(1)

NIVEL bibliotheek
drieharingstraat 8
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

VERTREK UIT DE HUISARTSPRAKTIJK

een onderzoek verricht in opdracht van de landelijke huisartsen vereniging

p.p. groenewegen

mei 1978

nederlands huisartsen instituut postbus 2570 3500 GN utrecht tel.: 030-319946

Voorwoord

Het onderhavige rapport is tot stand gekomen in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging.
Deze was geïnteresseerd in de vraag waarom en in welke mate huisartsen vroegtijdig, d.w.z. voor hun 65e jaar, de praktijk verlaten en een andere functie gaan bekleden. In hoeverre spelen de werkomstandigheden, de financiën en eventueel een verminderd plezier in het huisartsenvak, etc. hierbij een rol. Dit zijn belangrijke vragen, niet alleen voor de planning van het aantal huisartsen, maar ook voor de opleiding van huisartsen en voor de materiële en immateriële randvoorwaarden van het beroep.

Dit onderzoek past geheel in het aandachtsveld "Struktuur beroepsgroep" (projectleider drs. J. van der Zee, die ook de supervisie over dit project voerde), van de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het N.H.I. Reeds tevoren was een aanvang gemaakt met een studie over de omvang van het vertrek uit de huisartsenpraktijk, welke uitgemond is in de publicatie "Studies uit de huisartsenregistratie, vertrek uit de huisartsenpraktijk" 1972 - 1975 *). Diverse vragen die door de L.H.V. gesteld waren konden hierin reeds beantwoord worden.

Deze publicatie richt zich vooral op de motieven van vertrek uit de huisartsenpraktijk en tracht kenmerken te vinden waarom deze oplossing, nl. vertrek, gekozen is en niet andere, zoals zich associëren, samenwerken met andere disciplines, verbetering van de praktijkorganisatie, praktijkverkleining, etc.
Hierbij wordt de groep vertrokken huisartsen vergeleken met een controlegroep van huisartsen welke niet vertrokken zijn. Kortom deze publicatie poogt een bijdrage te leveren aan de kennis van en inzicht in het carrièreverloop van huisartsen. Voor degenen die geen tijd hebben om het gehele rapport te lezen is hoofdstuk II als samenvatting geschreven.

Ik hoop dat u deze publicatie met genoegen zult lezen.

C.P. Bruins,
directeur Nederlands Huisartsen Instituut

*) verkrijgbaar op het N.H.I.

I N H O U D

		pagina
	INLEIDING	1
1.	ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK	2
1.1.	Hoe is het project tot stand gekomen	2
1.2.	Publieke belangstelling rond het verschijnsel	2
1.3.	De vraagstelling	4
1.4.	Samenvatting van de populatie-gegevens	4
1.4.1.	Veel of weinig vertrek ?	4
1.4.2.	Vertrek naar urganisatiegraad en landsdeel	8
1.4.3.	Wat gebeurt er na het vertrek ?	8
1.4.3.1.	Leeftijd en nieuwe bezigheid	10
2.	SAMENVATTING	12
2.1.	Inleiding	12
2.2.	De overdracht van de praktijk	13
2.3.	Wat zijn de praktijkverlaters gaan doen ?	15
2.4.	De werkbelasting van de vertrokken artsen	17
2.5.	Redenen om de praktijk neer te leggen	21
2.6.	Enkele groepen vertrekkers	22
2.7.	Vertrokken en praktizerende artsen	23
2.8.	Alternatieven voor vertrek uit de praktijk	24
3.	DE THEORETISCHE OPZET VAN HET ONDERZOEK	26
3.1.	Literatuur over vertrek uit de praktijk	26
3.2.	Verwachtingen omtrent het vertrek uit de praktijk	29
3.2.1.	Verwachtingen omtrent de overdracht van de praktijk	30
3.2.2.	Verwachtingen omtrent de nieuwe functie	31
3.2.3.	Verwachtingen omtrent werkbelasting	32
3.3.	Samenvatting	34
4.	PRACTISCHE OPZET VAN HET ONDERZOEK	35
4.1.	Afbakening van de operationale populatie vertrekkers en praktizerenden	35
4.2.	Populatie-onderzoek/Steekproefonderzoek	37
4.3.	Manier waarop de gegevens verzameld zijn	38
4.4.	De vragenlijsten	40
4.5.	Samenvatting	41
5.	DE RESPONSE	42
5.1.	De response van de vertrokken artsen	42
5.2.	De response van de praktizerende artsen	44
5.3.	De response bij de mondelinge enquêtes	44
5.4.	Samenvatting	44
6.	DE OVERDRACHT VAN DE PRAKTIJK	45
6.1.	Wie heeft er geen opvolger ?	45
6.2.	Hoe lang heeft men gezocht naar een opvolger ?	47
6.3.	Hoe komt men in contact met de opvolger ?	48
6.4.	Directe overname of overgangsperiode ?	52
6.5.	Het percentage goodwill	54
6.6.	Het percentage goodwill in de tijd	58
6.7.	Samenvatting	60

		pagina
7.	DE ARTSEN IN RUSTE	62
7.1.	Geheel of gedeeltelijk rusten	62
7.2.	De opbouw van het inkomen van de rustende huisarts	64
7.3.	Samenvatting	69
8.	NIEUWE FUNCTIE VAN DE PRAKTIJKVERLATERS	70
8.1.	Aard van de functie of het specialisme	70
8.2.	Eerste of tweede keus ?	72
8.3.1.	De manier waarop men aan zijn functie of opleidingsplaats gekomen is	73
8.3.2.	Nieuwe functie en nevenfuncties	76
8.4.	De rol van aantrekkelijke inhoud en materiële aspecten van de functie bij de beslissing de praktijk neer te leggen	77
8.5.	De inkomsten als huisarts en in de nieuwe functie	79
8.6.	De werktijden als huisarts en na het neerleggen van de praktijk	81
8.7.	Samenvatting	84
9.	WERKBELASTING	87
9.1.	Inleiding	87
9.2.	Het beschikbaarheidsaspect	91
9.3.	De werkzaamheden op zich	93
9.4.	Feitelijke en ervaren werkbelasting	98
9.5.	Samenvatting	102
10.	DE ACHTERGRONDEN VAN HET VERTREK UIT DE PRAKTIJK	106
10.1.	De reden van vertrek uit de praktijk	106
10.2.	Enkele typen praktijkverlaters	110
10.2.1.	De verschillen tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers	112
10.2.2.	De verschillen tussen de groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet en vier andere groepen	115
10.3.	Samenvatting	123
11.	VERTROKKEN EN PRAKTIZERENDE ARTSEN	125
11.1.	De werkbelasting van vertrokken en praktizerende artsen	125
11.2.	Een differentiatie van de praktizerende en vertrokken artsen	128
11.3.	De nevenfuncties	130
11.4.	Samenvatting	131
12.	ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK EN PLANNEN VOOR DE TOEKOMST	132
12.1.	Alternatieven voor vertrek	132
12.1.1.	Alternatieven voor vertrek door vermindering van de hoeveelheid werkzaamheden	133
12.1.2.	Alternatieven voor vertrek door gezamenlijke praktijkvoering	134
12.2.	Plannen voor de toekomst	137
12.2.1.	Heimwee naar het huisartsenwerk onder vertrokken artsen	137
12.2.2.	Gedachten over praktijk neerleggen onder praktizerende artsen	139
12.3.	Samenvatting	139

INLEIDING

Vertrek van huisartsen uit hun praktijk is het verschijnsel waarover in dit onderzoeksverslag gerapporteerd wordt. Vooral vroegtijdig vertrek staat centraal in het onderzoek. Daarmee wordt het vertrek van huisartsen bedoeld die vóór hun 65e levensjaar de praktijk neerleggen en bijvoorbeeld een andere functie gaan uitoefenen.

Het eerste hoofdstuk is gewijd aan enkele achtergronden van het project en aan de vragen die door de opdrachtgever, de Landelijke Huisartsen Vereniging gesteld zijn.
Dit inleidende hoofdstuk wordt gevolgd door een uitgebreide samenvatting van de resultaten van het onderzoek.
In hoofdstuk 3 en 4 komen achtereenvolgens de theoretische en de praktische opzet van het onderzoek aan de orde.
Hoofdstuk 5 gaat over de response; daarbij wordt bekeken of de groep die de vragenlijsten beantwoord heeft (de response) verschilt van de groep die dat niet gedaan heeft (de non-response).
Deze drie hoofdstukken vormen de verantwoording van het onderzoek.
De overige hoofdstukken zijn aan de resultaten gewijd.
Hoofdstuk 6 handelt over het proces van overdracht van de praktijk.
In dit gedeelte worden ook gegevens gebruikt van artsen die zijn gaan rusten. Over deze groep zijn nog wat andere gegevens weergegeven in hoofdstuk 7.
In hoofdstuk 8 wordt een overzicht gegeven van wat de voortijdig vertrokken huisartsen zijn gaan doen.
Aan de beantwoording van de vraag naar de redenen van voortijdig vertrek zijn twee hoofdstukken gewijd.
In hoofdstuk 9 wordt de werkbelasting van de vertrokken huisartsen geanalyseerd.
In hoofdstuk 10 wordt getracht patronen te ontdekken in de redenen van vroegtijdig vertrek; uitgaande van die patronen worden enkele typen praktijkverlaters samengesteld die op een aantal kenmerken vergeleken worden.
Een vergelijking van de werkbelasting van de vertrokken huisartsen met die van een groep praktizerende artsen vormt het 11e hoofdstuk.
Hoofdstuk 12 is gewijd aan enkele alternatieven voor vertrek uit de praktijk, zoals o.a. praktijkverkleining.
Ook komen in dat hoofdstuk toekomstplannen van vertrokken zowel als nog praktizerende artsen aan de orde. Voor de vertrokkenen betreft het hier de vraag óf en onder welke voorwaarden men terug zou willen in de huisartspraktijk; voor de praktizerende gaat het om de vraag of men plannen heeft om de praktijk neer te leggen en of men eventueel al stappen ondernomen heeft om de praktijk over te doen en een andere functie te krijgen.
In een bijlage zijn nog een aantal tabellen opgenomen die in de tekst slechts zijdelings ter sprake komen of waarnaar in de tekst verwezen wordt.

1. ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

De eerste paragrafen van dit hoofdstuk zijn gewijd aan de achtergronden van het onderzoeksproject en aan de manier waarop het tot stand gekomen is. De derde paragraaf handelt over de vragen die door de opdrachtgever gesteld zijn.
Enkele van deze vragen zijn reeds in een andere publicatie beantwoord (Groenewegen en Van der Zee, 1977). Een samenvatting daarvan vindt men in de vierde paragraaf.

1.1. HOE IS HET PROJECT TOT STAND GEKOMEN ?

Het Nederlands Huisartsen Instituut houdt van de huisartsen in Nederland een aantal gegevens bij, zoals leeftijd, vestigingsjaar, vorm van de praktijkvoering e.d. Het doel van die registratie is tweeledig. In de eerste plaats kunnen deze gegevens op zich verwerkt worden om inzicht te geven in aantallen, spreiding en dichtheid van huisartsen en het verloop daarvan gedurende een aantal jaren; in de tweede plaats vormt de registratie het uitgangspunt voor nader wetenschappelijk onderzoek omtrent huisartsen.
Het registratiesysteem wordt voortdurend bijgehouden en, waar nodig, worden gegevens veranderd. Eén van de momenten waarop mutatie nodig is, is bij het neerleggen van de huisartspraktijk.
In 1976 is binnen het Nederlands Huisartsen Instituut de idee ontstaan om deze mutatie-gegevens over het vertrek uit de praktijk eens nader te gaan analyseren. Over de jaren 1972 tot en met 1975 is bekeken hoeveel huisartsen jaarlijks de praktijk verlieten (in verhouding tot het totaal aantal huisartsen), op welke leeftijd men stopte, wat men ging doen en waar de praktijk gesitueerd was. Een samenvatting van de resultaten is in 1.4. weergegeven.

Aan het eind van 1976 is het Nederlands Huisartsen Instituut door de Landelijke Huisartsen Vereniging benaderd om een aantal vragen over vertrek uit de praktijk te beantwoorden.
De belangrijkste vraag was die naar de redenen voor vertrek uit de praktijk. Het verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft geresulteerd in een onderzoek waarvan dit rapport het resultaat is.
In het onderzoek is ook weer uitgegaan van de groep huisartsen die van 1972 tot en met 1975 de praktijk heeft neergelegd. Men kan dus de eerder genoemde publicatie beschouwen als een aanvulling op dit rapport.

1.2. PUBLIEKE BELANGSTELLING ROND HET VERSCHIJNSEL

De meeste huisartsen leggen de praktijk neer rond het 65e levensjaar. Dit natuurlijke verloop trekt noch de aandacht van de wetenschapsman, noch die van de beleidvoerder noch die van het publiek.
Een aantal huisartsen legt de praktijk vóór de 65-jarige leeftijd neer en gaat een andere functie uitoefenen. Dit maakt dat het verloop van het huisartsenbestand een wat grillig karakter krijgt.

Dit trekt de aandacht van wetenschappers en beleidsvoorbereiders, die geïnteresseerd zijn in voorspellingen van het aanbod aan eerste-lijns gezondheidszorg in de (nabije) toekomst en van degenen die geïnteresseerd zijn in de omvang en inhoud van de taken van de huisarts.
De groep "voortijdige" vertrekkers staat dan ook centraal in dit onderzoek.

Het verschijnsel voortijdig vertrek heeft de aandacht van het publiek getrokken doordat enkele huisartsen om een zeer specifieke reden de praktijk neerlegden en dat ook in de publicatie brachten. Het gaat hier om kranteartikelen die verschenen zijn naar aanleiding van rechtszaken tegen enkele (ex-)huisartsen die de pensioenpremie niet betaalden. Als men de kranteberichten moet geloven zou een steeds groter aantal huisartsen, geconfronteerd met toenemende werkbelasting en niet meer op te brengen pensioenpremies, de stethoscoop aan de wilgen hangen en de huisartspraktijk verruilen voor een functie op het brede terrein der sociale geneeskunde.

De speculatie dat de instelling van de verplichte deelname aan het pensioenfonds voor huisartsen geleid heeft tot een onrustbarende toename van het vóórtijdig vertrek, kan hier slechts in beperkte mate met onderzoeksuitslagen vergeleken worden, omdat we niet over genoeg gegevens beschikken over de periode vóór de instelling van het pensioenfonds. De discussie over het pensioenfonds was al sinds halverwege de jaren zestig gaande. In 1973 is het verplichte pensioenfonds van start gegaan. Gezien het feit dat de dicussie al een tijd aan de gang was, kan niet volstaan worden met gegevens over 1972 als stand van zaken vóór invoering van het pensioenfonds. Gegevens over de jaren vóór 1972 zijn (nog) niet beschikbaar.
Vooruitlopend op paragraaf 4.1. waarin enkele cijfers worden gegeven over het vertrek uit de praktijk in de periode 1972 - 1975, kunnen we nu vast zeggen dat er geen toename van het vroegtijdig vertrek is.

Dan blijft nog de vraag in hoeverre de hoogte van de pensioenpremie van invloed is op het vertrek.
Ook deze vraag kunnen we slechts gedeeltelijk beantwoorden aangezien in de schriftelijke vragenlijsten niet expliciet naar dit punt gevraagd is, maar meer algemeen naar een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten. Een klein aantal respondenten heeft echter in de open vragen spontaan de hoogte van de pensioenpremie genoemd.
In hoofdstuk 10, waarin de redenen om de praktijk neer te leggen centraal staan, wordt hierop nader ingegaan. In enkele mondelinge interviews, die als aanvulling en verdieping van de schriftelijke vragenlijsten gehouden zijn, is uitdrukkelijk naar de invloed van de hoogte van pensioenpremie gevraagd.

