

# Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (X)

## Enige aspecten van de organisatie en werkwijze van het gezondheidscentrum - beoordeeld door de cliënten

H. F. J. M. CREBOLDER, HUISARTS TE VENLO

In deze laatste beschouwing van het opinie-onderzoek bij cliënten, worden enige bedrijfsmatige aspecten van het gezondheidscentrum bestudeerd.

Schaalvergroting hoeft niet tot verschraling of verzakelijking van de sfeer en dienstverlening te leiden.

Continue bereikbaarheid van een huisarts wordt als het grootste voordeel genoteerd!

Een huisartspraktijk is een bedrijf. *Ten Cate* heeft dat uitvoerig beschreven. Er is een speciale ruimte om te werken, er is gereedschap (instrumentarium, laboratorium), administratie moet worden bijgehouden, er is personeel (assistente) in dienst en er zijn regels en procedures om het bedrijf gaande te houden. Doordat de traditionele praktijkvoering gewoonlijk in het woonhuis van de bedrijfseigenaar, tegelijk bedrijfsleider, plaatsvindt, zijn de bedrijfsmatige kanten daarvan niet in het oog lopend.

Het woord huis-arts heeft eigenlijk een dubbele betekenis; het duidt erop dat hij de arts is die de cliënten thuis bezoekt en tevens dat de bedrijfsvoering geschiedt vanuit zijn woonhuis. De voordelen van dit laatste zijn zeer wezenlijk. De drempel is laag voor de cliënt. De stap van het eigen huis naar het woonhuis van de dokter is klein. De sfeer is er heel anders dan in een ziekenhuis. Men behoeft niet per se ziek te zijn om er binnen te gaan. Kortom, het is de vorm van officiële geneeskunde die het dichtst bij de cliënten staat. Dikwijls (denk aan dorpen en kleine stedén) ligt de woning van de huisarts midden in zijn praktijkgebied. Daardoor zal hij voeling (kunnen) hebben met het sociale leven van die gemeenschap. „De huisarts is in de gezondheidszorg degene die het sterkst is betrokken bij de sociale relaties van de patiënt” (*Tellegen*).

Voor sommige huisartsen zal de verwevenheid van werk en privé-leven een aangename en „integrale” wijze van bestaan zijn. Anderen zullen de directe of indirecte betrokkenheid en belasting van het gezinsleven door de praktijk-aan-huis, juist niet waarderen.

## Enige vragen en veronderstellingen

Wat verandert er, bedrijfsmatig gezien, voor de cliënt als zijn huisarts vanuit het vertrouwde praktijkhuis verhuist naar een gezondheidscentrum? Deze zal dan (kunnen) waarnemen dat zijn huisarts samenwerkt met andere huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners in een voor dat doel ontworpen gebouw.

De kernwoorden in deze laatste zin zijn: ... „samenwerkt” ... en ... „een gebouw”. Dat duidt dan ook meteen op de dubbele betekenis van het woord gezondheidscentrum. Het representeert de idee van een specifieke vorm van samenwerking en duidt tegelijkertijd op de lokaliteit waarin en waaruit die samenwerking wordt gerealiseerd.

De visie van de cliënten op de diverse disciplines en hun samenwerking is in de vorige artikelen al aan de orde geweest (*Crebolder*). In deze bijdrage zullen wij ons vooral richten op enige aspecten van de bedrijfsvoering die voor de cliënt van belang zijn. De interne organisatie, die zich onttrekt aan de beoordeling van de cliënt, is al eerder in grote trekken beschreven (*Receveur*).

