t. het aantal gevallen dat in principe voor behandeling in aanmerking komt, maar feitelijk de spreekkamer van de hulpverlener niet haalt, lopen uiteen van 20% tot 50% (A. Zweens, 1968).

In zoverre assistentes zorg dragen voor de receptie van patiënten/kliënten, kunnen zij beschouwd worden als volgend selectie- en/of sturingskanalen. In dit verband spreken sommigen van een bufferfunctie (Van den Hout, 1973). Deze functie is tweeledig:

- Aan de ene kant vangt de assistente de patiënt/kliënt op en laat deze aanpassen aan de organisatie, middels bepaalde standaardpatronen: de assistente verwacht van de patiënt/kliënt bepaalde soorten antwoorden op haar vragen, een aantal attributen (ziekenfonskaart, recepten e.d.), omschrijvingen van de reden van de komst en met name geduld.

Het zijn deze standaardpatronen en attributen die de selectie van de cliëntèle inhoud geven. Welke routinegedragsregels gehanteerd worden, hangt af van de verwachtingen van de assistente, welke aspecten van het cliëntèlegedrag zij als problematisch definieert, aan welk gedrag zij de voorkeur geeft (Roth, 1974)³⁾ en welke beïnvloedingsmogelijkheden zij tot haar beschikking heeft.

- Aan de andere kant tracht de assistente de hulpverleners voor te bereiden op de patiënt/kliënt.

Zij zal rekening houden met de vraag van elke hulpverlener, zijn specifieke kwaliteiten en zijn voorkeurspatiënten/kliënten, alvorens deze

3) noot 3: zie bijlage I

naar hen door te sturen. Niet alleen de pathologische staat waarin een patiënt/kliënt verkeert is dus van belang voor de assistente bij haar inschatting van de aanbod- en vraagverhouding voor de betreffende hulpverleners.

Wanneer als problematisch gekategoriseerde patiënten/kliënten naar de hulpverleners doorgestuurd worden, dan kan de assistente mechanismen hanteren om de hulpverlener voor te bereiden:

Eén van deze mechanismen is stereotypering, d.w.z. dat de assistente een gefixeerde voorstelling van een patiënt/kliënt maakt op grond van een oppervlakkige waarneming. Dit beeld nu kan zij over dragen op de hulpverlener, die zijn hulpverlening voorshands af kan stemmen op de patiënt/kliënt.

Een andere manier van voorbereiden is het signaleren van het gedrag van de patiënt/kliënt voordat deze toegang krijgt tot de hulpverlener; deze informatie-overdracht kan tot gevolg hebben dat de basishouding van de hulpverlener zich wijzigt.

In het contact van de assistente met de patiënt/kliënt betekent deze tweeledige functie een belasting; immers, slaagt zij er niet in één of beide functies adequaat uit te voeren, dan bestaat de kans dat het patiënt/kliënt-contact met de assistente een konfliktueuse inhoud krijgt: de eerste kan geïrriteerd raken, met als gevolg dat de eigenlijke hulpverlening op de tocht komt te staan.

Het klantensysteem wordt dus voor een niet onaanzienlijk deel in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum gestuurd door de assistentes, met wie het contact heeft, via de telefoon, aan de balie of in het kantoortje. Naarmate er meer storingen optreden in dit contact, wordt elke volgende stap van de patiënt/kliënt door de organisatie zwaarder belast en kan de hulpverlening bemoeilijkt worden.

Het is echter ook zo dat de patiënt/kliënt kan beschikken over "mechanismen" om het contact met de assistente vorm te geven, om bijvoorbeeld de toegang tot de hulpverlener te versnellen. Zo kan hij zijn situatie dramatiseren en de indruk wekken een spoedgeval te zijn; hij kan dreigen met het overtreden van de spelregels van de organisatie; hij kan gebruik maken van bestaande informele relaties met de assistentes of hulpverleners om bepaalde zaken te bespoedigen.

Het zal met andere woorden duidelijk zijn dat de structurering van de ontmoeting tussen patiënt/kliënt zowel gevolgen zal hebben voor de selectie als voor de mate waarin hulpverlening plaatsvindt.

Het is nu de gerichtheid van de assistentes op patiënten/kliënten en factoren die deze gerichtheid bevorderen c.q. belemmeren, die het onderwerp vormen van deze studie⁴⁾.

Reeds in het eerste hoofdstuk werd gewezen op de verschillende eisen die aan de assistente in haar functioneren in groepspraktijken en gezondheidscentra gesteld worden: kondities voor een optimale intake en dus een optimale patiënt/kliëntoriëntatie enerzijds en kondities voor een optimale efficiëncy in de organisatie anderzijds. Zo kan een assistente tijdens een gesprek dat zij voert met een patiënt/kliënt, door een hulpverlener gevraagd worden voor een technische assistentie. Zij zal in dergelijke gevallen een keuzemoment kennen waarin zij aan één van beide de voorkeur zal moeten geven. Vanuit de functie die zij vervult in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum, zal zij ofwel meer patiënt/kliëntgericht, ofwel meer organisatiegericht zijn.

Vanuit een sociaal-wetenschappelijke benadering spreekt men in dit verband over structureel konflikt tussen de professionele en bureaukratische vereisten. Auteurs als Weber, Wilensky, Gouldner en Blau en Scott hebben hieraan veel aandacht besteed. In het vervolg zullen wij spreken van patiënt/kliënt- versus organisatiegerichtheid.

T.a.v. de typering van een "professionele service oriëntatie" merkt Wilensky (1964) op: "Highly identified with profession, oriented towards outside colleague group, wants to give competent technical service..."

Blau en Scott (1962) onderkennen twee dimensies aan het begrip, (1) het zich toeleggen op de vaardigheden, die men zich als "professional" heeft eigen gemaakt en (2) gerichtheid tot mensen buiten de organisatie, aan wie men inspiratie en steun ontleent voor het werk dat men in de organisatie verricht⁵⁾.

Weer anderen voegen als dimensie in voor het begrip patiënt/kliënt oriëntatie, de waarde die men hecht aan de regels en voorschriften van de organisatie.

Op grond van één en ander kennen wij twee dimensies toe aan het be-

4) noot 4: zie bijlage I

5) noot 5: zie bijlage I

grip patiënt/kliënt-oriëntatie:

- 1: de mate waarin assistentes waarde hechten aan de regels en voorschriften van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum en
- 2: de referentiegroepkeuze, d.w.z. het belang dat gehecht wordt aan de groep die het meest functioneel steun geeft aan de assistentes.

T.a.v. het eerste criterium vooronderstellen wij dat organisatiegerichte assistentes meer waarde hechten aan de regels en voorschriften dan patiënt/kliëntgerichte assistentes.

T.a.v. het tweede criterium vooronderstellen wij dat organisatiegerichte assistentes meer loyaal zijn t.o.v. de organisatie en de patiënt/kliëntgerichte assistentes meer loyaal t.o.v. de patiënt/kliënt.

2.2.: Een theoretisch model.

In de probleemstelling hebben wij ons afgevraagd welke factoren een patiënt/kliëntgericht gedrag van assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra bevorderen c.q. belemmeren.

Een sociaal-wetenschappelijk onderzoek, met name een toetsend onderzoek, vereist nu dat men zoveel mogelijk expliciteert welke relaties men verwacht tussen de factoren die van invloed worden geacht op de zgn. afhankelijke variabele, d.w.z. in ons geval de patiënt/kliënt-oriëntatie. Mede op grond van reeds eerder gedaan onderzoek verwachten wij dat drie factoren hierbij centraal staan: (1) de kohesie tussen de assistentes in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, (2) de tevredenheid van de assistentes en (3) de organisatiedruk⁶⁾.

(1) Voor het begrip kohesie houden wij dezelfde definitie aan als Cartwright en Zander (1968) geven: "The resultant of all the forces acting on all the members to remain in the group".

Naarmate deze kohesie - we zouden van groepsbinding kunnen spreken, ware het niet dat dan de betekenis van de term onduidelijkheid schept - groter is, fungeert de groep assistentes als een belangrijke steun voor de groepsleden. Ontbreekt deze kohesie dan zullen de kontakten met de patiënten/kliënten voor de assistentes belangrijker worden. Dit zal resulteren in een grotere afhankelijkheid van de assistentes van de patiënten/kliënten en een grotere kans op een patiënt/kliëntoriëntatie, zo verwachten wij.

6) noot 6: zie bijlage I.

Blau en Scott (1962) stellen na onderzoek vast:

"Group cohesion furnishes social support that makes relations with clients less significant ... and helps him to remain more impersonal towards them".

(2) Een andere belangrijke faktor is de tevredenheid van de assistentes. Hieronder verstaan wij die voldoening die een functie is van de rol van de assistentes in de organisatie. Deze rol wordt gekarakteriseerd door de functie van de inhoud van het werk voor haar functioneren als assistente. (De Sitter en Berting, 1972).

Naarmate nu deze voldoening van de assistentes groter is, zal haar loyaliteit aan de organisatie, naar onze verwachting, groter zijn en dus haar motivatie om zich te richten op patiënt/kliëntgeoriënteerd gedrag gering zijn.

Te verwachten is voorts dat een grote kohesie tussen de assistentes bij zal dragen tot een hogere tevredenheid. Deze verwachting is o.a. gebaseerd op de zgn. Human Relations theorieën, die stelden dat naarmate het individu beter geïntegreerd is in een primaire groep, zijn persoonlijk welbevinden daardoor zal toenemen (zie bijv. Mayo, 1945).

(3) Als derde centrale faktor hebben wij genoemd de organisatiedruk. Hieronder verstaan we een situatie in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, waarin er een diskrepantie bestaat tussen het aanbod van patiënten/kliënten en de capaciteit van de organisatie.

Deze definitie is ook gehanteerd door Haas en Drabek (1973). We dienen wel echter in de gaten te houden over welke verhouding tussen aanbod en capaciteit we het precies hebben. Om dit te verduidelijken hebben we beide aspecten in schema geplaatst:

Fig. 1: Organisatiedruk: verhoudingen tussen aanbod en capaciteit.

		capaciteit	
		groot	klein
AANBOD	groot	1.	2.
	klein	3.	4.

Diskrepancies kunnen bestaan, blijkens figuur 1, wanneer de capaciteit gering is en het aanbod groot enerzijds en de capaciteit groot en het aanbod gering anderzijds. Voor dit onderzoek is alleen het eerstgenoemde van belang - zie cel 2 -. In het andere geval spreken we van onderbelasting.

Een grote organisatiedruk betekent dan, zo vooronderstellen we, dat het aanbod dermate hoog is dat het niet meer zonder te verwachten storingen verwerkt kan worden, gezien de geringe capaciteit⁷⁾.

Wij verwachten dat naarmate deze overbelasting groter is, de kans op een patiënt/kliëntgerichtheid geringer is. Immers, naarmate deze organisatiedruk toeneemt, zal de assistente steeds minder tijd en gelegenheid hebben om de patiënt/kliënt op een persoonlijke manier tegemoet te treden⁸⁾.

Drie factoren staat tot nu toe centraal: kohesie, de tevredenheid en de organisatiedruk.

Wij willen nu ingaan op factoren die van invloed geacht worden op deze drie genoemde variabelen.

Wij verwachten dat een grotere kohesie het geval zou kunnen zijn naarmate:

- 1: de groep assistentes kleiner is,
- 2: het kommunikatieklimaat tussen de assistentes meer open is (Kipnis, 1957),
- 3: de verdeling van invloed over assistentes en teamleden meer gelijk is (Likert, 1961)⁹⁾,
- 4: het werk minder gespecialiseerd is (Blau en Scott, 1962) en
- 5: de organisatie kleiner is.

Wij verwachten bovendien dat een meer open kommunikatieklimaat belemmerd zou kunnen worden door een grote organisatiedruk en de specialisatie van taken. We zien dan dat de mate van specialisatie de groepskohesie onder druk kan zetten, terwijl dit nog versterkt kan worden door een minder open kommunikatieklimaat.

7) noot 7: bijlage I.

8) noot 8: bijlage I.

9) noot 9: bijlage I.

Welke factoren worden geacht van invloed te zijn op de tevredenheid van de assistentes?

Wij verwachten dat een grotere tevredenheid bereikt wordt, naarmate

- 1: er sprake is van een lagere graad van specialisatie (Walker en Guest, 1956),
- 2: de formele invloed van de assistentes in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum groter is (Likert, 1961),
- 3: de afhankelijkheid van de assistentes t.o.v. de teamleden groter is en
- 4: de positie-incongruentie van de assistentes in een groepspraktijk of gezondheidscentrum geringer is.

Een toelichting op 3 en 4 lijkt ons noodzakelijk. Leidinggeven wordt zichtbaar in de relatie tussen leidinggevende en geleide, in ons geval de aan-de-assistentes-leiding-gevenden en de assistentes zelf. Om dit leidinggevings-proces zichtbaar te maken, zou het mogelijk zijn om de laatsten te vragen hoe zij hun leidinggevenden beoordelen. Maar, op dergelijke vragen, gesteld aan de assistentes, zal er een grove vertekening van het beeld optreden vanwege het normatieve aspect dat bij de beantwoording van deze vragen zal meespelen: men zal antwoorden zoals men in het algemeen dient te antwoorden, in de trant van: "iedere assistente hoort ...".

Om nu deze problemen enigszins te reduceren, zullen we trachten na te gaan in hoeverre er een afhankelijkheidsrelatie tussen een assistente en haar leidinggevende bestaat. Immers, gezien vanuit de traditioneel gegroeide verhoudingen tussen assistentes en hun artsen betekent elke leidinggevende handeling van de laatsten een vanzelfsprekend gedrag van de eersten. Afhankelijkheid geeft daarom naar onze verwachtingen beter de supervisie-relaties weer. Pearlin en Rosenberg (1962) onderzochten deze afhankelijkheid bij verpleegsters en vonden dat naarmate de afhankelijkheid van de verpleegsters t.o.v. de teamleden groter was, hun intrinsieke werkmotivatie groter was. Op grond hiervan verwachten wij dat assistentes, in groepspraktijken en gezondheidscentra, met een grote afhankelijkheid t.o.v. de teamleden hierin een bron van tevredenheid vinden.

Wat de vierde faktor betreft, de positie-incongruentie van de assis-

tentes, sluiten wij aan bij Berting en de Sitter (1971), die stellen dat: "de mate van gepercipieerde voldoening een functie is van de mate van congruentie in een cognitieve structuur en de verwachtingen met betrekking tot de continuering daarvan". Op groepsniveau betekent dit dat de tevredenheid een functie is van de mate van de positie-incongruentie en de verwachtingen met betrekking tot de continuering daarvan.

Tot slot van deze bespreking van de faktor tevredenheid, willen wij de volgende hypothesen niet onvermeld laten:

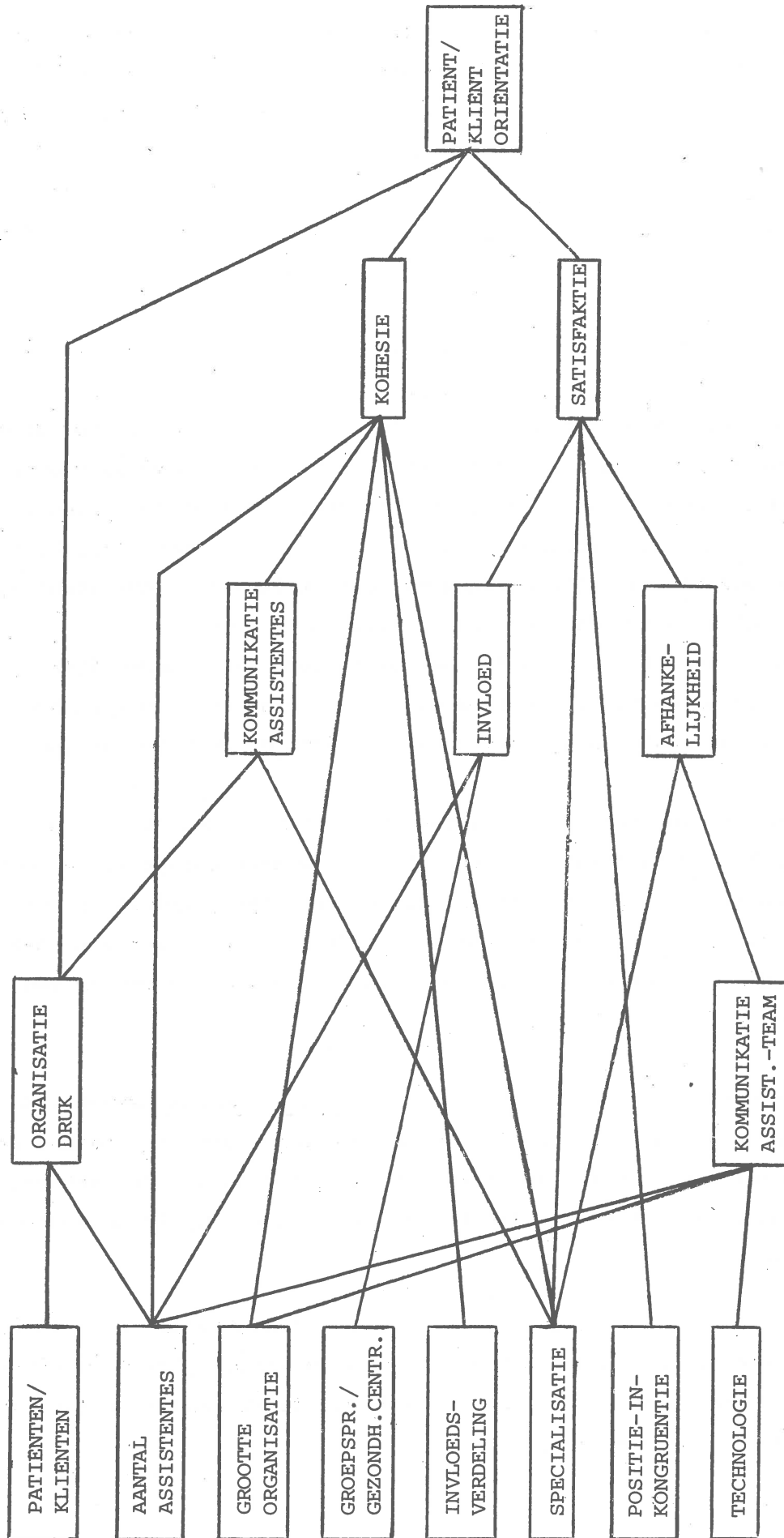
Ad. 2: Wij verwachten dat de formele invloed van de assistentes groter is, naarmate het aantal assistentes groter is en bovendien meer in gezondheidscentra dan in groepspraktijken. Dit laatste gezien het feit dat een multidisciplinair-samengesteld team een meer gelijkberechtigde positie van alle werknemers, dus inclusief de assistentes, hoger in zal schatten dan een mono-disciplinair team.