Een andere factor die in de pers genoemd is, is de hoogte van de werkbelasting. Aan de invloed hiervan op het voortijdig vertrek is in dit verslag ruime aandacht besteed. Om boven het niveau uit te komen van de constatering dat huisartsen het te druk hebben, is de werkbelasting voor een aantal deel-gebieden onderzocht.

1.3. DE VRAAGSTELLING

In de onderzoeksopdracht zijn door de Landelijke Huisartsen Vereniging een aantal vragen gesteld. Deze luiden als volgt:

a. Hoeveel huisartsen verlieten jaarlijks het beroep sinds 1972 ?
b. Welk percentage was dit van de totale groep ?
c. Wat waren de redenen voor het vertrek ?
d. Wat was de leeftijd van de vertrekkenden ?
e. Hoe groot was hun praktijk op het moment van vertrek en welke nevenwerkzaamheden behoorden tot de praktijk ?
f. Waar was de praktijk gesitueerd (stad, platteland, etc.) ?
g. Wat gingen de vertrokken huisartsen doen en wat waren daar de arbeidsvoorwaarden ?

Een aantal van deze vragen (a, b, d, f, g,) zijn reeds beantwoord in Groenewegen & Van der Zee (1977); een samenvatting wordt in de volgende paragraaf gegeven.
De belangrijkste vraag die overblijft is die naar de redenen van vertrek. Zo algemeen gesteld is die vraag moeilijk te beantwoorden. De vraag wordt hanteerbaar gemaakt door hem op te splitsen in deelvragen. Dat gebeurt in het derde hoofdstuk waarin de theoretische achtergronden van het onderzoek weergegeven zijn.
De vraag naar praktijkgrootte en nevenwerkzaamheden komt in hoofdstuk 9 aan de orde.

1.4. SAMENVATTING VAN DE POPULATIE-GEGEVENS

1.4.1. VEEL OF WEINIG VERTREK ?

De vraag naar het aantal huisartsen dat jaarlijks de praktijk verliet kan snel beantwoord worden:

1972	174
1973	218
1974	187
1975	217

De vraag of er nu sprake is van "veel" of "weinig" vertrek kan men op twee manieren benaderen: vergelijking van verschillen in de tijd binnen dezelfde beroepsgroep en vergelijking van verschillen tussen beroepsgroepen onderling.

De eerste manier neemt als gegeven dat er altijd een bepaalde proportie huisartsen vertrekt en kijkt naar fluktuatie van deze proportie in de tijd [1]. Is er sprake van een sterke toename, die bijvoorbeeld niet te verklaren is uit de veranderingen in de leeftijdssamenstelling van de groep, dan noemen we dit "veel" (in vergelijking tot vroeger).
Voor een dergelijke benadering moet men eigenlijk beschikken over een fors aantal waarnemingsreeksen; op grond van de nu gepresenteerde gegevens over de jaren 1972 - 1975 kan men over tendenties, trends weinig zeggen tenzij er zich spectaculaire veranderingen aan het voltrekken zouden zijn.

Tabel 1.1.: Aantal vertrokken huisartsen als percentage van het totaal aantal huisartsen [2] per leeftijdscategorie

	totaal per 1-1-72	perc. vertr.	totaal per 1-1-73	perc. vertr.	totaal per 1-1-74	perc. vertr.	totaal per 1-1-75	perc. vertr.
jonger d.35	596	1.5%	646	1.9%	798	1.5%	802	1.5%
35-44	1491	2.1%	1360	2.1%	1278	2.8%	1224	2.9%
45-54	1294	3.0%	1413	3.5%	1489	3.4%	1577	4.1%
55-64	802	5.0%	790	6.8%	776	4.3%	802	6.4%
totaal < 65	4183	2.8%	4209	3.4%	4341	3.0%	4405	3.7%
65 en ouder	321	17.1%	350	20.3%	361	15.0%	404	13.4%
totaal	4504	3.9%	4559	4.8%	4702	4.0%	4809	4.5%

1) Een duidelijker beeld van deze fluctuaties verkrijgt men als niet telkens de totale jaarcijfers bekeken worden, maar een z.g. cohortenanalyse wordt uitgevoerd. Bij een dergelijke analyse worden proporties per jaargroep vergeleken. In dit geval zou het betekenen dat we van alle jaargroepen na de oorlog gevestigde huisartsen bezien wie er nu nog praktizeert en hoe het verloop van de uitval door de jaren heen is geweest. De gegevens waarover het N.H.I. beschikt maken dit nog niet mogelijk.

2) Voor het totaal aantal huisartsen gebruiken we, zolang de herziening van het eigen bestand van het N.H.I. nog niet is voltooid, de cijfers van de jaarlijkse "Statistiek Geneeskundigen" uit het Register Medische Beroepen van de Geneeskundige Hoofdinspectie te Leidschendam. Vergelijking van onze eigen, voorlopige cijfers met de cijfers der G.H.I. (p. 11 e.v. in ons rapport) laat zien dat de verschillen tussen beide bestanden met name in de hogere leeftijdscategorieën zijn gesitueerd. Het G.H.I.-bestand op 1-1-1975 telt bijvoorbeeld 404 huisartsen, ouder dan 65 jaar. Het "voorlopige" N.H.I.-bestand 290 artsen in dezelfde leeftijdsgroep. Inmiddels is het G.H.I.-bestand herzien en zijn de verschillen tussen beide registraties per 1-1-1977 minder groot. We gebruiken in onze analyse de G.H.I.-cijfers met name omdat onze eigen registratie nog geen cijfers over 1972-1973 kan leveren.

Het beeld is voor alle vier jaren in grote lijnen hetzelfde; tot 64 jaar is er een langzame stijging van het percentage vertrokkenen en in de categorie 65 jaar en ouder is het aanzienlijk hoger.
Toch blijven er, als we zo de percentages bekijken, nog heel wat huisartsen na hun 65e jaar praktizeren.
Maar, zoals wij in ons rapport aantonen moeten de cijfers van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de hogere leeftijdscategorieën enigszins worden gecorrigeerd.
Merkwaardig is dat vanaf 1973 het percentage dat uit de hoogste leeftijdscategorie vertrekt, daalt, terwijl er geen duidelijke compensatie in de categorie 55-64 jaar te vinden is.
Het percentage artsen dat voor het 65e jaar de huisartspraktijk verlaat, schommelt over deze vijf jaren rond de 3.2 %. Er is geen sprake van een forse toename; het antwoord op de vraag "veel" of "weinig" vertrek kan op deze manier niet worden gegeven.

De tweede benadering is een geheel andere. Stond in de eerste benadering het verloop in de tijd van het vertrek uit de praktijk centraal, in de tweede benadering gaat het om het niveau. Enige indicatie daarover kan men verkrijgen door een vergelijking met andere beroepsgroepen. Een probleem is daarbij met welke beroepsgroepen men huisartsen zou kunnen vergelijken, want in vergelijking met de ene beroepsgroep is het niveau van de mobiliteit van huisartsen hoog, maar in vergelijking met een andere laag.
Ter illustratie worden hier twee voorbeelden gegeven.

Een beroepsgroep waarin mobiliteit bijna afwezig is, is die der notarissen.
Volgens opgave van de Koninklijke Notariële Broederschap zijn er zo'n 860 van deze ambtsdragers en jaarlijks een veertigtal vacatures, die echter volledig voorspelbaar zijn uit de leeftijdsverdeling. Het komt zeer zelden voor dat een notaris het ambt voortijdig verlaat.

Een andere beroepsgroep - die der ingenieurs - vertoont een geheel contrasterend beeld. Er zijn zo'n 30.000 in Nederland afgestudeerde ingenieurs, waarvan ongeveer de helft lid is van het K.I.V.I., het Koninklijk Instituut van Ingenieurs.
In een enquête [1], uitgevoerd naar aanleiding van plannen om tot een algemene pensioenregeling voor ingenieurs te komen, zijn enkele vragen gestelt over de veranderingen van werkgever [2] die de

---

1) Wij zijn de commissie mobiliteit van het K.I.V.I. erkentelijk voor het geven van inzage in deze enquête-gegevens en hun toestemming tot publicatie.
2) Omdat men in de pensioenaanspraken was geïnteresseerd heeft men niet gevraagd naar veranderingen van functie onder een en dezelfde werkgever: iets wat bij grote werkgevers (multinationals, overheid) een belangrijke plaats inneemt. Strikt genomen is ook geen onderscheid te maken tussen verandering van "werksoort" en verandering van "werkkring". Vergelijking met de huisartsen-cijfers waar alleen verandering van werksoort dan wel ophouden met werken wordt beschreven is dus niet geheel zuiver.

ondervraagden hadden meegemaakt.
Van de voor 1959 afgestudeerde ingenieurs heeft 65 % meer dan een werkgever gehad en 33 % drie of meer.
Van de na 1959 afgestudeerde ingenieurs gaf 50 % aan nog wel eens van betrekking te zullen veranderen.

Waar past de huisarts nu ? Hij heeft met de notaris het aanzien van het vak c.q. het ambt gemeen en met de ingenieur de toegepast wetenschappelijke opleiding.
Een soepel carrièreverloop binnen het huisartsenvak is echter niet goed mogelijk. Een nieuwe vestiging geeft de rompslomp van een hernieuwde investering; binnen het huisartsenvak zijn eigenlijk niet veel mogelijkheden tot alternatieve wijzen van praktijkuitoefening.
Het is in dit licht dat de psycholoog Hollander, beroepshalve betrokken bij de begeleiding van (multidisciplinaire) samenwerkingsvormen, de volgende observaties maakt (over de motieven om een initiatief te nemen tot het oprichten van een groepspraktijk):

> *"Een belangrijke ego-behoefte, van waaruit men initiatieven tot groepspraktijken ziet ontstaan, heeft te maken met de carrièrelijn van de huisarts. Als hij rond zijn achtentwintigste levensjaar als huisarts start, kost het vijf tot acht jaren om het praktizeren als vak onder de knie te krijgen. Dat wil zeggen, dat er - ten principale gezien - van zijn vijfendertigste tot zijn vijfenzestigste levensjaar weinig meer in zijn beroepsuitoefening verandert.*
> *Voor velen hoeft dat ook niet, voor even zo velen betekent dit dat zij rondom hun veertigste jaar de beleving hebben in een slop te zitten. In de meeste andere beroepen heeft men meer mogelijkheden om zijn werk te laten veranderen met zijn "levenstijdperken" ".*
> *(Hollander, 1974, p. 123).*

Naast samenwerking in een groepspraktijk of gezondheidscentrum geven de instelling van universitaire huisartsenopleidingen en het creëren van gedeeltelijke banen voor praktizerende artsen aan de universiteit eigenlijk een van de zeldzame mogelijkheden het huisartsenvak op een andere wijze uit te oefenen.
Ieder ander alternatief betekent vrijwel altijd het verlaten van de praktijk.

Het gegeven dat een, zij het naar verhouding geringe proportie, "voortijdig" vertrokken artsen überhaupt bestáát, wijst erop dat het huisartsenvak niet enkel en alleen als een "ambt" en "erebaan" gezien wordt. Wanneer men de huisarts (of wanneer de huisarts zichzelf) daarentegen eerder beschouwt als een hoog gekwalificeerd vakman met een toegepast wetenschappelijke opleiding, dan is er sprake van een zeer geringe proportie vertrekkende artsen. Deze proportie zal, indien naast de vrije beroepsuitoefening de mogelijkheden toenemen om het huisartsenvak als "baan" in grotere organisatorische verbanden uit te oefenen, mogelijk groter worden. Voorlopig zullen ontwikkelingen in de taakopvatting van de huisarts en van het kader waarbinnen hij zijn taak uitoefent, bepalend zijn voor de mate van mobiliteit binnen het vak en naar buiten.

Vat men het huisartsenvak op als een soort "ambt", dan is ieder, niet persé noodgedwongen, voortijdig vertrek een teken aan de wand; ziet men meer verwachtschap met het werk van een ingenieur, dan kan men zich erover verbazen dat nog zovele artsen blijven praktizeren.

1.4.2. VERTREK NAAR URBANISATIEGRAAD EN LANDSDEEL [1)]

Cijfers over de verdeling naar urbanisatiegraad van de huisartsen in Nederland zijn op dit moment alleen beschikbaar per 31-12-1974.
Dat zijn cijfers van het Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen.
We relateren deze cijfers aan het aantal vertrokken huisartsen in 1975.
Het percentage vertrokken huisartsen per categorie van urbanisatiegraad variëert van 3.6 % op het verstedelijkt platteland (B 1 en B 2 in termen van de CBS-indeling) tot 5.1. % in de forensengemeenten (B 3 in CBS-termen).
In de drie grote steden ligt de leeftijd op het moment van vertrek wat hoger dan in de overige gemeenten. De helft van de huisartsen die in de periode 1972 - 1975 in de drie grote steden de praktijk verlieten, was 61 jaar of ouder (de mediane leeftijd).
Over de afzonderlijke jaren bekeken is er in de drie grote steden wel een daling van de mediane leeftijd.
Op het verstedelijkt platteland en in de kleine steden is de mediane leeftijd het laagst, 53 jaar.

Het percentage vertrokkenen per landsdeel (totaal-cijfers zijn ontleend aan de G.H.I.) is over de hele periode in het zuiden, i.e. Noord-Brabant en Limburg, het laagst: het ligt tussen 2.1 % en 3.7 %.
In 1972 en 1973 is het percentage praktijk-verlaters het hoogst in het noorden van het land (Groningen, Friesland en Drente) met opv. 4.3 % en 5.7 %. In 1974 en 1975 is het percentage het hoogst in het westen (de provincies Noord- en Zuid-Holland en Zeeland) met opv. 4.6 % en 4.8 %.

1.4.3. WAT GEBEURT ER NA HET VERTREK ?

Slechts van drie huisartsen was dit ons onbekend. Van de overige 793 is ruim 30 % van een welverdiende rust gaan genieten.
Een kleine 10 % is overleden en zo'n 2 % heeft Nederland verlaten.
Ook hebben nog enkele huisartsen de praktijk wegens ziekte neergelegd.
Tesamen zou men deze categorieën als "natuurlijk verloop" kunnen betitelen. Dit omvat op deze manier omschreven een kleine 45 % van de vertrokken artsen. De overige artsen zijn iets anders gaan doen op medisch gebied: zich specialiseren; een funktie op sociaal-geneeskundig terrein; zorg voor wat je zou kunnen noemen "specifieke populaties" (verpleeghuizen, inrichtingen); of een hogere beleidsfunctie dan wel een baan in het wetenschappelijk onderwijs.

---

1) Voor tabellen zij verwezen naar het rapport.

De samenstelling van deze categorieën doet wat willekeurig aan, maar is gebaseerd op een poging onzerzijds de nieuwe functie in te delen naar de mate van stijging of daling in aanzien ten opzichte van het huisartsenvak. De indeling is geïnspireerd door een artikel van Van de Heuvel en Persoon (1972). Daarin wordt onder andere beschreven hoe een groep huisartsen en enkele groepen sociaal-geneeskundigen een twintigtal medische beroepen ordenden naar aanzien. De sociaal-geneeskundige beroepen kwamen onderaan in de ordening; de curatieve beroepen bovenaan. De enige hogere beleidsfunctie in het lijstje (medisch-directeur van een ziekenhuis) kwam in de ordening hoger te staan dan de sociaal-geneeskundige functies, maar lager dan huisarts.

