



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 25
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

werkgroep struktuur beroepsgroep

**samenvatting onderzoeksvoorstellen
1977 - 1982**

j. van der zee

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT
Mariahoek 4 - Utrecht
Tel.: 0 30 - 31 99 46

Hoofdpunten - Onderzoeksvoorstellen structuur beroepsgroep.

Proloog.

Deze samenvattende nota beschrijft een aantal activiteiten op onderzoeksgebied zoals het opzetten en bijhouden van verschillende registratiesystemen en opzet van een aantal op deze registraties gebaseerde onderzoeken.

Uit deze activiteiten blijkt een visie op taak en positie van het NHI, nl. het NHI als onderzoeksinstituut van hulpverleners in de 1e lijn van de gezondheidszorg.

Met als taakhoud onderzoek naar het effect van "structuur" op het functioneren van hulpverleners.

Structuur opgevat enerzijds als "Beheersbaar kader": beheersbaar door wetgeving en beleidsmaatregelen (invloed van structurele veranderingen als regionalisering, instellen van diagnostische centra, intensivering van consultatie uit de geestelijke gezondheidszorg etc.), maar ook "structuur" opgevat als de wijze waarop de hulpverleners als groep de uitoefening van het vak organiseren. Vandaar ook de naam: werkgroep structuur beroepsgroep.

Deze opvatting houdt in dat het NHI een duidelijke taak heeft als uitvoerder van bijvoorbeeld onderzoek naar beleidsmaatregelen van de overheid, maar ook het effect van door de beroepsorganisaties zelf ingestelde maatregelen kan evalueren.

Dit betekent ook dat de reikwijdte van het onderzoeksterrein de bezigheden van huisartsen overstijgt, zij het dat de inhoudelijke deskundigheid ontbreekt op meer gebieden werkzaam te zijn. Men moet de voorgestelde onderzoeken zien als een model en een wijze van werken.

Gezien de wens tot betere beheersing en sturing van ongebreidelde groeiende hulpverleningsstructuren lijkt hier voor het instituut een zinvolle taak weggelegd.

Inleiding.

Een nota van tachtig bladzijden met een even grote omvang bijlagen is voor de geïnteresseerde, doch niet direkt betrokken lezer teveel van het goede: vandaar een samenvatting van de voornaamste punten. De voornaamste punten vooral gezien in het licht van relevantie voor beleid en subsidie.

Zoals de titel al zegt: het gaat om onderzoeksvoorstellen omtrent de structuur van de huisartsengroep: vestiging, vertrek, spreiding en dichtheid van huisartsen, het kwantitatieve aanbod van huisartsenzorg. Veranderingen op dat gebied. Het verwerven van een huisartspraktijk. Aansluiting opleiding/huisartspraktijk etc.

De onderzoeksvoorstellen hebben een vaste structuur. Ze zijn allen gebaseerd op een tweetal registratiesystemen: onze huisartsenregistratie en een op te zetten registratie van aspirant-huisartsen. Naast deze twee systemen is een registratiesysteem van groepspraktijken en gezondheidscentra opgezet, op grond waarvan voorlopig echter geen nader onderzoek zal worden verricht.

De op eerder genoemde registratiesystemen gebaseerde onderzoekingen zijn te verdelen in twee categorieën:

1e onderzoek rechtstreeks afgeleid van de geregistreeerde gegevens op basis van per gemeente verzamelde achtergrondkenmerken over de omgeving waarin de huisarts zich vestigt of gevestigd is of waar vandaan hij vertrekt.

2e onderzoek naar achtergronden en motieven van de individuele vestigende, vertrekkende of gevestigde huisartsen. Hier is het registratiesysteem alleen een basis voor verantwoorde steekproeftrekking.

In het eerste type onderzoek worden vestiging, vertrek of spreiding per tijdsperiode dan wel per regio verklaard en verrichten we een nadere analyse op de huisartsenregistratiegegevens zelf. In het tweede geval worden de betrokkenen individueel voor nader onderzoek benaderd op grond van bepaalde kenmerken die we weer aan onze registratie ontleen (een bepaald vestigingsjaar bijvoorbeeld).

Deze onderzoeksvoorstellen worden nader toegelicht in de volgende hoofdstukken.

A. de registratiesystemen;

B. Nadere analyse van de registratiegegevens;

- 1) achtergrondkenmerken van Gemeenten - ecologisch onderzoek.
- 2) kartografische weergave.

C. Een viertal onderzoeksvoorstellen;

- 1) vertrek uit de huisartspraktijk.
- 2) vestiging.
- 3) tussen opleiding en vestiging - het verwerven van een huisartspraktijk.
- 4) tussen opleiding en vestiging - de aansluiting opleiding/praktijk.

D. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Privacy en longitudinaal wetenschappelijk onderzoek.

E. Materiële ruimtelijke en personele consequenties voor het NHI.

A. De registratie systemen.

Het belangrijkste systeem-technische kenmerk van het N.H.I.-registratiesysteem bestaat uit het feit dat relevante informatie in het systeem bewaard blijft:

het is geen z.g. dynamisch systeem, waar oude informatie verwijderd wordt. De bedoeling is, dat niet alleen de meest recente informatie maar ook informatie van een eerdere datum beschikbaar is. Vanaf het ogenblik dat betrouwbare en gecontroleerde informatie voorhanden is (voor de huisartsen-registratie in feite van 1-1-'74, maar we streven naar volledigheid vanaf 1-1-'70) kan men retrospectief op elke gewenste datum een beeld van de op dat moment bestaande situatie schetsen.

Verder worden de systemen gekenmerkt door het principe van aktieve informatie-garing; ze zijn geen bijproduct (zoals zo dikwijls bij registratie-systemen het geval is) van systemen die voor organisatorische en administratieve doeleinden zijn opgezet. Dit principe heeft belangrijke consequenties voor de benodigde mankracht en vereiste kwaliteiten van de medewerkers. Deze benadering garandeert echter wel een vrijwel gerealiseerde volledigheid van het materiaal alsmede een grote mate van betrouwbaarheid en geldigheid van de verzamelde gegevens.

1. De huisartsenregistratie.

a) korte samenvatting van de belangrijkste kenmerken.

In de beleidsnota Wetenschappelijk Onderzoek (dec. 1974) is het huisartsen registratie-systeem nauwkeurig qua doelstelling en uitwerking beschreven. Hieronder volgt een beknopte samenvatting van de voornaamste kenmerken.