Ad. 3: Wij verwachten voorts dat een grote mate van afhankelijkheid van de assistentes t.o.v. de teamleden samenhangt met een open communicatieklimaat tussen assistentes en teamleden en de mate van specialisering.

Bovendien kan een open communicatieklimaat tussen assistentes en teamleden bevorderd worden, in een situatie waarin sprake is van een gering aantal assistentes en teamleden en een hoge graad van technologie, waardoor immers de informatie-overdracht van assistentes naar de teamleden sneller en efficiënter plaats vindt, ten voordele van beiden.

Als derde centrale faktor hebben wij de organisatiedruk genoemd. We hebben reeds gezegd dat deze faktor bepaald wordt door het aanbod van patiënten/kliënten en de capaciteit van de organisatie. Op factoren die de input van patiënten/kliënten bepalen willen wij in deze studie niet ingaan.

Aldus bestaat ons theoretisch model uit een configuratie van relaties tussen factoren. Dit model hebben wij voor de duidelijkheid in tekening gebracht - zie figuur 2. In het volgende hoofdstuk zullen we dan ingaan op de onderzoeksofzet.



III. ONDERZOEKSOPZET.

3.1.: Vooronderzoek.

Eind 1974 heeft na een literatuurverkenning van het onderwerp van studie, een serie observaties bij één groepspraktijk en drie gezondheidscentra plaatsgevonden.

Ondanks de betrekkelijk open probleemstelling die gehanteerd werd, dienende om een al te vroege toespitsing van factoren te voorkomen, werd de aandacht gericht op vier punten: de werkzaamheden van de assistentes, de relaties tussen assistentes en team, de relaties tussen assistentes en patiënten/kliënten en kenmerken van de organisatie van de groepspraktijk c.q. het gezondheidscentrum.

Na de observaties werden de resultaten gerapporteerd aan de assistentes, waarna een evaluatie volgde; deze gesprekken waren vaak verhelderend, met name wat de relaties tussen assistentes en teamleden, die aanwezig waren, betreft.

Na deze observaties, werd op grond van een theoretisch uitgangspunt een enquête opgesteld en, deels, uitgetest.

3.2.: Het onderzoek.

Eind februari 1975 was de postenquête¹⁰⁾ gereed; deze werd samen met een begeleidend schrijven¹¹⁾ van de direktie van het N.H.I. opgestuurd naar alle assistentes van de 25 groepspraktijken en 44 gezondheidscentra, die als zodanig bekend waren aan het N.H.I.¹²⁾

Onder groepspraktijken werden verstaan huisartsenteams, bestaand uit minimaal drie huisartsen en gehuisvest onder één dak. Onder gezondheidscentra werden verstaan multidisciplinaire teams onder één dak. Onder assistentes tenslotte werden verstaan al diegenen die zich op enigerlei wijze bezighouden met ondersteunende dienstverlening t.b.v. de organisatie van een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

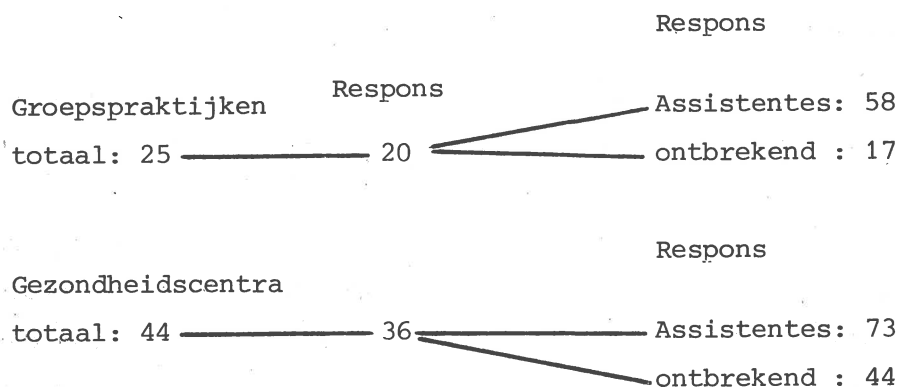
Eind maart volgde in een aantal gevallen telefonisch kontakt met die centra/groepspraktijken, waarvan nog geen respons was verkregen. Dit resulteerde in een respons, zoals in beeld gebracht in figuur 3.

10) noot 10: zie bijlage III.

11) noot 11: zie bijlage II.

12) noot 12: zie bijlage I.

Fig. 3: Respons van assistentes van groepspraktijken en gezondheidscentra.



Uit figuur 3 blijkt dat uit 20 van de 25 groepspraktijken en uit 36 van de 44 gezondheidscentra één of meer enquête-formulieren werden geretourneerd, samen vormend een groep van 131 assistentes. Uit de 20 groepspraktijken en 36 gezondheidscentra werd door 61 assistentes géén formulier teruggestuurd.

Gezien het relatief kleine aantal eenheden is de kans op vertekening niet onaanzienlijk. Dit impliceert dat enige voorzichtigheid t.a.v. de uitspraken en konklusies, die zich aan de lezer zouden kunnen opdringen, geboden is¹³⁾.

Een andere reden om behoedzaamheid te betrachten t.a.v. het gebruik van de konklusies en resultaten betreft de methode van materiaalverzameling die wij gehanteerd hebben, d.w.z. de postenquête. Aan deze methode kleven allerlei bezwaren van technische en methodologische aard. Het voordeel is echter, dat binnen relatief korte tijd beschikt kan worden over een flinke hoeveelheid gegevens.

3.3.: De verwerking van de gegevens.

De gegevens van de enquêteformulieren werden eerst op basis van een kodeboek op zgn. ponssheets gezet, waarna de ponsing op kaarten plaatsvond. Met behulp van de komputer van het ACCU (=Academisch Computer Centrum Utrecht) werden vervolgens gedurende 1½ maand bewerkingen op het materiaal uitgevoerd, met als doel om het materiaal te zuiveren van fouten en samengestelde groepsscores te berekenen.

13) noot 13: bijlage I.

Vervolgens werd een analyse op de verwerkte gegevens uitgevoerd.

Als uitgangspunt voor de analyse, d.w.z. de toetsing van het theoretisch model, diende dat slechts die assistentes voor deze analyse in aanmerking kwamen die minimaal anderhalf uur per dag patiënten/kliëntencontact hadden. Immers, een zinvolle analyse van een patiënt/kliënt-oriëntatie onder assistentes is pas mogelijk, indien al die assistentes die weinig of geen contacten met patiënten/kliënten hebben, zoals bijvoorbeeld sekretaresses, uit de populatie werd gehouden. Dit betekende dat voor de analyse 110 assistentes overbleven, d.i. ongeveer 84% van het totaal aantal retour ontvangen enquêteformulieren.

IV. OPERATIONALISERING VAN DE GEHANTEERDE BEGRIPPEN.

Onder operationalisering van begrippen verstaan we de procedures van specificering van een begrip vanuit zijn theoretische achtergrond én de vertaling van deze theoretische taal naar de empirische taal, plus de voorschriften van de empirische taal (zie Boesjes-Hommes, 1973). Een voorbeeld: het begrip medische kennis kan men specificeren naar kennis van medicijnen of kennis van medisch handelen. Vervolgens kan men een aantal vragen betreffende de kennis van medicijnen en de kennis van een aantal medische handelingen opstellen, om een inzicht te verkrijgen in de mate waarin een interview beschikt over medische kennis.

Kennis van bandages aanleggen is dan een zgn. indikator van kennis van medisch handelen als zgn. dimensie van het theoretisch begrip medische kennis. Dit proces van operationalisering is een niet onbelangrijk aspect van elk onderzoek, reden waarom wij dit hebben ondergebracht in een apart hoofdstuk. Achtereenvolgens zullen we alle begrippen uit het theoretisch model de revue laten passeren.

4.1.: Patiënt/kliënt-oriëntatie.

Op grond van o.a. Blau en Scott (1962) werden aan het begrip twee dimensies toegekend, n.l. de loyaliteit t.o.v. de organisatie en de referentiegroepkeuze. De loyaliteit indiceren we naar het belang dat door de assistente toegekend wordt aan de voorschriften en procedures van de organisatie. De referentiegroepkeuze indiceren we naar het belang dat gehecht wordt aan de groep die wellicht het meest functioneel steun geeft aan de assistente. De items die verwijzen naar deze twee indicatoren, zijn terug te vinden in de vragenlijst, onder nummer 29 en 33.

Voor de groepsscore voor de patiënt/kliëntoriëntatie werd het rekenkundig gemiddelde genomen van de individuele skores. Deze procedure was mogelijk aangezien de spreiding van de individuele skores per praktijk of centrum zeer gering ($s \leq 1$) of zelfs nul was.

T.a.v. de individuele skores merken we nog het volgende op:

Wij hebben gesteld dat de patiënt/kliëntoriëntatie twee dimensies kent; de verwachting bestaat nu dat assistentes die een geringe loyaliteit hebben t.o.v. de organisatie, zoals die zichtbaar is via procedures en voorschriften, tevens minder belang hechten aan de groep assistentes als funktionele referentiegroep.

Bezien we tabel 1:

Tabel 1: Loyaliteit naar referentiegroepkeuze.

Referentie- groepkeuze van assistenten	Loyaliteit		n	
	gering groot			
	nee	46%		33%
	ja	54%	67%	38
				72
(N=110)	n	13	97	110

Er bestaat géén significant verband tussen beide dimensies ($p > .20$). Bovendien blijkt uit de tabel dat de dimensie loyaliteit een geringe spreiding heeft.

Op grond hiervan onderscheiden we twee extreme categorieën.

- 1: een hoge patiënt/kliëntoriëntatie: geringe loyaliteit en geen negatieve referentiegroepkeuze;
- 2: een hoge organisatie-oriëntatie: een grote loyaliteit en een positieve referentiegroepkeuze.

Naast deze twee extreme categorieën zijn er nog twee tussenliggende categorieën:

- 3: een geringe loyaliteit en een positieve referentiegroepkeuze én
- 4: een grote loyaliteit en een negatieve referentiegroepkeuze.

4.2.: Kohesie.

Het "Handbook for Social Psychology" (1968) stelt: "Interpersonal attraction may be a good measure of group cohesion as much because it is an effect of favorable outcomes as because it is a cause of heightened outcomes in and of itself".

Indien wij nu het begrip groepskohesie definiëren naar de mate van "interpersonal attraction" dan onderscheiden we met Haas en Drabek (1973) vier indikatoren:

vertrouwen stellen in de andere leden van de groep, zich opgenomen voelen in de groep, frekwentie van de kontakten buiten de werkzaamheden en de verwachting t.a.v. de groepsbinding in de toekomst.

In vragenlijst vinden we de items 36, 38, 39 en 37 die naar de bovengenoemde zaken verwijzen.

Deze items vormen één index; via Guttman-schaal-analyse bleek de index unidimensioneel en kumulatief.

De reproduceerbaarheidskoëfficiënt bedraagt .94

en de schaalbaarheidskoëfficiënt .72.

Zo kreeg iedere respondente eenschaalskore die kon variëren tussen vier - de laagst mogelijke skore - en twaalf - de hoogst mogelijke skore. Voor de berekening van de groepsskores moest rekening gehouden worden met de spreiding van de antwoordenskores in de groep.

Gewicht moest dus worden toegekend aan de onderlinge consensus van de assistentes met betrekking tot de kohesie: Voor de berekening van de groepsskore hebben we de volgende, vrij arbitraire maat $\bar{X}-S$ gehanteerd, d.w.z. het gemiddelde der skores minus de spreiding der skores.

Vervolgens hebben we de groepen gerangordend in vijf klassen, zodanig dat iedere klasse plus minus 20% van het totaal aantal omvatte.

4.3.: De tevredenheid.

Zoals wij reeds eerder opgemerkt hebben kent het begrip tevredenheid in onze definitie één dimensie, n.l. de voldoening over het eigen functioneren¹⁴⁾. Deze komponent wordt geïndiceerd naar het oordeel over het soort werk dat een assistente verricht, haar ontplooiingskansen en, iets ruimer, haar positie binnen de groepspraktijk of het gezondheidscentrum. We kunnen de items terugvinden onder de nummers 47, 48 en 49 in de vragenlijst.

Via een Guttman schaal-analyse bleken de items onderling hoog samen te hangen en kumulatief: de reproduceerbaarheidskoëfficiënt bleek .96 en de schaalbaarheidskoëfficiënt .73 te bedragen.

Aan de hand hiervan werd een tevredenheidsschaal opgesteld en aan

14) noot 14: zie bijlage I.

iedere respondente een skore toegekend variërend van skore 3 tot skore 12.

Per groep werd een groepsskore berekend middels het rekenkundig gemiddelde, waarna de groepen verdeeld werden in vijf klassen, uiteenlopend van minder tevreden naar zeer tevreden.

4.4.: Kommunikatie tussen de assistentes.

Kommunikatie tussen assistentes operationaliseren wij naar het aantal keren, dat de assistentes opgeven dat gesproken wordt over een aantal zaken die zowel de taakuitvoering als het sociale klimaat tussen de assistentes betreffen.

Om deze informatie-frekwenties te peilen maken we gebruik van de onderzoeken van Cassee en Lammers (1971) en Bambang Oetomo (1970): deze onderzoeken betroffen verpleegkundigen in ziekenhuizen; reden voor ons om de items meer af te stemmen op de situatie in groepspraktijken en gezondheidscentra.

Voor de kommunikatie tussen de assistentes werd vervolgens een index opgesteld, middels optelling van de skores per vraag; aldus ontstond voor iedere respondente een skore, die kon variëren tussen 11 en 55. De minimale skore 11 betekent dan dat nooit over de genoemde elf items werd gesproken met de andere assistentes in de groep, terwijl de skore 55 betekent dat over alle elf items altijd werd gesproken. Zie voor de betreffende items onder vraag 26,1 tot en met 11, van de vragenlijst.

De groepsskore werd berekend via het gemiddelde, waarna de groepen gerangordend werden in zes klassen, van een zeer geringe kommunikatie tot en met een zeer open kommunikatie.

4.5.: De formele invloed.

De formele invloed die assistentes kunnen uitoefenen op de gang van zaken in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, is opgevat als de mate waarin zij door deelneming aan besluitvormingsprocessen de uitkomsten van beslissingen kunnen beïnvloeden. Gesproken wordt over formele invloed aangezien de inhoud van deze invloed, zoals boven beschreven, niet vast te stellen is; zo kan een assistente zelf haar invloed

hoog inschatten, terwijl haar uiteindelijke bijdrage aan de beslissing door anderen sterk wordt gerelativeerd.

De formele invloed kan nu betrekking hebben op beslissingen die de taakuitvoering, de groepspraktijk of het gezondheidscentrum in zijn geheel en externe relaties betreffen.

De vragen 16 tot en met 25 in de vragenlijst verwijzen naar deze aspecten.

Aldus ontstond een "formele invloeds-schaal"; per vraag was er een driepuntsschaal. Zo kan de totale score per assistente variëren van 10 tot en met 33. Voor de groepsscore werd het gemiddelde berekend uit de scores van de assistentes per groep.

Vervolgens werd de rangorde van de verschillende groepen vastgesteld en verdeeld over vijf klassen.

4.6.: De invloedsverdeling.

