

MEERJARENPLANNING
BASISEENHEID
STRUCTUUR BEROEPSGROEP

band 1 - structuur beroepsgroep

februari 1979

P.P. Groenewegen

J. van der Zee

1. INLEIDING

Uitgangspunt voor het wetenschappelijk onderzoek binnen de beroepsgroep van huisartsen is, dat deze beroepsgroep tot op grote hoogte onafhankelijk van anderen haar vorm en inhoud bepaalt en dat afwijkingen van het algemeen stamien voor een belangrijk deel terug te voeren zijn op structurele eigenaardigheden van de beroepsgroep in kwestie.

Is het uiteindelijk doel van de onderzoekers in dit aandachtsveld om de invloed van de structuur van de beroepsgroep op het functioneren van huisartsen vast te stellen, de wetenschappelijke kennis over zowel structuur als functioneren is echter dusdanig minimaal van aard, dat de eerstkomende vijf jaar slechts zijdelings aandacht aan het functioneren zal worden besteed en het hoofdaccent op het onderdeel 'structuur' zal vallen.

Beziet men de ontwikkelingen op langere termijn (2e vijfjarenplan) dan zien we de onderzoeksactiviteiten enerzijds gaan in de richting van onderzoek naar gevolgen van structurele aspecten voor het functioneren van huisartsen (op welk terrein de werkgroep psycho-sociale hulpverlening tegen die tijd een voldoende hoeveelheid kennis heeft verworven, die gezamenlijke projecten (of misschien zelfs een andere indeling van de aandachtsvelden en basiseenheden) wenselijk en waarschijnlijk maakt) en anderzijds in de richting van het toetsen en toepassen van de voor de huisartsengroep verworven inzichten bij vergelijkbare dan wel kontrasterende beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

In deze nota beperken we ons tot een systematische weergave van het voor de faktor 'structuur' benodigde onderzoek en een prioriteitstelling. Daartoe wordt eerst op theoretische (van de beroepen-sociologie afgeleide) gronden een opsomming gegeven van de belangrijke thema's in dit aandachtsveld. Vervolgens vindt men een opsomming van de onderzoeksplannen, die wederom themagewijs zijn gegroepeerd. Vervolgens treft men een globale planning aan van onderzoekingen die de komende jaren uitgevoerd gaan worden.

We moeten nogal wat aandacht besteden aan de organisatorische voorwaarden. Het te verrichten onderzoek is gebaseerd op een tweetal arbeids- en techniek intensieve persoonsregistraties - de huisartsenregistratie en de (in 1979 op te zetten) registratie van adspirant-huisartsen. Voor het systeem der huisartsenregistratie is een periode van konsolidatie aangebroken; de kinderziekten zijn overwonnen en het systeem kan langzaam verder worden uitgebreid - terwijl het leveren van jaarlijkse overzichten binnen afzienbare tijd een routinematig karakter kan krijgen.

Wij hopen dat deze nota het inzicht in de samenhang en prioriteitstelling van de onderzoekingen op middellange en lange termijn zal vergroten.

2. HET AANDACHTSVELD STRUKTUUR BEROEPSGROEP

Het onderzoek dat uitgevoerd en voorgesteld wordt door de werkgroep structuur beroepsgroep moet gezien worden als onderdeel van een beroepen-sociologie waarbij ons onderzoek vooral gericht is op de beroepsgroep van huisartsen. De onderzoeksthema's komen daarom overeen met de thema's die in de beroepen-sociologie in het algemeen centraal staan (hoewel men later zal zien dat nog niet elk van de thema's even ver uitgewerkt is).

Centrale thema's in de beroepen-sociologie zijn:

- . de relatieve positie van beroepsgroepen in stratifikatiesystemen
- . de toetreding tot en terugtreding uit de beroepsgroep
- . de interne organisatie van de beroepsgroep
- . de organisatie van de omgeving van de beroepsgroep
- . de invloed van relatieve positie, toe- en terugtreding, interne organisatie en omgeving op het functioneren in het beroep.

Deze thema's passen binnen het algemene onderzoeksveld van het N.H.I. dat zich laat omschrijven als het onderzoeken van effecten van structuren óf structuur-veranderingen op het functioneren van eerstelijns hulpverleners (en met name huisartsen).

Het onderzoek van de werkgroep structuur beroepsgroep richt zich niet alleen op de verklaring van het gedrag van individuele huisartsen, zoals het zoeken naar een praktijk en het vestigen als huisarts, maar ook op de verklaring van makro verschijnselen zoals de organisatiegraad van de beroepsgroep en de gemiddelde praktijkgrootte.

Het onderzoek naar gedrag van individuele huisartsen heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de verklaring van makro verschijnselen.

Ten behoeve van een continue stroom gegevens omtrent de opbouw van de beroepsgroep huisartsen beschikt de werkgroep over een databank waarin gegevens opgeslagen zijn en bijgehouden worden over alle gevestigde huisartsen in ons land.