Bij die beoordeling door de cliënt zijn twee normen in het geding. In hoeverre is de bedrijfsvoering doelmatig (efficiënt) en in hoeverre is zij ook doeltreffend (effectief)? Onder doelmatigheid verstaan wij in deze context de mate waarin het mogelijk was de voordelen van de schaalvergroting te combineren met de authentieke waarden van de traditionele situatie. Wij waren bijvoorbeeld bang de indruk van een ziekenhuispolikliniek te wekken en vroegen ons af of er bezwaren zouden zijn tegen de centrale positie van de assistente binnen

de organisatie. Zij is in persoon de centrale via wie alle communicatielijnen van cliënt naar hulpverlener lopen. Een belangrijke vraag leek ons ook, hoe de hulp bij spoedeisende visites door de cliënten wordt gewaardeerd. Een interne dienstregeling voorziet er in dat bij toerbeurt steeds een van de artsen vier en twintig uur dienst doet voor spoedeisende gevallen.

Wat is een doeltreffende (effectieve) bedrijfsvoering? Daarvan zou men kunnen spreken als de mate van overeenkomst tussen het gestelde en bereikte doel voldoende is. Het gestelde doel is „het bieden van integrale eerstelijns gezondheidszorg, positief, preventief, anticiperend en curatief alsmede het bevorderen van de welzijnszorg” (statuten van de Stichting gezondheidscentrum Withuis). Het is niet de bedoeling een antwoord te geven op de vraag in welke mate deze pretentieuze doelstelling is of wordt gerealiseerd. De methodologische problemen zouden gigantisch zijn. Het enige wat wij aan de cliënt kunnen vragen is of hij vindt dat hij goed is behandeld, hoe subjectief dat criterium ook moge zijn. En dat hebben wij gedaan.

## Methode van onderzoek en beschikbare gegevens

De methode van onderzoek werd reeds beschreven\*.

Dit onderdeel van onze studie is oriënterend en beschrijvend. Slechts enkele aspecten komen aan de orde. Expliciete verwachtingen worden niet geformuleerd. De gegevens uit 1972 dateren van ongeveer één jaar vóór de opening van het Withuis, die van 1974 en 1976 van één respectievelijk drie jaren na de opening. De beschikbare gegevens kunnen wij onderverdelen naar de vragen en uitspraken die te maken hebben met doelmatigheid (efficiëntie) en/of doeltreffendheid (effectiviteit) van de organisatie.

*A Over de doelmatigheid.* Gevraagd werd of het nu beter is geregeld dan vroeger, of men zich in zo'n gezondheidscentrum gaat voelen als in een ziekenhuis. Gevraagd werd naar de plaats van de assistente in het gebouw en naar de hulp bij spoedeisende gevallen door een andere dan de eigen huisarts.

*B Over de voor- en nadelen.* Open vragen werden gesteld naar de voor- en nadelen van de samenwerking in een gezondheidscentrum. Omdat deze vragen ele-

\* (1974) huisarts en wetenschap 17, 423, (1976) ibidem 19, 94 en (1977) ibidem 20, 178.

menten bevatten van beide aspecten van de bedrijfsvoering, de doelmatigheid en de doeltreffendheid, worden zij apart beschouwd.

C *Over de doeltreffendheid.* Zoals reeds werd vermeld is over dit onderwerp slechts één vraag gesteld: wordt u beter geholpen?

N.B.: de relevante achtergrondkenmerken zijn ondergebracht in *tabel 2*.

## Bespreking van de beschikbare gegevens

A. *Over de doelmatigheid.* De gegevens van dit onderdeel zijn te vinden in de *tabel 1a* en *1b*. De reacties op de eerste uitspraak in *tabel 1a* duiden erop dat een vergrote efficiëntie in de bedrijfsvoering wordt ervaren. Het grootste deel van de cliënten, dat zich in 1972 neutraal (= geen mening) opstelde, is al in 1974 naar de „geheel mee eens”-categorie verschoven. De ouderen vinden het beter geregeld dan de jongeren, evenals de gehuwden, weduwnaars, frequente spreekuurbezoekers en ziekenfonds-verzekerden. Bij de tweede uitspraak zien wij dat het percentage cliënten, dat in 1976 nog het gevoel heeft in een ziekenhuis te zijn, minder dan tien procent bedraagt. Onder hen bevinden zich relatief veel ouderen en gehuwden. Degenen, die vaak het spreekuur bezoeken, hebben juist minder vaak het gevoel in een ziekenhuis te zijn. Een aanvankelijke afwachtende houding is in een positieve richting verschoven. Onze vrees dat de duidelijk zichtbare centrale positie van de assistenten aan de balie en de telefoon te opvallend zou zijn, wordt in het geheel niet bevestigd. Juist die cliënten, die het meest contact hebben gehad met de assistenten zijn het het

minst eens met de voorgelegde uitspraak. Dat zijn namelijk de frequente spreekuurbezoekers en degenen die een spoedeisende visite hebben meegemaakt.