Van de vier boven onderscheiden groepen functies is de groep sociaal-geneeskundige functies het grootst (53 % van de artsen met een andere functie).
Artsen met een functie op het gebied van de zorg voor specifieke populaties (studentenarts, legerarts, maar ook verpleeghuisarts en algemeen arts in inrichtingen of tehuizen) vormen 12 % van het totaal. Zich specialiseren gaat 16 % (meeste belangstelling voor radiologie of radiotherapie: 15 van de 69). De laatste groep, hogere beleidsfuncties (inspecteur voor de volksgezondheid, directeur van een ziekenhuis) dan wel wetenschappelijk onderwijs, vormt 18 % van het totaal (15 van de 78 worden wetenschappelijk medewerker of lector; de rest valt in de categorie hogere beleids-functies).
De hier genoemde percentages zijn over de vier jaren niet stabiel. Allereerst het "natuurlijk verloop": 42 % in 1972, 49 % in 1973, 47% in 1974 en 41 % in 1975. Eerst een stijging, en in 1975 weer terug op het peil van 1972.

Kijkt men naar de andere categorieën - de artsen met een andere medische functie - (zie tabel 1.2.), dan is de verhouding van de genoemde onderverdelingen als volgt:

Tabel 1.2.: Procentuele verdeling van de verschillende categorieën niet-natuurlijk verloop 1972 - 1975.

	1972	1973	1974	1975
sociale geneesk.	44%	50%	56%	61%
specifieke pop.	8%	17%	10%	13%
specialisatie *	25%	17%	15%	10%
beleid + wet.onderw.	24%	16%	20%	16%
totaal	100%	100%	100%	100%
	(101)	(111)	(99)	(128)

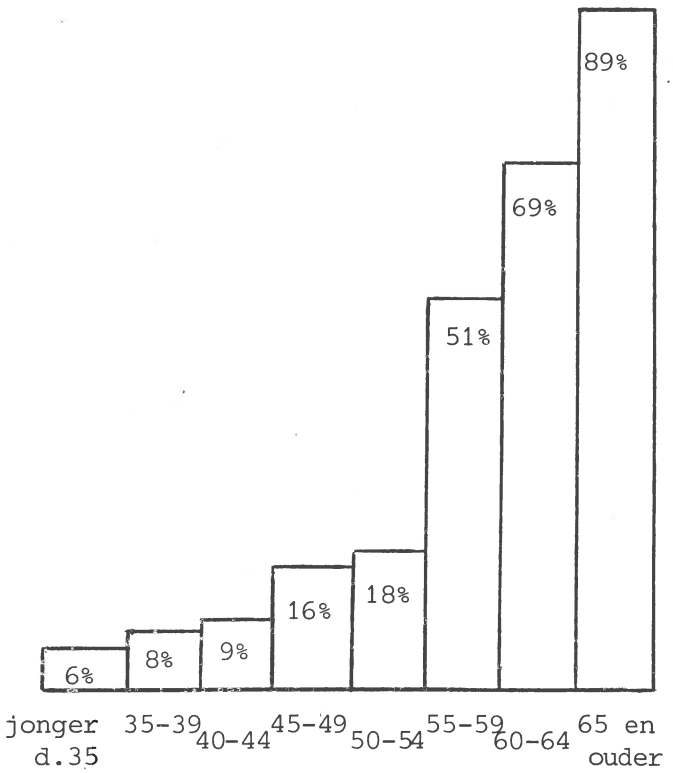
* Inclusief enkele huisartsen die zich in alternatieve geneeswijzen gespecialiseerd hebben.

vooral de stijging van het aandeel van sociaal-geneeskundige functies is opvallend. Het aantal ex-huisartsen dat zich gaat specialiseren vertoont een daling in de onderzochte periode. In de beide andere categorieën fluctueren de percentages.

1.4.3.1. LEEFTIJD EN NIEUWE BEZIGHEID

Het zal niemand verbazen dat 89 % van de huisartsen die 65 jaar of ouder is bij 't stoppen met de praktijk in de categorie "natuurlijk verloop" valt. Eerder zal het feit dat toch nog 6 % een sociaal-geneeskundige functie verricht en enkelen in de andere categorieën terecht komen, enige verwondering wekken. Maar het betreft hier mogelijk part-time functies.
Op basis van het beschikbare materiaal is dat niet verder uit te zoeken.
In onderstaand figuur is aangegeven welk percentage van elke leeftijds-categorie onder het "natuurlijk verloop" valt.

Figuur 1.1.: Percentage per leeftijdscategorie van de praktijkverlaters dat onder het natuurlijk verloop valt.



Voor de artsen die een andere medische functie zijn gaan uitoefenen zullen we het verband tussen leeftijd en de nieuwe functie bekijken aan de hand van een tabel. De indeling in vier groepen functies wordt

weer gebruikt. Zoals eerder gezegd is deze indeling gebaseerd op verschillen in aanzien. We verwachten nu dat jongere artsen die de praktijk neerleggen vaker in een functie met hoger aanzien komen (specialisme of een hogere beleidsfunctie) en dat ouderen vaker in een functie met relatief lager aanzien komen (sociaal-geneeskundige functies). De groep functies voor specifieke populaties past niet in de classificatie naar aanzien, omdat geen van de functies die daaronder begrepen zijn, voorkomt in de lijst van Van de Heuvel en Persoon.

Tabel 1.3.: Leeftijd en nieuwe functie

	leeftijd						
nieuwe functie	jonger d. 35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
sociale geneesk.	25%	30%	48%	64%	60%	52%	81%
specifieke populaties	13%	7%	14%	14%	13%	16%	9%
hogere beleidsfuncties	7%	11%	19%	17%	25%	31%	6%
specialisaties	55%	52%	19%	7%	2%	1%	4%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(43)	(46)	(73)	(107)	(63)	(52)	(32)

Voor de artsen die een sociaal-geneeskundige functie zijn gaan uitoefenen en degenen die zich zijn gaan specialiseren blijkt onze verwachting uit te komen. Degenen die een hogere beleidsfunctie of wetenschappelijk medewerkerschap zijn gaan uitoefenen blijken echter het sterkst vertegenwoordigd te zijn in de hogere leeftijds-categorieën (50 - 59 jaar).
Het aandeel van functies op het gebied van de zorg voor specifieke populaties schommelt rond de 13 %.

2. SAMENVATTING

2.1. INLEIDING

"Waarom verlaten sommige huisartsen vroegtijdig de praktijk ?" is de kernvraag die door de Landelijke Huisartsen Vereniging in het kader van dit onderzoek gesteld is. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft op verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging een antwoord op deze vraag trachten te geven.
Voordat de Landelijke Huisartsen Vereniging deze en enkele andere vragen voorlegde, werd op het Nederlands Huisartsen Instituut reeds gewerkt aan een onderzoek naar de omvang van het vertrek uit de praktijk op basis van gegevens uit de huisartsenregistratie die op het Nederlands Huisartsen Instituut bijgehouden wordt. Deze studie die betrekking heeft op de huisartsen die tussen 1972 en 1975 de praktijk neergelegd hebben, heeft geresulteerd in het rapport "Studies uit de Huisartsenregistratie I: Vertrek uit de praktijk 1972 - 1975".

opzet van het onderzoek

In de opzet van het onderzoek naar de redenen van vertrek uit de praktijk is de werkbelasting als centrale factor gekozen.
Om een eventuele invloed van werkbelasting op het vertrek uit de praktijk vast te stellen dient een vergelijking gemaakt te worden tussen huisartsen die de praktijk neergelegd hebben en huisartsen die de praktijk niet neergelegd hebben.
Dat betekent voor de opzet van het onderzoek dat er behalve onder praktijkverlaters ook gegevens verzameld zijn onder een groep praktizerende artsen.

onderzoekspopulatie vertrokkenen

De groep huisartsen die in de periode van 1972 tot 1975 de praktijk neergelegd heeft (en waarover in het eerder genoemd N.H.I.-rapport al enkele gegevens te vinden zijn), vormt de onderzoekspopulatie praktijkverlaters.
Zij hebben in het voorjaar van 1977 een uitgebreide schriftelijke vragenlijst ontvangen. Daarin zijn - naast een aantal vragen met betrekking tot de werkbelasting - vragen gesteld omtrent de overdracht van de praktijk en wat de praktijkverlaters zijn gaan doen na het neerleggen van de praktijk.
Van de verzonden vragenlijsten is 78 % geretourneerd; 72 % was bruikbaar voor verdere verwerking.
Naast deze grote groep praktijkverlaters die schriftelijk benaderd is, is er ook een kleine groep huisartsen (35), die in 1976 de praktijk neergelegd hebben, benaderd voor een mondeling interview. Dit had tot doel een nadere verdieping te verkrijgen van (toen nog voorlopige) resultaten van de schriftelijke vragenlijsten. Met 30 van hen is een mondeling interview gehouden.

onderzoekspopulatie praktizerenden

Zoals in de vorige paragraaf aangegeven is, zijn ook gegevens verzameld van praktizerende huisartsen met het doel een vergelijking te maken op het gebied van de werkbelasting met praktijkverlaters.
Een voorwaarde voor het slagen van zo'n vergelijking is dat de groepen niet te sterk verschillen van samenstelling. Vandaar de volgende ingreep: de vergelijkingsgroep praktijkverlaters is beperkt tot degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en op het moment van vertrek uit de praktijk niet jonger dan 40 jaar en niet ouder dan 54 jaar waren. De vergelijkingsgroep praktizerende artsen is qua leeftijd op dezelfde manier samengesteld; zij zijn tussen 1918 en 1935 geboren.
Artsen die zich na 1970 gevestigd hebben zijn niet opgenomen in de vergelijkingsgroep. De reden hiervan is dat aan de praktizerende artsen een aantal vragen is gesteld over de praktijksituatie zoals die enkele jaren terug was. Dat soort vragen kan alleen zinvolle resultaten opleveren wanneer er sprake is van een gestabiliseerde praktijksituatie.
Uit de aldus geselecteerde groep praktizerende artsen is een steekproef getrokken, waarbij ervoor gezorgd is dat de steekproef qua urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en landsdeel overeenkomt met de vergelijkingsgroep praktijkverlaters. Het voordeel hiervan is dat de achtergrondsituatie van de vertrokken en de praktizerende artsen overeenkomt.
Het nadeel is dat men - per definitie - op deze punten geen verschillen kan vaststellen in aantal vertrokkenen (in eerder genoemd N.H.I.-rapport is het vertrek uit de praktijk al geanalyseerd op het punt van de locatie van de praktijk).
De steekproef praktizerende artsen bestaat uit 337 personen.
Ook zij hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen die door 69 % werd geretourneerd. Dit leverde 229 bruikbare vragenlijsten op.

In de volgende paragrafen worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek weergegeven. Zij hebben achtereenvolgens betrekking op: het proces van overdracht van de praktijk, wat de praktijkverlaters zijn gaan doen, de werkbelasting van de vertrokken artsen en de omstandigheden die daarop van invloed zijn, de redenen om de praktijk neer te leggen, een vergelijking van de werkbelasting van enkele groepen praktijkverlaters, een vergelijking van de werkbelasting van vertrokken en praktizerende huisartsen en tenslotte enkele alternatieven voor vertrek uit de praktijk.

2.2. DE OVERDRACHT VAN DE PRAKTIJK

Aan alle praktijkverlaters is een aantal vragen gesteld omtrent de overdracht van de praktijk; ook aan de huisartsen die zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk en die dus voor de beantwoording van de vraag naar de redenen van vroegtijdig vertrek niet relevant zijn.
De vragen over de overdracht van de praktijk zijn gesteld omdat het kunnen vinden van een geschikte opvolger een mogelijkheid schept om de praktijk neer te leggen.

geen opvolger — Slechts een gering aantal huisartsen heeft geen opvolger (5 %). Het percentage praktijken zonder opvolger hangt duidelijk samen met het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft en de locatie van de praktijk. Onder degenen die in 1972 en 1973 de praktijk verlieten en die in de grote steden praktizeerden heeft 18 % geen opvolger, terwijl onder degenen die in 1974 en 1975 de praktijk verlieten en niet in de grote steden praktizeerden slechts 1,4 % geen opvolger heeft. Mogelijk worden deze resultaten veroorzaakt door een toegenomen vraag naar huisartspraktijken. Ook hangt het percentage zonder opvolger samen met de grootte van de praktijk: van de praktijken met minder dan 2.000 patiënten is 16 % zonder opvolger gebleven, van de grotere praktijken slechts 2 %.

tijd gezocht — Gemiddeld hebben de praktijkverlaters die een opvolger hebben iets minder dan vier en halve maand gezocht naar de opvolger. De duur van de zoekperiode hangt niet samen met de locatie en de grootte van de praktijk. Wel is het zo dat oudere huisartsen (boven 55 jaar) en degenen die vóór 1974 de praktijk neergelegd hebben, gemiddeld wat langer gezocht hebben.

contact met de opvolger — De praktijkverlaters zijn relatief het vaakst via informele wegen in contact gekomen met de opvolger. Onder deze categorie vallen persoonlijke contacten met collegae of kennissen, rechtstreeks contact via waarneming en vervanging en gevallen waarin de opvolging al geruime tijd vast lag, zoals bij vader-zoon overname. De artsen in ruste hebben wat vaker via informele contacten hun opvolger gevonden dan de huisartsen die zich zijn gaan specialiseren of die een andere functie zijn gaan uitoefenen.
De huisartsen die zich zijn gaan specialiseren of die een andere functie zijn gaan uitoefenen hebben wat vaker via commerciële praktijkbemiddeling of een eigen advertentie hun opvolger gevonden. Huisartsen die in een gemeenschappelijke praktijk werkten (groepspraktijk, gezondheidscentrum, associatie onder één dak), hebben niet vaak het zoeken naar een opvolger uit handen gegeven. Zij zijn aanmerkelijk vaker via informele wegen of een eigen advertentie in contact gekomen met hun opvolger dan hun solo-werkende collegae.

percentage goodwill — Het gemiddelde percentage goodwill dat men bij de overdracht van de praktijk ontvangen heeft, ligt rond de 84 %.
Als de praktijkverlaters opgedeeld worden in subgroepen treden er belangrijke verschillen op in het percentage goodwill. Het geringste percentage goodwill, namelijk 71,1 % werd ontvangen door huisartsen die vóór 1975 de praktijk verlieten, zijn gaan rusten èn wier praktijk niet op het platteland gesitueerd was. Het hoogste percentage 95,3 %, werd ontvangen door respondenten die in 1975 de praktijk neerlegden, zijn gaan rusten èn wier praktijk op het platteland gesitueerd was.
Het percentage goodwill hangt ook samen met de grootte van de praktijk: praktijken met minder dan 2.000 patiënten 78,2 %, praktijken tussen 2.000 en 3.000 patiënten 83,0 % en praktijken met meer dan 3.000 patiënten 86,3 %.

2.3. WAT ZIJN DE PRAKTIJKVERLATERS GAAN DOEN ?

De nadruk in het onderzoek ligt, zoals eerder gezegd, op de groep huisartsen die na het neerleggen van de praktijk een andere functie is gaan uitoefenen of zich is gaan specialiseren. Aan de huisartsen die zijn gaan rusten, zijn daarom naast de vragen omtrent de overdracht van de praktijk alleen nog enkele aanvullende vragen gesteld.