Ten behoeve van onderzoek naar het thema toetreding tot de beroepsgroep zal in 1979 een aanvang gemaakt worden met een registratie van adspirant-huisartsen, dat wil zeggen artsen die de beroepsopleiding tot huisarts gaan volgen.

Cijfers uit deze beide registratiesystemen worden periodiek gepubliceerd in het bulletin 'Studies uit de Huisartsenregistratie'. Hierin is ook een beschrijving te vinden van het registratiesysteem van gevestigde huisartsen; een beschrijving van het systeem van adspirant-huisartsen zal begin 1980 daarin verschijnen.

3. DE ONDERZOEKSPANNEN

Zoals gezegd zijn de thema's die in de vorige paragraaf genoemd zijn, nog niet allemaal even ver uitgevoerd.

Het in de opbouwfase van de werkgroep uitgevoerde onderzoek heeft betrekking op de toetreding tot en de uittreding uit het beroep, op de opbouw van de beroepsgroep en op de spreiding (zie de lijst van publikaties).

Ook de voorstellen die hier gedaan worden hebben voornamelijk betrekking op deze gebieden. De relatieve positie van de beroepsgroep huisartsen in het stratifikatiesysteem komt in deze plannen nog niet aan de orde.

Men zou echter kunnen denken aan een vergelijking van de positie van huisartsen met die van medisch specialisten in verband met verschuivingen tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg en met die van beoefenaren van alternatieve geneeswijzen in verband met substitutie van 'alternatieve' voor 'erkende' zorgverlening. Op het gebied van toetreding en uittreding worden hier al wel voorstellen gedaan tot een vergelijking met andere beroepsgroepen.

Bij het thema 'invloeden van de omgeving op de beroepsgroep' denke men bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van wettelijke kaders voor de uitvoering van een vestigingsbeleid of aan van overheidswege opgelegde beperking van de opleidingscapaciteit.

De plannen voor onderzoek naar effecten op het functioneren van huisartsen zijn nog weinig uitgewerkt en zullen, op een enkele uitzondering na, voorlopig nog niet uitgevoerd worden.

3.1. Toetreding tot de beroepsgroep

De belangrijkste pijler van het onderzoek naar dit thema is de registratie van aspirant-huisartsen. In deze registratie wordt de periode tussen beëindiging van de huisartsenopleiding en de vestiging als huisarts middels regelmatige peilingen vastgesteld. Van de hieronder genoemde onderzoeken hebben de rechtstreekse verslaglegging uit deze registratie (onder a. genoemd) en het onderzoek naar vestigingsgedrag (onder c. genoemd) dan ook de hoogste prioriteit.

- a. De toetreding tot het huisartsenberoep vindt plaats door vestiging als huisarts; de bekende trits vrije vestiging, overname van een praktijk en associatie. Uit de huisartsenregistratie - en in de toekomst uit de registratie van aspirant-huisartsen is een aantal gegevens te halen omtrent zich vestigende huisartsen en omtrent de spreiding van vestigingen of kenmerken daarvan over Nederland. In het kader van het onderzoek 'aantallen, kenmerken en spreiding van vestigingen' worden jaarlijks gegevens gepubliceerd over de samenstelling naar leeftijd, geslacht en universiteit van afstuderen van het vestigingscohort, dit is de groep huisartsen die zich in een bepaald jaar gevestigd heeft, over de wijze van vestiging en over de manier waarop de praktijk uitgeoefend wordt.

- b. De beroepsgroep huisartsen is niet voor ieder toegankelijk; in tegenstelling tot de meeste medisch-specialisten-beroepen wordt de toetreding echter minder beperkt door de opleidingscapaciteit, dan door het geringe aantal vestigingsplaatsen. Een aantal van de alumni van de huisartsenopleidingen - het precieze aantal is nog niet bekend - wordt nooit huisarts. Bezien vanuit het gezichtspunt van gevestigde huisartsen zijn toetredings-beperkingen te beschouwen als een kollektief goed: de praktijkprijzen blijven hoog en de kans op inkomensdaling door praktijkverkleining wordt klein gehouden. In het onderzoek naar 'de organisatie van huisartsengroepen' wordt getracht regionale verschillen in aantallen nieuwe vestigingen en associaties te verklaren vanuit de omvang en organisatiegraad van regionale huisartsengroepen.
- c. Gegeven dezelfde diskrepantie tussen aantal alumni en aantal vestigingsplaatsen worden in het onderzoek 'verklaring van het vestigingsgedrag van huisartsen' twee probleemstellingen onder de loupe genomen: op welke wijze en met welke intensiteit zoeken adspirant-huisartsen naar een praktijk en op welke wijze en op welke plaats vestigen zij zich als huisarts? Voor de oplossing van deze probleemstellingen wordt aangesloten bij theorieën over het ontstaan en veranderen van preferenties. Het onderzoek wordt opgezet als een longitudinaal onderzoek op basis van de registratie van adspirant-huisartsen.
- d. Zoals al onder b. aangeduid verschillen beroepsgroepen naar het moment waarop en de mate waarin de toetreding tot het beroep gereguleerd wordt. De beroepsgroep huisartsen kan daarbij vergeleken worden met andere vrije beroepen dan wel met andere - al dan niet vrije - beroepen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Voorlopige titel van het onderzoek: 'toetredingsregulering; een vergelijking tussen verschillende beroepsgroepen'.
- e. De organisatie van huisartsen, de Landelijke Huisartsen Vereniging, en de Overheid werken aan plannen om de toetreding tot de beroepsgroep te reguleren via een wettelijk vastgelegd vestingsbeleid. Er zijn verschillende alternatieven genoemd in de Nieuwe Blauwdruk van de Landelijke Huisartsen Vereniging en de nota Vestigingsbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Uit de registratiesystemen is een veelheid aan gegevens te putten ter ondersteuning van de discussie omtrent deze materie. Hiervoor hoeft geen nieuw onderzoek gedaan te worden; het betreft een nieuwe groepering van gegevens met het doel op gezette tijden bouwstenen voor een vestigingsbeleid te geven.