### Spoedvisites

Als wij de uitkomsten in *tabel 1b* nalopen, kunnen wij constateren dat tien tot vijftien procent van de respondenten aangeeft per jaar een spoedgeval te hebben meegemaakt. Het percentage spoedgevallen in het Withuis lijkt, zeker in 1976 ( $p < 0,05$ ), hoger te liggen dan in de controlegroep. Past dit bij de al eerder gevonden verschillen in spreekuur-consumptie en tevredenheid over de eigen gezondheid (*Crebolder*), of zijn de artsen van het Withuis eerder geneigd op een verzoek om een spoedvisite in te gaan? Als de dokter onverwijd komt wordt het spoedeisende ka-

rakter van de visite immers bevestigd. Of komt het doordat dikwijls de assistente en/of de niet-eigen huisarts de mate van spoedeisendheid beoordeelt en men dan geen risico neemt en aan het verzoek van de cliënt tegemoetkomt? In een onderzoek in Wassenaar (*Boon-Derksen*), waar dezelfde vraag werd gesteld, vond men een percentage van ruim tien.

In meer dan de helft van de gevallen werden de cliënten van het Withuis bezocht door een samenwerkende arts in plaats van de eigen huisarts. De ervaring met die andere (samenwerkende) huisarts werd door tenminste driekwart der ondervraagden als „hetzelfde” in vergelijking met de eigen huisarts beoordeeld. Deze bevinding, hoewel gebaseerd op kleine aantallen, ondersteunt onze indruk dat, afgezien van het weekeinde, een dagelijkse

*Tabel 1a. Enige uitspraken over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van het Withuis - in procenten. N = 465.*

		Helemaal mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Geen mening	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
1. Het zal nu beter geregeld zijn dan vroeger Het is nu beter geregeld dan vroeger	1972	37,5	18,4	39,0	2,4	2,7
	1974	72,6	11,5	12,0	2,4	1,5
	1976	75,3	8,1	14,3	1,3	1,1
			$\chi^2 = 128,2$	$df = 4$	$p < 0,000$	
2. In zo'n gezondheidscentrum zul je je wel voelen alsof je in een ziekenhuis bent In het Withuis voel je je alsof je in een ziekenhuis bent	1972	9,8	15,6	41,6	8,9	24,1
	1974	8,3	8,1	17,7	5,1	60,7
	1976	6,0	3,6	14,5	7,5	68,4
			$\chi^2 = 134,2$	$df = 4$	$p < 0,000$	
			$\chi^2 = 15,6$	$df = 4$	$p < 0,005$	
3. De assistenten nemen in het Withuis-gebouw een veel te opvallende plaats in	1974	5,3	4,3	29,1	4,1	57,3
	1976	2,1	3,6	23,0	4,7	66,5
				$\chi^2 = 13,2$	$df = 4$	$p = 0,01$

*Tabel 1b. Het vóórkomen van spoedeisende visites en de ervaring met de niet-eigen huisarts - in procenten.*