De gegevens-verzameling

De verzameling van gegevens vindt "getrapt" plaats, eerst krijgen we van onze bronnen (Geneeskundige Hoofdinspectie, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen, de Staatsuitgeverij (lijst van apothekers en apotheekhoudende huisartsen), vestigings-advertenties, en eigen berichtgeving van huisartsen) de mededeling, dat een bepaalde mutatie in hun bestand is opgetreden.

Daarna worden door ons formulieren toegestuurd en leveren de huisartsen zelf de in het systeem opgeslagen informatie.

Na één herinneringsbrief is ongeveer 90% van de inlichtingen binnen. De overige worden telefonisch benaderd; er is zelden of nooit sprake van weigering om mede te werken.

De gegevens zelf.

De aard van de verzamelde gegevens wordt bepaald door een viertal principes;

- 1e. een behoefte aan nadere klassifikatie van het begrip "huisarts". Wij verstaan onder een huisarts een arts met een voor ieder direkt toegankelijke algemene praktijk.

- Algemene praktijk ter onderscheid van erkende en niet erkende specialismen of het uitsluitend verrichten van keuringen en controles.
- direkt toegankelijk als kenmerk van een eerstelijns werker ter onderscheid van alle artsen werkzaam in hogere echelons. Voor ieder toegankelijk ter onderscheid van artsen slechts werkzaam voor beperkte of gebonden populaties. (algemeen artsen werkzaam in inrichtingen of tehuizen, studentenartsen, artsen voor buitenlandse arbeiders, artsen met alleen particuliere of ziekenfondspatiënten).

Komen we, (meestal door vergelijking van ons bestand met elders geregistreerde bestanden) iemand tegen die niet aan deze criteria voldoet, maar wel als huisarts ergens is opgenomen dan wordt de betrokkene wel in ons bestand opgenomen, maar in een op zijn of haar geval van toepassing zijnde categorie.

- 2e. interesse in de veranderingen in het huisartsen-bestand. De precieze vestigingsvorm is van belang wanneer men iets wil weten over de wijze waarop uitbreiding van het huisartsen-bestand plaatsvindt, via vervanging of verdunning (verkleining van de feitelijke of gemiddelde praktijkgrootte).
- 3e interesse in de ruimtelijke verdeling aan spreekuurpunten; het kwantitatieve aanbod van huisartsen-zorg. Vandaar vragen over hoofd-praktijkadres en overige praktijkadressen, vragen over de mate van volledigheid van de huisartsenfunktie de indeling van praktijkadressen in CBS gemeente-code (voor plaatsen met meer dan 50.000 inwoners de wijk of buurtcode) en in op gemeenten gebaseerde regionale indelingen van hogere orde (KNMG-afdelingen, ziekenhuis-rayons, economisch geografische gebieden, nodale gebieden, provincies).
- 4e een indeling van de huisartsenpopulatie in voor veel onderzoek relevante sub-populaties (indeling naar leeftijd, jaar van vestiging, geslacht, apotheekbezit, lidmaatschap LHV, NHG, universiteit + jaar van afstuderen).

2. Een registratiesysteem van aspirant huisartsen.

Ging het bij de beschrijving van het huisartsenregistratiesysteem om een (zij het nog niet geheel volledig) functionerend systeem; het registratiesysteem van aspirant huisartsen moet nog geheel worden opgezet.

Het heeft ook een beperktere en min of meer tijdelijke funktie. Aspirant huisartsen worden er in opgenomen als ze de universitaire beroepsopleiding tot huisarts gaan volgen en weer afgevoerd bij vestiging als huisarts of bij het definitief opgeven van de ambities jegens het huisartsen-vak. De bedoeling van dit systeem is louter en alleen gebaseerd op de behoefte aan een goede en goed bijgehouden populatie-beschrijving ten behoeve van nadere analyse van de periode tussen opleiding en vestiging.

De in dit systeem verzamelde gegevens zijn dan ook of stabiel (leeftijd, geslacht, geboorteplaats, universiteit waar de opleiding wordt gevolgd, jaar van huisarts-opleiding, naam en voorletters) of we zijn alleen in het meest recente gegeven geïnteresseerd (postadres).

Het is niet eenvoudig van deze mobiele groep (oneerbiedig is de uitdrukking een "kruiwagen met kikkers" wel gebruikt) de postadressen bij te houden. Alleen in nauwe samenwerking met het Register Medische Beroepen der Geneeskundige Hoofdinspectie (die over een goed georganiseerd en goed bij te houden adressensysteem beschikt) en de universitaire huisartsen instituten zelf is dit mogelijk.

Het systeem dient er voor om middels een aantal jaarlijkse peilingen van de groep aspirant - artsen in een longitudinaal onderzoek op de hoogte te komen van al dan niet definitief gelukte of mislukte vestigingsplannen en in een soort marktanalyse de vraag naar praktijken onafhankelijk van het aanbod gemeten te kunnen vaststellen en nader te bestuderen.

Van de zijde van de KNMG is in principe goedkeuring verleend (zij het op een aantal voorwaarden) voor het gebruiken van de gegevens der Huisartsen Registratie Commissie om het bestand van aspirant huisartsen op te zetten.

De jaarlijkse peilingen moeten we uiteraard zelf verrichten. De in de jaarlijkse peilingen verzamelde gegevens moeten weliswaar op naam worden bewaard (anders is longitudinaal onderzoek niet mogelijk) doch maken geen deel uit van het registratie systeem en zijn door een soort systeem-technische sluis van de persoonsgegevens gescheiden. Enige tijd na afloop van het onderzoek (dit moet uiteraard in protocol nader worden uitgewerkt) moet de verbinding tussen onderzoeksgegevens en registratiegegevens worden verbroken om een maximale bescherming van de persoonlijke levenssfeer mogelijk te maken.

3. De registratie van samenwerkingsvormen

Enigszins buiten de lijn van dit relaas valt het registratiesysteem van samenwerkingsvormen en dan met name van groepspraktijken en gezondheidscentra.

De omvang van het te registreren verschijnsel is veel geringer (niet meer dan 100 samenwerkingsvormen kunnen met recht groepspraktijk of gezondheidscentrum worden genoemd); het betreft geen registratie van personen maar van instellingen met een bepaalde personeelssamenstelling.

De relevantie van dit registratiesysteem ligt dan ook niet in de frekwentie van voorkomen, maar in het maatschappelijk en politieke belang van de verschijnselen multidisciplinaire samenwerking en monodisciplinaire consultatie.