- f. Bij vestiging door middel van overname van een praktijk of deel van een associatie wordt doorgaans door de zich vestigende huisarts een som gelds betaald, de zogenaamde goodwill die vastgesteld wordt als een percentage van het brutojaarinkomen van de verkopende huisarts. In twee onderzoeken zijn vragen gesteld naar de hoogte van het goodwill-percentage. In het eerste onderzoek, 'Nieuwe vestigingen van Huisartsen', zijn de vragen gesteld aan zich vestigende artsen; in het tweede, 'Vertrek uit de Huisartspraktijk', aan huisartsen die de praktijk overdroegen. In het onderzoek 'Betaalde en ontvangen goodwill' zullen deze gegevens opnieuw geanalyseerd en met elkaar vergeleken worden.
- g. Uit de cijfers uit deze eerdere onderzoeken komt onder andere een stijging in de tijd van het percentage goodwill naar voren. Uit gesprekken met informanten en uit de literatuur blijkt dat het percentage goodwill aan het eind van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig een dieptepunt bereikt heeft. Aan het eind van de jaren vijftig en begin jaren zestig daarentegen schijnt het goodwill-percentage zeer hoog geweest te zijn. De 'Ontwikkeling in goodwill-percentage sinds + 1950' kan mogelijk bijdragen aan de verklaring de mobiliteit van artsen.
- h. Zoals in de inleiding gezegd zal de aandacht van de werkgroep de eerste vijf jaar voornamelijk betrekking hebben op de structuur van de beroepsgroep. Aangezien de verschuiving geleidelijk zal plaats vinden, wordt hier reeds een betrekkelijk af te bakenen onderzoek genoemd dat over de effecten op het functioneren van de huisarts gaat. Wanneer er een koppeling tot stand gebracht kan worden (uiteraard met inachtneming van de grootste zorgvuldigheid op het gebied van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) tussen gegevens van enkele vestigingscohorten en verwijscijfers van deze huisartsen die verzameld zijn door het LISZ, kan het verband onderzocht worden tussen de wijze van vestiging als huisarts en de wijze van praktijkvoering enerzijds en het verwijzen anderzijds. De vraagstelling in deze analyse van verwijscijfers van pas gevestigde huisartsen is gedeeltelijk explorerend (zijn er verschillen naar vestigingswijze en naar universiteit waar de opleiding tot huisarts gevolgd is?) en gedeeltelijk toetsend (enkele hypothesen uit de theorie omtrent ontstaan van verwijsgewoonten). Voor zover dit onderzoek verschillen tussen de opleidingen exploreert zou men het kunnen beschouwen als een vooronderzoek voor een op basis van de registratie van adspirant-huisartsen uit te voeren medisch inhoudelijk onderzoek naar de aansluiting tussen de opleiding tot huisarts en de praktijkvoering.

Prioriteiten

Gegeven beperkingen qua tijd, ruimte en mankracht zullen niet alle genoemde onderzoeksvoorstellen uitgevoerd kunnen worden. Bovenaan de prioriteitenlijst staan de overzichten uit de registratiesystemen - dat is een jaarlijks terugkerende verplichting ten opzichte van de subsidiegever en het vormt de databank voor andere onderzoeken. De gegevens ten behoeve van een vestigingsbeleid zijn selecties en bewerkingen hieruit.

Het onderzoek naar vestigingsgedrag is het grote onderzoek met betrekking tot toetreding tot de beroepsgroep. Het betreft een longitudinaal onderzoek, hetgeen speciale eisen stelt aan voorbereiding en organisatie. Dit onderzoek moet, naast de overzichten uit de registratiesystemen, in ieder geval uitgevoerd worden.

De vergelijking van de toetreding tot het huisartsenberoep met de toetreding tot andere beroepsgroepen is zoals gezegd afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens omtrent andere beroepsgroepen. Tot nu toe zijn er in de eerstelijns gezondheidszorg nog geen instanties die een registratie bijhouden die in kwaliteit vergelijkbaar is met de N.H.I.-registratie. Als er echter initiatieven ontplooit gaan worden dan is het zaak zodanige organisatorische kaders te ontwikkelen dat er inhoudelijk vergelijkbare registratiesystemen ontstaan. De overige onderzoeksvoorstellen in deze paragraaf vormen qua omvang (relatief) duidelijk afgebakende eenheden en zouden, als daar via subsidies mankracht voor aan te trekken is, uit te voeren zijn. Ze hebben echter niet de hoogste prioriteit.