	Withuis N = 465				Controle N = 449				
1. Hebt u de laatste 12 maanden wel eens meegemaakt dat de dokter gewoon in de week, dus niet in het weekend, met spoed moest komen?	1974	13,1		ja		11,1			
	1976	15,5				10,9			
				$\chi^2 = 4,13$	$df = 1$	$p < 0,05$			
		Ja, mijn eigen huisarts	Neen, een arts met wie mijn huisarts nauw samenwerkt	Neen, een van de andere huisartsen uit de stad	Totaal				
		Withuis	Controle	Withuis	Controle	Withuis	Controle		
2. Zo ja, kreeg u toen uw eigen huisarts?	1974	44	82	52	4	4	14	100 (N = 61)	100 (N = 50)
	1976	46	76	49	4	5	20	100 (N = 72)	100 (N = 49)
		Beter	Hetzelfde	Minder goed	Totaal				
		Withuis	Controle	Withuis	Controle	Withuis	Controle	Withuis	Controle
3. Indien u niet uw eigen huisarts kreeg, hoe was uw ervaring met deze andere huisarts?	1974	6	13	88	37	6	50	100 (N = 34)	100 (N = 9)
	1976	16	8	74	54	10	38	100 (N = 39)	100 (N = 12)

Tabel 2. Significante verbanden van achtergrondkenmerken en voorgelegde uitspraken en vragen ( $p < 0,05 = +$ ;  $p < 0,01$  of minder = ++).

Achtergrond-kenmerken*		Beter geregeld?	Ziekenhuis-sfeer?	Assistente te centraal?	Spoedgeval meegemaakt?	Voordelen van samenwerking	Nadelen van samenwerking	Beter geholpen?
		Withuis	Withuis	Withuis	Withuis Controle	Withuis Controle (alleen 1976)	Withuis Controle (alleen 1976)	Withuis
Leeftijd	1972		+				++	
	1974	+	++		+			++
	1976	+				+	+	+
Burgerlijke staat	1972							
	1974	++	++		+			
	1976	++						++
Verzekering	1972	+				+	++	+
	1974	++				+		
	1976	++				+	++	++
Spreekuur-consumptie	1974	++	++	++	++			
	1976		++		++	+		+
Consumptie visites	1974				++			
	1976				++	++		
Tevredenheid gezondheid	1974				++			
	1976				++	+	++	
VOEG	1974				++			
	1976				++	++		
Spoedgeval meegemaakt	1974			++				
	1976							+
Gebruik maatschappelijk werker	1974							
	1976				++	++	+	
Gebruik wijkverpleegkundige	1974							
	1976				++	++		

\* Voor definiëring achtergrondkenmerken zie (1977) huisarts en wetenschap 20, 178.

„dienstregeling” – in de ogen van de cliënten – niet tot kwaliteitsverlies van de zorg behoeft te leiden.

In de controlegroep worden, zoals te verwachten, bijna alle spoedvisites door de eigen huisarts verricht.

Bij de bestudering van de achtergrondkenmerken (tabel 2) vonden wij verbanden tussen spoedboodschappen en een veelvuldig spreekuur-bezoek, veel visites, ontevredenheid over de eigen gezondheid en een hoge score op de VOEG-lijst. Verder was het opvallend dat er in 1976 in beide groepen een sterke relatie was tussen het gebruik maken van het maatschappelijk werk en wijkverpleging enerzijds en spoedvisites anderzijds. Het gaat hier kennelijk om een „high risk”-groep waarmee vele hulpverleners bezig zijn.

Het zou niet moeilijk zijn geweest nog allerlei andere aspecten van de bedrijfsvoering naar voren te brengen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de regeling van de spreekuren. Uit een bedrijfskundig onderzoek naar de wachttijden in het Withuis (Halfkamp) blijkt dat de spreekuren nog verre van ideaal zijn georganiseerd. Ook de indeling en aankleding van de wachtruimte, de opvang aan de balie en dergelijke kwamen niet ter sprake. Toch menen wij te mogen concluderen dat niet is aangetoond dat de schaalvergroting tot

verschraling en verzakelijking van de sfeer en de dienstverlening heeft geleid.