Voor zover men bij een jong instituut als het N.H.I. van traditie mag spreken, gaat het om een systematisch en "op de groei gebouwde" voortzetting van de traditioneel door het N.H.I. exclusief geproduceerde overzichten van de ontwikkeling op dit gebied.

Een aantal instanties (de ministeries van CRM en VOMIL, de landelijke huisartsen vereniging, de ziekenfondsraad, het CBS, de geneeskundige hoofdinspectie het NOBEL en het SI-project) verkrijgen als bijproduct van allerlei subsidie- en stimulerings regelingen of andere activiteiten, slechts een gedeeltematig overzicht van de ontwikkelingen op het gebied der samenwerkingsvormen.



deze mutaties systematisch gecontroleerd en nagetrokken. Bovendien geldt voor alle registrerende instanties (behalve de G.H.I.) dat hun gegevensverzameling als bijprodukt beschouwd moet worden van voor andere doeleinden verzamelde informatie..

De beroepsorganisaties zijn voornamelijk geconcentreerd op een juiste en volledige leden administratie.

De ziekenfondsen verzamelen de huisarts gegevens met name uit oogpunt van declaraties, vergoedingen en het vergelijken van productiecijfers; alleen de overheid registreert artsen in het kader van de wettelijke bevoegdheden van het Staatstoezicht. Deze wettelijke bevoegdheden zijn echter nogal sterk gericht op, wat ik zou willen noemen "mobiliseerbaarheid van het artsenbestand", waardoor men over een uitstekend artsenbestand beschikt en grote groepen artsen snel kan bereiken, maar enige aandacht of toezicht op de ruimtelijke verdeling van huisartsen of het kwantitatieve aanbod van huisartsenzorg is vooralsnog afwezig. Het spreekt voor zich, dat alle bovengenoemde registrerende instanties een uit hun doelstellingen voortvloeiende eigen omschrijving van het begrip huisarts hebben.

Het N.H.I.-systeem probeert ook deze omschrijving te combineren en op te nemen, omdat ons systeem naar volledigheid streeft en wij niet vanwege enig organisatorisch doel een bepaalde omschrijving moeten laten vallen.

De instantie die het meest qua doelstelling overeenkomt met het N.H.I., is het Register Medische Beroepen van de G.H.I.. Er is een uitwisseling van gegevens tussen N.H.I. enerzijds, L.H.V., G.H.I. en LISZ anderzijds, waarbij het N.H.I. de taak heeft de door de andere ingebrachte informatie te toetsen op juistheid en volledigheid.

Het is in principe denkbaar dat de G.H.I. eenzelfde taak zou hebben, maar dan zou de opzet van het Register een geheel andere moeten zijn: op het ogenblik voldoet een nauwe samenwerking nog het beste.

Er is nog een andere reden waarom het N.H.I.-registratiesysteem op het N.H.I. zelf thuishoort en dat heeft te maken met het feit dat voor ons het belangrijkste doel van de registratie is: het verrichten van nader wetenschappelijk onderzoek. Er is een voortdurende wisselwerking tussen de resultaten van onderzoek en de omschrijving van de categorieën in de registratiesystemen. Nadere klassificatie van vestigingsvormen of redenen van vertrek laten zich slechts moeilijk van te voren uitputtend vaststellen. De juiste nuanceringen vindt men pas als resultaat van veldwerk.

Het is mijn vrees, dat een volstrekt reglementair vastgelegd systeem deze flexibiliteit zal missen, zodat registratie weer een doel- op - zich - geworden is, terwijl het (dat klinkt als een gemeenplaats) een middel moet blijven.

Zolang niet elders een N.H.I.-achtig informatie systeem bestaat (vastleggen van veranderingen - actieve informatieverwerking - ontworpen voor en in wisselwerking met wetenschappelijk onderzoek) lijkt het ons zinnig het bestaande informatie-systeem te

handhaven en hoogstens de reeds bestaande samenwerking met andere instanties te formaliseren en hechter te maken.

B. Nadere analyse van de registratie-systemen.

1) achtergrondkenmerken van gemeenten - ecologisch onderzoek
Zoals reeds in de inleiding is gezegd, leveren de registratie-systemen gegevens, die op zichzelf van belang zijn voor degenen, die zich om velerlei redenen voor bewegingen binnen en van de huisartsengroep interesseren.

Wij stellen ons dan ook voor een jaarlijkse publikatie te verzorgen, naar analogie van statistiek geneeskundigen van de Geneeskundige Hoofdinspectie, waarin de stand van zaken op een bepaalde datum (1 januari, 31 december of welke datum dan ook) wordt weergegeven evenals de veranderingen ten opzichte van voorgaande jaren.

Deze publikatie bestaat uit vier gedeelten.

1. beschrijving van de totale groep gevestigde huisartsen.
2. " " " " nieuwe vestigingen in relatie tot afge-
studeerden.
3. beschrijving van de groep vertrokken huisartsen.
4. trendgegevens.

In dit jaarlijkse overzicht publiceren we tabellen van alle in het systeem opgenomen gegevens, zowel van praktizerende huisartsen, nieuwe vestigingen en vertrokken artsen en streven wij er naar zoveel mogelijk relevante gegevens per regio ruimtelijk weer te geven.

Men denke aan de huisartsen dichtheid; de vestigingsvorm (vervanging - verdunning); de relatie universiteit van afstuderen/regio van vestiging; migratie van vertrokken huisartsen etc. De ruimtelijke weergave van de gegevens kan geschieden voor een groot aantal regionale eenheden (provincies, economisch geografische gebieden, KNMG-distrikten, ziekenhuisrayons, CBS-nodale gebieden), die als kenmerk moeten hebben, dat de gemeente de eenheid is, waaruit zij zijn samengesteld.

Het is betrekkelijk eenvoudig ook andere regionale verdelingen (mini-provincies, RIAGGS) in het systeem op te nemen, mits de basiseenheid de gemeente is.

Voor gemeenten met meer dan 50.000 inwoners zijn we iets meer in detail gegaan; een indeling in bij de volkstelling gebruikte "wijken", vormt hier de kleinste eenheid. Vooral voor de drie grote steden krijgt men op deze wijze een wat genuanceerder beeld.

Jaarlijkse overzichten dus, van de situatie op dit moment en de veranderingen in vergelijking met de daaraan voorafgaande periode.

Gemeente gegevens.

Leveren de jaarlijkse overzichten op zich al belangwekkende gegevens over de huisartsenpopulatie op; men kan op betrekkelijk eenvoudige wijze veel meer over de aangetroffen aantallen huisartsen, nieuwe vestigingen en vertrokken artsen zeggen wanneer men beschikt over een aantal per gemeente verzamelde ken-

merken van deze gemeenten.