Artsen in ruste

De aanvullende vragen hebben betrekking op het al of niet uitvoeren van incidentele werkzaamheden, de soort werkzaamheden die men eventueel nog uitvoert en de opbouw van het inkomen.
Daarnaast is nog een vraag gesteld omtrent de reden van vertrek die vooral van belang is voor de huisartsen die voor hun 65e levensjaar gaan rusten.

incidentele werkzaamheden — Zo'n 60 % van de huisartsen in ruste voert of voerde na het neerleggen van de praktijk nog incidentele werkzaamheden uit. Deze bestonden voornamelijk uit het doen van keuringen en contrôles.

opbouw van het inkomen — De inkomsten uit deze incidentele werkzaamheden maakten voor de ex-huisartsen van 65 jaar en ouder gemiddeld 10 % van het totale inkomen uit. Andere bronnen van inkomsten met een gemiddeld hoge bijdrage aan het totale inkomen zijn AOW (28 % van het totale inkomen), het pensioenfonds voor huisartsen (17 %) en belegd kapitaal (21 %).
Deze cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid benaderd worden omdat de vraag naar de inkomensopbouw door een betrekkelijk groot aantal respondenten (21 %) niet ingevuld is, omdat er grote afwijkingen van de gemiddelden voorkomen en omdat er niet gedifferentieerd kan worden tussen gehuwde en ongehuwde artsen (hetgeen bijvoorbeeld voor de hoogte van de AOW verschil uitmaakt).

reden van vertrek — Voor de huisartsen die vóór hun 65e de praktijk neerlegden en zijn gaan rusten, dat waren er 47, was in meer dan de helft van de gevallen de gezondheidstoestand de reden om de praktijk neer te leggen. Voor de oudere huisartsen was dat wat minder vaal het geval en was - het zal niemand verwonderen - ook de leeftijd vaak een reden om te stoppen.

De artsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren

Op deze groep wordt wat uitgebreider ingegaan dan op de artsen in ruste. Behalve de soort functie of specialisme komen o.a. aan de orde de manier waarop men aan zijn functie of opleidingsplaats gekomen is, het inkomen en de werktijden.

aard v.h. specialisme — Onder de ex-huisartsen die zich zijn gaan specialiseren is radiologie/röntgenologie het favoriete specialisme (12 van de 48 hebben die richting gekozen), gevolgd door psychiatrie (8 van de 48) en anaesthesie en dermatologie (met elk vier van de 48).

soort functie

De meest voorkomende functies van de ex-huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, zijn verzekeringsgeneeskundige (20 % van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen) en bedrijfsarts (ook 20 %). Andere vaak voorkomende functies zijn adviserend geneesheer van de ziekenfondsen (7 %), verpleeghuisarts (8 %), medisch-directeur van een verpleeghuis (6 %) en G.G.&G.D.-arts (6 %).
Het grootste gedeelte van de praktijkverlaters (namelijk 86 %) is op het moment dat de enquête gehouden werd (begin 1977) nog in dezelfde functie werkzaam waarin men na het neerleggen van de praktijk kwam. Van degenen die van functie veranderd zijn, zijn er vier weer huisarts geworden.

nieuwe functie en nevenfuncties

De aard van de functie die men na het neerleggen van de praktijk gaat vervullen blijkt samen te hangen met de soort nevenfunctie die men naast de huisartspraktijk had. Praktijkverlaters met een nevenfunctie op sociaal-geneeskundig terrein kwamen vaker in een functie op dat terrein terecht dan in een andersoortige functie; degenen met een nevenfunctie op het gebied van de zorg voor specifieke populaties (verpleeghuisarts, algemeen arts in inrichting e.d.) kwamen vaker in een functie op dat gebied dan in een andersoortige functie en tenslotte kwamen degenen met een nevenfunctie in de sfeer van beleid of wetenschappelijk onderwijs vaker in een dergelijke functie terecht dan in een andersoortige.

manier waarop functie verkregen

De meeste huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen na het neerleggen van de praktijk hebben via een advertentie in de vakpers hun functie gevonden. Zij hebben gemiddeld wel wat langer moeten zoeken dan hun collegae die op een andere manier hun functie vonden (gemiddeld hebben zij ongeveer 3 maanden gezocht, terwijl het gemiddelde voor de totale groep nog geen 2 maanden is). Een kwart van de huisartsen is door een potentiële werkgever benaderd. Deze groep is vooral sterk vertegenwoordigd onder degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen (directeur G.G.&G.D., ziekenhuis; functie bij het staatstoezicht op de volksgezondheid etc.) of wetenschappelijk medewerker geworden zijn. Degenen die benaderd zijn door een werkgever hadden vaker regionale en landelijke bestuursfuncties in L.H.V., K.N.M.G. of N.H.G. dan de overige respondenten. (een verklaring hiervoor kan zijn dat bestuurders in ruimere kring bekend zijn, terwijl ze ook ervaring opdoen die in sommige functies van belang kan zijn).
De praktijkverlaters die zich zijn gaan specialiseren hebben in grote meerderheid zelf het initiatief genomen om een opleidingsplaats te vinden. De meesten van hen (65 %) hebben niet of minder dan een maand gezocht naar een opleidingsplaats. Slechts in elf gevallen was er een wachttijd voordat men aan de opleiding kon beginnen.

inhoudelijke en materiële aspecten van functie

Bij veel praktijkverlaters hebben inhoudelijke aspecten van de nieuwe functie een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. De mogelijkheid om een aantrekkelijke functie te krijgen is over het algemeen niet de oorzaak van het vertrek uit de praktijk (zoals blijkt uit de mondelinge interviews), maar veeleer een versneller van het denkproces en een aanleiding om de knoop door te hakken. De beloning in de nieuwe functie speelt slechts in enkele gevallen een belangrijke rol; de pensioenvoorziening in de nieuwe functie speelt wat vaker dan de beloning een belanrijke rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.

inkomen

De meeste huisartsen zijn na het neerleggen van de praktijk achteruitgegaan qua inkomen.
Van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen is bijna 70 % achteruit gegaan in inkomen; een kwart is gelijkgebleven en 6 % is vooruit gegaan. Van degenen die zich zijn gaan specialiseren is een nog groter percentage achteruit gegaan en voor hen is de achteruitgang ook sterker.
Een gedeelte van hen zit nog in de opleiding zodat de teruggang meestal een tijdelijke is.
Aan de praktizerende artsen is gevraagd om een vergelijking te maken van hun belastbaar inkomen met dat in een hypothetische sociaal-geneeskundige functie; wij hadden dat in de vraag gesteld op 55.000 à 65.000 gulden. De praktizerende artsen schatten het belastbaar inkomen uit de huisartspraktijk in 87 % van de gevallen hoger dan dat uit de hypothetische sociaal-geneeskundige functie.
Als het belastbaar inkomen in een sociaal-geneeskundige functie door ons niet te laag geschat is, geeft dat percentage een indruk van de barrière die het inkomen kan zijn.

werktijden

Het inkomen na het neerleggen van de praktijk mag dan, naar men zegt, over het algemeen lager liggen dan dat uit de huisartspraktijk, het aantal uren dat men werkt en de werktijden zijn gunstiger dan in de situatie als huisarts.
Het verschil tussen de situatie als huisarts en de situatie na het neerleggen van de praktijk is uiteraard groter voor degenen die een grote praktijk hadden dan voor degenen met een kleine praktijk.

2.4. DE WERKBELASTING VAN DE VERTROKKEN ARTSEN

Bij de beantwoording van de vraag naar de redenen van vertrek uit de praktijk neemt de werkbelasting een centrale plaats in.
Wanneer men de veronderstelling zou willen onderzoeken dat een hoge werkbelasting tot vertrek uit de praktijk leidt, dient men rekening te houden met twee belangrijke omstandigheden:

a) alternatieven om de praktijk op minder belastende wijze voort te zetten (men denke aan praktijkverkleining, verbetering van avond- en weekenddienst-regeling e.d.) en
b) mogelijkheden om de praktijk neer te leggen (het kunnen vinden van een geschikte opvolger of van een nieuwe functie).

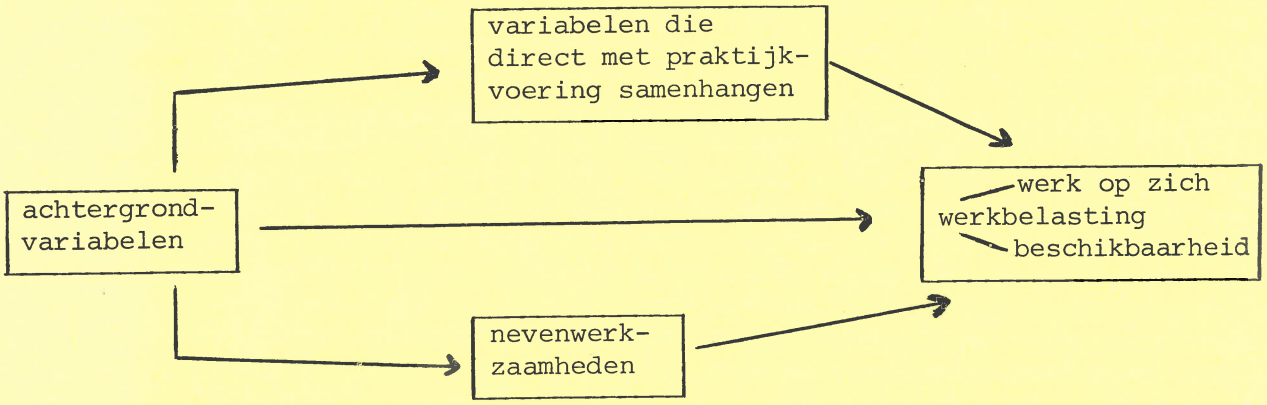
Een onderzoek dat recht doet aan deze omstandigheden vereist een

heel specifieke opzet die hier niet mogelijk was.
We beschikken alleen over globale informatie over alternatieven en mogelijkheden. Het is echter wel van belang dat deze omstandigheden in het oog gehouden worden om te voorkomen dat overhaaste conclusies getrokken worden over de gevolgen van een hoge werkbelasting.

Aan de werkbelasting onderscheiden we een subjectieve component en een meer feitelijke component. De subjectieve component verwijst naar de antwoorden op de vraag naar de rol die de werkbelasting gespeeld heeft bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.
Op de subjectief ervaren werkbelasting zal in de beide volgende paragrafen nader ingegaan worden.

feitelijke werkbelasting

De feitelijke werkbelasting is ingedeeld in twee aspecten: de werkzaamheden op zich en de beschikbaarheid. Over beide aspecten zijn een aantal vragen gesteld. De feitelijke werkbelasting kan niet los gezien worden van de omstandigheden waaronder de praktijk uitgeoefend wordt. Daarbij zijn een aantal achtergrondkenmerken van belang zoals de grootte van de praktijk, het al of niet apotheekhoudend zijn etc. en een aantal kenmerken die directer betrekking hebben op de praktijkvoering, zoals de organisatie-structuur van de praktijk (hoeveelheid assistentie, afspraakspreekuur e.d.). Daarnaast is nog van belang of men nevenfuncties vervult en hoeveel tijd dat vergt.
In onderstaand schema zijn de feitelijke werkbelasting en haar determinanten weergegeven.



Dit schema zal geanalyseerd worden met het doel vergelijkingen mogelijk te maken tussen verschillende groepen praktijkverlaters en tussen praktijkverlaters en praktizerende artsen.
Door de analyse van de feitelijke werkbelasting en de omstandigheden die daarop van invloed zijn kan in deze vergelijkingen rekening gehouden gehouden worden met eventuele verschillen in omstandigheden.

beschikbaarheid

Voor het beschikbaarheidsaspect van de werkbelasting is gekeken naar het aantal avonden dat men dienst heeft (per veertien dagen) en het aantal zaterdagen dat men dienst heeft (per drie maanden). Daarnaast is gekeken naar het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.

Het aantal avonden en zaterdagen dat men dienst heeft hangt samen met de grootte van de waarnemingsgroep waarvan men deel uitmaakt. Hoe groter de waarnemingsgroep is, des te minder avonden en zaterdagen heeft men dienst.
Ook hangt het aantal zaterdagen en avonden dat men dienst heeft samen met de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en daarmee met het al of niet apotheekhoudend zijn. Huisartsen op het platteland (en dus veelal apotheekhoudende huisartsen) hebben over het algemeen meer avonden en zaterdagen dienst.
De grootte van de praktijk hangt niet samen met dit aspect van de beschikbaarheid.

Wel worden huisartsen met een grotere praktijk vaker 's nachts gestoord. Ook hangt het aantal bevallingen dat men verricht samen met het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. Degenen die veel bevallingen verrichten worden vaker 's nachts gestoord dan degenen die weinig bevallingen doen. Ondanks het feit dat huisartsen met een grotere praktijk meer bevallingen verrichten, blijken zowel de grootte van de praktijk als het aantal bevallingen een eigen invloed te hebben op het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. In een grote praktijk is de kans op stoornissen, ongeacht het aantal bevallingen, nu eenmaal groter dan in kleinere praktijken.

werkzaamheden op zich

Over het aspect van de werkbelasting dat benoemd is als de werkzaamheden op zich, zijn een aantal vragen gesteld die gaan over de tijd die besteed wordt aan verschillende activiteiten zoals de directe verzorging van de patiënten, contacten met specialisten en andere hulpverleners, laboratorium- en apotheekwerk en praktijkorganisatie en -administratie. Ook is een vraag gesteld over het totaal aantal uren dat men per dag werkt.

De tijdsbesteding hangt nauw samen met de omstandigheden waaronder men praktizeert (de achtergrondvariabelen uit het schema), met de organisatie van de praktijk en met de hoeveelheid patiënten die men op een drukke dag ziet. Maar omstandigheden, organisatie van de praktijk en hoeveelheid patiënten hangen ook weer onderling samen. Huisartsen met een grotere praktijk hebben over het algemeen wat meer assistentie en vaker een afspraakspreekuur. Ook zien zij een groter aantal patiënten op een drukke dag op spreekuur en visite. Het aantal visites op een drukke dag hangt samen met de vestigingsplaats van de praktijk; op het platteland heeft men over het algemeen meer visites te doen.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de grootte van de praktijk en slechts in geringe mate door het aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet. De samenhang met het aantal patiënten dat men op een drukke dag tijdens visites ziet is sterker dan die met het aantal patiënten op het spreekuur (visite rijden is nu eenmaal een zeer tijdrovende zaak).

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan contacten met specialisten hangt vooral samen met de vorm van de praktijkvoering: huisartsen in solo-praktijken besteden daar over het algemeen minder tijd aan. Aangezien er ook samenhangen zijn met leeftijd (oudere huisartsen besteden minder tijd aan contacten) en de hoeveelheid assistentie (huisartsen met meer assistentie besteden meer tijd aan contacten), zou men hier mogelijk de werking van een modernere instelling kunnen veronderstellen.

De huisartsen op het platteland die uiteraard vaak apotheekhoudend zijn en minder gemakkelijk over de faciliteiten van een centraal huisartsen-laboratorium kunnen beschikken, besteden meer tijd aan laboratorium- en apotheekwerk. Degenen die veel tijd aan deze activiteiten besteden hebben - afgezien van apotheekassistentie - minder assistentie in de praktijk, vaker geen afspraakspreekuur en meer uren hulp van de echtgenote in de praktijk.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan praktijk-organisatie en -administratie hangt nagenoeg niet samen met de organisatie-structuur van de praktijk. Wel besteden de huisartsen op het platteland er over het algemeen iets meer tijd aan.