B Over de voor- en nadelen van de samenwerking in een gezondheidscentrum. De Withuis-cliënten werd in 1972 en in 1976 via open vragen de gelegenheid geboden eventuele voor- en nadelen te noteren. Abusievelijk zijn die vragen in 1976

ook in de formulieren van de controlegroep opgenomen. Zodoende kunnen wij ook kennis nemen van het oordeel van een groep cliënten, die geen ervaring heeft met een multidisciplinair team. De response was gemakkelijk in de categorieën onder te brengen, zoals weergegeven in tabel 3. Onder „efficiëntie, betere organisatie” vallen antwoorden als: alle hulp ge-

Tabel 3. Welke voordelen respectievelijk nadelen ziet u in de samenwerking in een gezondheidscentrum? - in procenten

	Withuis N = 465		Controle N = 449	
	1972	1976	1976	
<b>Voordelen</b>				
Geen voordelen	7,5	1,7	11,1	
Geen mening of onbekend	37,6	15,5	45,5	
Wel voordelen (totaal)	54,9	82,8	43,4	
- vele (zonder nadere omschrijving)	3,9	7,2	4,0	
- efficiëntie, betere organisatie	16,8	10,8	9,0	
- altijd een arts aanwezig	8,2	38,2	9,1	43,3
- betere gezondheidszorg	21,2	26,4	20,6	
- voor de artsen beter	3,7	0,2	0,7	
- andere	1,1	0,0	0,0	
<b>Nadelen</b>				
Geen nadelen	35,5	50,7	18,0	
Geen mening of onbekend	41,7	37,1	57,4	
Wel nadelen (totaal)	22,8	12,2	24,5	
- ja (zonder nadere omschrijving)	2,6	1,1	0,7	24,5
- verzakelijking	17,2	9,0	21,4	
- andere	3,0	2,1	2,4	

concentreerd, niet zo vlug naar het ziekenhuis, samenwerking, meer technische mogelijkheden. Bij „betere gezondheidszorg” behoren: betere begeleiding, vroegtijdig herkennen van aandoeningen, totale benadering van de mens. Bij de categorie „verzakelijking” denke men aan antwoorden als: onpersoonlijk, patiënt wordt nummer.

Bij de bestudering van deze belangrijke tabel valt het op dat de inzichten van de Withuis-cliënten van 1972 en die van de controlegroep in 1976 op vele punten tamelijk parallel lopen. Die punten, waar de percentages tussen Withuis 1972 en controlegroep 1976 erg uiteenlopen, zijn goed te verklaren. De cliënten van het Withuis hadden in 1972 al enige informatie gekregen over de plannen voor het te bouwen gezondheidscentrum. Deze informatie beïnvloedde wellicht de waardering voor „efficiëntie en betere organisatie” bij de genoemde voordelen. De categorie „geen nadelen” is in 1972 bij het Withuis tweemaal hoger dan die bij de controlegroep in 1976. Wij vermoeden dat het al dan niet betrokken zijn van de eigen huisarts bij zulk een initiatief, het oordeel in positieve dan wel negatieve zin zal beïnvloeden („Wat vader doet, is altijd goed!”). Het meest in het oog springende verschil tussen Withuis 1972 en 1976 vinden wij bij de „voordelen”. De categorie „altijd een arts aanwezig” steeg van 8,2 naar 38,2 procent en bereikte daarmee de hoogste score van alle genoemde voordelen.

## Bereikbaarheid

Dat de gemakkelijke en continue bereikbaarheid van een huisarts in zulk een sterke mate als het grootste voordeel wordt aangegeven, heeft ons verrast. Wil dat zeggen dat de huisarts in de oude situatie onvoldoende bereikbaar was? Goede eerstelijns gezondheidszorg betekent voor de cliënt kennelijk in eerste instantie voortdurende bereikbaarheid! Het geeft de cliënten een veilig gevoel als zij er zeker van zijn dat op een bepaalde plaats steeds een – meer of minder bekende – huisarts beschikbaar is.

Continuïteit in deze zin wordt of is misschien wel belangrijker dan in die andere betekenissen van continue zorg, die betrekking heeft op de jarenlange zorg en begeleiding van gezinsleden. In een recent artikel (*Schouwstra*) wordt het onderscheid tussen die twee betekenissen van continue zorg helder uiteengezet. *Schouwstra* zegt daar ook dat „een vast samenwerkingsverband het voordeel heeft dat steeds dezelfde mensen waarnemen en de patiënten ook met hen vertrouwensrelaties kunnen hebben. Het overdragen van de behandeling kan gemakkelijk en de

hulpverleningssituatie is voor de patiënt overzichtelijk (= veilig!) op onregelmatige tijden”. Wij kunnen zijn visie geheel onderschrijven.