Tijdplanning 1979 - 1983

De basisgegevens met betrekking tot toetreding zullen voornamelijk afkomstig zijn uit de registratie van adspirant-huisartsen. Dit registratiesysteem wordt in het begin van de vijfjaarperiode opgezet. De bedoeling van de registratie is tweeledig.

Enerzijds zijn een aantal gegevens direct bruikbaar voor overzichten van het aantal artsen dat de opleiding verlaat en het aantal dat zich vestigt etcetera; anderzijds dient de registratie als basis voor nader onderzoek van vestigingsgedrag.

Dit onderzoek dat een longitudinaal en voorspellend karakter heeft loopt met een geringe vertraging parallel aan het registratiesysteem en is zonder dat niet uitvoerbaar. Gezien het karakter van het onderzoek is er een lange voorbereidingsperiode nodig.

In 1979 zal de opbouw van het registratiesysteem plaatsvinden, hetgeen onder andere een onderzoek behelst naar de groep huisartsen die tot dan toe de opleiding verlaten hebben. In de loop van 1980 zullen de eerste reguliere peilingen plaatsvinden.

Het onderzoek naar vestigingsgedrag zal in 1979 en 1980 theoretisch en organisatorisch voorbereid worden, terwijl de feitelijke dataverzameling in 1981 start.

Tijdschema

| Registratie aspirant-huisartsen | Onderzoek vestigingsgedrag |
|---|--|
| 1979 . opbouw computersysteem . analyse van populatiegegevens uit bestand HRC + rapportage . enquête om retrospectief de registratie aan te vullen + rapportage (begin '80) | . theoretische voorbereiding . globale onderzoeksopzet . pilot study (retrospektief) naar redenen waarom men afgezien heeft van vestiging + rapportage (in '80); |
| 1980 . organisatie van de peilingen . eerste reguliere peilingen + rapportage eind 1980 | . literatuuronderzoek naar vestiging van huisartsen en gedragstheorieën + rapportage (half '80) . nadere uitwerking onderzoeksopzet; |
| 1981 . peilingen . verwerking en analyse van lopende generaties, transversaal en longitudinaal + rapportage | . vragenlijsten ten behoeve van proefonderzoek onder steekproef uit de registratie . opstellen definitieve vragenlijsten; |
| 1982 . peilingen etc. | . dataverzameling |
| 1983 . peilingen etc. | . eerste analyses. |

3.2. De opbouw van de beroepsgroep huisartsen

Onder dit thema valt de verwerking van de gegevens die opgeslagen zijn in het registratiesysteem van gevestigde huisartsen. De onder a. en c. genoemde onderzoeken zijn rechtstreeks afhankelijk van de gegevens uit dit registratiesysteem.

- a. Gegevens omtrent de opbouw van de beroepsgroep naar leeftijd, geslacht en een aantal andere kenmerken worden geput uit het registratiesysteem van gevestigde artsen. Overzichten van 'aantal, spreiding en dichtheid van huisartsen' worden periodiek gepubliceerd.
Ruimtelijke weergave van de gegevens geschiedt voor een aantal regionale indelingen, zoals provincies, economisch-geografische gebieden, K.N.M.G.-distrikten en Plaatselijke Huisartsen Verenigingen. Bij de weergave wordt gebruik gemaakt van het kartografische computerprogramma CALFORM. Het registratiesysteem heeft een dynamische opbouw; dit betekent dat de bestanden niet jaarlijks bevroren worden, maar dat ze bij de ontdekking van onjuistheden of onvolledigheden gekorrigeerd worden.
De overzichten die gepubliceerd worden zijn daarom nooit definitief, maar kunnen ten alle tijde gewijzigd worden, als de noodzaak daartoe zich voordoet.
- b. Hoewel de betrouwbaarheid van het registratiesysteem over het geheel genomen weinig te wensen overlaat, zijn er enkele groepen die moeilijk te volgen zijn. Men kan daarbij denken aan vrouwelijke huisartsen, die vaak een wisselend aandeel in de praktijk hebben; aan part-time werkende huisartsen en aan huisartsen die ouder dan 65 jaar zijn. Het is de bedoeling om in de komende jaren 'de arbeidssituatie van enkele specifieke groepen huisartsen' te onderzoeken om zo, als nevenprodukt, de betrouwbaarheid van het registratiesysteem te kontrôleren.
- c. Zoals gezegd onder 3.1. punt a, worden uit de huisartsenregistratie jaarlijks gegevens omtrent de samenstelling van vestigingscohorten gepubliceerd. Door vestigingscohorten in de tijd te volgen worden gegevens verzameld over de 'carrière-duur van huisartsen'.
Gegevens over de carrière-duur zijn vooral van belang voor het onderzoek van ontwikkelingen in de opbouw van de beroepsgroep.