Het totaal aantal uren dat men per dag werkt - dat is een wat globalere maat dan de hiervoor bekeken stukjes tijdsbesteding - hangt vooral samen met de praktijkgrootte en het aantal patiënten dat men op visites ziet.

Het vervullen van nevenfuncties en de tijd die men daaraan besteedt zijn in zoverre van belang in het kader van de werkbelasting, dat de tijd die men aan nevenfuncties besteedt niet meer aan andere zaken besteed kan worden. Huisartsen die veel tijd aan nevenfuncties besteden, besteden minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten, maar ze hebben over het algemeen ook een kleinere praktijk.

Het geheel overziend blijken er veel en vaak ingewikkelde samenhangen te bestaan tussen de omstandigheden waaronder men praktizeert, de organisatie-structuur van de praktijk, de aantallen patiënten op spreekuur en visites, de nevenwerkzaamheden en de tijd die men aan verschillende activiteiten besteedt. Deze samenhangen zijn van belang bij de vergelijkingen die in de volgende paragrafen gemaakt worden. Daar worden onder andere enkele groepen praktijkverlaters vergeleken op het punt van de werkbelasting. Die groepen praktijkverlaters worden samengesteld volgens de redenen voor het vertrek uit de praktijk. Daarom zullen we nu eerst een overzicht van de belangrijkste redenen geven.

2.5. REDENEN OM DE PRAKTIJK NEER TE LEGGEN

In de vragenlijsten is een aantal factoren genoemd die mogelijkerwijs een reden zijn om de praktijk neer te leggen. De ex-huisartsen konden bij elk daarvan aangeven wat de rol ervan was bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.

vijf belangrijkste redenen

In onderstaand staatje is voor de vijf belangrijkste redenen aangegeven welk percentage van de praktijkverlaters aan die redenen een doorslaggevende en belangrijke rol toekende (in de laatste kolom onder het kopje "aantal" wordt het aantal praktijkverlaters genoemd dat van de betreffende reden aangegeven heeft welke rol die gespeeld heeft; op dat aantal is het percentage gebaseerd).

	doorslaggevend	belangrijk	aantal waarop percentage gebaseerd is
de werkbelasting	25 %	30 %	280
aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie/specialisme	23 %	38 %	269
verminderd plezier in het huisartsenwerk	19 %	19 %	274
de eigen gezondheid	11 %	6 %	309
pensioenvoorziening in nieuwe functie/als specialist	7 %	18 %	259

De werkbelasting blijkt relatief vaak een doorslaggevende rol te spelen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Ook de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme speelt relatief vaak een doorslaggevende rol en nog vaker een belangrijke rol. Verminderd plezier in het huisartsenwerk speelt met name voor degenen die zich zijn gaan specialiseren vaak een doorslaggevende rol.

pensioenpremie

De hoogte van de pensioenpremie is de laatste jaren enkele malen in het nieuws gekomen. Bij het opstellen van de vragenlijsten hadden we niet de indruk dat dat een wijdverbreide reden zou zijn om de praktijk neer te leggen. Vandaar dat we gemeend hebben te kunnen volstaan met een vraag naar een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten als reden om de praktijk neer te leggen. Dat is - zoals men ziet - een wat algemenere vraagstelling. Voor 7 % van degenen die deze vraag beantwoord hebben, speelde de discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten een doorslaggevende rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen en voor 10 % een belangrijke rol.
Om iets meer te kunnen zeggen over de pensioenpremie hebben we de opmerkingen geteld die de praktijkverlaters aan het eind van de vragenlijst op een lege pagina gemaakt hebben. Van de mogelijkheid om opmerkingen te maken heeft 66 % van de praktijkverlaters gebruik gemaakt. Van hen heeft 13 % (ofwel 27 ex-huisartsen) de pensioenpremie genoemd als een van de overwegingen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Uit de opmerkingen is niet af te leiden in hoeverre voor hen de pensioenpremie een doorslaggevende of een belangrijke rol

speelde of slechts zijdelings meespeelde.

2.6. ENKELE GROEPEN VERTREKKERS

Zoals al gezegd in paragraaf 2.4. was de bedoeling van de uitgebreide behandeling van de feitelijke werkbelasting en de factoren die daarop van invloed zijn, een vergelijking mogelijk te maken van groepen praktijkverlaters. We zijn ervan uitgegaan dat de groep praktijkverlaters als geheel erg heterogeen is - hetgeen bijvoorbeeld naar voren komt uit de reden van vertrek - en niet zonder meer vergelijkbaar is met praktizerende artsen.

subjectieve werkbelasting

Als eerste zullen we de groep die aangegeven heeft dat de werkbelasting van doorslaggevend belang was bij het besluit de praktijk neer te leggen, vergelijken met degenen die aangegeven hebben dat de werkbelasting geen rol speelde. Bij deze vergelijking is gebruik gemaakt van een statistische techniek (discriminant-analyse geheten) die de mogelijkheid schept om de invloed van achtergrondkenmerken en andere omstandigheden op de feitelijke werkbelasting uit te schakelen. Daardoor is een zuiverder vergelijking mogelijk dan wanneer men de groepen rechtstreeks zou gaan vergelijken op bijvoorbeeld het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.
De huisartsen die vermelden dat de werkbelasting voor hen doorslaggevend was blijken in vergelijking met degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde
a) vaker 's nachts gestoord te worden
b) meer bevallingen te verrichten
c) deel uit te maken van een grotere waarnemingsgroep
d) meer tijd te besteden aan de directe verzorging van de patiënten, aan praktijkorganisatie en -administratie en aan nevenfuncties,
e) gemiddeld wat ouder te zijn bij het neerleggen van de praktijk.
Een aantal van deze verschillen hangt samen met een aanzienlijk verschil in praktijkgrootte. De huisartsen die aangeven dat de werkbelasting een doorslaggevende rol speelde hebben gemiddeld ongeveer 3400 patiënten; dat is zo'n 500 patiënten meer dan degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde.

gezondheid, aantrekkelijke inhoud van functie en verminderd plezier

Uitgaande van de antwoordpatronen op de vragen naar de invloed van drie redenen om de praktijk neer te leggen zijn de prakijkverlaters nogmaals ingedeeld. De drie redenen die daarbij gebruikt zijn, zijn de eigen gezondheid, aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme en verminderd plezier in het huisartsenwerk. Er zijn vijf groepen samengesteld:
een groep huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk verliet en voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het werk geen rol speelden; een groep voor wie aantrekkelijke inhoud en verminderd plezier van belang waren en gezondheidsredenen niet; een groep die alleen vanwege verminderd plezier in het werk de praktijk verliet; een groep die alleen vanwege een aantrekkelijke functie de praktijk verliet en tenslotte een groep voor wie geen van deze drie redenen een belangrijke of doorslaggevende rol speelde.

Deze vijf groepen zijn onderling vergeleken op het gebied van de feitelijke werkbelasting en daarmee samenhangende variabelen.
De groep huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk verliet (en voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol van betekenis speelden) zullen we op het gebied van de werkbelasting eerst vergelijken met de groep met het precies tegenovergestelde antwoordpatroon: degenen die de praktijk neerlegden vanwege verminderd plezier in het huisartsenwerk en de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie functie of het specialisme.
De groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet blijkt in vergelijking met degenen die vanwege een aantrekkelijke functie of specialisme en verminderd plezier de praktijk verliet:
a) vaker 's nachts gestoord te worden
b) ouder te zijn
c) vaker apotheekhoudend te zijn (en dus ook vaker een praktijk op het platteland te hebben).

De groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegde, verschilt qua werkbelasting niet van de 3 nog resterende groepen.
Wel is er verschil gevonden tussen de groep die vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier de praktijk verliet en de groep voor wie alleen de aantrekkelijke functie belangrijk was.
Het belangrijkste verschil is dat de groep voor wie alleen de aantrekkelijke functie belangrijk was, meer tijd besteedt aan nevenfuncties. Dit wijst eerder in de richting van een andere manier om de tijd te besteden dan van een hogere werkbelasting.

Over het geheel genomen zijn er niet zo veel verschillen qua werkbelasting tussen de groepen praktijkverlaters. De groep praktijkverlaters als geheel is blijkbaar homogener dan tevoren verwacht was.

2.7. VERTROKKEN EN PRAKTIZERENDE HUISARTSEN

In deze paragraaf worden de vertrokken en de praktizerende huisartsen vergeleken op het gebied van de werkbelasting. De beide groepen die in de vergelijking opgenomen zijn, zijn in de eerste paragraaf ter hoogte van het kopje "onderzoekspopulatie praktizerenden" omschreven.
Een belangrijk verschil tussen de vertrokken en de praktizerende huisartsen is te vinden in het aantal nevenfuncties en de tijd die daaraan besteed wordt: van de vertrokken huisartsen oefende 64 % een of meer nevenfuncties uit, terwijl het overeenkomstige percentage voor de praktizerenden 45 % is. Men zou de veronderstelling kunnen uiten dat het hebben van nevenfuncties de overstap vergemakkelijkt van het huisartsenwerk naar een andere functie door het contact dat men erdoor heeft met andersoortig werk en collegae die ander werk doen.
Over de oorzaak van het feit dat de vertrokken artsen vaker nevenfuncties hadden, kunnen we niets zeggen. Het is mogelijk dat men juist een nevenfunctie is gaan uitoefenen uit een gevoel van onvrede met het huisartsenwerk.
Ook op een aantal andere punten zijn er - rekening houdend met onderlinge samenhangen van de variabelen - verschillen aan te wijzen tussen vertrokken en praktizerende artsen.

De vertrokken artsen doen meer bevallingen (maar worden niet vaker 's nachts gestoord), hebben wat vaker een solo-praktijk, hebben minder vaak een afspraakspreekuur,(hetgeen op een minder moderne praktijkorganisatie wijst), hebben minder uren hulp van de echtgenote in de praktijk, zien meer patiënten op een drukke dag op het spreekuur en hoewel ze gemiddeld wat langere werkdagen maken, besteden ze minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten.
Gezien de laatste twee verschillen - vertrokken artsen hebben een langere werkdag maar besteden minder tijd aan directe verzorging van de patiënten - en het verschil in nevenfuncties, dringt de veronderstelling zich op dat bij de vertrokken artsen nogal wat tijd in nevenfuncties gaat zitten en dat daardoor het aantal werkuren wat hoger uitvalt.
Vergelijking van de praktizerende huisartsen met de vijf groepen praktijkverlaters die in de vorige paragraaf onderling vergeleken zijn, levert grosso modo dezelfde verschilpunten op, zij het dat er hier en daar kleine afwijkingen zijn.

De conclusie over verschillen in werkbelasting en factoren die daarop van invloed zijn, is dat de vertrokken en de praktizerende artsen op het beschikbaarheidsaspect niet verschillen (ondanks het feit dat de vertrokkenen meer bevallingen deden). Op het gebied van de werkzaamheden op zich wijst het aantal uren dat men per dag werkt en het groter aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet, in de richting van een hogere belasting van de vertrokken artsen.

2.8. ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK UIT DE PRAKTIJK

In de inleiding van de paragraaf waarin de werkbelasting van de vertrokken huisartsen geanalyseerd is, is gesproken over alternatieven voor vertrek uit de praktijk. Er is daar ook gesteld dat er om alternatieven voor vertrek te onderzoeken een veel ingewikkelder onderzoek nodig is.
We kunnen hier alleen enkele indicaties geven omtrent de aanwending van alternatieven door de praktijkverlaters en de praktizerende artsen.

vermindering v.d. hoeveelheid werkzaamheden

Aan de praktizerenden zowel als aan de vergelijkingsgroep van vertrokken artsen is gevraagd of de praktijk kleiner geworden is en op welke manier dat dan gebeurd is. De praktijken van de praktizerende artsen zijn wat vaker kleiner geworden dan die van de praktijkverlaters (bij de praktizerenden in 30 % van de gevallen en bij de vergelijkbare groep praktijkverlaters in 10 % van de gevallen).
Bij de praktijkverlaters is de praktijk vaker via natuurlijk verloop kleiner geworden; bij de praktizerenden vaker via actief ingrijpen van de arts (men denke daarbij aan sluiting van de praktijk, overdracht van een deel van de praktijk en associatie).

gezamenlijke praktijkvoering

Het opbouwen van een gezamenlijke praktijkvoering kan in sommige situaties een verandering betekenen van de aard van het werk en daarmee een alternatief zijn voor vertrek uit de praktijk.
Voor de artsen die met succes in de loop van hun huisartsenloopbaan het alternatief van een gezamenlijke praktijkvoering hebben toegepast, lijkt de omvang van de praktijk voor de praktizerende artsen wat vaker bij hun overwegingen meegespeeld te hebben, terwijl voor de praktijkverlaters redenen die betrekking hebben op inhoudelijke aspecten van het werk (zoals de behoefte aan onderlinge consultatie en samenwerking met andere hulpverleners) wat vaker meegespeeld lijken te hebben. De solo-werkende praktizerende artsen hebben wat vaker pogingen gedaan om het alternatief van gezamenlijke praktijkvoering te verwezenlijken dan de praktijkverlaters, maar er zijn geen verschillen tussen beide groepen wat de overwegingen die daarbij een rol spelen, aangaat.

3. DE THEORETISCHE OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk komen twee zaken aan de orde, die als leidraad gediend hebben voor de opzet van het onderzoek en de uitvoering van de analyses. In de eerste plaats is dat een overzicht van relevante literatuur, te weten alle, ons bekende artikelen over vertrek uit de huisartspraktijk.
In de tweede plaats worden een aantal verwachtingen geformuleerd omtrent verschillen tussen te onderscheiden groepen praktijkverlaters onderling en tussen praktijkverlaters en praktizerende artsen.

Alvorens daarmee te beginnen wordt echter eerst een omschrijving van het begrip "huisartspraktijk" en daarmee ook van "vertrek uit de huisartspraktijk" gegeven.
Beschouwen we een huisartspraktijk als een direct en algemeen toegankelijk centrum van medische zorg, dan kunnen we vertrek uit de praktijk omschrijven als het ophouden met het verlenen van deze directe en voor ieder toegankelijke, algemene medische zorg.
Direct toegankelijk als onderscheid met de medische voorzieningen in de hogere echelons, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen en specialisten tot welke voorzieningen men alleen via verwijzing toegang heeft; voor ieder toegankelijk wil zeggen dat niemand categorisch van zorg uitgesloten wordt. Dat wil niet zeggen dat elke huisartspraktijk ook in feite voor iedere patiënt toegankelijk is, maar alle artsen die algemene zorg voor beperkte populaties verrichten (alle algemene artsen werkzaam in inrichtingen of tehuizen, artsen met alleen particuliere patiënten, artsen met een homeopatische praktijk) vallen buiten deze definitie.
Algemene medische zorg tenslotte teneinde onder meer alle vormen van niet erkende min of meer "gespecialiseerde" medische zorg uit te sluiten (acupunctuur, flebologie, chiropraxis, natuurgeneeswijzen).
Alle overige beperkte vormen van medische zorg worden zo ook uitgesloten (artsen die alleen keuringen en/of contrôles verrichten).
Deze ogenschijnlijk simpele omschrijving geeft dus al een aanzienlijke inperking van de vraagstelling.
Alle functie- of taakwisselingen binnen de uitgesloten categorieën praktijken zijn voor het onderzoek niet van belang.
In hoofdstuk 4. worden om practische redenen nog enkele nadere beperkingen gemaakt.