Het percentage Withuis-cliënten dat nadelen heeft genoteerd is van 22,8 tot 12,2 procent gedaald. De hoofdmoot van de met name genoemde nadelen komt voor rekening van „verzakelijking”. Wij mogen vaststellen dat de vrees voor verzakelijking in werkelijkheid erg is meegevallen. Er zijn bij de bestudering van de achtergrondkenmerken enige interessante bevindingen gedaan. De particulier verzekerden zien in beide groepen zowel meer voor- als nadelen. Dat werd ook gevonden in het zogenaamde PGP-onderzoek (*Heydendael en anderen*). De hogere beroepsklassen hadden daar in positieve en in negatieve zin meer commentaar dan de lagere beroepsklassen. Bij het Withuis in 1972 en bij de controlegroep in 1976 vonden wij dat de jongeren vaker voordelen en minder vaak nadelen vermeldde. Hoe ouder men is, des te afwachtender is de opstelling.

Bij een hoge spreekuur-consumptie worden in 1976 vaker voordelen aangegeven in het Withuis. De ervaring van de afgelopen jaren is kennelijk gunstig geweest. De cliënten van de controlegroep, die zeer ontevreden zijn over hun gezondheid, stellen zich neutraal op ten aanzien van de voor- en nadelen. Degenen van deze groep, die een spoedgeval hebben meegemaakt, verwachten of geen nadelen of juist vaker nadelen dan de anderen. Zij hebben een nogal uitgesproken mening. Verbazingwekkend was de bevinding bij de controlegroep dat de gebruikers van het maatschappelijk werk minder voordelen in de samenwerking zagen dan de overige cliënten.

Er zijn ons drie nederlandse onderzoeken bekend waarbij ook aan de cliënten is gevraagd om voor- en nadelen van een samenwerkingsverband op te sommen. Dat is steeds gebeurd nadat de samenwerking voor de cliënten reeds duidelijk vorm had gekregen. Hierdoor en door een wat andere formulering of verwerking zijn de uitkomsten van die onderzoeken slechts in beperkte mate vergelijkbaar.

In het al genoemde onderzoek in Wassenaar (*Boon-Derksen*), waar onze vragenlijst werd gebruikt, noemde 74 procent van de cliënten voordelen en 26 procent nadelen. Ook daar kwam bij de voordelen de categorie „altijd een arts aanwezig” als grootste uit de bus: 33 procent. Bij de nadelen werd exact hetzelfde percentage voor „verzakelijking” gevonden als bij het Withuis in 1972, namelijk 17,2 procent.

Bij het *Itoba*-onderzoek naar de opzet en functie van een aantal gezondheidscentra

vermelde ruim de helft van de onderzochten alleen voordelen, 9 procent alleen nadelen en 38 procent voor- en nadelen. En tenslotte het al aangehaalde PGP-onderzoek: ruim 25 procent noemt voordelen en ruim 6 procent nadelen. Door 36 procent werden voor- en nadelen aangegeven. Bij deze laatste populatie gaat het in feite om een pseudogroepspraktijk en niet om een gezondheidscentrum.

De algemene indruk is dat cliënten de voor- en nadelen van een samenwerkingsverband onderkennen. Over de mogelijke consequenties van dat onderkennen kan men speculeren. Die zijn in deze studie niet onderzocht.

*C Over de doeltreffendheid.* Bij de beoordeling van de effectiviteit of doeltreffendheid – en daarom gaat het tenslotte – wordt het glibberige pad van de kwaliteitsbeoordeling betreden. Is de behandeling, de zorg nu ten minste even goed of zelfs beter dan voordien?