- d. In het verleden zijn ten behoeve van het beleid van overheid en beroepsorganisaties verschillende malen voorspellingen gemaakt van de omvang en opbouw van de beroepsgroep. De vaak impliciete, theoretische veronderstellingen die gemaakt zijn bij het opstellen van de voorspellingen en de mate waarin de voorspellingen overeenkomen met de cijfers uit de registratie worden geanalyseerd in de 'evaluatie van manpower planning studies'. In dit onderzoek wordt dus een meer indirect gebruik van de registratiegegevens gemaakt.

Prioriteiten

De overzichten uit de huisartsenregistratie hebben de hoogste prioriteit. De onder c. genoemde analyse van de carrière duur van huisartsen is ook uitvoerbaar met registratiegegevens. Als het registratiesysteem van gevestigde huisartsen verder terug in de tijd aangevuld wordt (vergelijk ook de planning met betrekking tot spreiding en huisartsendichtheid in paragraaf 3.4.), kan dit onderzoek uitgevoerd worden. De uitvoering van beide andere onderzoeken is afhankelijk van de termijn waarop een nieuwe coördinator voor de registratiesystemen kan worden aangetrokken en van de beschikbaarheid van tijdelijke assistentie.

Tijdplanning

O p b o u w b e r o e p s g r o e p

| | |
|------|--|
| 1979 | gewone overzichten aantallen part-time werkende huisartsen |
| 1980 | bestand aanvullen naar het verleden gewone overzichten |
| 1981 | arbeidssituatie van één specifieke groep huisartsen bestand aanvullen naar het verleden gewone overzichten |
| 1982 | gewone overzichten |
| 1983 | carrière duur van huisartsen gewone overzichten. |

3.3. Terugtrekking uit de beroepsgroep

Over dit thema is in de afgelopen jaren reeds onderzoek verricht. Hieruit zijn de probleemstellingen naar voren gekomen voor nieuw, betrekkelijk omvangrijk onderzoek (zie onder d. en e.).

- a. Ook wat betreft de terugtrekking uit de beroepsgroep worden jaarlijks gegevens uit de huisartsenregistratie gepubliceerd. De overzichten van 'Het vertrek uit de huisartsenpraktijk' bevatten gegevens over de nieuwe functie van de praktijkverlaters, over leeftijd en geslacht, vorm van de praktijkvoering, lokatie van de praktijk en over het feit of al dan niet een opvolger in de praktijk is.
- b. Naast deze transversale analyse van het vertrek uit de praktijk worden weer de vestigingscohorten bestudeerd op de uitval. Bij de 'analyse van de uitval van vestigingscohorten' wordt een opdeling gebruikt in natuurlijk verloop, specialisatie en overige functies. De cohortenanalyse is overgenomen uit de demografie. In die wetenschap worden gebeurtenissen, zoals huwelijk of overlijden, op twee manieren geklassificeerd:
in de eerste plaats volgens het tijdsinterval dat verlopen is tussen de bestudeerde gebeurtenis en een eerdere relevante gebeurtenis, zoals geboorte en
op de tweede plaats volgens het cohort waarvan de persoon die de gebeurtenis heeft meegemaakt, deel uitmaakt, in het voorbeeld alle kinderen die in een bepaald jaar geboren zijn.
De gebeurtenis waarop de cohortenanalyse hier toegepast wordt, is het neerleggen van de huisartspraktijk. Deze gebeurtenis wordt gerelateerd aan de tijd die verlopen is tussen vestiging en vertrek en aan cohorten van huisartsen die zich in één bepaald jaar gevestigd hebben. In de cohortenanalyse wordt getracht drie soorten effecten - voor zover mogelijk - te ontrafelen, namelijk cohort-, periode- en leeftijdseffecten.
- c. Voor de volledigheid zij hier ook vermeld het onderzoek 'Betaalde en ontvangen goodwill' dat al in 3.1. beschreven is.

- d. Over de terugtreding uit de beroepsgroep is in mei 1978 een uitgebreid onderzoeksrapport uitgebracht. De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding tot de formulering van twee nieuwe probleemstellingen. De eerste daarvan heeft betrekking op de rol die het vervullen van nevenfuncties heeft op het al dan niet neerleggen van de praktijk en op de nieuwe functie na het vertrek. In genoemd onderzoek werden hierover de hypothesen geformuleerd, dat het uitoefenen van een nevenfunctie de stap naar een volledige uitoefening van een functie op hetzelfde gebied vergemakkelijkt, en de hypothese dat het vervullen van een nevenfunctie de stap naar de uitoefening van een willekeurige andere functie vergemakkelijkt. De resultaten van het onderzoek waren niet in strijd met deze hypothesen. Het uitoefenen van gehonoreerde nevenfuncties bleek zelfs een van de belangrijkste verschilpunten te zijn tussen praktijkverlaters en nog praktizerende artsen. Een nadere uitwerking van de rol van nevenfuncties bij het neerleggen van de praktijk en een verklaring van genoemde hypothesen vormt een mogelijk vervolg op het vertrekonderzoek. In feite zou men een onderzoek moeten doen waarin het vervullen van nevenfuncties verklaard moet worden.
- e. De tweede probleemstelling heeft betrekking op de alternatieven voor vertrek uit de praktijk. Vooral uit mondelinge interviews die in het kader van het vertrekonderzoek gehouden werden, bleek dat veel huisartsen vóór het vertrek uit de praktijk andere alternatieven overwogen hebben, zoals een samenwerkingsverband opzetten of een verbouwing dan wel vernieuwing van het praktijkgebouw realiseren. De vraagstelling luidt: over welke alternatieven beschikken huisartsen om een diskrepantie tussen een feitelijke en gewenste situatie te verkleinen en welk alternatief voeren zij uit ? Een uitwerking en beantwoording van deze vraagstelling levert behalve aan het vertrek uit de praktijk ook een bijdrage aan de verklaring van andere handelingen van huisartsen.