De invloedsverdeling over assistentes en teamleden is de mate waarin assistentes en teamleden de mogelijkheid hebben om elkaars gedrag te beïnvloeden. Het betreft hier niet de vraag in hoeverre er sprake is van een formele hiërarchie in groepspraktijken en gezondheidscentra, maar om de mate waarin de ene partij invloed aan zich zelf én aan de ander toekent. Likert (1961) benaderde deze tweede vraag door aan de respondent de vraag voor te leggen:

"Hoeveel invloed hebben de volgende mensen in de organisatie op het algemene beleid?" Vervolgens vroeg hij ook hoeveel invloed deze mensen behoorden te hebben op het algemeen beleid. Bij de beantwoording kon men kiezen uit: weinig of geen, enige, nogal wat, veel of zeer veel. Hiervoor werden dan scores toegekend van resp. 1 tot en met 5. Om nu de invloedsspreiding per groep te berekenen, werden de volgende procedures in acht genomen.

De bovenstaande vragen en scores werden in de vragenlijst verwerkt onder de nummers 41 en 42.

Het begrip teamleden werd geoperationaliseerd naar de artsen; vervolgens werd de invloedsscore die de assistentes aan zichzelf toekenden afgetrokken van de invloedsscores die de assistentes aan de artsen toekenden, op grond van de vooronderstelling dat naarmate de afstand tussen assistentes en artsen qua invloed groter is, de score hoger is.

Theoretisch kan de skore ook negatief zijn, n.l. in die gevallen waarin de assistentes hun eigen invloed hoger inschatten dan de invloed van de artsen. De kans hierop is echter naar onze verwachting zeer gering.

Tot zover hebben we gesproken over de gepercipieerde invloedsverdeling tussen assistentes en artsen; deze verdeling kunnen we ook de gepercipieerde afstandsskore noemen. Later, wanneer we spreken over de positie-incongruentie, zullen we een verband leggen tussen de gepercipieerde en de gewenste afstandsskores.

Voor de groepsskores werd uitgegaan van het rekenkundig gemiddelde van de skores per groep.

Vervolgens werden voor de gepercipieerde invloedsverdeling de groepsskores gerangordend in vier klassen: de groep met de meest gelijke verdeling kreeg de laagste skore, de groep met de minst gelijke verdeling kreeg de hoogste skore.

4.7.: De mate van specialisering.

Eén van de methoden om via werkregelingen de problemen van de schaalvergroting van de funktie van assistente in groepspraktijken en gezondheidscentra te reduceren, is de arbeidsverdeling: dit betekent dat de taken worden verdeeld, terwijl deze verdeling soms gepaard gaat met een rouleringssysteem dat voor kortere of langere tijd geldt. De veronderstelling die hieraan ten grondslag ligt, is dat door taakverdeling en roulering de assistentes een breder overzicht hebben over hun taken én de werkprocessen in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum in het algemeen¹⁵⁾.

Wij definiëren de hoogste mate van specialisatie dan als een situatie waarin er sprake is van een werkverdeling, zonder roulering. De laagste vorm van specialisatie omvat dan een situatie waarin ofwel helemaal geen werkverdeling bestaat, ofwel een werkverdeling plus een roulering per dag bestaat.

Meer specialistisch is dan een werksituatie waarin sprake is van een werkverdeling plus een roulering per drie weken tot drie maanden.

Minder specialistisch, tenslotte, een situatie waarin een werkverdeling bestaat plus een roulering per één of twee weken.

De nummers 3, 4 en 5 uit de vragenlijst verwijzen naar deze aspecten.

15) noot 15: zie bijlage I.

Om na te gaan of deze antwoorden op de vragen 3, 4 en 5 per groep overeenstemden, vroegen we ook naar de tijd die de respondente op de dag van invullen van de vragenlijst besteedde aan de kontakten met patiënten/kliënten, medische zaken, administratieve activiteiten, huishoudelijke en financiële bezigheden.

T.a.v. de groepsskore merken we nog op dat naarmate de specialisatie toenam, de skore hoger werd.

4.8.: De grootte van de organisatie.

-/ tand-
artsen De grootte van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum bepalen we door uit te gaan van het aantal teamleden: hieronder verstaan we alle artsen, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, fysiotherapeuten, verloskundigen en anderen, door de respondente zelf in te vullen, dit alles onder de konditie dat zij werkzaam moeten zijn in hetzelfde gebouw.

4.9.: De afhankelijkheid.

Wij hebben al eerder gezegd dat de afhankelijkheidsrelatie van de assistentes t.o.v. de teamleden, een belangrijk aspekt vormt van de mate van supervisie, leidinggeven van de teamleden aan de assistentes.

De afhankelijkheidsschaal die wij hanteren bestaat uit vier items: de nummers 43 tot en met 46 in de vragenlijst. Elk item werd geskoord op een kontinuum lopend van "heel vaak" tot "neen nooit".

Op grond van de antwoorden per vraag werd een totaalskore berekend voor iedere assistente.

Daarna werd het gemiddelde van de skores van de assistentes per groep omgezet tot een groepsskore. Deze groepsskores werden verdeeld over vijf klassen, op grond van de rangorde van de skores.

4.10: De positie-incongruentie.

Wij hebben in dit hoofdstuk onder 6 aandacht besteed aan de invloedsverdeling tussen assistentes en teamleden.

Onder positie-incongruentie verstaan we de mate waarin sprake is van een gelijk/ongelijkwaardige positie van de assistentes t.o.v. de teamleden van een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Deze gelijkwaardige c.q. ongelijkwaardige positie van de assistentes komt, zoals we eerder gezien hebben - zie hoofdstuk 2 - tot uiting in de gepercipieerde afstand in invloed tussen assistentes en teamleden én de verwachtingen t.a.v. de toekomstige afstand.

De veronderstelling luidt namelijk dat naarmate het verschil tussen gepercipieerde en verwachte afstand groter is, er sprake is van een grotere mate van positie-incongruentie. Deze incongruentie kan twee vormen aannemen, n.l. gevallen waarin de gepercipieerde afstand groot is en de verwachte afstand gering én gevallen waarin de gepercipieerde afstand gering is en de verwachte afstand groot is.

Wij berekenen de positie-incongruentie aldus:

de door de assistentes aan de artsen gewenste invloedsscore minus de door de assistentes voor henzelf gewenste invloedsscore trekken wij af van de, door de assistentes gepercipieerde, invloedsscore van de artsen minus de, door de assistentes gepercipieerde invloedsscore van henzelf; samengevat: positie-incongruentie is de gepercipieerde afstandsscore minus de gewenste afstandsscore.

Deze verwachte afstandsscore per groep trekken we af van de gepercipieerde afstandsscore per groep.

Vervolgens wordt de rangorde vastgesteld van de totale groepsscores en in klassen verdeeld.

4.11: Het aantal assistentes.

Onder vraag 6 in de vragenlijst werd gevraagd naar het aantal assistentes dat werkzaam was in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum. Voor de berekening van het totaal aantal assistentes per groepspraktijk of gezondheidscentrum werd géén onderscheid gemaakt tussen part-time en full-time assistentes.

4.12.: Kommunikatie tussen assistentes en teamleden.

Kommunikatie tussen assistentes en teamleden indiceren wij naar het aantal keren dat de assistentes opgeven, dat gesproken wordt over een aantal zaken die zowel de taakuitvoering als de relaties tussen teamleden en assistentes betreffen.

Om deze kommunikatie te peilen hanteren we een bijgewerkte vragenbat-

terij die Cassee en Lammers (1971) en Bambang Oetomo (1970) ook hanteerden voor onderzoekingen in ziekenhuizen (vraag 15 in de vragenlijst). Deze batterij omvat acht items en bevat de volgende antwoordcategorieën: nooit, minder dan eenmaal per maand, van eenmaal per maand tot eenmaal per week en meer dan eenmaal per week: In skores uitgedrukt van 1 tot en met 4.

Zo kon dus een assistente in totaal een skore halen die kon uiteenlopen van 8 tot en met 32.

Per groep werd dan het gemiddelde berekend en de rangordes van de verschillende skores per groep onderverdeeld in vier klassen: de laagste skore betekende een zeer geringe kommunikatie tussen assistentes en teamleden, een hoge skore een zeer open kommunikatie¹⁶⁾.

4.13.: De mate van technologie.

Wij hebben gezegd dat specialisatie, middels werkverdeling met of zonder roulering, een methode is om bepaalde problemen die samenhangen met schaalvergroting van een organisatie of een funktie als die van assistente; een andere methode is nu de technologische uitbreiding. D.w.z. dat getracht wordt om de problemen deels te ondervangen met een uitbreiding van technische en/of administratieve hulpmiddelen, zodat de capaciteit van dit deel van de organisatie van groepspraktijken en gezondheidscentra, vergroot wordt.

De vooronderstelling is dan dat naarmate deze capaciteit groter is, het werk eenvoudiger en meer spanningsvrij uitgevoerd kan worden¹⁷⁾.

Een andere vooronderstelling die soms gehanteerd wordt, luidt dat dergelijke uitbreidingen leiden tot kortere kommunikatielijnen en efficiënter gebruik van de kommunikatie.

Dit laatste is ook ons uitgangspunt.

Technologie hebben we opgevat als de mate waarin technische en administratieve voorzieningen benut worden in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. In tabel 2 wordt aangegeven welke voorzieningen in aanmerking worden genomen en welke skoring de omvang van e.e.a. wordt toegekend.

16) noot 16: zie bijlage I.

17) noot 17: zie bijlage I.

Tabel 2: Technische en administratieve voorzieningen.

Type voorziening	Item
Technisch	telefoons typemachines fotokopieerapparatuur stencilapparatuur interkom installatie bumifoon installatie
Administratief	patiëntenkaartsysteem archiefsysteem visiteboek afspraakboek uitslagenboek verwijsboek patiënt inschrijfboek assistenteteboek takenboek teamagenda

De bovengenoemde items zijn in de vragenlijst te vinden onder vraag 13.

De skoretakenning was als volgt:

- was de voorziening niet aanwezig: skore 0;
- was hij in enkelvoud aanwezig (of in het geval van de telefoons in vijfvoud): skore 1;
- was hij in meervoud aanwezig (of in het geval van de telefoons in meer dan vijfvoud): skore 2;¹⁸⁾

Vervolgens werd via een rangorde een viertal klassen gevormd, waarvoor gold dat de klasse met de laagste skore duidde op een geringe omvang van het voorzieningenpakket en de klasse met de hoogste skore op een grote omvang van dit pakket in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

18) noot 18: zie bijlage I.

4.14: De organisatiedruk.

Wij hebben in het vorige hoofdstuk 2 gewezen op de twee aspecten van het begrip organisatiedruk:

de capaciteit en het aanbod.

De eerste komponent operationaliseren we naar het aantal assistentes in een groepspraktijk of een gezondheidscentrum, zie hiervoor onder no. 6 van de enquête.

De tweede komponent naar het aantal patiënten/kliënten dat dagelijks - gemiddeld - de praktijk of het centrum bereikt, middels telefoon of via de balie; zie vragen 1 en 2 in de vragenlijst.

Voor de berekening van de organisatiedruk zijn wij nu als volgt te werk gegaan:

Wij vroegen de assistentes naar het aantal patiënten/kliënten dat dagelijks -gemiddeld- het centrum of de praktijk lijfelijk bezoekt en het aantal dat dagelijks opbelt.

Voor de berekening van het totaal aantal patiënten/kliënten was dit onderscheid niet zinvol, reden dus om deze twee categorieën op te tellen per organisatie. Wanneer er verschillen waren tussen de aantallen die door de assistentes waren opgegeven dan werd het gemiddelde per groep genomen; vervolgens werden de aantallen verdeeld over 10 klassen: zo betekende klasse 1 dat gemiddeld 100 patiënten/kliënten contact zochten met de praktijk of het centrum en klasse 10 een omvang van 600 patiënten/kliënten per dag gemiddeld.

Aangezien we spraken over een verhouding tussen aanbod en capaciteit stelden we dat de organisatiedruk gelijk was aan: $\frac{\text{de capaciteit}}{\text{het aanbod}}$.

De vooronderstelling was dat naarmate deze verhouding numeriek geringer zou zijn, de organisatiedruk groter zou zijn.

Tot slot werden dan deze scores per groep verdeeld over vier klassen: de eerste klasse liep van .17 t/m .49, de tweede klasse van .50 t/m .60, de derde klasse van .61 t/m .99 en de vierde klasse van 1.00 t/m 2.00. De eerste klasse kreeg de hoogste skore, de vierde klasse de laagste skore.

Tot zover de operationalisering van de in deze studie gehanteerde begrippen.

Wij wijzen op het soms arbitraire karakter van de operationalisering. Het is immers altijd zo dat op de vraag "is nu gemeten wat wij wilden meten?" een voorzichtig antwoord moet worden gegeven.

In het volgende hoofdstuk zullen wij een aantal resultaten van de enquête behandelen.

V. DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE I.

In dit hoofdstuk zullen de volgende zaken ter sprake komen:

- Gegevens omtrent kenmerken van alle assistentes:
dit betreft de opleiding, de ervaring en de aard van de betrekking en bovendien het oordeel over een aantal taken, de tijd die aan deze taken besteed wordt en het oordeel over de overgang van solopraktijken naar gezondheidscentra of groepspraktijken. In hoofdstuk 6 zullen ter sprake komen".
- Gegevens omtrent kenmerken van de groepen assistentes per groepspraktijk en gezondheidscentrum. Deze kenmerken betreffen met name al die aspecten die in de vorige hoofdstukken behandeld zijn.

5.1.: Enige kenmerken van de assistentes.

Om enig inzicht te krijgen in de opbouw van de totale groep assistentes, vroegen wij naar het totaal aantal jaren dat men ervaring heeft als assistente, het aantal jaren dat men reeds werkzaam was in de huidige betrekking, het al of niet hebben ervaren van een solopraktijksituatie bij één van de teamleden die overgegaan is naar het centrum of de groepspraktijk.

Verder vroegen we diegenen die een solopraktijk als assistente hadden ervaren naar hun oordeel over het huidige werk vergeleken met vroeger. Tot slot vroegen we naar de opleiding die men had genoten voor de huidige functie van assistente.

5.1.1.: De genoten ervaring.

Voor de bovengenoemde vragen m.b.t. de ervaring die men als assistente heeft, zie onder nummer 9, 10 en 11 van de vragenlijst.

In tabel 3 hebben wij de ervaring die de assistentes hebben in hun huidige betrekking vergeleken met de ervaring die men totaal als assistente heeft.

Tabel 3: Totale ervaring als assistente naar ervaring in huidige betrekking.

Ervaring in huidige betrekking	Totale ervaring					Totaal
	t/m 1 jaar	t/m 3 jaren	t/m 5 jaren	t/m 7 jaren	meer d. 7 jaren	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
(1)	18	11	3	4	2	38
(2)	-	28	16	4	12	60
(3)	-	-	15	2	3	20
(4)	-	-	-	6	2	8
(5)	-	-	-	-	4	4
Totaal	18	39	34	16	23	130

Uit de resultaten blijkt onder meer dat 71 assistentes (d.i. 55%) geen ervaring in andere praktijken of centra heeft genoten.

Verdeeld over groepspraktijken en gezondheidscentra, blijkt het gemiddelde aantal jaren ervaring dat assistentes in groepspraktijken in hun huidige betrekking hebben, ruim twee en een half te zijn, terwijl dat voor hun kollega's in de gezondheidscentra ruim twee jaar blijkt te zijn.

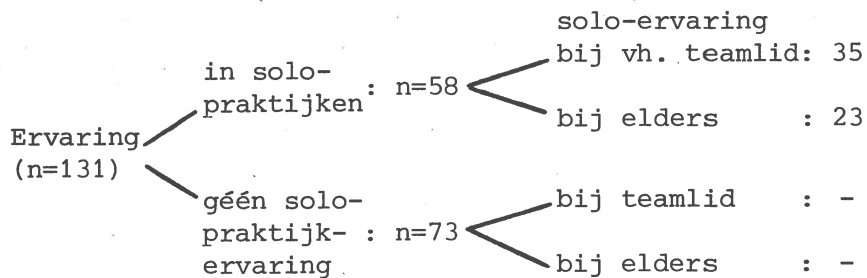
Deze gemiddelden-berekening hebben wij ook gemaakt m.b.t. de totale ervaring die de assistentes in hun functie genoten hebben.

Het blijkt dan dat het gemiddelde voor de assistentes in groepspraktijken ruim vier en een half jaar en voor de assistentes in gezondheidscentra ruim drie en een half jaar bedraagt.

In figuur 4 hebben wij twee gegevens gekombineerd:

enerzijds het al of niet hebben van solo-ervaring - d.w.z. ervaring in solopraktijken -, anderzijds het al of niet hebben van ervaring in solopraktijken, waaruit men direkt is overgegaan naar de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Figuur 4:



Uit figuur 4 blijkt dat van degenen die solo-ervaring hebben, 60% werkzaam is geweest bij een teamlid dat is overgegaan naar de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

* zie voor codering tabel 3.

5.1.2.: Het oordeel over de solopraktijksituatie vergeleken met de huidige groepssituatie.

Van de 58 assistentes - zie onder 5.1.1. - die de solopraktijksituatie hadden meegemaakt, wilden we ook weten hoe zij dachten over hun huidige betrekking, vergeleken met de solopraktijk.