3.1. LITERATUUR OVER VERTREK UIT DE PRAKTIJK

Een duidelijke omschrijving van vertrek uit de huisartspraktijk is nodig om onderzoek te kunnen doen en het maakt het mogelijk om vast te stellen in hoeverre onderzoeken vergeleken kunnen worden.
Tot nu toe is voor zover ons bekend in Nederland geen onderzoek gedaan naar het verschijnsel vertrek uit de praktijk.
Er zijn wel enkele buitenlandse onderzoekingen gevonden. De mogelijkheden tot vergelijking zijn in dit geval behalve door de omschrijving van vertrek ook beperkt door de organisatie van de gezondheidszorg in verschillende landen. Ondanks de beperkte vergelijkbaarheid van de onderzoeken met elkaar en met het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt, zullen hier enkele resultaten van buitenlands onderzoek gerapporteerd worden.

Het eerste ons bekende onderzoek, getiteld "Reasons physicians leave primary practice" (Crawford & Mc Cornick, 1971), heeft plaatsgevonden in de Verenigde Staten.
De onderzoekers stellen hun onderzoek tegen de achtergrond van een afname van het aantal artsen in "primary medical care". Hieronder vallen behalve de artsen in "general practice" ook de internisten en kinderartsen. Als oorzaak van die afname noemen ze het steeds meer ter beschikking komen van meer stimulerende en minder belastende carrière-mogelijkheden. Deze veronderstelling wordt echter niet getoetst.
Het onderzoek vond plaats onder 89 artsen van wie bekend was dat ze de praktijk neergelegd hadden. Er is dus geen aselecte steekproef uit een populatie vertrokken artsen getrokken.
Hierdoor kunnen de resultaten niet vergeleken worden en blijft het onderzoek beperkt tot een beschrijving van alleen de onderzochte groep personen. De groep werd door middel van een schriftelijke enquête onderzocht. Als belangrijkste reden voor het vertrek uit de praktijk kwam de hoge werkbelasting uit de bus (in tweederde van de gevallen). Er is ook gevraagd hoeveel uur men werkte e.d, maar deze gegevens zijn niet vergeleken met overeenkomstige cijfers voor artsen die de praktijk niet neergelegd hebben.
Uit wat gerapporteerd wordt over de nieuwe functie, valt op te maken dat ± 70 % zich is gaan specialiseren.

Een aantal tekortkomingen van bovenstaand onderzoek wordt ondervangen in de studie "The vanishing practitioner" (Harvey, 1973). In deze studie is een aselecte steekproef gebruikt uit artsen in Ontario.
De steekproef bevat drie groepen: een groep "general practitioners", een groep vertrokken artsen, die zich daarna gespecialiseerd hebben, en een groep specialisten.
De gegevens zijn met mondelinge interviews verzameld.
De twee belangrijkste redenen voor vertrek zijn te lange werktijden en onvoldoende mogelijkheden om de eigen tijd in te delen (33 % van de vertrokkenen) en het te brede spectrum van problemen waarmee men geconfronteerd wordt (23 % van de vertrokkenen).
Aan de groep praktizerende artsen is gevraagd wat men denkt dat de reden is waarom collegae ophouden. De eerstgenoemde reden wordt door hen in 44 % van de gevallen genoemd; de tweede in 13 % van de gevallen.
Er is ook in deze studie niet gerapporteerd over een vergelijking van de feitelijke werktijden e.d. van vertrokken en praktizerende artsen.
Via een regressie-analyse is getracht die factoren vast te stellen die het sterkst samenhangen met het al of niet neerleggen van de praktijk. De belangrijkste factor bleek te zijn het aantal jaren dat men huisarts is: hoe langer men al in "general practice" is, des te kleiner is de kans op vertrek.

Naast deze studies zijn er nog twee onderzoeken die op een geheel andere manier opgezet zijn en die zo mogelijk nog minder vergelijkbaar zijn met ons onderzoek. Het zijn beide longitudinale onderzoeken.
In het ene onderzoek,"Attrition from general practice" (Fruen e.a., 1977) worden groepen in Toronto afgestudeerden gevolgd door middel van jaarlijkse peilingen. Het doel van de studie was na te gaan in hoeverre de keuze voor een bepaalde richting gedurende de eerste jaren na het afstuderen stabiel blijft.
De periode waarover gerapporteerd wordt loopt van 1966 tot 1972.
De groep die in 1966 afstudeerde zat ten tijde van het onderzoek zo'n 6 jaar in "general practice". De uitval uitgesplitst naar het aantal jaren dat men praktizeert daalt van 15 % binnen een jaar tot 2 % in het 6e jaar.
Over redenen van vertrek wordt niet gerapporteerd.

In het andere longitudinale onderzoek, "Mobility of general practitioners during the first few years of practice" (Webb & Williams, 1972), wordt een groep artsen die tussen juli 1969 en juli 1970 begonnen is, in 1972 geïnterviewd omtrent voorschrijfgedrag. De gegevens over de mobiliteit van de huisartsen zijn een bij-product van dit onderzoek. Er worden dan ook geen gegevens over redenen van vertrek gerapporteerd. Van de groep artsen (848) die in de betreffende periode begonnen is, blijkt 13 % vertrokken te zijn. Er wordt weinig aandacht besteed aan wat die groep vertrokkenen is gaan doen. De categorieën zijn erg grof en de grootste groep valt in de categorie "reason not known".

Tot zover het overzicht van de ons bekende onderzoeken naar vertrek uit de huisartspraktijk. Er blijkt uit dat het verschijnsel vertrek uit de praktijk een nog weinig ontgonnen terrein is.
De twee laatstgenoemde studies komen niet verder dan een poging om de omvang van het vertrek uit de praktijk vast te stellen. Door de longitudinale opzet van de onderzoeken is dat slechts gedeeltelijk geslaagd. Alleen de uitval in de eerste jaren na vestiging is vastgesteld. Het volgen van een groep artsen die zich in een bepaalde periode gevestigd heeft of die in een bepaalde periode afgestudeerd is, kan een verrijking van de inzichten omtrent vertrek uit de praktijk opleveren. Deze methode werpt zijn vruchten echter pas af wanneer men de jaargroepen over voldoende lange tijd volgt. Zo'n opzet is in het kader van dit onderzoek onmogelijk.
Van de beide onderzoeken waarin niet de omvang maar de redenen van het vertrek uit de praktijk centraal staan, is de studie "The vanishing practitioner" het best uitgewerkt. In de eerste plaats omdat de onderzochte groep artsen systematischer is samengesteld en in de tweede plaats omdat een vergelijking gemaakt is tussen huisartsen die de praktijk verlaten hebben en huisartsen die nog praktizeren. Het gebruik van een dergelijke vergelijkingsgroep is in onderhavig onderzoek overgenomen.
Er zal geprobeerd worden die opzet meer inhoud te geven door niet zozeer te vergelijken op het niveau van meningen, maar veel meer op het niveau van feitelijke behartiging van nog praktizerende en vertrokken artsen.

Een vraag die in geen van de besproken onderzoeker bevredigend beantwoord is, is de vraag "vertrek waar naar toe ?" Zo de vraag al beantwoord wordt, zijn de categorieën dermate ruim dat men geen inzicht krijgt in de bezigheden van de huisartsen na het verlaten van de praktijk.
In dit onderzoek zal daaraan meer aandacht besteed worden.

3.2. VERWACHTINGEN OMTRENT HET VERTREK UIT DE PRAKTIJK

In het begin van dit hoofdstuk is vertrek uit de praktijk omschreven als het ophouden met het verlenen van directe en voor ieder toegankelijke algemene medische zorg. Zo'n omschrijving is voldoende als men vast wil stellen wie er tot de groep vertrokken huisartsen behoren en wie niet.
Wil men verder gaan dan alleen vaststellen van de omvang van het verschijnsel, dan is een nadere differentiatie van de praktijkverlaters noodzakelijk.

Een van de mogelijkheden om te differentiëren tussen verschillende praktijkverlaters is gelegen in het antwoord op de vraag "vertrek waar naar toe ?" Het eerste grove onderscheid is dan dat tussen degenen die een andere functie gaan uitoefenen of zich gaan specialiseren en degenen die gaan rusten. Deze laatste groep is in dit onderzoek minder belangrijk. Degenen die gaan rusten worden op een aantal aspecten die samenhangen met de overdracht van de praktijk vergeleken met de overige praktijkverlaters.
Een andere mogelijkheid om te differentiëren tussen praktijkverlaters is gelegen in de antwoorden op de vraag naar de redenen om de praktijk neer te leggen. De verwachting is dat groepen praktijkverlaters die geheel verschillende redenen opgeven, zullen verschillen in bijv. kenmerken van de praktijk of werkbelasting. Twee belangrijke groepen die men aldus kan samenstellen zijn de groep voor wie door omstandigheden (zoals ziekte, financiële problemen) een noodzaak bestond om de praktijk neer te leggen - men zou kunnen spreken van gedwongen vertrek - en de groep voor wie de noodzaak niet bestond. Een analyse van verschillen tussen dergelijke groepen kan indicaties geven voor de oorzaken van vertrek uit de praktijk.

De vergelijking van groepen praktijkverlaters met elkaar is een voorwaarde voor de vergelijking van praktijkverlaters en praktizerende artsen. Sommige groepen praktijkverlaters zullen sterker van de praktizerenden verschillen dan andere, waardoor een vergelijking van de twee groepen als geheel minder duidelijke verschillen zal opleveren. De groep praktizerende artsen kan ook niet over een kam geschoren worden, omdat deze bestaat uit wat men zou kunnen noemen echte blijvers - degenen die er helemaal niet over denken om de praktijk neer te leggen - en een groep die er over denkt om de praktijk neer te leggen.

In de volgende paragrafen worden meer specifieke verwachtingen geformuleerd die als leidraad gediend hebben bij de opzet van het onderzoek en bij de analyse van de gegevens. Deze verwachtingen

worden van te voren gegeven, omdat daardoor de mogelijkheid geschapen wordt een geïntegreerd beeld van het verschijnsel vertrek uit de huisartspraktijk te verkrijgen. In de hoofdstukken waarin de uitkomsten besproken worden kan dan vastgesteld worden waar de afwijkingen van dat geïntegreerde beeld optreden en kan het beeld gewijzigd en gepreciseerd worden.

3.2.1. VERWACHTINGEN OMTRENT DE OVERDRACHT VAN DE PRAKTIJK

Bij de overdracht van een huisartspraktijk zijn er altijd twee partijen, de partij die de praktijk overdraagt en die in dit onderzoek centraal staat, en de partij die de praktijk overneemt. Deze laatste partij is onderwerp van onderzoek geweest in het onderzoek "Nieuwe vestigingen van huisartsen" (Bartelds, Dopheide & Van der Zee, 1977). De resultaten van dit onderzoek zijn de belangrijkste bron geweest voor de verwachtingen die hier geformuleerd worden.

De eerste vraag omtrent het proces van overdracht van de praktijk is: heeft iedereen wel een opvolger ? en zo nee: wie heeft er geen opvolger ?
Om de laatste vraag te beantwoorden nemen we aan dat praktijken zonder opvolger het meest lijken op praktijken waar weinig vraag naar is. Dat er weinig vraag is naar een bepaald soort praktijken blijkt uit een lager percentage goodwill dat door overnemers betaald wordt. Op het (verstedelijkt) platteland wordt gemiddeld meer goodwill betaald dan daarbuiten. We verwachten daarom dat praktijken op het platteland het minst vaak zonder opvolger blijven.
Daarnaast kan verwacht worden dat er een daling van het aantal praktijken zonder opvolger heeft plaatsgevonden in de door ons onderzochte periode.
Wigersma (1976) die de lange termijn schommelingen in vraag en aanbod van huisartspraktijken beschreven heeft, stelt dat er wat dit betreft een dieptepunt is in 1971/1972. Bartelds e.a. wier onderzoek de vestigingen in 1975 en de eerste helft van 1976 aangaat, vinden een geringe stijging in het percentage goodwill, zodat men kan aannemen dat het dieptepunt voorbij is. (In paragraaf 6.1. worden deze verwachtingen vergeleken met de gegevens uit het onderzoek).

Als men kijkt naar de praktijken die wel een opvolger vinden dan kunnen soortgelijke verwachtingen geformuleerd worden die ook uitgaan van de grotere vraag naar praktijken op het (verstedelijkt) platteland. Niet alleen zal het percentage goodwill dat men ontvangt voor de praktijken hoger zijn (vergelijk 6.5.), maar ook zullen de respondenten met een plattelandspraktijk minder lang naar een opvolger hebben gezocht (vergelijk 6.2.) en vaker door een candidaat-opvolger benaderd zijn dan de respondenten wier praktijk niet op het platteland gesitueerd is (vergelijk 6.3.).

Naast deze verschillen die samenhangen met de soort praktijk, verwachten we ook verschillen tussen groepen praktijkverlaters.
Een aanknopingspunt voor verschillen tussen huisartsen die gaan rusten en die een andere functie gaan uitoefenen is gelegen in het feit dat voor de eerste groep de overgang niet zo snel zal hoeven plaats te

hebben, waardoor deze groep wat langer kan zoeken naar een opvolger (vergelijk 6.2.) en vaker een langdurige overgangsperiode kan/wil realiseren dan de tweede groep (vergelijk 6.4.).

In paragraaf 10.2 zullen de praktijkverlaters gedifferentieerd worden naar de redenen om de praktijk neer te leggen, o.a. langs de dimensie gedwongen - niet gedwongen vertrek. Daar zullen we hier op vooruitlopen door al iets over het proces van overdracht van de praktijk te zeggen. Het verschil tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrek zou naar voren kunnen komen in het feit dat gedwongen vertrek - men denke hierbij aan vertrek om gezondheidsredenen of financiële moeilijkheden - een situatie oplevert waarin de alternatieven voor de praktijkverlater beperkt zijn en hij zich in een ongunstige onderhandelingspositie bevindt. Dit zou dan kunnen resulteren in een wat sneller en abrupter vertrek uit de praktijk hetgeen zou moeten blijken uit de tijd die men gezocht heeft naar een opvolger, het percentage goodwill dat men ontvangt en de duur van de overgangsperiode.
Als deze verwachtingen omtrent de verschillen tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers niet overeenkomen met de uitkomsten van het onderzoek, kan dat komen door het feit dat niet zozeer het proces van overdracht als wel de beslissing om de praktijk neer te leggen sneller tot stand komt.

3.2.2. VERWACHTINGEN MET BETREKKING TOT DE NIEUWE FUNCTIE

In het rapport "Studies uit de huisartsenregistratie", waarvan in 1.4. een samenvatting gegeven is, zijn de nieuwe functies van de ex-huisartsen ingedeeld volgens een theoretisch criterium.
Het daar gebruikte criterium is het aanzien dat verschillende functies genieten binnen de medische professie. Er werd voorspeld dat bepaalde groepen praktijkverlaters eerder in een functie met hoog aanzien terecht zouden komen en andere eerder in een functie met relatief wat lager aanzien. De geformuleerde voorspellingen bleken voor een groot gedeelte niet te kloppen. Dit kan komen doordat de indeling van functies naar aanzien niet fijn genoeg is of doordat de theorie over aanzien en mobiliteit niet klopt. Binnen dit onderzoek ontbreken de mogelijkheden om dit uit te zoeken.