Prioriteiten

De onderzoeken die direkt afgeleid zijn van de huisartsenregistratie hebben ook hier prioriteit.

De analyse van de uitval van vestigingscohorten wordt vooral interessant als we beschikken over langere reeksen gegevens.

Een vervolg op het 'vertrekonderzoek' kan om organisatorische redenen pas over enkele jaren plaatsvinden. Het is nu nog niet te overzien of beide probleemstellingen onderzocht kunnen worden of dat er een keuze gemaakt moet worden.

Wij hopen dat in de loop van 1981 de eerste globale onderzoeksopzet gemaakt kan worden.

Tijdplanning

Terugtrekking uit de beroepsgroep

| | |
|------|--|
| 1979 | overzicht vertrek 1972 - 1978 eerste cohortgegevens |
| 1980 | vertrek 1979 + 1970-1971 (trends doorgetrokken) cohortgegevens |
| 1981 | vertrek 1980 + 1968-1969 (+ trends) cohortgegevens globaal onderzoeksopzet vervolgonderzoek vertrek |
| 1982 | vertrek 1981 + 1965-1967 (+ trends) cohortgegevens theoretische uitwerking vervolgonderzoek literatuuronderzoek proefonderzoek |
| 1983 | vertrek 1960 - 1980 (monografie) cohortgegevens dataverzameling vervolgonderzoek. |

3.4. Spreiding van huisartsen (gemiddelde praktijkgrootte)

Centrale vraag binnen het sub-thema 'spreiding' is: waarom zijn huisartsen ongelijk over Nederland verdeeld; waarom varieert het aantal inwoners per huisarts van 2.400 op het platteland in het noorden des lands tot 3.200 op het verstedelijkt platteland in het zuiden.

Een tweede vraag volgt direkt op de eerste:

Wat zijn de gevolgen van deze ongelijke verdeling voor de gezondheidszorg (en uiteindelijk voor de volksgezondheid) in Nederland ?

Binnen het onderzoeksveld zijn de volgende onderzoekingen denkbaar:

- a. In de huidige discussie omtrent produktiecijfers in de huisartspraktijk is de gemiddelde praktijkgrootte een cruciale variabele. Onderzoek naar deze variabele is om twee redenen geboden. In de eerste plaats levert de hoge positieve korrelatie tussen huisartsendichtheid en proportie bejaarden problemen op bij de schatting van de invloed van praktijkgrootte op de produktiecijfers (bejaarden worden vaker opgenomen en verwezen, de gemiddelde ligduur is langer etcetera). Ten tweede is de wijze waarop de gemiddelde praktijkgrootte verandert (door vrije vestiging of door associatie) mogelijk van invloed op de produktiecijfers. Een verklaring van ontwikkelingen van de gemiddelde praktijkgrootte zal op twee manieren aangepakt worden. In het onderzoek achtergronden van de ontwikkeling van de gemiddelde praktijkgrootte op regionaal niveau zullen veranderingen in de demografische structuur (opbouw naar leeftijd en geslacht, migratie) en in de organisatie van de beroepsgroep (op het niveau van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging of de waarnemingsgroep) als verklaring gebruikt worden.
- b. De tweede manier waarop veranderingen in gemiddelde praktijkgrootte verklaard kunnen worden - als aanvulling op het onder a. genoemde - is vanuit het gedrag van individuele huisartsen. Hiertoe worden gegevens gebruikt uit het onder 3.1 genoemde onderzoek naar vestigingsgedrag van huisartsen. In dit onderzoek kunnen een aantal hypothesen en assumpties die gemaakt zijn ter verklaring van verschillen in gemiddelde praktijkgrootte tussen regio's of binnen regio's in de tijd, getoetst worden aan het gedrag van zich vestigende huisartsen.

Een voorbeeld zal duidelijker maken wat hier precies bedoeld wordt. Stel dat bij de analyse van veranderingen in gemiddelde praktijkgrootte in de tijd gevonden wordt dat in regio's waar de gemiddelde praktijkgrootte laag is, de toename sneller plaats vindt dan in regio's waar de gemiddelde praktijkgrootte hoger was.