Daartoe ontwierpen we een zgn. Guttmanschaal, bestaande uit zeven items - zie hiervoor nummer 12 uit de vragenlijst -; deze schaal had een reproduceerbaarheidskoëfficiënt van .90 en een schaalbaarheidskoëfficiënt van .65: de eerste koëfficiënt geeft aan de mate waarin een schaal score van een respondent een "voorspeller" is van zijn antwoorden. Algemeen wordt aangenomen dat deze minimaal .90 moet zijn voor een valide schaal. De tweede koëfficiënt geeft aan de mate waarin de schaal eendimensioneel en kumulatief is. Deze dient minimaal .60 te zijn.

De schaal werd gereduceerd tot een vierdeling; zie tabel 6.

Tabel 6:

Oordeel over huidige betrekking vergeleken met vroegere solosituatie.				
	positief	gematigd positief	gematigd negatief	negatief
N (totaal n= 58)	5 (9%)	25 (43%)	21 (36%)	7 (12%)

Wanneer een assistente een negatief oordeel had over haar huidige betrekking dan was dat gebaseerd op de volgende punten: de huidige baan was moeilijker en fysiek meer inspannend.

Wanneer een assistente een positief oordeel had over haar huidige betrekking dan was dat gebaseerd op het afwisselende, interessante en uitdagende karakter van het werk in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Als we rekening houden met het feit dat we geen inzicht hebben in het aantal assistentes dat na de overstap van solo- naar groepspraktijk of centrum vertrokken is, en dan in aanmerking nemen dat ongeveer de helft van de ons wel bekende assistentes deze overstap (gematigd) negatief beoordelen, dan blijkt voor vele assistentes deze overgang een teleurstelling te zijn.¹⁹⁾

5.1.3.: De gevolgde opleiding.

Gerekend over centra en groepspraktijken blijkt uit tabel 7 dat het merendeel der assistentes een opleiding tot doktersassistente heeft gevolgd.

Tabel 7: Opleiding genoten door assistentes naar type organisatie.

	Opleiding					
	geen	med. secr.	verpleeg- ster	apoth. ass.	dokt. ass.	anders
groeps- praktijken	12	1	4	7	31	3
gezondh. centra	14	4	4	3	45	3
Totaal (n=131)	26	5	8	10	76	6

Opvallend is het relatief grote aantal assistentes dat geen specifieke opleiding heeft genoten: 20% van het totaal. De mogelijke veronderstelling dat deze "niet-opgeleide" assistentes dan wel ervaring bij een van de huidige teamleden in de vroegere solosituatie hebben gehad, ofwel een ruime totaal ervaring elders als assistente hebben genoten, geldt slechts voor in totaal 5 assistentes.

Grote verschillen tussen de groepspraktijken en gezondheidscentra zien we alleen bij de kategorie apothekersassistentes. Dit zou kunnen sa-

19) noot 19: zie bijlage I.

menhangen met het feit dat wellicht weinig centra apotheekhoudend zijn. In de categorie "anders" vallen assistentes met opleidingen als: telefoniste/receptioniste, 2 medisch analystes, boekhoudkundige, ziekenverzorgster en O.K. assistente.

5.1.4.: De verbanden tussen opleiding, totale ervaring en het oordeel over de huidige betrekking vergeleken met de solopraktijksituatie.

In de tabel 9 hebben wij het oordeel van de assistentes over de huidige betrekking, vergeleken met die in de solosituatie, in verband gebracht met de totale ervaring, en in tabel 10 de opleiding met het oordeel.

Tabel 9: Het oordeel over huidige betrekking naar totale ervaring.

Oordeel:	Ervaring totaal als assistente genoten			Totaal
	t/m 3 jaren	t/m 6 jaren	meer dan 6 jaren	
negatief	4 (14%)	9 (32%)	15 (54%)	28
positief	10 (33%)	9 (30%)	11 (37%)	30
Totaal	14	18	26	58

Tabel 10: Het oordeel over huidige betrekking naar de opleiding.

Oordeel:	Opleiding						Totaal
	geen	ander	med. secr.	verpleeg- ster	apoth. ass.	dokt. ass.	
negatief	4	3	0	1	1	20	28
positief	3	0	1	1	1	24	30
Totaal	7	3	1	2	2	44	58

Wat betreft tabel 9:

Er blijkt een significant verband te bestaan tussen de totale ervaring en het oordeel dat de assistentes geven over hun huidige betrekking in die zin dat naarmate men langer in het vak zit, men ook een negatiever oordeel geeft over de huidige betrekking ($p < .05$).

Verder blijkt uit tabel 10 dat er geen verband is tussen het al of niet gevolgd hebben van een bepaalde opleiding en het oordeel dat men geeft over de huidige betrekking, vergeleken met die in de solosituatie.

5.2.: De aard van de betrekking.

Onder de aard van de betrekking verstaan wij het al of niet in full-time dienst zijn in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum. We onderscheiden full-time, part-time ochtend en part-time middag dienstverband. Wanneer een assistente meer dan 30 uur per week werkt, spreken we van full-time dienstverband. Wanneer een assistente de ochtend en middag overlapt en minder dan 30 uren werkt, spreken we van ochtend part-time baan.

In de vragenlijst komen we de betreffende vraag tegen onder nummer 8. Uit de resultaten bleek dat 80% een full-time baan heeft, 18% een ochtend part-time dienstverband en 2% een middag part-time baan. Deze 20% komt ongeveer overeen met het landelijke percentage part-timers in dienstverlenende beroepen ("Part-time arbeid", een uitgave van de COP/SER, 1975).

Opgemerkt dient nog te worden dat er geen verschillen werden aangetroffen in het percentage part-timers tussen groepspraktijken en gezondheidscentra.

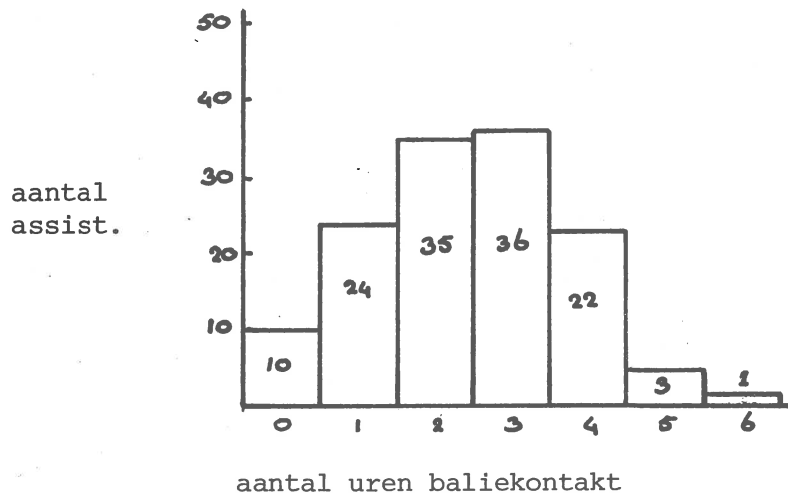
5.3.: De tijd die aan verschillende taken besteed wordt.

Om een globaal beeld te krijgen van de tijd die aan verschillende activiteiten door de assistentes besteed worden, vroegen we - zie vraag 14 in de vragenlijst - naar het aantal uren, halve uren en/of kwartieren dat men zich bezighoudt met de telefoon, met kontakten met patiënten/kliënten aan de balie, administratie, medische zaken (apothek, behandelkamer e.d.), huishoudelijke zaken (koffie en thee zetten, opruimen e.d.) en financiële zaken²⁰).

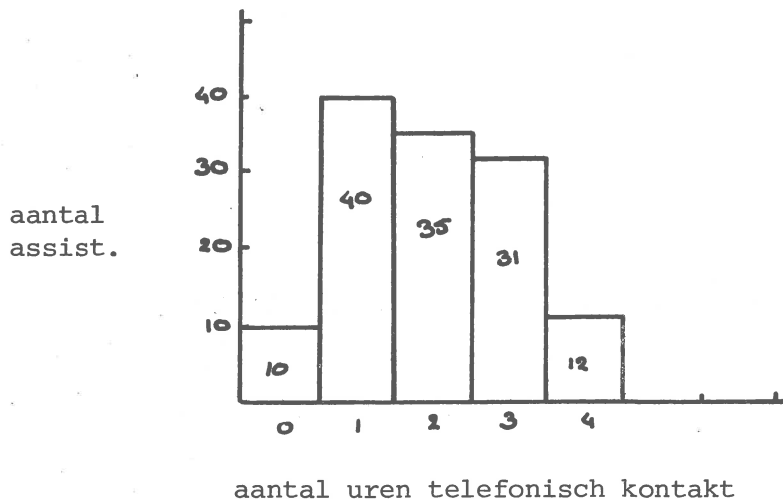
Al deze aspecten zullen we in diagrammen onderbrengen (tabellen 11 tot en met 16).

20) noot 20: zie bijlage I.

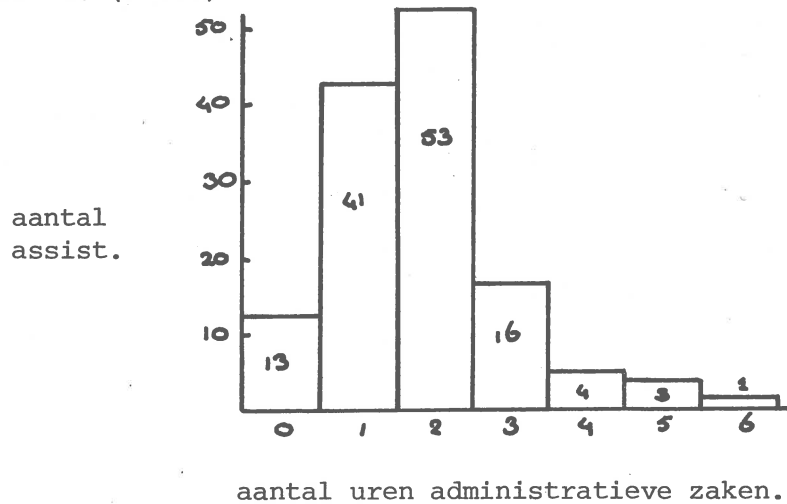
Tabel 11. (n=131)



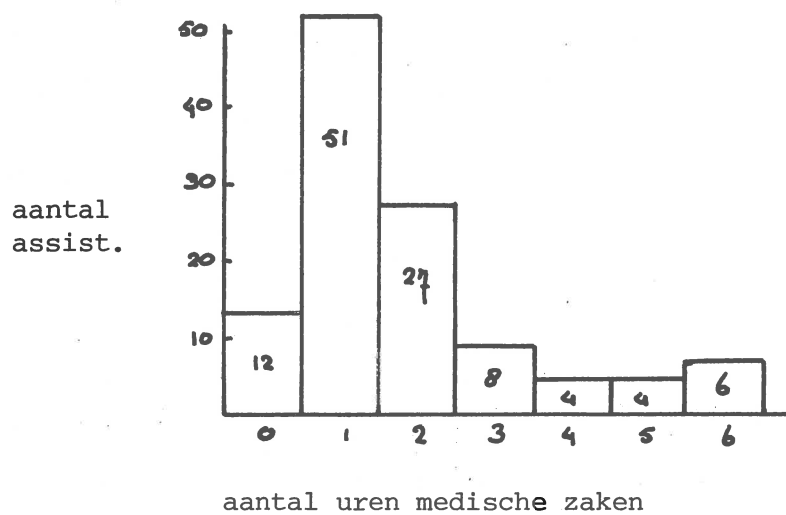
Tabel 12. (n=129)



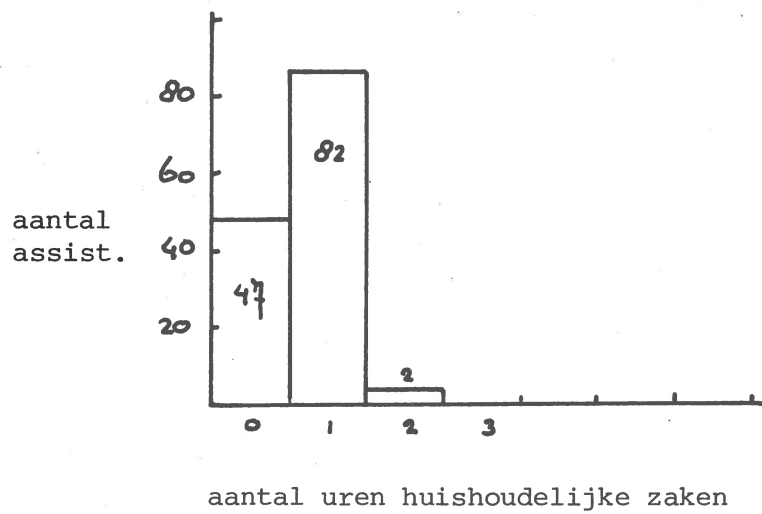
Tabel 13. (n=131)



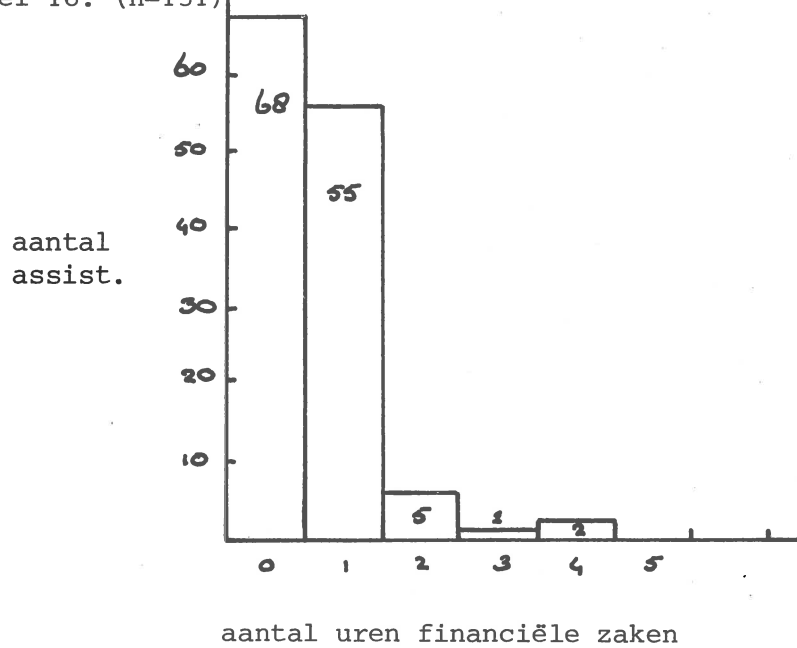
Tabel 14. (n=128)



Tabel 15. (n=131)



Tabel 16. (n=131)



De resultaten uit de tabellen 11 tot en met 16 wijzen op het feit dat een groot deel der assistentes zich voor langere tijd per dag bezig houdt met kontakten met patiënten/kliënten. Het grote belang van deze taak voor de groepspraktijk of het gezondheidscentrum, wordt hiermee duidelijk aangegeven en kan aanwijzingen geven voor de opleiding van assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra.

5.4.: Het oordeel van de assistentes over een aantal taakaspekten.

Hebben wij in paragraaf 5.3. gekeken naar de verdeling in tijd van een aantal taken die door assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra worden uitgevoerd, in deze paragraaf willen we ingaan op de meningen van de assistentes over een aantal taakaspekten.

Wederom betreft het hier een globaal beeld: er worden geen verdelingen gemaakt naar het al of niet werkelijk uitvoeren van deze taakaspekten. Zie voor de betreffende items onder nummer 35. in de vragenlijst.

De belangrijkheid van een taakaспект kon, in cijfers, variëren van 1 tot en met 5 waarbij 1 aangaf dat het aspekt volgens de assistente niet tot de taken van een assistente behoort en een skore 5, dat het een uitermate belangrijk onderdeel van haar funktie is. Verschillende taakaspekten die nauw met elkaar verbonden zijn, werden in tabel 17. samengenomen: van deze "clusters" werd het gemiddelde berekend.

Tabel 17: Opvattingen van assistentes over een aantal taakaspekten.

	<u>gemiddelde</u>
1: Sociale dienstverlening in het centrum of groepspraktijk:	4.31
- sfeer verzorgen in groep assistentes	
- gezelligheid in team verzorgen.	
2: Uitvoerend t.a.v. patiënten/kliënten:	4.28
- inzetten voor patiënten/kliënten	
- schakel zijn tussen patiënt/kliënt en hulpverleners.	
3: Indirekt instrumentele aspekten:	4.22
- zorgvuldig werken	
- snelheid in het werk	
- stipt uitvoeren opdrachten	

- verantwoordelijkheid op je nemen
- representativiteit.

4: Direkt instrumentele aspecten:

3.64

- financiële vaardigheid
- medische vaardigheid
- administratieve vaardigheid
- organiseren.

Vergelijken we tabel 11, 12 en 17 dan blijkt dat er een overeenkomst is tussen de tijd die besteed wordt aan kontakten met patiënten/kliënten en het belang dat aan deze taak wordt toegekend.

De relatief lage waardering die wordt gegeven aan de direkt instrumentele aspecten hangt o.a. samen met het feit dat een groot aantal assistentes deze taakonderdelen niet of slechts in geringe mate verrichten.

Vanuit het oogpunt van afstemming van opleiding op een optimaal personeelsbeleid in groepspraktijken en gezondheidscentra, zal met name een verlegging van aksent van technisch/instrumenteel naar sociaal/relationeel nodig zijn.