Het spreekt voor zichzelf dat men moet beschikken over de bevolkingscijfers per gemeente, wanneer men over de huisartsendichtheid spreekt (aantal huisartsen per 10.000 inw.).

Wil men de vraag beantwoorden: in wat voor plaats zijn, resp. vestigen zich resp. vertrekken naar verhouding meer of minder huisartsen dan ergens anders, dan moet men meer over de demografische, sociale en economische structuur van de gemeente weten. Over gemeenten is op het centraal Bureau der Statistiek een overstelpende hoeveelheid gegevens te vinden; een groot aantal afkomstig van de 10-jaarlijkse volkstellingen; andere gegevens worden jaarlijks verzameld.

Voor onderzoek naar spreiding, dichtheid, vestiging en vertrek hebben wij gedacht aan de volgende (deels reeds verzamelde, voor het grootste deel nog aan te schaffen) gemeentekenmerken:

a. demografische gegevens

1. verdeling bevolking naar leeftijd en geslacht. (jaarlijkse gegevens).
2. inwoners van inrichtingen en tehuizen (Volkstelling)

b. overige bevolkingsgegevens

1. % autochtonen (Volkstelling)
2. verdeling bevolking naar religieuze denominatie (Volkstelling)
3. verdeling bevolking naar beroepsuitoefening (Volkstelling)
4. verkiezingsgegevens (eens per 3 à 4 jaar)
5. inkomens/statistieken (2-3 jaarlijks-grote achterstand laatste '1972)

c. gegevens over het voorzieningenniveau.

1. gezondheidszorg (NZI-gegevens - jaarlijks bijgehouden)
2. overige voorzieningen. (CBS - diverse statistieken)

d. gegevens over de aantrekkelijkheid voor bewoning (CBS-landbouwstatistieken - per 10 jaar)

e. productiecijfers van huisartsen (LISZ-jaarlijks)

De redenen voor verzameling van de kenmerken zijn de volgende:

- a. de demografische gegevens, nodig voor het berekenen van verhoudingsgetallen, (niet elke inwoner behoeft evenveel zorg; bejaarden meer, kinderen meer) en voor het vaststellen van de veranderingen in bevolkings-samenstelling (vergrijzing, snelle groei).

Het percentage inwoners van inrichtingen en tehuizen is van belang omdat deze meestal (niet altijd) een aparte medische verzorging hebben. Dit kan voor een precieze berekening van de huisartsendichtheid van belang zijn.

- b. Overige bevolkingsgegevens: van belang voor een nadere typering van gemeenten, we hebben gekozen voor het gezichtspunt van de mate van sociale en culturele heterogeniteit

(% autotochtonen, verdeling in kerkelijke of politieke gezindheid), omdat dit van belang is voor het bepalen van de plaats die de huisarts inneemt, wanneer men vestiging of vertrek wil verklaren. De inkomensverdeling bepaalt in tot nu toe gedaan onderzoek in belangrijke mate de huisartsendichtheid.

(nederlands onderzoek M.J.Drop- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1972)

- c. Gegevens over voorzieningen op het gebied van de gezondheids- en welzijnszorg bepalen in belangrijke mate de werkwijze van huisartsen (afstand tot of aanwezigheid van ziekenhuis, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk etc.).

Het algemene voorzieningenniveau of de afstand tot verzorgingskernen is van groot belang voor het dagelijkse leven (onderwijsvoorzieningen, winkels etc.). Voor een typering van de gemeente waarin men woont zijn dit uiterst belangrijke "strukturerende" gegevens.

- d. de aantrekkelijkheid.

Uit de statistieken van grondgebruik is de bebouwingsdichtheid en de hoeveelheid natuurschoon per gemeente te berekenen. Het is niet onmogelijk dat vestigingen door dergelijke gegevens worden beïnvloed.

- e. produktiecijfers.

Per gemeente zijn uit het LISZ-systeem ~~verwijs-~~, opnamecijfers en verpleegduurgegevens bekend. Het is een betrekkelijk kleine moeite (is ook gebeurd in het kader van een onderzoek naar verwijzen) in soortgelijke analyses als van Praag c.s. in hun vraag en aanbod relaties in de gezondheidszorg hebben gedaan om met de op regionaal niveau verzamelde gegevens uit huisartsenregistratie, gemeentegegevens en produktiecijfers wat genuanceerde macro-economische modellen op te stellen.

Beschikt men over gegevens van andere hulpverleners (b.v. fysiotherapeuten, tandartsen, vroedvrouwen, psychotherapeuten) dan kan men dezelfde relaties uitrekenen. Zoiets gaat het N.H.I.-kader op dit moment ver te buiten. Als men echter de vraag moet beantwoorden waarom men een naar verhouding ingewikkeld systeem van gemeentekenmerken opzet louter en alleen voor de analyse van huisartsengegevens dan is het antwoord, als men het oog op de toekomst van het N.H.I. gericht houdt, voor de hand liggend.

2. Kartografische weergave.

We zijn aan het experimenteren met het TIN-map systeem waar de diverse verhoudingsgegevens op automatisch vervaardigde computerkaarten kunnen worden weergegeven. Er zijn reeds kaarten vervaardigd met een provinciale indeling, een indeling in KNMG-distrikten en een in 24 NZI-ziekenhuisrayons.

Men kan op deze wijze elk verhoudingsgetal kartografisch weergeven. Nieuwe regionale eenheden kunnen wij eenvoudig invoeren.

C. Een viertal onderzoeksvoorstellen.

1. Vertrek uit de huisartspraktijk.

In opdracht van de Landelijke Huisartsenvereniging wordt in 1977 een onderzoek verricht naar de achtergronden van het vertrek uit de huisartspraktijk onder alle huisartsen die in de jaren 1972 - 1975 de praktijk verlaten hebben en in het bijzonder onder degenen die voortijdig van werkring veranderd zijn.

Bovendien vindt, ter vergelijking, gelijktijdig een onderzoek plaats onder artsen in min of meer vergelijkbare omstandigheden, die niet met praktizeren zijn gestopt.

Gevraagd wordt naar achtergronden en motieven om de praktijk voortijdig te verlaten; waarbij veel aandacht is besteed aan het meten van de faktor "werkbelasting".