Een andere theoretische achtergrond vanwaar men naar de nieuwe functie kan kijken, kan als volgt geformuleerd worden.
Men kan ervan uitgaan dat de beslissing om de praktijk neer te leggen voor de betrokkenen een zeer belangrijke stap is: men gaat ander werk doen, komt vaak in een andere woonomgeving, komt in een andere sociale omgeving enz. Een factor die mogelijk van invloed is op de grootte van deze stap is het hebben van nevenfuncties. De gedachtengang die hier achter zit is dat wanneer iemand eenmaal een nevenfunctie heeft, de overstap naar volledige uitoefening van die functie kleiner is dan wanneer men nieuw in die functie terecht gekomen zou zijn (hoe iemand aan een nevenfunctie gekomen is, is hier niet van belang). Vanuit deze achtergrond verwachten we dat praktijkverlaters die een nevenfunctie hebben vaker in een soortgelijke functie terechtkomen dan in een andersoortige functie (vergelijk § 7.4.2.).

Deze hypothese kan uitgebreid worden tot de hypothese dat het hebben van een nevenfunctie, ongeacht de aard ervan, de overstap verkleint naar een andere functie door het contact dat men erdoor krijgt met andersoortig werk en collegae die ander werk doen.
Tegen de achtergrond hiervan kan men verwachten dat praktijkverlaters vaker nevenfuncties hebben dan artsen die onder soortgelijke omstandigheden praktizeerden maar de praktijk niet neergelegd hebben (vergelijk paragraaf 11.3.).

3.2.3. VERWACHTINGEN OMTRENT WERKBELASTING

Uit het overzicht van onderzoeken over vertrek uit de praktijk in paragraaf 3.1. is naar voren gekomen dat de werkbelasting een belangrijke factor zou kunnen zijn bij het vertrek uit de praktijk. In de opzet van dit onderzoek neemt de werkbelasting daarom een centrale plaats in.

De invloed van de factor werkbelasting zou men zonder enige nuance kunnen formuleren als: hoge werkbelasting leidt tot vertrek uit de praktijk. Deze formulering gaat voorbij aan de omstandigheden waaronder de praktijk uitgeoefend wordt. Vertrek uit de praktijk is maar één mogelijkheid om een verlaging van de werkbelasting te bewerkstelligen en het is bovendien een zeer ingrijpende. Andere mogelijkheden om de werkbelasting te verlagen kunnen gevonden worden in bijvoorbeeld verkleining van de praktijk (indien de werkbelasting vooral door het grote aantal patiënten bepaald wordt) of een betere avond- en weekenddienstregeling (indien werkbelasting vooral bepaald wordt door het beschikbaar moeten zijn).
De mate waarin dergelijke alternatieven voor vertrek uit de praktijk overwogen worden, hangt af van de omstandigheden waaronder men praktizeert en van een inschatting van de haalbaarheid ervan.
Het vaststellen van omstandigheden waaronder alternatieven voor vertrek uit de praktijk aanwezig zijn en van een inschatting van de haalbaarheid vereist een heel specifieke onderzoeksopzet, die hier niet mogelijk was. Er is wel enige globale informatie omtrent alternatieven verzameld (vergelijk hoofdstuk 12).

Naast afwezigheid van alternatieven als voorwaarde voor vertrek uit de praktijk zijn er ook factoren die het vertrek bemoeilijken of vergemakkelijken. Men denke daarbij aan de mogelijkheid om een opvolger te vinden, een aanbod om een bepaalde functie te gaan vervullen, het hebben van nevenfuncties (vergelijk de vorige paragraaf) e.d.

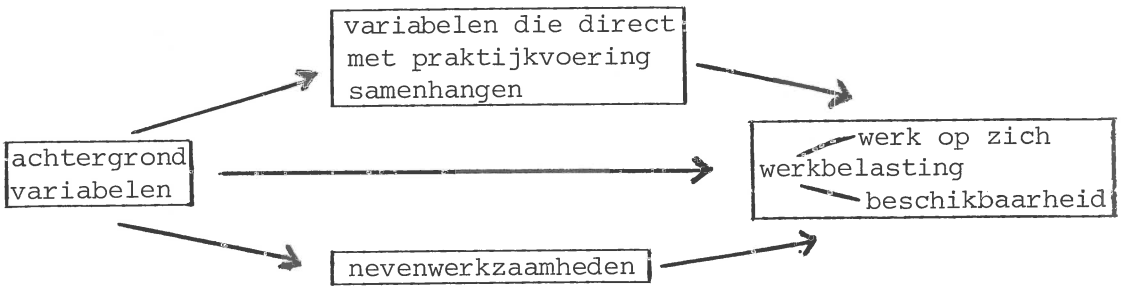
Deze schets van een kader waarbinnen men de invloed van werkbelasting op vertrek uit de praktijk kan beschouwen, kan als volgt samengevat worden: een hoge werkbelasting leidt, wanneer alternatieven om de praktijk op een minder belastende wijze voort te zetten afwezig zijn en wanneer de mogelijkheden om de praktijk neer te leggen aanwezig zijn, tot vertrek uit de praktijk.
De uitwerking van een hoge werkbelasting hangt dus af van de omstandigheden waaronder die zich manifesteert. Deze relativering dient

de lezer in het achterhoofd te houden bij een beoordeling van de conclusies van de hoofdstukken waarin de werkbelasting centraal staat.

Aan de werkbelasting onderscheiden we een subjectieve component en een objectieve, of zo men wil meer feitelijke, component.
De subjectieve component is gemeten door te vragen naar de rol die de werkbelasting gepeeld heeft bij de beslissing om de praktijk neer te leggen (naast een aantal andere redenen).
De feitelijke component van de werkbelasting is moeilijker te bepalen. In de eerste plaats is het moeilijk om te zeggen waaruit de feitelijke werkbelasting bestaat en in de tweede plaats wordt de feitelijke werkbelasting door een groot aantal omstandigheden bepaald.
De eerste moeilijkheid hebben we getracht te ondervangen door vragen te stellen over een groot aantal gebieden. De feitelijke werkbelasting is globaal ingedeeld in twee aspecten: de werkzaamheden op zich en de beschikbaarheid. Met betrekking tot de werkzaamheden op zich is onder andere gevraagd naar het aantal uren dat men werkt, maar ook naar de indeling van de werkdag naar verschillende werkzaamheden en naar patiëntenaantallen op spreekuur en tijdens visites.
Wat het beschikbaarheidsaspect aangaat is o.a. een aantal vragen gesteld naar het aantal avonden, zaterdagen en zondagen dienst en administratie of vergaderingen en naar het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.
De andere moeilijkheid - dat de feitelijke werkbelasting door een groot aantal omstandigheden bepaald wordt - hebben we opgelost door een aantal vragen te stellen over de omstandigheden. Deze kunnen grofweg ingedeeld worden in achtergrondsvariabelen (zoals het hebben van een apotheek e.d.) en variabelen die directer betrekking hebben op de praktijkvoering zoals de hoeveelheid assistentie.
Daarnaast is nog van belang of men nevenfuncties vervult en hoeveel tijd dat kost.

De werkbelasting en haar determinanten zijn weergegeven in onderstaand schema.

SCHEMA 3.1.: DE FEITELIJKE WERKBELASTING



Dit schema wordt in hoofdstuk 9 nader uitgewerkt.
Daarbij worden de onderlinge samenhangen van de variabelen die de werkbelasting indiceren onderzocht en de samenhangen met de variabelen die de omstandigheden indiceren.
Dit is noodzakelijk voorwerk voor een vergelijking van groepen praktijkverlaters met elkaar en met nog praktizerende huisartsen.

Een indicatie of de gekozen indicatoren voor de feitelijke werkbelasting inderdaad iets met werkbelasting te maken hebben, kan verkregen worden door een vergelijking (rekening houdend met verschillen in omstandigheden) van de feitelijke werkbelasting en de subjectieve werkbelasting. De hypothese daarbij is dat praktijkverlaters die een doorslaggevende rol toekennen aan de werkbelasting bij de beslissing om de praktijk neer te leggen een hogere feitelijke werkbelasting hebben dan praktijkverlaters die geen rol toekennen aan de werkbelasting bij hun beslissing om de praktijk neer te leggen.
Er wordt hier voorbijgegaan aan (moeilijk vast te stellen) individuele verschillen in belastbaarheid.

Hierna kan de invloed van de werkbelasting op het vertrek uit de praktijk nader onderzocht worden.
Dit gebeurt door een differentiëring van de praktijkverlaters naar achtergronden van het vertrek uit de praktijk; verschillende groepen praktijkverlaters kunnen dan op het gebied van de werkbelasting vergeleken worden.
Het gebeurt ook door een vergelijking van praktijkverlaters met een groep nog praktizerende artsen.

3.3. SAMENVATTING

De opzet van het onderzoek is erop gericht uitspraken mogelijk te maken over verschillen tussen groepen praktijkverlaters en over verschillen tussen praktijkverlaters en huisartsen die nog praktizeren.
In dit hoofdstuk zijn een aantal verwachtingen geformuleerd omtrent de overdracht van de praktijk, de nieuwe functie die men is gaan uitoefenen en de invloed van werkbelasting op het vertrek uit de praktijk.
Het belangrijkste punt waarop verschillende groepen vergeleken worden is de werkbelasting. Daaraan is een subjectieve en een feitelijke kant onderscheiden. De nadruk ligt vooral op de feitelijke kant.
De feitelijke werkbelasting (samenhangend met de hoeveelheid werkzaamheden en het beschikbaar moeten zijn) wordt bepaald door de omstandigheden waaronder men praktizeert. Daarbij zijn de omstandigheden die direct met de praktijkvoering samenhangen van belang, zoals de hoeveelheid assistentie, maar ook de nevenwerkzaamheden die naast de normale praktijk uitgeoefend worden en de situatie waarin men praktizeert (achtergrondvariabelen).

4. PRACTISCHE OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit hoofdstuk komen een aantal overwegingen en beslissingen aan de orde die het verschijnsel vertrek uit de praktijk ook practisch voor onderzoek toegankelijk moeten maken.
In de eerste paragraaf wordt de groep artsen waarop het onderzoek betrekking heeft, nauwkeurig afgebakend.
In de tweede paragraaf wordt aangegeven waarom in een gedeelte van het onderzoek een gehele populatie wordt onderzocht en in een ander gedeelte een steekproef.
In de derde paragraaf wordt uiteengezet waarom voor het grootste gedeelte gebruik gemaakt is van schriftelijke enquêtes om de gegevens te verzamelen en voor een klein gedeelte van mondelinge interviews.
Een overzicht van de thema's die in de vragenlijsten aan de orde zijn gesteld, is in de laatste paragraaf te vinden.

4.1. AFBAKENING VAN DE OPERATIONELE POPULATIE VERTREKKERS EN PRAKTIZERENDEN

In de inleiding van hoofdstuk 3 is een omschrijving gegeven van het begrip "huisartspraktijk". Op technische gronden moeten we nog enkele nadere beperkingen aanbrengen.
Deze beperkingen vloeien voort uit het feit dat vertrek uit de praktijk meestal een duidelijk gemarkeerde gebeurtenis is (praktijk wordt overgedaan, relatie met ziekenfondsen wijzigt zich, lidmaatschap van de beroepsverenigingen verandert, etc.).
Het huisartsen-registratiesysteem van het N.H.I. is gebaseerd op bovengenoemde duidelijke signalen; alle vormen van vertrek die onopgemerkt voorbijgaan worden slechts incidenteel of bij toeval geregistreerd en vallen dus buiten het onderzoek.

Er zijn drie categorieën huisartsen (artsen die direct en voor ieder toegankelijke algemene medische zorg verlenen), bij wie veranderingen in praktijkuitoefening niet of nauwelijks kunnen worden geregistreerd.
De eerste groep is die der assistent-huisartsen (niet arts-assistenten die nog de huisartsen-opleiding volgen), die meestal een tijdelijk dienstverband relatie met een reeds gevestigde huisarts hebben.
Soms heeft het assistentschap het karakter van een proefperiode (als voorbereiding op een eventuele latere associatie), soms is geen enkel vooruitzicht op voortzetting van de relatie aanwezig.
Een centraal registratiesysteem als dat van het N.H.I. is te log en te traag om vertrek uit de assistent-situatie te registreren (tenzij het assistentschap overgaat in een zelfstandige vestiging of een associatie).
De assistent-huisartsen vallen om die reden dan ook buiten het onderzoek naar vertrek uit de huisartspraktijk.
Een tweede categorie vormen de artsen die van waarneming en vervanging een substantiële bestaansvorm hebben gemaakt. Voor hen geldt eveneens het hierboven genoemde. Ook zij worden niet in het onderzoek betrokken.

De derde groep bestaat uit echtgenoten van huisartsen, die zelf ook huisarts zijn en die een wisselend aandeel in de praktijk van de partner hebben. Dit aandeel is variabel: veranderingen hierin zijn in ons registratiesysteem niet merkbaar, zodat ook deze groep buiten de onderzoekspopulatie valt.

Deze drie groepen vallen dus buiten het bereik van ons onderzoek. De huisarts die zijn huisartspraktijk vermindert ten koste van andere activiteiten of die een sterk teruglopende praktijk verzorgt, zou eigenlijk ook eerder onder vertrekkende dan onder praktizerende artsen gerekend moeten worden, maar ook over hen hebben wij in ons registratiesysteem geen informatie.

Naast deze beperkingen is de populatie ook in de tijd begrensd. Alleen die ex-huisartsen worden in de populatie opgenomen, die de algemene praktijk in de jaren 1972 tot en met 1975 neergelegd hebben. De ondergrens van 1972 is ingegeven door de overweging dat er geen betrouwbare cijfers omtrent vertrek uit de praktijk vóór dat jaar beschikbaar zijn; de bovengrens van 1975 wordt bepaald door het feit dat op het moment dat de populatie vastgesteld werd (eind 1976), er nog geen volledige cijfers voor 1976 beschikbaar waren.

Zoals al in hoofdstuk drie naar voren is gebracht, hebben we een groep praktizerende artsen ondervraagd om vergelijkingsmateriaal te hebben voor de groep vertrokkenen.
De groep vertrokken huisartsen die in de vergelijking betrokken wordt hebben we moeten beperken omdat de totale groep praktijkverlaters te heterogeen is: er zitten huisartsen in die van hun pensioen gaan genieten, er zitten huisartsen in die zich gaan specialiseren en er zitten huisartsen in die een andere functie gaan uitoefenen.
Er is ook een grote variatie in de leeftijd waarop men de praktijk neerlegt. Deze beide kenmerken, leeftijd en wat men gaat doen na het neerleggen van de praktijk hangen met elkaar samen (verg. Groenewegen & Van der Zee, 1977). Men kan de triviale voorspelling doen dat naarmate men dichter bij de normale leeftijd voor pensionering zit, men ook vaker gaat rusten bij het neerleggen van de praktijk.
Een vergelijking met praktizerende artsen heeft hier weinig zin omdat deze ook binnen afzienbare tijd en om dezelfde reden de praktijk neer zullen leggen. Aan de andere kant van de leeftijdsschaal zitten de jonge respondenten die zich voornamelijk gaan specialiseren.
Deze groep is in het kader van de probleemstelling van dit onderzoek wel interessant, maar is gering in getal.
We beperken daarom de groep praktijkverlaters voor de vergelijking met praktizerende artsen tot degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen. Ongeveer 60 % van deze groep legt de praktijk neer tussen de 40 en 54 jaar. Wanneer deze groep gekozen wordt dan hebben we ook qua leeftijd een betrekkelijk homogene groep. Deze groep is geboren tussen 1918 en 1935.
De vergelijkingsgroep van praktizerende artsen zullen we daarom ook beperken tot degenen die tussen 1918 en 1935 geboren zijn. De praktizerende artsen die òf ouder òf jonger zijn vallen op deze manier buiten de populatie. Een andere beperking is dat alleen die

huisartsen relevant zijn voor het onderzoek die zich vóór 1970 gevestigd hebben. Dit omdat er een aantal vragen gesteld zijn die betrekking hebben op het verleden (vragen als "hoe was de situatie vijf jaar geleden ? ").
Deze vragen zijn alleen te beantwoorden als de praktijksituatie redelijk gestabiliseerd was.
De totale populatie huisartsen geboren tussen 1918 en 1935 was op het moment waarop de enquête ingevuld werd, tussen de 42 en 59 jaar en omvat ongeveer 2.300 personen.