Er zijn vele invalshoeken om die vraag te beantwoorden (*Kortbeek*): vanuit de medische professe, vanuit de ziekenfondsen, vanuit een of andere ideologie of politieke opvatting, vanuit de doelstelling van de werkers in het gezondheidscentrum zelf. Elk van deze groeperingen zal de vraag: wat is goed, wat is beter, anders beoordelen.

Onze invalshoek is die van de cliënt. Aan hem is gevraagd te oordelen over de (te verwachten) hulp (*tabel 4*). Het blijkt dat de afwachtende opstelling van 1972 (38,4 procent „geen mening”) is veranderd in een zeer positieve in 1976 (65,0 procent „helemaal mee eens”). Minder dan vijf procent tekent nog bezwaar aan tegen de uitspraak. De grootste verschuiving is opgetreden in de periode 1972-1974, dus in de periode dat het gezondheidscentrum van start is gegaan. Bij nadere analyse bleek dat het vooral de ouderen, de gehuwden, de frequente spreekuurbezoekers en de ziekenfondsverzekerden waren, die zich beter geholpen voelden. Bij die ouderen, gehuwden en frequente spreekuurbezoekers is dat wel te begrijpen. Er is daar sprake van een hogere contactfrequentie; daardoor verkeren zij in een positie om met meer overtuiging te oordelen.

Dat de ziekenfonds-cliënten positiever oordelen dan de particulier verzekerden is opmerkelijk. In onze handelwijze hebben wij nooit onderscheid gemaakt naar de wijze van verzekering. Wellicht zoekt de particulier verzekerde toch een meer privé-behandeling dan de anders verzekerde; vindt hij die niet voldoende in een gezondheidscentrum, in casu het Wit-

Tabel 4. Beter geholpen? - in procenten N = 465.

		Helemaal mee eens	Gedeeltelijk mee eens	Geen mening	Gedeeltelijk mee oneens	Helemaal mee oneens
Ik denk dat ik in het gezondheidscentrum in het algemeen beter geholpen zal worden	1972	33,5	21,6	38,4	4,0	2,5
In het Withuis word ik in het algemeen beter geholpen	1974	56,8	13,2	24,4	1,9	3,6
	1976	65,0	11,3	18,8	1,7	3,2

$\chi^2 = 57,6$      $df = 4$      $p < 0,000$

huis? Overigens zijn ter motivering van deze veronderstelling in de overige onderdelen van deze studie geen aanwijzingen gevonden.

Het zij vermeld dat die cliënten, die het dermate oneens waren met de werkwijze van het gezondheidscentrum dat zij een huisarts daarbuiten hebben gezocht, zich natuurlijk niet onder de respondenten bevinden. Dat kan enige vertekening geven. Maar met alle aan één indicator inherente betrekkelijkheid menen wij toch te mogen concluderen dat het gezondheidscentrum doeltreffend heeft gewerkt. Wij komen tot deze conclusie mede op grond van de andere in dit en in de vorige artikelen vermelde gegevens.

## Conclusies

1 Voor zover wij konden nagaan, heeft naar de mening van de cliënten, de schaalvergroting niet geleid tot verschrapping en verzakelijking van de sfeer en dienstverlening in het gezondheidscentrum. Men vindt dat het beter is geregeld dan vroeger. De ervaringen met een samenwerkende huisarts in plaats van de eigen huisarts bij spoedvisities zijn geruststellend.

2 Na enige jaren bedrijfsvoering van het gezondheidscentrum noemen veel meer cliënten voordelen, veel minder van hen nadelen. De continue bereikbaarheid van een huisarts wordt als grootste voordeel aangegeven. De vrees voor verzakelijking blijkt aanzienlijk minder te zijn geworden.

3 De belangrijkste conclusie achten wij dat een overgrote meerderheid van de cliënten zich binnen de nieuwe organisatie en de daarmee gepaard gaande werkwijze beter geholpen weet.