Andere van invloed geachte factoren zijn:

1. gezinsomstandigheden.
2. gezondheidstoestand.
3. mate van integratie in medisch en lokaal netwerk.
4. het reeds verrichten van een functie op sociaal geneeskundig gebied.
5. de marktsituatie op sociaal geneeskundig gebied en het niveau van praktijkprijzen.

Bovendien wordt gevraagd of men weer in de algemene praktijk zou willen terugkeren en zo ja, onder welke omstandigheden. De analyse wordt uitgevoerd deels om er achter te komen waarom dokter A de praktijk verlaat en B blijft praktizeren, maar ook om te zien of er in de tijd gezien fluktuaties in de proporties vertrekkende huisartsen te ontdekken zijn. Het onderzoek zou vooraf gegaan zijn door een analyse van vertrek uit de praktijk op regionaal niveau met behulp van gegevens uit de huisartsenregistratie en een aantal gemeentekenmerken, maar door problemen met het verwerken van de gegevens komen de resultaten van beide analyses nu min of meer gelijktijdig.

Na op deze wijze een gedetailleerd en betrouwbaar inzicht gekregen te hebben in achtergronden van vertrek uit de praktijk, zowel op individueel niveau als op het niveau van regio en tijdsperiode, willen we ons voor 1978 wagen aan een z.g. "prospectief" onderzoek onder artsen die nu nog praktizeren. Zijn er gegevens die vertrek uit de praktijk kunnen voorspellen, wanneer men praktizerende artsen ondervraagt over werkomstandigheden, gezinssituatie, integratie in het huisartsenvak, verwachte inkomens-ontwikkeling etc.

Een uitgewerkt onderzoeksvoorstel voor dit prospectieve onderzoek zal na eerste analyse-ronde van het nu verzamelde materiaal worden aangeboden.

De gevonden relaties kunnen zo pas wetenschappelijk zinvol worden getoetst.

Kern van de vraagstelling is: vertrek uit de praktijk is één van de mogelijke antwoorden op een eventuele druk van het huisartsen-werk, andere mogelijkheden zijn: praktijk verkleinen, associëren, samenwerken.

Onder welke omstandigheden kiest men voor de strategie "vertrek" en in welke situatie voor de alternatieven.

Is er bovendien wel sprake van werkbelasting in objectieve en subjectieve zin?

De bedoeling van het onderzoek is het vaststellen van de mogelijke fricties en problemen; het vaststellen van de mogelijkheden voor oplossingsstrategieën of van het oplossen van de spanningen op het attitude niveau.

Concreet gezegd: treft men op een bepaald ogenblik een discrepantie aan tussen gewenste tijd voor gezin en tijd in beslag genomen door werk, dan kan men voorspellen (afhankelijk van de mate van discrepantie) dat iemand of de praktijk zal verlaten, of zijn werkbelasting zal verminderen. of minder waarde zal gaan hechten aan activiteiten in gezinsverband.

Welk van deze voorspellingen opgaat, kan men afleiden uit de aanwezige condities; enerzijds voorspelt men vertrek uit de predisponerende factoren in huisartsenwerk en omstandigheden waaronder de huisarts werkt, anderszijds relateert en nuanceert men deze voorspelling door ook de houding van de huisarts tegenover z'n werk en andere belangrijke delen van z'n bestaan vast te leggen.

2. Vestiging.

In het onderzoek naar vertrek uit de praktijk zoals dat in 1977 door ons wordt verricht, zijn enkele vragen opgenomen over de wijze waarop de vertrekkende huisarts in contact gekomen is met zijn (eventuele) opvolger, wat het aan hem betaalde goodwillpercentage bedraagt en hoe lang hij erover gedaan heeft zijn praktijk te verkopen.

De belangstelling voor deze vragen is afkomstig van een ander onderzoeksterrein nl. vestiging van huisartsen.

Gebleken is dat het door zich vestigende huisartsen betaalde goodwill-percentage aanmerkelijk hoger is wanneer praktijk-overdracht via commerciële bemiddelingsburo's is verlopen. Bezielt men het verloop van het goodwillpercentage in de tijd, dan wordt de hoogte ervan in gewogen driemaands voortschrijdende gemiddelden bepaald door het gemiddeld aantal maanden dat de zich vestigende arts heeft moeten zoeken, de prijs van het woon- en praktijkpand en het percentage mislukte zoekpogingen (zie Bartelds, Dopheide, v.d. Zee nieuwe vestigingen van huisartsen).

Dit geldt voor de vraagzijde in de marktsituatie (zij het dat we niet de "echte" vraag, maar de zich gerealiseerde vraag meten).

We zoeken naar gelijklopende gegevens aan de aanbodzijde (ook weer niet het "echte" aanbod: degenen die er niet in geslaagd zijn hun praktijk van de hand te doen en zijn blijven praktizieren kennen we niet).

Hoewel men het vestigingsproces moet waarnemen bij de deelnemers aan het proces en niet bij degenen die zich gevestigd hebben, leek het ons zinvol recent gevestigde huisartsen te enquëteren, deels om te zien of bepaalde gegevens, zoals de hoogte en de verdeling van investeringen en het zoekproces in een schriftelijke vragenlijst meetbaar zijn en deels om alvast enige oriëntering te verkrijgen in de huidige stand van zaken.

De belangrijkste vraagpunten in dit voorbereidende onderzoek waren: hoe kwam men aan zijn praktijk, wat heeft men moeten investeren, in welke mate wordt de hoogte van de investering bepaald door de aard van het zoekproces en de tijdsperiode waarin werd gezocht.

Ook wilden wij iets weten over de wensen omtrent aard en ligging van de praktijk en over eventuele discrepanties tussen gewenste en gevonden vestiging, maar de antwoorden op deze vragen bleken te zeer door de feitelijke situatie te zijn gecontamineerd,

De resultaten van dit onderzoek zijn neergelegd in het hierboven vermelde rapport. (inmiddels verschenen als artikel in Medisch Contact - M.C. 1977, 15, p. 459 -468)

Vooraf de analyse van het betaalde goodwill-percentages in-de-tijd-gezien bleek dusdanig vruchtbaar, dat we besloten ook de in 1974 gevestigde huisartsen (tot nu toe ging het om vestigingen van 1-1-'75 - 1-8-'76) met een verkorte vragenlijst te benaderen.

De gegevens uit dit onderzoek zullen in de loop van 1977 worden gepubliceerd.

Voor het doorlichten van het vestigingsproces stellen we ons voor om op basis van onze registratie van aspirant huisartsen jaargroepen van toekomstige huisartsen in hun vestigingsproces te volgen.