In een onderzoek naar het gedrag van individuele huisartsen zou dan nagegaan kunnen worden welke rol de perceptie door de huisarts van de gemiddelde praktijkgrootte speelt bij de beslissing zich ergens te vestigen.

- c. De relatie tussen gemiddelde praktijkgrootte en productiecijfers in de huisartspraktijk (zoals verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers) kan met behulp van de resultaten van met name het eerstgenoemde onderzoek opnieuw en beter gespecificeerd worden. Een verbetering van bestaande makrorekenmodellen voor de gezondheidszorg is het doel.
- d. De vergelijking van de dichtheid van huisartsen met die van enkele andere beroepsgroepen kan een licht werpen op het belang van enkele korrelaties. Stel dat bijvoorbeeld de variantie in huisartsendichtheid Y verklaard wordt door de variabelen A (percentage bejaarden) en B (inkomen van de bevolking); het is dan zaak ter vergelijking een beroepsgroep te zoeken waarvan de dichtheid in theorie niet kan samenhangen met één van deze beide variabelen. Zo kan men naast de huisartsendichtheid de dichtheid van advocaten plaatsen waarvan op theoretische gronden geen samenhang met percentage bejaarden A te verwachten valt. Een groot probleem is wel te komen aan betrouwbaar en volledig materiaal over andere beroepsgroepen.
- e. Steeds wanneer er over gemiddelde praktijkgrootte gesproken wordt ligt de vraag vóór op de lippen waarop het gemiddelde gebaseerd is. Aan de keuze van een regio-indeling ten behoeve van bovengenoemde onderzoeksvorstellen zal ruime aandacht besteed worden. Aan een regio-indeling kunnen verschillende, vaak tegenstrijdige eisen gesteld worden. De eis van beleidsrelevantie is bijvoorbeeld vaak tegenstrijdig aan de eis dat regio's afgeronde gebieden van medische zorg moeten vormen. Behalve dat de keuze van regio-indelingen van belang is voor overzichten van gemiddelde praktijkgrootte kan het ook een licht werpen op voorstellen omtrent de regionalisatie van de gezondheidszorg.

Prioriteiten

Bij de analyse van achtergronden van verschillen in gemiddelde praktijkgrootte zijn twee typen onderzoek te onderscheiden, die principieel qua aanpak niet verschillen, maar op praktische gronden van elkaar onderscheiden moeten worden, namelijk longitudinaal en transversaal onderzoek.

In het eerste geval probeert men de huidige verschillen in spreiding van huisartsen te verklaren uit veranderingen in samenstelling van de huisartsengroep en de plaatselijke bevolking in het verleden; in het tweede geval worden verschillen in huisartsendichtheid direkt in verband gebracht met verschillen wat betreft andere kenmerken (bijvoorbeeld een relatie tussen gemiddeld inkomen van de bevolking en aantal inwoners per huisarts).

Voor onderzoek van het longitudinaal type heeft men waarnemingsreeksen over langere tijdsperioden nodig; het huidige registratiesysteem van huisartsen bevat informatie vanaf 1970; de informatie is met enige moeite nog wel uit eigen materiaal te completeren vanaf 1968, maar verder terug zoeken in de tijd kan alleen ten koste van veel extra geld en mankracht. Voor organisatie en planning betekent dit dat de longitudinale onderzoekingen in de pas moeten lopen met een materiaal-verzamelingsplan voor de huisartsenregistratie.

De prioriteit ligt daarom bij de transversale studie, maar tegelijkertijd dient een materiaal-verzamelingscampagne voor de longitudinale studie opgezet te worden.

Tijdplanning

1979 Achtergronden van huisartsendichtheid - transversaal - ontwikkeling van een uitbreiding voor het door Posthuma en Van der Zee ontwikkelde makrorekenmodel op basis van cijfers per gemeente (zie Tussen eerste en tweede echelon I).

Dit moet resulteren in een proefschrift, waarop Posthuma en Van der Zee promoveren.

1980 Uitbreiding van de transversale studie met een analyse per Plaatselijke Huisartsen Vereniging om de invloed van zelfregulatie (vestigingsbeleid) van de huisartsengroep vast te stellen.

En in dezelfde periode dient de uitbreiding van het registratiesysteem terug in de tijd te starten met behulp van de volgende bronnen: ledenadministratie Landelijke Huisartsen Vereniging (Nederlands Huisartsen Genootschap) (in principe toestemming verkregen); Register Medische Beroepen Geneeskundige Hoofd Inspectie (resultaten van de in de loop van 1979 te versturen enquête); kaartenbestanden Ziekenfondsraad; (eventueel) archieven Plaatselijke Huisartsen Verenigingen en systematisch regionaal onderzoek.

Het is de bedoeling voorlopig terug te gaan tot 1960; eventueel nog verder.