## Beschouwing

Hoewel dit onderdeel van het evaluatieonderzoek slechts beperkt van opzet was, is de verkregen informatie van aanzienlijk belang. Vooral de bevinding dat de continue bereikbaarheid van een huisarts als een groot goed van het gezondheidscentrum wordt aangemerkt, is een vingerwij-

zing voor de huidige (gebrekkige) organisatie van de eerste lijn. Dat de meeste cliënten zich beter geholpen weten, stimuleert ons op de ingeslagen weg voort te gaan.

*Samenvatting. Aspecten van de bedrijfsvoering van het gezondheidscentrum Withuis werden onderzocht. Onderscheid wordt gemaakt tussen efficiëntie en effectiviteit. Schaalvergroting heeft, voor zover na te gaan, niet tot verschrapping en verzakelijking van de sfeer en de dienstverlening geleid. De cliënten vinden dat het beter geregeld is dan vroeger. De ervaringen met een samenwerkende huisarts in plaats van de eigen huisarts bij spoedvisites zijn geruststellend. De continue bereikbaarheid van een huisarts wordt als het grootste voordeel van het gezondheidscentrum aangegeven. Een overgrote meerderheid van de cliënten weet zich binnen de nieuwe organisatie en daarmee gepaard gaande werkwijze beter geholpen.*

*Summary. Studies concerning the Withuis health centre in Venlo (X). Some aspects of organization and procedure as evaluated by the clients. Some aspects of management of the Withuis health centre were studied. A distinction is made between efficiency and efficacy. So far as could be established, the scale-up has not led to attenuation and depersonalization of the contacts and services offered. The clients regard the organization as better than it used to be. Experiences with a team physician other than the family doctor at emergency calls have been encouraging. The continuous accessibility of a general practitioner is described as the major advantage of the health centre. The vast majority of the clients understand that they are better served in the new organization and its procedure.*

Boon-Derksen, E. O. gelukkig dokter. Een onderzoek naar het oordeel van 528 patiënten over de groepspraktijk in het gezondheidscentrum Wassenaar. Doctoraalscriptie, 1974.

Cate, R. S. ten. De praktijkvoering van de huisarts. Stenfert Kroese, Leiden, 1966.

Crebolder H. F. J. M. (1974) huisarts en wetenschap 17, 423; (1975) 18, 40 en

73; (1976) 19, 94; (1977) 20, 43, 178, 221 en 267.

Halferkamps, J. L. F. M. Lijn in de eerste lijn. Een bedrijfskundige benadering van de eerstelijns-gezondheidszorg. Afstudeer-scriptie, 1976.

Heydendael, P. H. J. M., F. J. A. Huygen en J. M. G. Persoon. (1974) huisarts en wetenschap 17, 99.

Itoba. Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra, Praeventiefonds, 's-Gravenhage, 1976.

Kortbeek, L. H. Th. S. (1976) Metamedica 55, 3.

Receveur, A. Het takenpakket en de interne organisatie van het gezondheidscentrum Withuis. Gezondheid en Gezondheidscentra. H. J. Dokter en anderen. De erven Bohn, Amsterdam, 1974.

Schouwstra, C. P. (1976) huisarts en wetenschap 19, 386.

Tellegen, E. Medische sociologie. Samson, Alphen aan den Rijn, 1975.

## Errata

In „Karel Kwant”, het zesde artikel uit de serie „Uit de praktijk”, is per abuis gesteld dat beclomethason dipropionaat (Becotide) per os of per inhalatie is toe te dienen (pagina 235, beantwoording van de 4e vraag). Het zal de aandachtige lezer niet zijn ontgaan, dat deze opmerking op een vergissing berust, daar uit de beantwoording van de derde vraag blijkt, dat Becotide uiteraard per inhalatie wordt toegepast.

Door een technische storing is in het artikel van H.F.J.M. Crebolder, Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (IX), op pagina 268 – juli-nummer – een aantal regels weggevallen onder het paragraafje Onderzoek. De tekst dient met de volgende regels te worden aangevuld:

Via factoranalyse\*\* kwam de volgende rangschikking naar voren:

*De secretaresse*

– de assistente is er (niet) alleen voor de