VI. DE RESULTATEN VAN DE ENQUETE II.

Nadat we in het vorige hoofdstuk enige aspecten belicht hebben die betrekking hebben op de assistentes, op individueel niveau, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op organisationele kenmerken en hun onderlinge relaties.

In de eerste paragraaf willen wij de onderlinge samenhangen tussen een aantal aspecten van de organisatiestructuur van groepspraktijken en gezondheidscentra bespreken.

Vervolgens blijven we even stilstaan bij twee specifieke factoren, n.l. de mate van specialisatie en de omvang van de technologische voorzieningen in praktijken en centra, in het licht van de in de eerste paragraaf genoemde structuurkenmerken.

In de derde paragraaf komen ter sprake mogelijke verbanden tussen invloedsverdeling, positie-incongruentie en de mate waarin assistentes ernaar streven om de invloedsafstand te verkleinen.

Tot slot bespreken we in de vierde paragraaf de relaties tussen het communicatieklimaat tussen assistentes onderling en dat tussen assistentes en teamleden.

6.1.: Onderlinge relaties tussen aspecten van de organisatiestructuur van groepspraktijken en gezondheidscentra.

Als aspecten van de organisatiestructuur beschouwen we het type organisatie (groepspraktijk of gezondheidscentrum), de grootte (het aantal teamleden), het aantal assistentes, het aantal artsen, het patiënten/kliënten-aanbod en de organisatiedruk.

Alvorens echter de onderlinge verbanden van deze factoren aan de orde komen, zullen we eerst nog enige opmerkingen maken over de faktor: patiënten/kliënten-aanbod.

We hebben eerder gezegd dat dit begrip opgebouwd is uit twee aspecten: het aantal patiënten/kliënten dat gemiddeld per dag aan de balie komt - de zg. "lijfelijke" kontakten - en het aantal dat gemiddeld per dag middels de telefoon de praktijk of het centrum bereikt.

We hebben nu gekeken of er een verband bestond tussen deze twee aspecten en hoe beide verdeeld waren.

Tabel 18:

	Telefonische kontakten per gp./gc.							tot.
	0-50	51-100	101-150	151-200	201-300	301-400	401 en meer	
"Lijfelijke" kontakten								
0-50	12	7	2	--	--	--	--	20
51-100	4	9	1	3	--	--	--	17
101-150	--	6	2	1	--	--	--	9
151-200	--	1	1	1	--	--	--	3
201-300	--	1	--	--	--	1	2	4
301-400	--	--	--	--	--	1	--	1
401 en meer	--	--	--	--	--	--	--	--
Totaal	16	24	6	5	0	2	2	55

Om het verband na te gaan gebruikten we de Pearson product-moment-korrelatiecoëfficiënt: deze bedraagt voor tabel 18: .69. Dit duidt op een verband tussen beide factoren, in die zin dat naarmate het aantal telefonische kontakten groter is, dit gepaard gaat met een groter aantal "lijfelijke" kontakten 21).

Wij komen nu toe aan de onderlinge relaties tussen de verschillende aspecten van de organisatiestructuur.

Tabel 19: Korrelaties tussen type, grootte, aantal assistentes, aantal artsen, pat./kliëntaanbod en organisatiedruk (N=56) 22).

	1	2	3	4	5	6
1: type organisatie	x					
2: grootte	.80	x				
3: aantal assistentes	-.16	-.01	x			
4: aantal artsen	-.06	.24	.65	x		
5: pat./kliëntaanbod	-.22	-.09	.63	.56	x	
6: organisatiedruk	.08	.03	.32	.07	-.48	x

De strepen onder de Spearmanrangorde-korrelatie-coëfficiënten geven significante korrelaties aan ($p \leq .05$) 23).

Uit tabel 19. blijkt dat de factoren: aantal artsen, aantal assistentes en patiënten/kliëntenaanbod onderling samenhangen.

Verder zijn er onderlinge verbanden tussen de factoren: assistentes-

21) noot 21: zie bijlage I.

22) noot 22: zie bijlage I.

23) noot 23: zie bijlage I.

aantal, patiënten/kliëntenaanbod en de organisatiedruk, in die zin dat naarmate het aantal assistentes bijvoorbeeld groter is, dit gepaard gaat met een hogere organisatiedruk.

Bovendien zien we een niet onverwacht verband tussen het type organisatie en de grootte enerzijds en tussen grootte van de organisatie en aantal artsen anderzijds. Wel onverwacht is het verband tussen het type organisatie en het patiënten/kliëntenaanbod, in die zin dat een groter aanbod meer voorkomt in groepspraktijken dan in gezondheidscentra en een kleiner aanbod meer voorkomt in gezondheidscentra, dan in groepspraktijken.

Dat er geen verband bestaat tussen de grootte van de organisatie en het aantal assistentes bevreemdt ons, omdat we verwacht hadden dat naarmate het aantal teamleden groter is dit gepaard zou gaan met een groter aantal assistentes.

6.2.: Samenhangen tussen de mate van specialisatie, technologische omvang, grootte, patiënten/kliëntenaantallen en assistentes aantal.

Vele onderzoekers hebben getracht diverse organisatiekenmerken met elkaar in verband te brengen (zie bijv. Pugh, 1968). Op grond van zijn studies verwachtten we verbanden tussen de mate van specialisatie, de technologische omvang en de grootte van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Tabel 20: Korrelaties tussen mate van specialisatie, technologische omvang, grootte, aantal assistentes en patiënten/kliënten-omvang (N=56).

	1	2	3	4	5
1: grootte	x				
2: aant.assist.	-.00 ⁴	x			
3: pat./kl.aanbod	-.04 ⁴	.63 ¹	x		
4: specialisatie	-.05 ⁴	.32 ¹	.23 ²	x	
5: technologie	.04 ⁴	.06 ⁴	.07 ⁴	.10 ⁴	x

De strepen onder de Spearman-rangorde-koëfficiënten geven significante korrelaties aan ($p \leq .05$).

Het blijkt uit tabel 20 dat er verbanden bestaan tussen het patiënten/kliëntenaanbod, het aantal assistentes en de mate van specialisatie. Dat de omvang van de technologische voorzieningen niet korreleert met de diverse factoren, is wellicht toe te schrijven aan het gemis aan richtlijnen voor het bepalen van de omvang van deze voorzieningen, afgestemd op de grootte van groepspraktijken en gezondheidscentra. Wat betreft de factoren die wel in tabel 19 maar niet in tabel 20 genoemd worden geldt, dat deze niet significant korreleren met ofwel de mate van specialisatie ofwel de omvang van de technologische voorzieningen.

6.3.: Samenhangen tussen invloedsverdeling, positie-inkongruentie, formele invloed en mate van invloedsafstandreduktie.

Het is zeer waarschijnlijk dat er een verband zou bestaan tussen de invloedsverdeling en de positie-inkongruentie, omdat het tweede deels gemeten worden met het eerste. We willen dus vaststellen of er een verband bestaat tussen de feitelijke verdeling van invloed in een praktijk of centrum tussen artsen en assistentes én de mate waarin de assistentes vinden dat er aan die verdeling iets moet worden gedaan. Voorts willen we nagaan of er een verband bestaat tussen deze twee factoren en de mate waarin assistentes beschikken over formele invloed. Tot slot willen we bekijken of verschillen tussen de gewenste en feitelijke invloedsscores die de assistentes aan zichzelf toekennen in verband staan met de feitelijke afstand in invloed tussen artsen en assistentes.

Tabel 21: Korrelaties tussen invloedsverdeling, positie-inkongruentie, formele invloed en invloedsafstandstreven (N=55).²⁵⁾

	1	2	3	4
1: invloedsverdeling	x			
2: positie-inkongruentie	<u>.40</u>	x		
3: formele invloed	-.16	<u>-.21</u>	x	
4: invloedsafstands streven	<u>.55</u>	<u>.42</u>	-.13	x

De onderstreepte Spearman-rangorde-korrelaties zijn significant:
 $p \leq .05$.

25) noot 25: zie bijlage I.

Uit tabel 21 zien we dat de factoren invloedsverdeling, positie-inkongruentie en invloedsafstandstreven onderling positief samenhangen. Dit impliceert dat naarmate de feitelijke afstand in invloed tussen artsen en assistentes groter is, dit gepaard gaat met een situatie waarin de assistentes vinden dat deze afstand meer verkleind moet worden én dat zij zélf meer invloed dienen te krijgen. Dit lijkt niet in overeenstemming met de bevindingen van Mulder (1972) ²⁶⁾.

Voorts blijkt uit tabel 21 dat er een zwak significant verband bestaat tussen de formele invloed waarover assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra beschikken en de positie-inkongruentie, in die zin dat naarmate de formele invloed groter is, dit gepaard gaat met een geringere positie-inkongruentie.

6.4.: Het kommunikatieklimaat in groepspraktijken en gezondheidscentra.

Cassee (1973) vond in verpleegeenheden in ziekenhuizen dat er relaties bestonden tussen verschillende kommunikatieve relaties: op grond daarvan kwam hij tot het begrip kommunikatieklimaat.

In groepspraktijken en gezondheidscentra onderkennen we twee kommunikatieve relaties, die voor deze studie interessant zijn: de kommunikatie tussen de assistentes onderling en die tussen assistentes en teamleden. We verwachten nu dat ook in groepspraktijken en gezondheidscentra deze twee samenhangen.

Tabel 22: Korrelaties tussen kommunikatie tussen assistentes onderling en die tussen assistentes en teamleden (N=52) ²⁷⁾.

	1	2
1: kommunikatie tussen assistentes	x	
2: kommunikatie assistentes-teamleden	-.05	x

Het is verwonderlijk uit tabel 22 te zien dat er geen sprake is van enig verband tussen de twee vormen van kommunikatieve relaties: een plausibele verklaring hiervoor is moeilijk te leveren.

26) noot 26: zie bijlage I.

27) noot 27: zie bijlage I.

VII. RESULTATEN VAN DE ENQUETE III.

In dit hoofdstuk zullen wij de hypothesen die we in hoofdstuk 2 geformuleerd hebben en in een model geplaatst hebben, toetsen.

De analysemethode die hiervoor gebruikt is, zal in de eerste paragraaf uiteengezet worden.

Vervolgens zullen de resultaten van deze analysemethode in paragraaf twee besproken worden.

Tot slot zullen dan de gevonden significante relaties in een schema worden weergegeven.

7.1.: De analysemethode.

Zoals we in hoofdstuk 2 gezien hebben konden de vooronderstelde relaties tussen hypothesen zodanig in beeld worden gebracht dat daardoor een schema ontstond.

Dit schema nu, is uitgangspunt voor de analyse die we gemaakt hebben. Met behulp van een multiple regressie-analyse wilden we nagaan hoe groot de effecten van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabelen zijn.

Hiertoe werden op theoretische gronden de variabelen patiënt/kliënt-oriëntatie, tevredenheid, kohesie, formele invloed, afhankelijkheid, communicatie tussen assistentes en teamleden en die tussen de assistentes onderling en tot slot de organisatiedruk achtereenvolgens als afhankelijke variabele beschouwd. Aldus werden er acht regressie-berekeningen uitgevoerd.

De regressiekoëfficiënten, die ook in de nog te volgen tabellen weergegeven zijn, geven aan: de mate van verandering in de afhankelijke variabele, waarvoor de betreffende onafhankelijke variabele direct verantwoordelijk is bij konstanthouding van de overige onafhankelijke variabelen.

Voordat deze multiple regressie-analyses werden uitgevoerd, werd als invoer voor de komputer gebruik gemaakt van een korrelatiematrix, gebaseerd op Spearman rho koëfficiënten. Dit gezien de mogelijkheden die het SPSS-komputerprogramma hiertoe biedt (SPSS, 1970).²⁸⁾

Omdat er tussen de factoren type organisaties, aantal assistentes,

28) noot 28: zie bijlage I.

grootte, mate van specialisatie en organisatiedruk significante verbanden bestaan, werden deze variabelen per groep ingevoerd bij elke regressie-analyse, zodat onderlinge bijdragen in het model niet uitgeschakeld of overtrokken werden. Ditzelfde vond plaats met de factoren invloedsverdeling en positie-inkongruentie.

T.a.v. de presentatie van de resultaten merken we op dat volstaan zal worden met het weergeven van de regressiecoëfficiënten, het vermelden van de hypothesen en een bespreking van de bevindingen.

7.1.1.: De patiënt/kliëntoriëntatie.

De hypothesen die betrekking hebben op de patiënt/kliëntoriëntatie luiden, zo blijkt uit hoofdstuk 2:

- 1: naarmate de organisatiedruk groter is, zal de kans op een hoge patiënt/kliëntoriëntatie geringer zijn;
- 2: naarmate de kohesie groter is tussen de assistentes, zal de kans op een patiënt/kliëntoriëntatie geringer zijn;
- 3: naarmate de tevredenheid van de groep assistentes groter is, zal de kans op een hoge patiënt/kliëntoriëntatie geringer zijn.

Bezien we nu tabel 23.

Tabel 23: Multiple r over en regressiecoëfficiënten van alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele patiënt/kliëntoriëntatie.

mult.r1 ⁺	r2 ⁺⁺	r3 ⁺⁺⁺	type organis.	organ. druk	specialisatie	aant. assist.
.59	.48	.55	.34	.27	-.00	-.36
grootte	invloeds verdeling	positie inkongr.	tevredenheid	formele invloed	kommun. assist.	
-.26	.24	.07	-.17	-.14	.15	
kohesie	kommun. ass.-team	technologie	afhanke-lijkheid			
-.15	.06	-.03	.00			

+r1 : overall multiple r voor alle variabelen;

++r2 : overall multiple r voor de fakotren type organisatie tot en met grootte;

+++r3: overall multiple r over factoren type organisatie tot en met grootte en invloedsverdeling en positie-inkongruentie.

De onderstreepte koëfficiënten zijn significant voor $p \leq .05$.

De opgestelde hypothesen zijn niet geverifieerd: d.w.z. dat noch de organisatiedruk, noch de kohesie, noch de tevredenheid in die relatie staan met de patiënt/kliëntoriëntatie als dat we voorspeld hebben.

Wat blijkt wel uit tabel 23?

Het blijkt dat naarmate de organisatiedruk groter is, de kans op een organisatie-oriëntatie geringer is. Dit betekent dan dat een grotere organisatiedruk de assistentes minder gelegenheid geeft om zich te richten op voorschriften en regels die kenmerkend zijn voor de organisatie van een groepspraktijk of gezondheidscentrum; tegelijkertijd kan dan door een frekwenter contact met de patiënten/kliënten de sensitiviteit van de assistentes voor de problemen van de patiënten/kliënten groter worden.

Het past echter niet binnen het kader van dit onderzoek deze veronderstellingen verder uit te werken.

Uit de tabel blijkt ook dat naarmate het aantal assistentes groter is, de patiënt/kliëntoriëntatie geringer is. We hebben eerder de faktor: aantal assistentes beschouwd als structuuraspect. Dit impliceert dat gesteld kan worden dat naarmate de organisatie groter is, de kansen op een patiënt/kliëntoriëntatie geringer zijn.

In tabel 23 hebben we ook de multiple r vermeld:

Dit betekent dat alle onafhankelijke factoren samen significant samenhangen met de patiënt/kliëntoriëntatie. De multiple r^2 geeft aan dat de factoren: type organisatie, organisatiedruk, specialisatie, aantal assistentes en grootte significant samenhangen met de patiënt/kliëntoriëntatie.

Tot slot, hangen bovengenoemde factoren en bovendien de invloedsverdeling en positie-inkongruentie, volgens de multiple r^3 , samen met de patiënt/kliëntoriëntatie.

7.1.2.: De tevredenheid.

Allereerst de hypothesen zoals we die in hoofdstuk 2 zijn tegengekomen:

- 1: naarmate de formele invloed van de assistentes groter is, is de tevredenheid groter;
- 2: naarmate de afhankelijkheid van de assistentes t.o.v. de teamleden groter is, is de tevredenheid groter;
- 3: naarmate de specialisatie-graad geringer is, is de tevredenheid groter;
- 4: naarmate de positie-inkongruentie geringer is, is de tevredenheid groter.

Bezien we tabel 24.

Tabel 24: Multiple r en regressiekoëfficiënten over alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele tevredenheid.

mult.r1 ⁺	r2 ⁺⁺	r3 ⁺⁺⁺	specialisatie	aant. assist.	grootte	
<u>.53</u>	.31	.31	<u>-.31</u>	.16	.22	
organis. druk	type organis.	invloedsverdeling	positie inkongr.	afhanke-lijkheid	formele invloed	
-.01	-.14	.00	.05	<u>.31</u>	-.23	
kommun. ass-team	techno-logie	kommun. assist.	kohesie			
.20	-.16	.10	-.03			

+ mult.r over alle onafhankelijk variabelen;

++ mult. r. over variabelen specialisatie tot en met type organisatie;

+++ mult.r. over variabelen specialisatie tot en met type organisatie en invloedsverdeling en pos.inkongruentie.

De onderstreepte koëfficiënten zijn significant op $p \leq .05$.

De hypothesen 2 en 3 zijn bevestigd: dus, naarmate de specialisatie, i.h.a. de arbeidsverdeling, geringer is en naarmate de afhankelijkheid van de assistentes groter is, is de tevredenheid van de assistentes groter.