Afhankelijk van het gereedkomen van deze materiaalverzameling zijn de longitudinale ¹⁾ onderzoeken realiseerbaar. Een precieze planning is niet mogelijk - globaal kan men zeggen, dat het eerste half jaar van 1979 nog wel nodig is om materiaal over 1968 en 1969 te verzamelen met de huidige mankracht. Intussen moet een subsidie-aanvraag worden voorbereid om gedurende 2 ½ jaar over de resterende jaren materiaal te verzamelen (de schatting is dat er + 3 registratiejaren per onderzoeksjaar verwerkt kunnen worden).

Tijdschema

| O n d e r z o e k | R e g i s t r a t i e | |
|-------------------|---|--|
| 1979 | transversaal onderzoek naar achtergronden van spreiding | verwerking materiaal voor 1968 en 1969 aanvraag subsidie voor verder terugwerken in de tijd |
| 1980 | afsluiting transversaal onderzoek ontwikkeling van nieuw makrorekenmodel | terugwerken van bestand 1967 - 1965 |
| 1981 | theoretische en technische voorbereiding van longitudinaal onderzoek | terugwerken van bestand 1964 - 1962 |
| 1982 | longitudinaal onderzoek | tot + juni terugwerken bestand 1961 - 1960 |
| 1983 | longitudinaal onderzoek afsluiting | |

1) Niet alleen wat betreft het sub-thema 'spreiding' maar ook onderzoek over 'ontwikkeling' van goodwill-percentages sinds 1950 (zie onder 3.1.g.).

3.5. Samenvatting van de prioriteiten

De werkzaamheden aan de registratiesystemen en de belangrijkste onderzoeksplannen voor de komende vijf jaren vatten we nog eens samen in een schema op blz. 19.

In het schema is ook al de overgang van het hoofdthema structuur naar de thema's funktioneren en vergelijking met andere beroepsgroepen aangegeven. Het moet de lezer duidelijk zijn dat de onderzoeken in de tweede vijfjaar-periode nog nauwelijks te plannen zijn omdat de onderzoeksresultaten uit de eerste vijfjaar-periode bepalend zijn voor de probleemstellingen en omdat er voor alsnog geen zicht is op de beschikbaarheid van gegevens over andere beroepsgroepen.

PLANNINGSSCHEMA WERKGROEP STRUKTUUR BEROEPSGROEP

| JAAR | REGISTRATIE ADSPIRANT-HUISARTSEN | REGISTRATIE GEVESTIGDE HUISARTSEN | THEMA | |
|------|--|--|----------------------------------|----------|
| 1979 | opbouw van het systeem/achterstand verwerken | overzichten/stuk over part-time huisartsen | hoofd- | |
| 1980 | eerste peilingen | overzichten/terugwerken in de tijd | thema | |
| 1981 | peilingen en verwerking | overz./arbeidssit.spec.groep/terugw. i.d. tijd | struk- | |
| 1982 | peilingen en verwerking | overzichten/terugwerken in de tijd | tuur | |
| 1983 | peilingen en verwerking | overzichten/carrièreduur van huisartsen | thema's | |
| JAAR | TOETREDING | SPREIDING/GEM. PRAKTIJKGR. | TERUGTREDING | THEMA |
| 1979 | globale opzet/pilot study | transversaal onderzoek | vertrek '72-'78/cohortenanal. | hoofd- |
| 1980 | uitwerking opzet/organisatie | ontw. nieuw makrorekenmodel | vertrek '79, '70-'71/cohort. | thema |
| 1981 | proefonderzoek | dataverzameling retrospectief | '80, '68-'69/c./vervolgonderzoek | struk- |
| 1982 | dataverzameling | longitudinaal onderzoek | '81, '65-'67/c./theor. uitwerk. | tuur |
| 1983 | eerste analyses | longitudinaal onderzoek | '60-'80/c./dataverzameling | thema's |
| 1984 | nadere analyses | afsluiting long. onderz. | overzichten/dataverzameling | funktio- |
| 1985 | eindrapportage | implicaties voor functioneren | overzichten/analyses | neren + |
| 1986 | implicaties voor funktion. | vergelijking met andere | eindrapportage | andere |
| 1987 | vergelijking met andere | beroepsgroepen | implicaties voor functioneren | groepen |
| 1988 | beroepsgroepen | rapportage | verg. met andere groepen | |

N.H.I.-publicaties over de beroepsgroep huisartsen:

A.I.M. Bartelds, J.P. Dopheide & J. Van der Zee,
'Nieuwe vestigingen van huisartsen', N.H.I., 1977

P.P. Groenewegen,
'Vertrek uit de huisartspraktijk', N.H.I., 1978

P.P. Groenewegen & J. Van der Zee,
'Studies uit de huisartsenregistratie I, vertrek uit de
huisartspraktijk 1972 - 1975', N.H.I., 1977

P.P. Groenewegen & J. Van der Zee,
'Vertrek uit de huisartspraktijk 1972 - 1976', Tijdschrift
voor sociale geneeskunde, 56 (1978) 496 - 503, 528

J. Van der Zee,
Oriëntatie-kursus Nederlands Huisartsen Instituut 1978;
gegevens uit de huisartsenregistratie ten behoeve van een
vestigingsbeleid, N.H.I., 1978.