Een dergelijk onderzoek heeft twee kanten: ten eerste is het een algemene marktanalyse, waarin men probeert te verklaren vanuit de individuele marktpositie (de noodzaak om snel een praktijk te vinden kan per aspirant huisarts sterk variëren) van de zoekende artsen via welke weg men welk soort praktijk vindt.

Ten tweede heeft deze algemene marktanalyse een sterk inhoudelijk karakter; we onderstellen dat de op de huisartsen-opleiding zo niet gevormde dan zeker gemodificeerde verwachtingen omtrent het huisartsenvak en de toekomstige praktijk-uitoefening de marktpositie op een bepaalde manier "kleuren". Wat komt er van de verwachtingen omtrent het vak en het doktersbestaan in de praktijk terecht en waardoor worden verschillen tussen gerealiseerde ambities bepaald.

3. en 4. Een marktanalyse.

Het verwerven van een huisartspraktijk; aansluiting opleiding/praktijk.

Een jaarlijkse peiling onder zoekende huisartsen, waarin telkens gevraagd wordt naar vestigingsplannen en ondernomen activiteiten net zo lang tot van iedereen uit een bepaalde jaargroep bekend is dat men is gevestigd of definitief het huisartsenvak vaarwel zegt, levert een duidelijk inzicht in de situatie op de praktijkenmarkt, zodat sneller dan nu mogelijk is, fricties tussen vraag en aanbod kunnen worden gesignaleerd.

Immers, de capaciteit van de gezamenlijke opleiding ligt rond de 600 plaatsen per jaar.

De hoeveelheid nieuwe vestigingen is tot nu toe de 350 niet te boven gegaan (voor ongeveer de helft bestaande uit vervanging, voor de andere helft uit uitbreiding van het huisartsenbestand). Onderhandelingen over een nieuwe honoreringsstructuur zijn nauwelijks op gang gekomen, maar het is niet realistisch te onderstellen dat met behoud van de huidige honorering een ingrijpende praktijkverkleining zal worden bereikt.

Kortom de markt zal er niet beter op worden de komende jaren.

Wil men in een dergelijke marktbeschrijving ook de realisering van de vestigingsplannen verklaren, dan moet men de volgende factoren in aanmerking nemen.

1. de noodzaak om een praktijk te zoeken (gezin, schulden, leeftijd; beïnvloedt individuele kwetsbaarheid)
2. de mate van integratie in reeds bestaande medische netwerken (familie, kennissen, vriendjes)
3. de praktijkwensen, (een rustige plattelandspraktijk in het Oosten des lands, niet al te ver van ziekenhuis en andere voorzieningen en in een fraaie omgeving is nu eenmaal schaarser dan een doorsnee grote-stadspraktijk.)
4. de wensen omtrent het huisartsenvak - veel zelf doen versus verwijzen - veel aandacht (dus tijd) voor psycho-sociale problematiek - mono - of multidisciplinaire samenwerking.
5. de intensiteit waarmee men bovengenoemde zaken wil nastreven; degene met uitgesproken ideeën zal wellicht niet zo snel geneigd zijn met minder genoegen te nemen.

Er zal een bepaalde selectie optreden in deze verscherpte marktsituatie. Wie lukt het nog wel een plaatsje te verkrijgen en wie vallen af; zijn het "hardere" jongens, mensen met betere relaties of beter bij de realiteit aangepaste eisen wat betreft praktijkvoering en werkomgeving?

De wensen omtrent praktijk, vestigingsplaats en functioneren als huisarts worden stelselmatig beïnvloed door de huisartsenopleiding: alleen al afgaande op beschikbare

schriftelijke documentatie, moet er een verschil bestaan omtrent de opvattingen over het huisartsenvak tussen, om maar eens twee voorbeelden van goed gedocumenteerde opleidingen te noemen, de opleiding aan de Rijksuniversiteit Utrecht of de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Uiteraard is de huisartsenopleiding niet de enige faktor die de houding van de aspirant huisartsen ten opzichte van hun vak en plaats in de maatschappij bepaalt: de klinische vooropleiding, verwachtingen van familie en sociale omgeving dragen ook hun steentje bij, maar in de huisartsenopleidingen wordt in ieder geval gestreefd naar een bewuste modificering van de af te leveren huisartsen-in-spé.

Nu kan een dergelijk omvangrijk onderzoek niet zomaar van start gaan; is er op het terrein van zichtbaar maken van het vestigingsproces al het nodige voorwerk gedaan; het meetbaar maken van verschillen tussen opleidingen, de verwachtingen ten aanzien van het huisartsenvak en positie in de maatschappij, moet nog in enkele vooronderzoekingen worden gerealiseerd. Als proefgroep voor samenstelling van definitieve meetinstrumenten omtrent het vestigingsproces kan de groep dienen die tot nu toe van de huisartsopleiding afgekomen is en zich nog niet heeft gevestigd.

Uit de resultaten van dit proefonderzoek kunnen we een korte vragenlijst samenstellen die in de definitieve onderzoeksversie jaarlijks aan de steeds kleiner wordende groepen zich vestigende huisartsen kunnen verzenden. (na 3 jaar heeft 85 à 90% van een jaargroep zich gevestigd of heeft de wens om huisarts te worden definitief laten varen).

Voor het meetbaar maken van de opvattingen omtrent het huisartsenvak is meer voorwerk nodig.

In de eerste plaats moet samen met een medicus, deskundig op het terrein van opleiding en nascholing, de beschikbare literatuur over de huisartsopleiding op relevante onderwerpen worden onderzocht.

Voortgebouwd kan worden op een in 1976 op het N.H.I. verrichte literatuurverkenning met deze opdracht.

In samenwerking met andere W.O.-onderzoekers (met name met J.P. Dopheide die in het kader van een evaluatieonderzoek naar diagnostische centra terreinafbakening en verschuivingen tussen huisarts en klinisch specialisten onderzoek) moet gezocht worden naar meetinstrumenten om het terrein van de huisarts in verhouding tot klinische specialisten en andere hulpverleners vast te stellen en discriminerende onderdelen tot meetinstrumenten om te zetten.

Een poging hiertoe is ooit gedaan door Blom en v.d. Zee in hun N.H.I. -rapport over de invloed van het machtigingsbeleid van adviserend geneesheren der Ziekenfondsen op het gebruik van bijzondere diagnostische hulpmiddelen door huisartsen.

Bovendien moet met behulp van de econoom de "vrijheidsruimte" die de huisarts in zijn handelen heeft, maar die beïnvloed wordt door de verhouding investeringen/inkomen preciezer worden vastgesteld.