Afhankelijkheid, als aspect van de relatie leidinggevende en assisten-

tes, en een geringe arbeidsverdeling vormen samen voor een belangrijk deel het functioneren van de assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra; deze factoren hebben, vanuit de historische verhoudingen, de rol van de assistente vorm gegeven en vormden bronnen van motivatie om deze rol te vervullen. Dat in deze situatie nog niet veel is veranderd blijkt dan uit de resultaten: een geringe afhankelijkheid en een ver doorgevoerde arbeidsverdeling zijn tegenstrijdig met deze beroepsrol.

De onafhankelijke factoren samen bleken gekorreleerd te zijn met de afhankelijke variabele tevredenheid: $r_1 = .53$.

7.1.3.: De kohesie.

We hebben in hoofdstuk 2 de volgende hypothesen opgesteld: we verwachten dat de kohesie groter zou zijn naarmate:

- 1: het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling meer open is;
- 2: de groep assistentes kleiner is;
- 3: de verdeling van invloed over assistentes en teamleden meer gelijk verdeeld is;
- 4: het werk minder gespecialiseerd is;
- 5: de organisatie kleiner is.

Tabel 25 geeft de resultaten weer.

Tabel 25: Multiple r en regressiecoëfficiënten over alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele kohesie.

mult. r_1^+	r_2^{++}	r_3^{+++}	aantal assist.	type organis.	specialisatie	grootte
<u>.62</u>	<u>.42</u>	<u>.49</u>	<u>-.45</u>	-.20	-.03	.11
organis. druk .04	invloedsverdeling .06	positie inkongr. -.08	kommun. assist. <u>.33</u>	formele invloed .20	technologie .01	
kommun. ass-team .04	afhanke-lijkheid .07	tevredenheid -.02				

- + : overall multiple r over alle onafhankelijke variabelen;
- ++ : overall multiple r over variabelen aantal assistentes tot en met organisatiedruk;
- +++ : multiple r over variabelen aantal assistentes tot en met positie-inkongruentie.

De onderstreepte koëfficiënten zijn significant: $p \leq .05$.

Uit de gegevens van tabel 25 blijkt dat de hypothesen 1 en 2 geverifieerd zijn:

de kohesie is groter, naarmate het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling meer open is en naarmate het aantal assistentes kleiner is.

Het lijkt er op dat de meer externe kondities als invloedsverdeling, mate van specialisatie en grootte van de organisatie, van weinig betekenis zijn voor de mate van kohesie van de groep assistentes.

De multiple r_1 geeft aan dat alle factoren samen een sterke korrelatie vertonen met de faktor kohesie. Met name de onafhankelijke variabelen aantal assistentes, type organisatie, kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling en de formele invloed springen in het oog.

7.1.4.: De formele invloed.

In hoofdstuk 2 hebben we twee hypothesen opgesteld met betrekking tot de faktor formele invloed:

- 1: de formele invloed is groter, naarmate het aantal assistentes groter is;
- 2: de formele invloed is groter in gezondheidscentra dan in groepspraktijken.

Tabel 26 geeft de resultaten.

Tabel 26: Multiple r en regressiekoëfficiënten van alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele formele invloed.

mult. r_1^+	r_2^{++}	r_3^{+++}	specialisatie	type organis.	aantal assis.	grootte
<u>.60</u>	.39	<u>.51</u>	-.15	<u>.39</u>	-.14	-.08
organis. druk	invloedsverdeling	positie inkongr.	kommun. ass-team	technologie	kommun. assist.	afhanke-lijkheid
.04	-.24	-.16	<u>.24</u>	.13	.10	-.09

+ : mult.r1 over alle onafhankelijke variabelen;
++ : mult.r2 over variabelen specialisatie tot en met organisatiedruk;
+++ : mult.r3 over variabelen specialisatie tot en met positie-inkongruentie.

De onderstreepte koëfficiënten zijn significant: $p \leq .10$.

Wanneer we het significantieniveau aanhouden van $p \leq .05$, dan blijkt dat géén van de opgestelde hypothesen is geverifieerd. Nemen we dan ruimere grenzen aan, bijv. $p \leq .10$, dan is de kans groot dat we niet terecht een hypothese verwerven of aanvaarden.

De resultaten hebben in die zin slechts een indicatieve waarde.

Wat lezen we nu uit tabel 26?

Onder alle voorbehoud, zien we dat naarmate het kommunikatieklimaat tussen de assistentes en teamleden meer open is, de formele invloed van de assistentes groter is; en verder dat de formele invloed groter is in gezondheidscentra dan in groepspraktijken.

Wat het eerste resultaat betreft:

deze bevinding is wellicht van strategische waarde, in die zin dat wanneer de assistentes meer invloed nastreven, zij dit kunnen bereiken door hun communicatie met de teamleden meer gestalte te geven. Dit proces van wederzijds bekend raken met elkaar vergroot dan de kans op een ruimere formele invloed van de assistentes op het wel en wee van de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Wat de tweede vooronderstelling betreft:

dat de formele invloed van assistentes in groepspraktijken geringer is dan in gezondheidscentra, is niet zonder meer te verklaren.

Alle factoren samen korreleren, onder voorbehoud, met de faktor formele invloed.

7.1.5.: De afhankelijkheid.

Afhankelijkheid hebben we in hoofdstuk 2 omschreven als een indicatie voor de relatie leidinggevende en geleide: de afhankelijkheid is het grootst wanneer elke leiding-gevende handeling een vanzelfsprekend "gehoorzaam"gedrag oproept bij de assistentes.

We hebben de volgende hypothesen opgesteld:

- 1: naarmate het kommunikatieklimaat tussen team en assistentes meer open is, zal de afhankelijkheid van de assistentes groter zijn;
- 2: naarmate de specialisatie van het werk groter is, zal de afhankelijkheid van de assistentes van de teamleden groter zijn.

In tabel 27 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 27: Multiple r en regressiekoëfficiënten van alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele afhankelijkheid.

mult.r1 ⁺	r2 ⁺⁺	r3 ⁺⁺⁺	type organis.	organis. druk	aantal assist.	specialisatie
.48	.24	.43	.23	.11	-.24	.20
grootte	invloeds-verdeling	positie inkongr.	kommun. assist.	technologie	kommun. ass-team	
.11	-.16	-.24	.18	-.16	.03	

+ : multiple r1 over alle onafhankelijke variabelen;

++ : multiple r2 over variabelen type organisatie tot en met grootte;

+++ : multiple r3 over variabelen type organisatie tot en met positie-inkongruentie.

De koëfficiënten zijn niet significant.

T.a.v. de konklusies kunnen we kort zijn: géén van de opgestelde hypothesen is bevestigd ²⁹⁾.

7.1.6: Het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden.

De hypothesen, zoals we deze geformuleerd hebben in hoofdstuk 2 luiden:

- 1: naarmate het aantal assistentes geringer is, is het kommunikatieklimaat tussen assistentes en team meer open;
- 2: naarmate het aantal teamleden geringer is, is het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden meer open;
- 3: naarmate de omvang van de technologische voorzieningen groter is, is het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden meer open.

De resultaten vinden we in tabel 27.

29) noot 29: zie bijlage I.

Tabel 27: Multiple r en regressiekoëfficiënten van alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden (=grootte).

mult.r1 ⁺	r2 ⁺⁺	r3 ⁺⁺⁺	aantal assist.	type organis.	specialisatie	grootte
.47	.34	.37	-.22	.30	-.04	-.09
organis. druk	invloedsverdeling	positie inkongr.	techno-logie			
.06	.08	-.18	.29			

+ : multiple r1 over alle onafhankelijke variabelen;

++ : multiple r2 over variabelen aantal assistentes tot en met organisatiedruk;

+++ : multiple r3 over variabelen aantal assistentes tot en met positie-inkongruentie.

De onderstreepte koëfficiënten zijn significant: $p \leq .05$.

Alleen hypothese 3 is geverifieerd: naarmate de omvang van de technologische voorzieningen groter is, is het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden meer open.

Uit de tabel blijkt dat alle factoren samen geen significant verband vertonen met het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden.

Dit geldt eveneens voor de structuuraspecten en invloedsfactoren.

We mogen dan stellen dat andere niet in deze studie opgenomen factoren wellicht verklaringen kunnen bieden voor verschillen in openheid van het kommunikatieklimaat per praktijk of centrum.

Niettemin kan de faktor omvang van technologische voorzieningen iets bijdragen om een meer open kommunikatieklimaat mogelijk te maken tussen assistentes en teamleden.

7.1.7.: Het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling.

In hoofdstuk 2 hebben we m.b.t. het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling twee hypothesen geformuleerd:

- 1: het kommunikatieklimaat zal meer open zijn wanneer de organisatiedruk geringer is en
- 2: wanneer de specialisatie graad laag is.

Bezien we nu tabel 28.

Tabel 28: Multiple r en regressiekoëfficiënten over alle onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele kommunikatieklimaat tussen de assistentes.

mult.r1 ⁺	r2 ⁺⁺	aantal assist.	grootte	specialisatie	type organis.
.27	.27	<u>.26</u>	-.07	-.01	(1)
organis. druk	technologie	invloedsverdeling	positie inkongr.		
(1)	(1)	(1)	(1)		

+ : multiple r over alle onafhankelijke variabelen;

++: multiple r over variabelen aantal assistentes tot en met organisatiedruk.

De onderstreepte koëfficiënt is significant: $p \leq .07$.

Geen van de twee hypothesen is geverifieerd.

Alleen de faktor aantal assistentes is significant, en wel in een weinig verrassende richting: naarmate het aantal assistentes groter is, is de kommunikatie tussen de assistentes meer open. Weinig verrassend, omdat naarmate het aantal assistentes groter is de noodzaak groter is om over diverse aspecten van het werk en de situatie, waarin de assistentes zich bevinden, overleg te plegen.

(1): de variabelen type organisatie tot en met positie-inkongruentie zijn niet in de regressievergelijking opgenomen, vanwege het onvoldoende F- of tolerantieniveau.

VIII. SAMENVATTING EN INTERPRETATIE.

In dit onderzoek hebben wij proberen vast te stellen welke factoren een patiënt/kliëntgedrag van assistentes in gezondheidscentra en groepspraktijken bevorderen c.q. belemmeren.

We hebben ons in deze studie afgevraagd of verschillen in patiënt/kliëntgedrag tussen de verschillende praktijken en centra verklaard kunnen worden door organisatorische kenmerken.

Aan de volgende organisatorische aspecten werd aandacht besteed: type, organisatie, aantal assistentes, grootte, mate van specialisatie, organisatiedruk, invloedsverdeling, positie-inkongruentie, tevredenheid, formele invloed, communicatieklimaat tussen de assistentes onderling en dat tussen assistentes en team, cohesie, technologie en afhankelijkheid.

In hoofdstuk 2 werden de theoretische overwegingen ter sprake gebracht en de relaties tussen de verschillende organisatorische kenmerken aangegeven en in een model geplaatst.

Het onderzoek vond plaats in de eerste twee maanden van 1975, middels een postenquête, uitgestuurd naar de assistentes van 25 groepspraktijken en 44 gezondheidscentra, die als zodanig aan het Nederlands Huisartsen Instituut bekend waren. Uit 22 praktijken en 36 centra werden van in totaal 131 assistentes enquêtes terug ontvangen.

In hoofdstuk 4 zijn alle begrippen die in het theoretisch schema voorkomen geoperationaliseerd, om enig inzicht te geven over welke indexen en indicatoren gehanteerd werden.

De presentatie van de resultaten van het onderzoek viel in drie gedeelten uiteen: het eerste deel handelde over enige individuele gegevens van de assistentes, het tweede deel handelde over enige samenhangen tussen organisatorische kenmerken, terwijl in het derde deel een regressie-analyse van de samenhangen tussen de organisatorische kenmerken aan de orde kwam.

Wij zullen de resultaten achtereenvolgens noemen.

1: Samenvatting van de resultaten van de analyse van de individuele gegevens van de assistentes.

Men kan stellen dat assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra betrekkelijk hunkvast zijn: slechts een minderheid (45%) geeft op ervaring in meer dan één praktijk of centrum genoten te hebben.

De gemiddelde totale ervaring van assistentes in hun functie bedraagt voor assistentes in groepspraktijken ruim vier en een half jaar en voor assistentes in gezondheidscentra ruim drie en een half jaar. 60% van de assistentes die ervaring in solopraktijken hebben, is werkzaam geweest bij een teamlid dat is overgegaan naar de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Ongeveer de helft van de assistentes die zijn overgegaan van solopraktijken naar groepspraktijken of gezondheidscentra, beoordelen deze stap (gematigd) negatief.

Van alle assistentes heeft 58% een doktersassistente-opleiding gevolgd, 8% een apotheekassistente-opleiding, 6% een verpleegsters-opleiding, 3% een opleiding voor (medisch)sekretaresse, 5% een anderssoortige opleiding, 20% geen specifieke opleiding gevolgd.

Het blijkt dat naarmate assistentes langer in het vak zitten zij negatiever oordelen over de huidige betrekking in vergelijking met de vorige. Van de "nieuwkomers"-assistentes die pas kort als assistente fungeren, is het aantal als doktersassistente-opgeleidenen relatief geringer dan van degenen die al langer assistente zijn. De behoefte aan niet als doktersassistente-opgeleidenen blijkt met name te bestaan in groepspraktijken en gezondheidscentra met relatief veel assistentes.

80% van de assistentes heeft een full-time betrekking, 18% een ochtenden 2% een middagbetrokking.

Wat de tijdsverdeling der taken betreft, blijkt dat een groot deel van de assistentes zich voor langere tijd gemiddeld per dag bezighoudt met kontakten met patiënten/kliënten: gemiddeld vier uur per dag.

Medische en administratieve werkzaamheden kosten gemiddeld per dag ieder afzonderlijk één à twee uren, terwijl huishoudelijke en finan-

ciële taken door relatief weinig assistentes uitgevoerd worden (resp. 64% en 48%) en ook weinig tijd vereisen: gemiddeld resp. beide maximaal één uur.

De taken die uitgevoerd worden door de assistentes worden verschillend naar belangrijkheid beoordeeld: taken die de sociale dienstverlening in het centrum of de praktijk betreffen krijgen de hoogste waardering, vervolgens komen de uitvoerende taken t.a.v. de patiënten/kliënten op de tweede, de indirecte instrumentele taken op de derde en tot slot de directe instrumentele taken op de vierde plaats.

Vanuit het oogpunt van afstemming van opleiding op een optimaal personeelsbeleid in groepspraktijken en gezondheidscentra zal met name een verlegging van aksent nodig zijn van technisch/instrumentele naar sociaal/relatieve vaardigheden, gericht op het omgaan met de patiënten/kliënten en het functioneren als assistente binnen een team.

2: Samenvatting van de resultaten van de analyse van enige samenhangen tussen organisatorische kenmerken.

Er blijkt een hoge correlatie te bestaan tussen het aantal patiënten/kliënten dat dagelijks de praktijk of het centrum telefonisch bereikt en het aantal dat dagelijks de praktijk of het centrum bezoekt.

De factoren aantal artsen, aantal assistentes en patiënten/kliënten-aanbod blijken onderling samen te hangen. Bovendien hangen het aantal assistentes, het patiënten/kliëntenaanbod en de organisatiedruk onderling samen. Een groter aanbod van patiënten/kliënten blijkt meer voor te komen in groepspraktijken dan in gezondheidscentra, terwijl een geringer aanbod meer voorkomt in gezondheidscentra dan in groepspraktijken.

Verbazingwekkend is dat het aantal assistentes wel, zie boven, lijkt afgestemd te worden op het aantal artsen en het patiënten/kliënten-aanbod, maar niet op het aantal teamleden - d.w.z. het totaal aantal hulpverleners.

De mate van specialisatie van het werk dat door de assistentes verricht moet worden hangt samen met het aantal assistentes en het patiënten/kliëntenaanbod.

De omvang van de technologische voorzieningen blijkt met geen der bovengenoemde, zgn. structuuraspekten te correleren.

Wat betreft de invloedsverdeling in groepspraktijken en gezondheidscentra wijzen de resultaten uit dat naarmate de feitelijke afstand in invloed tussen artsen en assistentes groter is, dit gepaard gaat met een situatie waarin de assistentes vinden dat deze afstand verkleind dient te worden, en dat de assistentes zelf meer invloed dienen te krijgen.

Bovendien blijkt dat een grote formele invloed van de assistentes gepaard gaat met een situatie waarin de assistentes vinden dat er weinig verschil bestaat tussen de feitelijke invloedsverdeling en die welke zij prefereren.

Tot slot van deze paragraaf vermelden we de bevinding dat er in groepspraktijken en gezondheidscentra niet gesproken kan worden van een verband tussen het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling en dat tussen artsen en assistentes.

3: Samenvatting van de resultaten van de analyse van de theoretische uitgangspunten.

De resultaten wijzen uit dat naarmate de organisatiedruk toeneemt, de kansen op een hoge patiënt/kliëntoriëntatie van de assistentes groter zijn: frequenter contact van de assistentes met de patiënten/kliënten schept een goede voorwaarde voor een meer patiënt/kliëntgericht gedrag van de assistentes.

Onze resultaten geven echter ook aan dat naarmate de groepspraktijken en gezondheidscentra omvangrijker zijn hetgeen o.a. een groter aantal assistentes impliceert, de patiënt/kliëntoriëntatie van de assistentes geringer is.

In de discussie over een optimale omvang van groepspraktijken en gezondheidscentra, geven deze resultaten steun aan de voorstanders van kleinere groepspraktijken en gezondheidscentra, althans gezien vanuit de positie van de assistentes.

Afhankelijkheid van de assistentes t.o.v. de teamleden is voor de assistentes belonend; de voldoening die daar het gevolg van is, wordt nog meer gevoed door een geringe arbeidsverdeling.

Deze twee factoren kunnen beschouwd worden als kenmerken van de be-

roepsrol van de assistente, zoals deze al lange tijd bestaat: het duizend-poot-zijn t.b.v. de arts komt ten gevolge van de veranderingen in groepspraktijken en gezondheidscentra, met een grotere behoefte aan taakverdeling, onderlinge afspraken, grotere afstand met andere medewerkers van de organisatie etc., nu onder druk te staan.

Niettemin blijft de situatie zo, dat de tevredenheid van de assistentes met name bepaald wordt door de kenmerken van de historisch gegroeide rol van de assistente: een grote afhankelijkheid en een geringe arbeidsverdeling.

De kohesie in de groep assistentes in de groepspraktijken en gezondheidscentra is groter, naarmate het kommunikatieklimaat tussen de assistentes meer open is en naarmate de groep assistentes kleiner is. Indien we kohesie als een belangrijke dimensie beschouwen van het begrip groepsverantwoordelijkheid van de assistentes, dan is het stimuleren van groepsverantwoordelijkheid beter mogelijk wanneer het kommunikatieklimaat meer open is tussen de assistentes onderling en meer in kleinere dan in grotere praktijken en centra.

Het blijkt voorts dat de invloed van de assistentes op een aantal beslissingsgebieden meer voorkomt in gezondheidscentra dan in groepspraktijken, en bovendien groter is in gevallen waarin er sprake is van een meer open communicatie tussen assistentes en team. We kunnen stellen dat wanneer de assistentes ernaar streven de invloedsafstand tussen hen en de artsen te verkleinen en een grotere formele invloed op een groter aantal beslissingsgebieden te verkrijgen, dit het meest effect kan sorteren wanneer de communicatie tussen hen en de artsen meer open wordt.

Inspraak en herverdeling van invloed geschiedt in de eerste plaats via medezeggenschap, of samenspraak, zo men wil.

We hebben hiervoor gezien dat afhankelijkheid voor de assistentes bepalend is.

Hypothesen over relaties tussen bepaalde factoren en de afhankelijkheid blijken niet geverifieerd te zijn. Onze bevindingen luiden dan verder dat naarmate het aantal assistentes kleiner is - en dus de omvang van de praktijk of het centrum geringer - en naarmate de assis-

tentes een geringer streven hebben om de invloedsafstanden te herverdelen en naarmate er een grotere mate van specialisatie is, de afhankelijkheid groter is.

Afhankelijkheid als vorm van koöperatief gedrag van de assistentes t.o.v. de teamleden bleek een belangrijke bepalende faktor te zijn voor de tevredenheid van de assistentes; indien dan tevredenheid en vervolgens de afhankelijkheid van de assistentes als belangrijk voor het werkklimaat in groepspraktijken en gezondheidscentra worden ingeschat, dient de aandacht te worden gericht op de omvang van de organisatie, een herverdeling van de invloed van de diverse partners in de organisatie, zodanig dat partners kongruente invloedsposities t.o.v. elkaar innemen, en tot slot op mate waarin de partners - zowel assistentes als teamleden - een specialisatie van taken van de assistentes noodzakelijk vinden.

Het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden bleek belangrijke effecten te hebben op de tevredenheid en de mate waarin de assistentes beschikken over formele invloed op het reilen en zeilen van de praktijk of het centrum. We hebben echter moeten vaststellen dat het materiaal van deze studie weinig houvast geeft omtrent factoren die een meer open kommunikatieklimaat tussen teamleden en assistentes bepalen. De resultaten geven aan dat een grotere omvang van de technologische voorzieningen waarover de assistentes beschikken een direct positief effect heeft op een meer open kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden.

Het kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden is meer open, naarmate er een grotere omvang bestaat van de technologische voorzieningen, waarover de assistentes beschikken. Nadere bestudering van deze communicatie zou kunnen duidelijk maken of, en zo ja welke andere factoren een meer open kommunikatieklimaat tussen assistentes en teamleden kunnen bevorderen c.q. belemmeren.

In de paragrafen 7.1.7. en 7.1.8. staat tot slot beschreven dat naarmate het aantal assistentes groter is, het kommunikatieklimaat tussen de assistentes onderling en de organisatiedruk groter zijn.

4: Slotbeschouwing.

T.a.v. de relaties die wij hierboven genoemd hebben, geldt dat we ons niet aan de indruk kunnen onttrekken dat de omvang van groepspraktijken en gezondheidscentra - gemeten naar ofwel het aantal assistentes, ofwel naar het aantal teamleden - niet onaanzienlijke konsequenties heeft op een aantal voor de assistentes belangrijke aspecten. Immers, de resultaten lijken uit te wijzen dat naarmate de omvang van de praktijken of centra groter is, dit de patiënt/kliëntoriëntatie, de kohesie van de groep assistentes en het communicatieklimaat van de assistentes onderling onder druk zet.

Vanuit dit gezichtspunt is het de vraag of grootschalige groepspraktijken en gezondheidscentra uiteindelijk de verwachte baten zullen opleveren voor de patiënten/kliënten en de medewerkers van de praktijken of centra zelf.

BIJLAGE I: NOTEN.

Noot 1:

Onder assistentes verstaan wij al diegenen die zich op enigerlei wijze bezighouden met ondersteunende dienstverlening t.b.v. de organisatie van groepspraktijken en gezondheidscentra.

Noot 2:

Men kan stellen dat zaken als relatievorming, positie van assistentes in het team, aanpassingsverschijnselen van de leden in een samenwerkingsverband e.d. ook behoren tot kernproblemen van dergelijke samenwerkingsverbanden. Het is arbitrair deze zaken onder- of bovengeschiedt te achten aan het probleem dat wij hier signaleren; de afstemming van assistentes op uit te voeren taken.

Noot 3:

J. Roth heeft in een uitstekend artikel in American Journal of Sociology (Vol. 77, number 5, 839-856) controlemechanismen beschreven, waarover het personeel van een polikliniek kan beschikken om cliënten te selekteren: "When a person presents himself at an emergency department he inevitably sets off a process by which his worthiness and legitimacy are weighted and become a factor in his treatment".

Noot 4:

Oriëntatie en gedrag beïnvloeden elkaar wederzijds; naar het eerste kan men vragen, het tweede kan men waarnemen (visueel).

Noot 5:

Omgekeerd geldt dan volgens Blau en Scott (1962) dat de bureaucratische georiënteerden zich minder toeleggen op de vaardigheden en meer gericht zijn op groepen van mensen binnen het bedrijf.

Noot 6:

Algemeen: t.a.v. de gebruikte begrippen kan men in hoofdstuk 4 de operationalisering vinden.

Noot 7:

Het begrip capaciteit van een organisatie wordt later geoperationaliseerd naar het aantal assistentes per centrum of praktijk.

Noot 8:

De relatie tussen organisatiedruk en groepskohesie is uiterst complex. Men kan immers vooronderstellen dat naarmate de organisatiedruk groter is, de groepskohesie groter is, tot op een punt waarbij de solidariteit van de groepsleden onvoldoende is om de te grote werklast te verwerken. Dit punt is echter moeilijk te voorspellen, vanwege de werking van een groot aantal factoren, die niet in deze studie opgenomen zijn: bijv. de ruimtelijke spreiding van de groepsleden, de arbeidsmotivatie, de aard van de werklast e.d.

Noot 9:

Onder teamleden verstaan wij alle professionele hulpverleners; de onderscheiding tussen assistentes en teamleden is gemaakt op louter praktische gronden: zij betekent zeker geen onderwaardering van de inbreng van de assistentes.

Noot 10:

Zie bijlage III.

Noot 11:

Zie bijlage II.

Noot 12:

De groepspraktijk en de drie centra die bezocht werden, zijn eveneens opgenomen in de populatie van het onderzoek; een mogelijk bezwaar dat de hypothesen die opgesteld werden na de observatie weer bevestigd zouden worden middels de enquêtegegevens van deze vier, is nauwelijks terecht gezien de verschillen in de aard van de observatiepunten en de uiteindelijke kenmerken zoals deze ondergebracht zijn in het theoretisch schema.

Noot 13:

Een ander belangrijk bezwaar dat wij hier noemen in verband met de omvang van de populatie, is de aard van de organisaties die onderzocht worden. Immers, men kan zich afvragen of het zomaar geoorloofd is dat organisaties die verschillen in omvang van drie tot circa dertig organisatieleden beschouwd mogen worden als één populatie.

Noot 14:

Een konsekwentie van deze maat $\bar{x}$ -s is dat naarmate de spreiding groter

is - maximaal 1 -, en dus de consensus tussen de assistentes kleiner, de groepsscore in zijn totaal lager is.

Noot 15:

Een grotere motivatie zal met dit grotere overzicht voor het uitvoeren van de taken gepaard gaan, zo vooronderstellen wij. (Zie ook Wiegersma, "Sociale Arbeidpsychologie" - Haarlem, 1973, over taakroulering).

Noot 16:

Met zeer open kommunikatie wordt uiteraard slechts bedoeld datgene wat het gevolg is van een hoge score. Zaken als eenzijdig, tweezijdig initiatief, effect van overleg etc. worden niet in overweging genomen.

Noot 17:

Men kan zich afvragen of de eenduidige relatie "kapaciteitsuitbreiding - meer spanningsvrij werken" altijd wel op gaat: niet zelden betekent dat bij een grotere capaciteit een aantal nieuwe taken worden toebedeeld, waarmee het bedoelde effect: verlichting van de werklast teniet gedaan wordt.

Noot 18:

Belangrijk voor het invullen van deze vraag 13 is het actieve gebruik van de opgesomde voorzieningen door de assistente. Dit betekent dat we niet geïnteresseerd waren in het totaal voorradige voorzieningenpakket van de groepspraktijken of gezondheidscentra.

Noot 19:

Men kan gissen naar de oorzaken van deze teleurstelling. Van den Hout (1973) noemt als reden van de problemen met de assistentes het gemis aan overleg tussen assistentes en teamleden voor de feitelijke overstap.

Een andere reden zou kunnen zijn het gemis aan informatie voor de assistentes over wat de konsekventies kunnen zijn voor hun taken en hun positie.

Een laatste mogelijke reden, die wij hier noemen, zou het gemis kunnen zijn aan inzicht bij de teamleden zelf over de konsekventies van de overstap van solo- naar groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Noot 20:

De validiteit van de antwoorden is dubieus:

- gezien de schattingsfouten van de taaktijden;
- gezien de veranderlijkheid van de taaktijden over verschillende periodes.

Noot 21:

De Pearson-koëfficiënt geeft een hoge korrelatie aan tussen beide factoren; niettemin dient toch voorzichtigheid betracht te worden bij de planning van de praktijk of het centrum m.b.t. de relatie tussen de telefonische en "lijfelijke" bezoeken. Bijvoorbeeld geografische factoren kunnen tot konsekwentie hebben dat het telefonisch aanbod het andere aanbod verre overstijgt, hetgeen kan impliceren dat het personeelsbeleid en de technische organisatie hierop zal moeten worden afgestemd.

Bovendien moet niet worden onderschat dat bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld m.b.t. de spreekuren, een verhoogd telefonisch aanbod kunnen oproepen.

Noot 22:

Gegevens over enige gehanteerde begrippen:

		x	stand. deviat.	N
type organisatie		-	-	
	groepspraktijken (gp)	-	-	21
	gezondheidscentra (gc)	-	-	35
grootte	gp.	2.9	1.4	21
	gc.	9.9	5.0	35
aantal assistentes	gp.	3.6	1.7	21
	gc.	3.9	3.6	35
organisatiedruk	gp.	2.4	1.1	21
	gc.	2.5	1.2	35
aantal artsen	gp.	3.3	.6	21
	gc.	3.4	2.4	35
patiënt/kliënt-aanbod	gp.	4.8	3.0	21
	gc.	3.0	2.0	35
specialisatie	gp.	2.6	1.6	21
	gc.	2.1	1.7	35
technologie	gp.	2.5	0.5	21
	gc.	2.3	0.4	35

Noot 23:

Het begrip type organisatie is als volgt gekodeerd:

- 1: groepspraktijk;
- 2: gezondheidscentrum.

Noot 24:

Zie noot 22.

Noot 25:

Verdere gegevens over de gebruikte begrippen:

		$\bar{x}$	stand. deviat.	N
invloedsverdeling	gp.	1.0	0.7	21
	gc.	1.9	2.0	34
positie-inkongruentie	gp.	0.2	0.4	20
	gc.	0.9	1.8	35
formele invloed	gp.	2.6	0.5	21
	gc.	3.1	0.6	35

Noot 26:

Mulder (1972) formuleert het aldus:

De machtige streeft naar handhaving of vergroting van de machtsafstand t.o.v. minder machtigen; dit machtsafstandsstreven is sterker bij grotere machtsafstand. De machtige streeft naar verkleining van machtsafstand t.o.v. meer-machtige Ander. Deze machtsafstandsreduktie tendens is sterker bij kleinere machtsafstand.

Noot 27:

Gegevens over gebruikte begrippen:

		$\bar{x}$	stand. deviat.	N
kommun. assistentes	gp.	3.4	1.0	21
	gc.	3.1	1.1	35
kommun. ass.-teamleden	gp.	1.9	0.3	21
	gc.	2.2	0.7	35

Noot 28:

Voor regressie-analyse zie bijvoorbeeld:

Blalock, H.M.: Theory building and causal inferences. In H.M. Blalock & A.M. Blalock: Methodology in social research. New York 1968.

Noot 29:

Dat er geen relaties gevonden zijn is op zich niet verontrustend;
het kan wel een aanwijzing geven over de scherpthe van de opgestelde
hypothesen of de operationalisering van het gehanteerde begrip.

BIJLAGE II: INTRODUKTIEBRIEF.

Utrecht, 21 februari 1975,
CA 6522 CB/RdW/AvdG.

Aan de teamleden van de groepspraktijk
of het centrum.

Geachte teamleden,

Alhoewel deze brief in de eerste plaats bestemd is voor de assistentes richten wij ons tot het gehele team.

Dat doen wij in de eerste plaats omdat het probleem een algemeen probleem is: hoe funktioneren de assistentes zo doelmatig en effectief mogelijk, zodat ze zelf plezier hebben in het werk, de organisatie efficiënt en weinig kostbaar is en de patiënt tevreden.

Verder omdat als we van één categorie medewerkers extra werk vragen, ook de anderen daarvan "de dupe" kunnen zijn.

De bedoeling van deze enquête is, dat hij als hoeksteen fungeert in een onderzoek van de door ons hiervoor aangetrokken organisatie-socioloog P. Zuurbier. De resultaten daarvan moeten leiden tot meer duidelijkheid over de positie van de assistente in een gezondheidscentrum c.q. groepspraktijk. Dit is gebaseerd op het ervaringsfeit dat er vaak problemen zijn bij de overgang van de solopraktijk naar groepspraktijk, omdat de ene groep bij eenzelfde cliënten- c.q. patiëntenbestand met veel minder assistenteshulp blijkt te kunnen dan de andere etc.

- 1/ Wij hopen dat elke assistente strikt voor zichzelf dit formulier wil invullen en dit zo spoedig mogelijk wil retourneren, middels de ingesloten antwoortenvelope, welke U niet hoeft te frankeren.
- 1/

De resultaten van dit onderzoek worden gepubliceerd en U krijgt in elk geval daarvan een afschrift.

Volledig beseffend dat enquêteformulieren invullen niet ieders hobby is, verzoeken wij toch dringend om medewerking.

Hoogachtend,
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

C.P. Bruins, arts (direkteur)
R.A. de Widt (afd. Samenwerkingsvormen)

Bijlagen.

BIJLAGE III: ENQUETE

februari 1975
PZ / EvdV.

VERTROUWELIJK.

Geachte mevrouw / meijuffrouw,

Voor het invullen van de vragenlijst is het van belang dat U dat zoveel mogelijk zelf, zonder hulp van anderen, doet: het gaat om Uw mening. Probeert U zo zorgvuldig mogelijk te antwoorden op de vragen.

We beginnen dan eerst met een paar vragen over Uw werksituatie.

Vraag 1:

Hoeveel U ongeveer aangeven hoeveel patiënten/cliënten gemiddeld per dag aan de balie komen?

..... patiënten/cliënten

Vraag 2:

Hoeveel U ongeveer aangeven hoeveel patiënten/cliënten gemiddeld per dag Uw praktijk/centrum opbellen?

..... patiënten/cliënten

Vraag 3:

Bestaat er in het centrum/de praktijk waar U werkt als assistente een werkverdeling voor de assistentes?

- ☐ ja
- ☐ neen

Vraag 4:

Indien deze werkverdeling inderdaad bestaat tussen de assistentes, rouleert deze verdeling dan ook?