We begeven ons op het randgebied van economie, geneeskunde en sociale wetenschappen; een goede mogelijkheid voor een gezamenlijke, multidisciplinaire aanpak.

Tot zover deze schetsmatige aanpak van de voorgestelde plannen - nadere uitwerking - voor zover reeds mogelijk - is te vinden in de begeleidende onderzoeksnota.

Kernthema van het onderzoek is de vraag: in hoeverre wordt het beoefenen van het huisartsvak beïnvloed door de sociale structuur waarin de aankomende huisarts al vervlochten was, de huisartsenopleiding, het vestigingsproces en de in de praktijk gedane investeringen.

Een dergelijke veelomvattende vraagstelling kan alleen worden uitgevoerd door een team van onderzoekers: een socioloog, medicus en econoom omdat het onderzoeksterrein op het grensgebied van hun disciplines ligt.

D. Privacy en longitudinaal wetenschappelijk onderzoek.

De wetsvoorstellen zoals deze door de Staatscommissie bescherming persoonlijke levenssfeer zijn neergelegd in hun eindrapport over de verhouding bescherming persoonlijke levenssfeer en (geautomatiseerde) persoonsregistraties (Staatsuitgeverij 1976) sluiten geheel aan bij de opzet van de N.H.I.-registratiesystemen.

Kernpunt van de wetgeving is a. vastlegging en goedkeuring van de doelstellingen van de registratiesystemen en b. zorgen voor mogelijkheden tot controle van de wijze waarop de doelstellingen worden nageleefd.

Instelling van een registratiekamer en een stelsel van vergunningsplichtige (voor de meest privacy bedreigende systemen), reglements- en meldingsplichtige persoonsregistraties + een protocolplicht voor alle systemen, zal de nodige doorzichtigheid in de nu volstrekt onoverzichtelijke wirwar van persoonsregistraties moeten scheppen.

De in de wetsvoorstellen genoemde rechten van geregistreerden: inzagerecht en correctierecht, waren door het N.H.I. reeds overgenomen uit de voorlopige discussienota van de commissie (bijlage 3 onderzoeksnota).

Over uitwisseling van gegevens uit de registratie met derden is eind 1974 door het Bestuur der Stichting Nederlands Huisartsen Instituut een aantal besluiten genomen.

Kortom de N.H.I.-registratiesystemen zijn opgezet en voorbereid met een schuin oog naar de op stapel staande wetsvoorstellen; de wetsvoorstellen vergen echter alleen meer administratieve arbeid; deze is verdisconteerd in het overzicht van benodigde mankracht.

Het enige wezenlijk nieuwe element in de hierboven geschetste voorstellen ligt in het uit te voeren longitudinale onderzoek naar vestigingsproces en aansluiting opleiding/vestiging. Longitudinaal onderzoek betekent dat de deelnemers aan het onderzoek jarenlang op gezette tijden ondervraagd worden en dat (dus) de door hen verstrekte informatie te koppelen moet blijven aan hun naam en adres.

De staatscommissie heeft in haar adviezen in haar strikte wets-

voorstellen een duidelijke uitzondering gemaakt voor dit type onderzoek (paragraaf 3 HST XV W.0) maar los van de wettelijke problemen, houdt een dergelijk onderzoeksopzet een reële bedreiging van de persoonlijke levenssfeer in.

Teneinde dit gevaar zo gering mogelijk te maken, hebben we de de volgende voorstellen in petto:

1. geen verstrekking van de verzamelde gegevens aan derden zonder persoonlijke toestemming vooraf van de geregistreerden.
2. op advies van systeemeskundige D.de Coo van het Academisch Computer Centrum der Rijksuniversiteit is een in de onderzoeksnota beschreven systeem ontworpen met als doel de persoonsgegevens en de enquête gegevens door een systeem-technische "sluis" te scheiden. De door de Staatscommissie aanbevolen 'codetransformatie' vindt op deze wijze plaats. In deze sluis worden persoonsregistratie-kenmerk, en volgnummer in het verdere onderzoek gekoppeld (voor de duur van het onderzoek).

Na afloop (moet nog protocollair worden uitgewerkt) wordt deze sluis vernietigd en zijn registratiesystemen en onderzoeksgegevens niet meer koppelbaar.

Reglementair moet worden vastgelegd wie de koppelingsbeslissing mag nemen en in welke omschreven gevallen, bovendien moet een commissie van toezicht worden benoemd voor controle van de procedure.

Voorstel voor de koppelingsbeslissing: projectleider + directeur W.O. + aangewezen bestuurslid ratificeren de beslissing.

Commissie van toezicht - een door het bestuur der Stichting aan te wijzen groep van 3 bestuursleden.

Koppeling van namen en adressen met de onderzoeksgegevens in principe alleen bij de jaarlijkse enquêtering en de controle op juistheid en volledigheid van gegevens.

E. Personele, materiële en ruimtelijke consequenties.

Kort samengevat komen de gedane voorstellen op het volgende neer:

- 1e. opzet en bijhouden van een drietal registratiesystemen.
- 2e. aanleg en beheer van een verzameling per gemeente geregistreerde gegevens.
- 3e. analyse van registratie-gegevens met behulp van verzamelde gemeentegegevens.
- 4e. nader onderzoek rond de volgende themata.
 1. Vertrek van huisartsen (met name voor 1978 opzet van een prospectief onderzoek onder nu nog praktizerende huisartsen).
 2. Vestiging van huisartsen
 - a) analyse van de "markt"
 - b) evaluatie van de aansluiting tussen opleiding en vestiging.

De personele consequenties zijn dan ook voor deze onderdelen afzonderlijk vast te stellen. Men moet de projecten zien als een soort bouw pakket. De registratiesystemen vormen het casco en de

onderzoekingen de accessoires.

Ad. 1. en 2. de registratiesystemen + beheer gemeentegegevens.

Het huidige registratiesysteem van huisartsen vergt aan opzet en bijhouden een 60 uur per week nl. 30 uur administratief werk, door de overheid gesubsidieerd - 10 uur per week aan losse werkstudent-uren voor diverse werkzaamheden, 12 uur research assistente voor de computerverwerking en 8 uur projectleiding- en coördinatie.

Daarboven is een paar honderd manuren door het academisch computer centrum geleverd voor het maken van de programmatuur der huisartsenregistratie.