- ☐ ja
- ☐ neen
- ☐ niet van toepassing

Vraag 5:

Indien er ook een rouleringssysteem bestaat, geldt dat dan voor:

- ☐ een dag
- ☐ een week
- ☐ twee weken
- ☐ drie weken
- ☐ een maand
- ☐ (zelf in te vullen)
- ☐ niet van toepassing

vraag 6:

Wilt U aangeven hoeveel medewerkers het centrum/de praktijk telt?

- ... assistentes
- ... artsen
- ... tandartsen
- ... verloskundigen
- ... fysiotherapeuten
- ... maatschappelijk werkenden
- ... wijkverpleegsters of wijkverpleegkundigen
- ... opbouwwerkers
- (zelf in te vullen)

vraag 7:

Welke vakopleiding heeft U voor Uw huidige functie als assistente genoten?

- ☐ geen opleiding
- ☐ medisch secretaresse-opleiding
- ☐ verpleegstersopleiding
- ☐ apothekersassistente-opleiding
- ☐ doktersassistente-opleiding
- ☐ (zelf in te vullen)

vraag 8:

Heeft U een:

- ☐ full-time betrekking,
- ☐ ochtend betrekking of
- ☐ middag betrekking?

vraag 9:

Hoelang werkt U al in dit centrum/deze praktijk?

... jaren en ... maanden

vraag 10:

Hoeveel ervaring als assistente heeft U reeds in totaal, dus meegerekend de ervaring in deze praktijk/dit centrum en de vroegere ervaring in andere centra/praktijken?

... jaren en ... maanden

vraag 11:

Werkte U als assistente bij een van de team-medewerkers, toen deze nog als solo-hulpverlener werkte?

- ☐ ja
- ☐ neen

aag 12:

B. Deze vraag is bedoeld voor assistentes die ook ervaring in de solo-huisartspraktijk hebben.

e beoordeelt U Uw positie als assistente indien U Uw situatie van nu vergelijkt met situatie in de solo-huisartspraktijk?

ndt U Uw huidige situatie:

	helemaal niet	niet	zelden	soms	vaak	altijd
interessanter						
moeilijker						
eentoniger						
achteruitgegaan						
uitdagender						
vermoeiender						
afwisselender						

aag 13:

nt U aangeven welke onderstaande voorzieningen U gebruikt en hoeveel?

	aantal
telefoons	
typemachines	
fotocopieerapparaten	
stencilmachine:	
intercom	
bumifoon (:antwoordapparaat)	
opbergsysteem voor patiëntenkaarten	
archiefsysteem	
visiteboek	
afspraakboek	
bloed/urine/uitslagboek	
verwijzingsboek	
inschrijfboek	
assistentenwerkboek	
takenboek	
team-agenda	

☐
☐
☐

vraag 14:

Hoeveel tijd besteedt U aan de volgende activiteiten?

U moet hiervoor uitgaan van de dag dat U deze vragenlijst invult.

	aantal uren	aantal halve uren	aantal kwartier
1: contact met patiënten/cliënten aan de balie			
2: contacten met patiënten/cliënten via de telefoon			
3: administratieve zaken			
4: medische zaken (laboratorium, behandelkamer e.d.)			
5: huishoudelijke bezigheden			
6: financiële zaken			

vraag 15:

Wilt U aangeven hoe vaak U als assistente contact heeft met teammedewerkers (artsen, medisch schappelijk werkenden, fysiotherapeuten e.a.) over de volgende aangelegenheden?

Het gaat dus niét over contacten tussen U en de andere assistentes!

	nooit	minder dan eenmaal per maand	van eenmaal per maand tot eenmaal per week	meer dan eenmaal per week
1: over manieren om het plezier in het werk te verbeteren				
2: over manieren om de omgang met patiënten/cliënten te verbeteren				
3: over manieren om de samenwerking tussen alle praktijk/centrummedewerkers te verbeteren				
4: over Uw wijze van werken				
5: over Uw gedrag ten opzichte van sommige of alle collega's				
6: over de verwachtingen die Uw collega's hebben ten opzichte van U				
7: over persoonlijke problemen van Uzelf				
8: over Uw financiële situatie				

vraag 16:

Heeft U invloed op de aanschaf van goederen, die bestemd zijn voor de praktijk/het centrum (Zoals ECG-apparatuur, instrumenten, dictafoon etc.)

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen, niets

ag 17:

ft U invloed bij sollicitatie-procedures voor assistente-functies binnen de praktijk/het centrum?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen, niets

ag 18:

ft U invloed bij het vaststellen van de spreekuurtijden?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

ag 19:

ft U invloed bij het vaststellen van Uw werktijden?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

ag 20:

ft U invloed bij het vaststellen van Uw vakanties?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

ag 21:

ft U invloed bij het vaststellen van de indeling van Uw werk?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

ag 22:

ft U invloed bij het vaststellen van regelingen met instanties van buiten, zoals apotheken, ziekenhuizen, specialisten e.d.?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

ag 23:

ft U invloed bij het vaststellen van Uw salaris?

- ☐ ja, veel
- ☐ een beetje
- ☐ neen

vraag 24:

Heeft U invloed bij het vaststellen van de salarissen van de teammedewerkers?

- ☐ ja, veel
☐ een beetje
☐ neen

vraag 25:

Heeft U invloed bij het vaststellen van de vakanties van de teamleden?

- ☐ ja, veel
☐ een beetje
☐ neen

vraag 26:

Hoe vaak komen de volgende situaties binnen de groep assistentes voor?

	altijd	vaak	soms	zelden	no
1: alle assistentes kunnen goed met elkaar overweg					
2: een nieuwe assistente krijgt van de anderen duidelijke aanwijzingen hoe zij met de patiënten moet omgaan					
3: de assistentes overleggen over hoe ze met deze of gene patiënt moeten omgaan					
4: de gang van zaken binnen de groep assistentes wordt gezamenlijk vrijuit besproken					
5: onderlinge problemen worden uitgesproken					
6: de onderlinge informatie-uitwisseling tussen de assistentes loopt goed					
7: U tracht zoveel mogelijk informatie over patiënten/cliënten te krijgen omdat dit Uw werk beter mogelijk maakt					
8: assistentes-besprekingen					
9: overleg tussen de assistentes over de positie van de assistentes in de praktijk/het centrum					
10: er zijn nog al wat strubbelingen en wrijvingen onderling tussen de assistentes					
11: praten over je onzekerheid					

sonder volgen enkele uitspraken. Wilt U aangeven in hoeverre deze op Uw situatie van toepassing zijn. Als U vindt bijvoorbeeld dat een uitspraak op Uw situatie sterk van toepassing is, dan zet U een kruisje helemaal links:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

U vindt dat een uitspraak een beetje op Uw situatie van toepassing is, dan zet een kruisje in het midden:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Als U vindt dat een uitspraak helemaal niet op Uw situatie van toepassing is, dan zet het kruisje rechts:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 27:

Als je hier een tijdje gewerkt hebt, zie je geen verschillen meer tussen patiënten/cliënten. Ze zijn allemaal hetzelfde:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 28:

Regels moeten overtreden worden indien dat voor de patiënt/cliënt prettiger is:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 29:

Praktijk/het centrum zou veel beter lopen, als de patiënten/cliënten zich beter aan de afschriften zouden houden:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 30:

Patiënten/cliënten U opbellen, gaan praten over hun situatie thuis, hoe het met de kinderen gaat etc., moet je hen niet in de rede vallen:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 31:

Als je je inlaat met de gevoelens van een patiënt/cliënt raak je de kluts kwijt en gaat het fout lopen:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 32:

Als ik in gesprek ben met een patiënt/cliënt en tegelijkertijd wil een arts mij spreken, zal de arts moeten wachten, tot ik klaar ben met de patiënt/cliënt:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 33:

Als ik nou mocht kiezen, dan is het voor mij, als assistente, belangrijker dat de assistentes goed met elkaar omgaan dan dat de patiënten/cliënten tevreden over ons zijn:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

Ag 34:

Patiënten/cliënten hebben respect voor ons als assistentes:

s.v.t. ~~X~~ n.v.t.

vraag 35:

In een aantal praktijken/centra komen een aantal zaken voor die soms van belang zijn voor de assistentes. Wilt U aangeven in welke mate U de onderstaande taken als onderdeel van de functie van assistente belangrijk vindt?

	hoort niet tot de taak van een assistente	niet zo belangrijk	af en toe belangrijk	belangrijk
1: je inzetten voor de patiënt/cliënt				
2: zorgvuldig werken				
3: stipt uitvoeren van opdrachten van de teammedewerkers				
4: charme				
5: zorgen voor goede sfeer onder de assistentes				
6: snelheid in het werk				
7: administratieve vaardigheid				
8: representativiteit				
9: medische vaardigheid				
10: verantwoordelijkheid op je nemen				
11: het organiseren van de praktijk/het centrum				
12: financiële-boekhoudkundige vaardigheid				
13: tussenschakel zijn in de verhouding patiënt/cliënt en hulpverlener				
14: gezelligheid in het team brengen				

Wilt U bij de volgende vragen aangeven d.m.v. een kruisje in hoeverre de uitspraken op toepassing zijn.

vraag 36:

Ik stel zeer veel vertrouwen in de andere assistentes:

sterk van _____ niet van
toepassing _____ toepassing

vraag 37:

Ik zal de andere assistentes die hier werken later na mijn baan hier, nog heel vaak opzoeken:

sterk van _____ niet van
toepassing _____ toepassing

vraag 38:

Ik voel mij helemaal opgenomen in deze groep assistentes:

sterk van _____ niet van
toepassing _____ toepassing

39:

de assistentes die hier werken ook vaak buiten de werktijden, tijdens gezellige
feesten en feestjes enz.:

sterk van _____ niet van
toepassing toepassing

40:

et als assistente het recht hebben om te handelen naar eigen inzicht, wat de anderen
van mogen denken:

sterk van _____ niet van
toepassing toepassing

41:

el invloed hebben de volgende groepen mensen op het bepalen van het beleid van Uw
praktijk/het centrum?

	weinig of geen	enige	nogal wat	veel	zeer veel
artsen					
wijkverpleegsters					
maatschappelijk werkenden					
tandartsen					
assistentes					
fysiotherapeuten					
patiënten / cliënten					
(zelf in te vullen)					

42:

el invloed zouden naar Uw mening de volgende mensen behoren te hebben op het bepalen
het beleid in Uw praktijk/centrum?

	zeer veel	veel	nogal wat	enige	weinig of geen
patiënten/cliënten					
artsen					
wijkverpleegsters					
fysiotherapeuten					
assistentes					
tandartsen					
maatschappelijk werkenden					
leren					
(zelf in te vullen)					

Wilt U bij de onderstaande vragen met een kruisje aangeven hoe vaak op U de volgende situaties van toepassing zijn?

vraag 43:

Voelt U wel eens dat U het niet eens bent met de artsen in het team over wat zij U willen en hoe zij dat uitgevoerd willen zien?

ja, _____ neen,
heel vaak _____ nooit

vraag 44:

Vindt U dat de bovengenoemde medewerkers in het team beter dan U weten wat goed is?

ja, _____ neen,
heel vaak _____ nooit

vraag 45:

Vindt U dat het het beste is om te doen wat van U gevraagd wordt?

ja, _____ neen,
heel vaak _____ nooit

vraag 46:

Bent U het er mee eens dat de assistentes respect moeten hebben voor en bescheiden in acht moeten nemen ten opzichte van de teammedewerkers?

ja, _____ neen,
heel vaak _____ nooit

vraag 47:

Hoe prettig vindt U het werk dat U doet?

- ☐ niet prettig
- ☐ soms prettig
- ☐ vaak prettig
- ☐ altijd prettig

vraag 48:

Geeft Uw werk U de gelegenheid datgene te doen wat U naar Uw mening ook het beste

- ☐ neen, nooit
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, vaak
- ☐ ja, altijd

vraag 49:

Bent U tevreden met Uw situatie in deze praktijk/dit gezondheidscentrum?

- ☐ neen
- ☐ ja, soms
- ☐ ja, vaak
- ☐ ja, altijd

BIJLAGE IV: GERAADPLEEGDE LITERATUUR.

- Bambang Oetomo: Van asyl tot revalidatiecentrum; Leiden, 1970.
- Becker, H.: Notes on the concept of commitment. American Journal of Sociology 66; 1960, pp. 32-40.
- Berting, J. en Sitter, L.U. de : Arbeidssatisfactie, Assen, 1971.
- Blalock, H.M. and Blalock, A.M.: Methodology in Social Research, New York, 1968.
- Blau, P.M. and Scott, W.R.: Formal Organizations, San Francisco, 1962.
- Boesjes-Hommes, R.W.: De geldige operationalisering van begrippen, Meppel, 1974.
- Buchan, I.C. and Richardson, I.M.: Receptionists at work. The Journal of the Royal College of General Practitioners. Volume 22, number 118, May 1972.
- Bucher, R. and Stelling, J.: Characteristics of Professional Organizations. Journal of Health and Social Behaviour, vol. 10, number 1, March 1969.
- Cartwright, D. and Zander, A.: Group dynamics. Evanston, III, 1968.
- Cassee, E.Th. en Lammers, C.J.: Mensen in het ziekenhuis, Groningen, 1971.
- Cate, R.S. ten: Handboek voor de doktersassistente, Leiden, 1974.
- Corwin, R.G.: The professional employee: a study of conflict in nursing roles. American Journal of Sociology, 66 (1961), pp. 604-615.
- Clark, J.S.: Group practice. Edinburgh/London, 1971.
- Drury, M. and Kuensberg, E.V.: Inquiry into administrative activities in general practice. British Medical Journal, 3-10-1970.
- Dubois, V.E.: Het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord van een andere zijde belicht. Huisarts en Wetenschap, 1971, nummer 14, p.p. 137-138
- Durno, D.: The secretary in general practice. The Journal of the Royal College of General Practitioners. Volume 19, number 94, May 1970.
- Gouldner, A.W.: Cosmopolitains and locals. Administrative Science Quarterly, 2 (1957-1958), pp. 281-306, 444-480.
- Groffens, W.H.: Horizontaal organiseren. Alphen aan de Rijn, 1963.
- Grusky, O.: Role conflict in organization. Administrative Science Quarterly, 3 (1959), p.p. 452-472
- Haas, J.E. and Drabek, T.E.: Complex Organizations. New York, 1973.

- Handbook of Social Psychology. ed. Gardner e.a.; Mass. USA, 1968.
- Hout, W.P. van den: Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: opzet en start van een samenwerkingsproject. Huisarts en Wetenschap, 1971, 14, p.p. 129-136.
- Hout, W.P. van den: Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentesbestand. Huisarts en Wetenschap, 1973, 16, p.p. 187-193.
- Hrebiniak, L.G. and Alutto, J.A.: Organizational commitment among professionals, Administrative Science Quarterly, 36 (1972), pp.555-573.
- Katz, D. and Kahn, R.L.: The Social Psychology of Organizations. New York, 1966.
- Kipnis, D.M.: Interactions between members of bombing crews as a determinant of sociometric choice; Human Relations 10 (1957)p.p. 263-270.
- Likert, R.: New patterns of management, New York, 1961.
- Mayo, E.: The social problems of an industrial organization. Cambridge, Mass., 1945.
- Morse, N. and Reimer, E.: The experimental change of a major organizational variable. Journal of Abnormal Social Psychology, 1956,p.p. 120-129
- Mulder, M.: Het spel om macht. Meppel, 1972.
- Nie, M.H., Bent, D.H. and Hull, C.H.: Statistical package for social sciences. Spss. New York, 1970.
- Part-time arbeid. uitgave COP/SER, 1975.
- Pearlin, L.I. and Rosenberg, M.: Nurse-patient: social distance and the structural context of a mental hospital. Administrative Science Quarterly, 27 (1962), pp. 56-65.
- Pugh, D.S., Hicks, D., Hinings, C. and Turner, C.: Dimensions of organization structure. Administrative Science Quarterly, 1968.
- Receveur, A.: "Withuis": verslag van een gezondheidscentrum in oprichting. Huisarts en Wetenschap, 16, 1973, p.p. 125-130.
- Roth, A.R.: Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: The case of the Hospital Emergency Service. American Journal of Sociology, volume 77, number 5, p.p. 839-856.
- Schouten, J.: Vrijheid in het werk, Meppel, 1974.
- Seashore, S.E.: Group cohesiveness in the industrial workgroup, Michigan, 1954.

Siegenbeek van Heukelom-de Boer, M.M.: De vorming van groepspraktijken, Utrecht, 1972.

Sitter, L.U. de: Technologie en organisatie, Alphen aan de Rijn, 1974.

Smith, C.G. en Tannenbaum, A.S.: Organizational control structure.

Human Relations, (1964), pp. 299-316.

Turk, H.: Social cohesion through variant values evidence from medical role relations. Administrative Science Quarterly, 28 (1963), p.p. 28-36.

Widt, R.A. de: Gezondheidscentra, Utrecht, 1974.

Widt, R.A. de: Groepspraktijken, Utrecht, 1974.

Wilensky, H.L.: The professionalization of everyone. American Journal of Sociology, 70 (1964), p.p. 137-158.