Opzetten van een registratie-systeem van samenwerkingsvormen en van aspirant huisartsen; het aanleggen van een systeem van gemeente-gegevens; het bijhouden en wijzigen van de vervaardigde programmatuur; het jaarlijks extra controleren van 20% van het huisartsenregistratiebestand; het verplaatsen van de projectleiding en projekt-coördinatie naar een medewerker op middenniveau (eigenlijk geen werk voor een onderzoeker) levert ruwweg geschat de volgende benodigde bezetting op:

1. technische medewerker op beginnend programmeursniveau (voor het beheren en wijzigen van de systemen en de gemeentegegevens).
2. een projektcoördinator-supervisor - die meewerkt aan bijhouden van het systeem.
- 3.) 2 administratieve medewerker (s) sters voor bijhouden van
- 4.) de systemen.
eventueel uitgesplitst naar deeltaken.

Daarnaast moet voor de program-opzet van de nieuwe systemen deskundigheid worden gehuurd (schatting 100 manuren à f ...250,-- = f 25.000,--)

Het bijhouden van de programma's geschiedt door een beginnend programmeur, die in een tweetal jaren voldoende ervaring heeft opgebouwd voor het zelfstandig programmeren.

3^e. Analyse gemeentegegevens.

Als projektassistent een doctoraalstudent sociale geografie voor halve dagen, bijvoorbeeld gedurende een periode van een jaar.

Zijn er voldoende registratiegegevens verzameld voor het verrichten van trendanalyses dan kan hiervoor als apart projekt ook tijdelijk een doctoraalstudent worden aangetrokken.

4^e. De onderzoekingen rond het thema structuur beroepsgroep.

- 1e. voldoende secretariële ondersteuning (minimaal een fulltime projektsecretaresse).
- 2e. research assistentie (res.assistent of werkstudent)
- 3e. 1. onderzoeker-socioloog voor het thema Vertrek uit de praktijk (P.Groenewegen).
- 4e. 1 socioloog voor vestiging (J. v.d. Zee)

- 5e. 1 medicus voor de inhoudelijke aspecten van de opleidings-evaluatie (minimaal 50% werktijd)
- 6e. 1 econoom (minimaal 50%) voor de relatie financiële lasten/beroepsuitoefening.
- 7e. statistische adviezen + 1 dag/week (400 - 500 uur per jaar).

Materiële consequenties

De eisen van de staatscommissie bescherming persoonlijke levenssfeer betekenen dat aan de veiligheid en de zorgvuldigheid van de opgeborgen persoonsgegevens veel aandacht moet worden besteed. Het huidige materiaal is niet toereikend, dus op dit terrein zal het N.H.I. de nodige voorzieningen moeten treffen.

Een ander aspect van de materiële consequenties heeft te maken met de wijze van data-verwerking die tot nu toe is toegepast.

In de onderzoeksnota is een hoofdstuk opgenomen waarin een aantal argumenten worden aangevoerd om over te gaan op directe informatieverwerking d.m.v. cassette magneetbanden en de aanschaf van een z.g. "slimme" terminal.

Dit zou betekenen dat de tot nu toe gemaakte kosten voor ponstypiste en ponsmachine, waar tegenover een compensatie in het computergebruik staat, kunnen vervallen (f 40.000,-- 's jaars minus 16 à f 20.000,-- compensatie).

De vrijkomende bedragen zijn voldoende om afschrijvingskosten van een terminal op te vangen.

Zowel voor de registratiesystemen als voor het lopende onderzoek heeft een terminal met magneet band systeem ook voordelen - ook enkele nadelen - maar zie hierover de uitgebreide nota. (De voordelen liggen in de grote tijdsbesparing - nu moet men voor elke analyse naar de diverse computercentra - de nadelen in de sfeer van de computeruitvoer - die met een terminal systeem vrij beperkt moet zijn).

De ruimtelijke consequenties.

Vijf tot zeven man extra + een ruimte voor de computerverbinding. Tel uit je winst. Het huisvestingsprobleem in volle omvang. Oplossing onbekend.

Epiloog.

De serieus geïnteresseerde lezer zal ongetwijfeld na lezing van deze samenvatting een aantal bemerkingen hebben.

Een eerste gedachte zou kunnen zijn: alles goed en wel met zo'n markt-analyse, maar wat doe je nu als er binnenkort een vestigingsbeleid voor huisartsen tot stand komt; verdwijnt dan de relevantie van het onderwerp niet.

Antwoord: Neen, de relevantie wordt niet minder

- a) er is nog geen vestigingsbeleid en gezien de politieke constellatie zal dat er zo gauw nog niet komen ook,
- b) dit soort onderzoek kan de gewenstheid van een beleid waarschijnlijk positief ondersteunen.
- c) het principe van het onderzoek - wat zijn de verwachtingen van jonge huisartsen en hoe realiseren zij deze verwachtingen

in de praktijk - is niet wezenlijk anders in een klassieke marktsituatie dan in een "normale" arbeidsmarktsituatie, waar men via sollicitatie een werkring zoekt.

Zolang er meer vraag naar bepaalde soorten functies of praktijksituaties is, zullen mensen afvallen.

De kenmerken en wensen van de afvallers vormen een spiegel van de tekortkomingen van het systeem.

Bovendien geldt in het geschetste model de belangrijkste vraagstelling niet alleen voor huisartsen. Vroedvrouwen, tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkenden, voor al deze hulpverleners geldt hetzelfde model. Hoe vertaalt men zijn in de opleiding bijgebrachte verwachtingen in de praktijksituatie? Deze opmerking houdt niet in, dat bovengenoemde onderzoeksvoorstellen zonder meer uit te breiden zijn tot meerdere groepen hulpverleners.

De geschetste opzet gaat uit van een aantal goed georganiseerde, flexibele persoonsregistraties en van een behoorlijke hoeveelheid inhoudelijke kennis omtrent de groepen hulpverleners in kwestie. Deze kennis ontbreekt tot nu toe nagenoeg geheel wat betreft andere hulpverleners dan de huisarts, maar is natuurlijk wel te verwerven.

Over de wenselijkheid van zelf opgezette en bijgehouden registratiesystemen die een zekere flexibiliteit bezitten is al genoeg gezegd.

De subsidiëring van de diverse projecten kan door verschillende instellingen worden geleverd, om een gedachtenschets te geven:

reg. syst. + gem. gegevens	: overheidssub (Vomil. GHI.)
Onderzoekingen vertrek) wetenschappelijke subsidiënten
vestiging) bijv. Ziekenfondsraad,
aansluiting/opleiding/) preventiefonds, wetenschappelijke
vestiging) subsidies Vomil.