Een derde groep artsen die in het kader van het onderhavige onderzoek benaderd is, bestaat uit huisartsen die in 1976 de praktijk neergelegd hebben. Ook bij deze groep hebben we de beperkingen aangehouden dat het gaat om huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en die op het moment van vertrek tussen 40 en 54 jaar waren.
De groep omvat een zestigtal ex-huisartsen. Met een aantal van hen is een gesprek gevoerd dat tot doel had op enkele punten nadere en meer diepgaande informatie te verzamelen.

4.2. POPULATIE-ONDERZOEK / STEEKPROEFONDERZOEK

Wanneer van een nauwkeurig afgebakende groep alle leden onderzocht worden spreekt men gewoonlijk van een populatie-onderzoek.
Wanneer om welke reden dan ook, slechts een gedeelte van een groep onderzocht wordt, spreekt men van een steekproefonderzoek (verg. Swanborn, 1974, p. 65 e.v.). Of men kiest voor een populatie-onderzoek of voor een steekproefonderzoek hangt af van de vragen die men door het onderzoek wil beantwoorden, en van de uitvoerbaarheid van het onderzoek. In onderhavige studie staan een aantal vragen omtrent redenen en achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk centraal.
Het verschijnsel vertrek uit de praktijk is nog weinig onderzocht. Men kan veronderstellen dat er een veelheid van redenen aanwezig is, maar over de spreiding van de redenen over verschillende situaties (bijvoorbeeld geografische verschillen of verschillen in de tijd) weet men nog niets. Indien men nu een steekproef zou trekken uit de niet al te grote populatie vertrokken huisartsen loopt men het risico dat het aantal respondenten in sommige situaties die in de loop van het onderzoek belangrijk blijken te zijn, te klein is.
Omdat het terrein van onderzoek nog relatief onontgonnen is en omdat de populatie niet te groot is, is hier gekozen voor een populatie-onderzoek.

Naast dit gedeelte van het onderzoek dat voornamelijk beschrijvend is willen we ook een vergelijking maken tussen een groep vertrokken en een groep praktizerende huisartsen. Het gaat er daarbij niet om een beschrijving te geven van de praktizerende artsen op een aantal punten die samenhangen met de praktijkvoering zoals tijdsbesteding en dergelijke, maar om vergelijkingen te maken met de praktijk-verlaters. Een populatie-onderzoek heeft hier geen zin (bovendien is de populatie zo groot dat dat moeilijk uitvoerbaar is).

Een zorgvuldig getrokken steekproef ligt hier meer voor de hand. Om in een tweetal belangrijke situaties die samenhangen met een verschillende praktijkvoering en met verschillen in medische consumptie onder de bevolking, voldoende respondenten te hebben om vergelijkingen mogelijk te maken, is een steekproef getrokken die gestratificeerd is (d.w.z. de populatie is eerst in groepen verdeeld en per groep is een steekproef getrokken) naar landsdeel en urbanisatiegraad. De verdeling van de steekproef praktizerende artsen op deze beide criteria komt overeen met de verdeling van de beperkte groep vertrokken artsen die in de vergelijking gebruikt wordt.

Er is nog een groep artsen bij wie we gegevens hebben verzameld omtrent de redenen van vertrek uit de praktijk: de kleine groep huisartsen die in 1976 de praktijk neerlegden en toen tussen de 40 en 55 jaar waren. Doel hiervan is om door diepgaande interviews het bij de grote groep vertrokken artsen verzamelde materiaal te illustreren; een casuïstische benadering dus. In dit geval is een beschrijving van de hele populatie niet strikt noodzakelijk en bovendien te duur en arbeidsintensief. Ook hier kan dus met een steekproef volstaan worden.

Samenvattend: de tussen 1972 en 1975 vertrokken huisartsen worden allemaal onderzocht (populatie-onderzoek); van de praktizerende artsen wordt een gedeelte onderzocht en van de in 1976 vertrokken artsen wordt een gedeelte onderzocht (steekproefonderzoeken).

4.3. MANIER WAAROP DE GEGEVENS VERZAMELD ZIJN

Ook de vraag hoe men nu zijn gegevens gaat verzamelen is afhankelijk van de vragen die men wil beantwoorden en van de practische mogelijkheden (zoals budget e.d.). De eerste keuze is die tussen een meer passieve of meer actieve wijze van waarnemen (verg. Swanborn, 1974, p. 93 e.v.); de keuze tussen observeren of vragen.
Gezien de belangrijkste vraagstelling van het onderzoek, die naar de redenen van vertrek uit de praktijk, ligt de keuze voor vragen voor de hand.
De tweede keuze is die tussen verschillende manieren van ondervraging. In aanmerking komen mondelinge, schriftelijke en telefonische ondervraging. Vanuit sommige gezichtspunten is de ene methode te prefereren en vanuit andere gezichtspunten een andere.
Wanneer men kijkt naar de response,de hoeveelheid antwoorden die men mag verwachten, dan wordt over het algemeen mondelinge en telefonische ondervraging geprefereerd boven schriftelijke. Echter naarmate het opleidingsniveau van de te ondervragen personen hoger is, is de response op een schriftelijke enquête hoger. In het geval waarin men artsen ondervraagt speelt deze overweging dus minder sterk mee.
De volledigheid en de kwaliteit van de gegevens is bij mondelinge ondervraging groter dan bij telefonische ondervraging en bij deze laatste weer hoger dan bij schriftelijke ondervraging.
Bij schriftelijke ondervraging heeft men er geen invloed op of de vragenlijst in zijn geheel ingevuld wordt en of alle vragen goed

begrepen worden. Door grote aandacht aan de lay-out te besteden en door de vragen duidelijk te formuleren en te voorzien van voldoende, elkaar uitsluitende antwoordcategorieën kan men dit bezwaar ondervangen. In de handboeken wordt wel gesteld dat de hoeveelheid informatie die men kan verzamelen bij een mondelinge ondervraging groter is dan bij schriftelijke en bij deze laatste weer groter dan bij telefonische. Dit hangt ons inziens sterk af van de groep die men benadert en van de manier waarop men de respondenten benadert. Wat het eerste betreft: het is onze ervaring dat men praktizerende huisartsen het best schriftelijk kan benaderen, omdat een ongestoord gesprek veelal moeilijk te arrangeren is. Wat het tweede punt betreft: wanneer tevoren een afspraak gemaakt wordt, kan men ook uitgebreide telefonische interviews houden (verg. een studie van Schut & Bensing, 1977, p. 17 ; waarin telefonische interviews met psychologen gerapporteerd worden met een gemiddelde duur van drie kwartier tot een uur).
De drie methoden van ondervraging verschillen duidelijk in de hoeveelheid tijd en geld die ze kosten. Gegeven eenzelfde lengte van de vragenlijst is schriftelijke ondervraging goedkoper en kost minder tijd. Telefonische ondervraging is niet veel duurder maar kost meer tijd en mondelinge ondervraging kost nog meer tijd en is duurder. Deze laatste overweging heeft het zwaarst gewogen in dit onderzoek. De populatie tussen 1972 en 1975 vertrokken huisartsen is zo groot dat mondelinge en telefonische ondervraging te duur zouden zijn en te lang zouden duren. Bij de steekproef praktizerende artsen komt nog de overweging dat met deze groep minder gemakkelijk een gesprek te arrangeren is.
De steekproef uit, in 1976 vertrokkken artsen is met opzet zo klein gehouden dat het haalbaar was om die groep mondeling te benaderen. Het doel van de ondervraging was namelijk vooral in de casuïstiek gelegen zodat een minder gestructureerd, persoonlijk gesprek de voorkeur had. In principe kwam telefonische ondervraging hier in aanmerking, maar omdat de duur van de gesprekken moeilijk voorspelbaar was (in enkele gevallen duurden de gesprekken meer dan twee uur), had mondelinge ondervraging de voorkeur.

Samenvattend: in het onderzoek is voornamelijk gebruik gemaakt van de methode van schriftelijke ondervraging. Alleen de steekproef uit in 1976 vertrokken huisartsen is mondeling ondervraagd.

4.4. DE VRAGENLIJSTEN

In deze paragraaf worden de thema's genoemd die in de vragenlijsten aan de orde gesteld zijn. Er zal slechts een globaal en schematisch overzicht gegeven worden. Voor geïnteresseerden in de exacte formulering van de vragen staan in beperkte oplaag de vragenlijsten ter beschikking.

De vragenlijsten voor de praktijkverlaters bestaan uit een algemeen gedeelte dat voor ieder hetzelfde is en een specifiek gedeelte dat verschilt voor de artsen in ruste, voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en voor degenen die zich gaan specialiseren.
Een aantal vragen wordt zowel gesteld over de situatie als huisarts als over de situatie in de nieuwe functie.
In de vragenlijst voor praktizerende huisartsen wordt een aantal vragen gesteld over de situatie op het moment dat de vragenlijst ingevuld wordt en over de situatie zoals die vijf jaar geleden was (om vergelijking met vertrokken artsen mogelijk te maken).
Bij de ondervraging van de steekproef uit de in 1976 vertrokken huisartsen zijn de gespreksthema's geweest de achtergronden en reden voor het vertrek uit de praktijk, de beleving van de beslissing om de praktijk te verlaten en een vergelijking van het huidige werk met het huisartsenwerk. Er is hierbij niet met een gestructureerde vragenlijst gewerkt maar met "checklist" van belangrijke punten.

In schema 4.1. zijn de thema's weergegeven die in de vragenlijsten voor de praktijkverlaters en praktizerende artsen aan de orde zijn geweest.

SCHEMA 4.1.: THEMA'S DIE IN DE VRAGENLIJSTEN AAN DE ORDE GESTELD ZIJN

Alle praktijkverlaters		Praktizerende artsen
- persoonlijke gegevens		- persoonlijke gegevens
- grootte en localisatie van praktijk		- grootte en localisatie van de praktijk (nu en vijf jaar geleden)
- overdracht van praktijk		
Artsen in ruste	**Andere functie/specialisten**	
- incidentele werkzaamheden	- functie/specialisme (aard, manier waarop functie/opleidingsplaats verkregen, gevolgde cursussen e.d.)	
- opbouw van het inkomen	- werktijden en diensten als h.a. en in huidige functie/specialisme	- werktijden en diensten nu en vijf jaar geleden
	- tijdsbesteding als h.a.	- tijdsbesteding nu en vijf jaar geleden
	- aantal patiënten per dag	- aantal patiënten per dag nu en vijf jaar geleden
	- organisatie praktijk (assistentie,spreekuur)	- org. van de praktijk nu en vijf jaar geleden
	- waarnemings- en weekendregeling	- waarnemings- en weekendregeling
	- verloop van praktijk en redenen voor (pogingen tot) gemeenschappelijke praktijkvoering	- verloop van praktijk en redenen voor (pogingen tot) gemeensch. praktijk voering
	- nevenfuncties, bestuursfuncties, nascholings- en opleidingsactiviteiten	- nevenfuncties, bestuursfuncties, nasch.- en opleidingsactiviteiten
	- inkomen	- inkomen
	- vrijetijdsbesteding als h.a. en in huidige functie/specialisme	- vrijetijdsbesteding nu en vijf jaar geleden
	- redenen voor vertrek	- redenen waarom collegae de praktijk neerleggen
	- eventuele terugkeer naar het huisartsenwerk	- eventuele plannen om de praktijk neer te leggen.

4.5. SAMENVATTING

De groep vertrokken huisartsen die hier onderzocht wordt is beperkt tot degenen die tussen 1972 en 1975 de praktijk neergelegd hebben. Vanuit de manier waarop de huisartsen-registratie van het N.H.I. werkt zijn enkele beperkingen aangebracht. Omdat de huisartsen-registratie uitgaat van een duidelijk gemarkeerd vertrek uit de praktijk, vallen enkele groepen buiten het bereik van onderzoek: assistent-huisartsen vallen erbuiten, evenals artsen die leven van waarnemingen en vervangingen. Ook voor de groep echtgenoten van huisartsen die een wisselend aandeel in de praktijk hebben, zijn geen gegevens over vertrek uit de praktijk te registreren.
De gehele groep vertrokken huisartsen is met een schriftelijke vragenlijst benaderd.
De vergelijkingsgroep van praktizerende huisartsen is beperkt tot huisartsen die tussen 1918 en 1935 geboren zijn (en vóór 1970 gevestigd zijn). Uit deze groep is een gestratificeerde steekproef getrokken. Deze steekproef is met een schriftelijke vragenlijst benaderd. Een klein aantal huisartsen die in 1976 de praktijk neergelegd hebben is voor een mondeling, "casuïstisch", interview benaderd. Deze groep is beperkt tot een steekproef uit degenen die op het moment dat de praktijk neergelegd werd tussen de 40 en 55 jaar was en een andere functie is gaan uitoefenen.

5. DE RESPONSE

In dit hoofdstuk zal bekeken worden hoeveel (ex-)huisartsen die een enguête hebben ontvangen dan wel benaderd zijn voor een mondeling interview, geantwoord hebben c.q. zich bereid verklaard hebben tot een gesprek.
Kortom, we zullen bekijken hoe hoog de response is.

Behalve het percentage response zijn ook de eventuele verschillen tussen degenen die meegewerkt hebben aan het onderzoek en degenen die dat niet gedaan hebben, van belang bij de interpretatie van de gegevens die in onderhavig rapport gepresenteerd worden.
Bij grote verschillen tussen de beide groepen kan een vertekening van de resultaten optreden.

5.1. DE RESPONSE VAN DE VERTROKKEN ARTSEN

In totaal is aan 669 ex-huisartsen een vragenlijst gezonden.
Bijna 78 % van de praktijkverlaters heeft de vragenlijst geretourneerd. Een goed resultaat voor een schriftelijke enquête.
Bij deze 78 % waren enkele respondenten die niet tot de populatie bleken te behoren (degenen die vóór 1972 of na 1975 de praktijk neergelegd hebben, zij die nooit huisarts met een eigen praktijk geweest zijn of die nog/geen huisarts zijn en degenen die overleden zijn). Zij zijn dus ten onrechte aangeschreven.
Er was ook een klein aantal respondenten dat de vragenlijst oningevuld retourneerde, hetgeen als een weigering geïnterpreteerd kan worden. Het aantal vragenlijsten dat in de verdere verwerking gebruikt kan worden, is dus wat kleiner dan het totaal aantal vragenlijsten dat geretourneerd is.

In tabel 5.1. is de response weergegeven voor de totale groep en de afzonderlijke populaties, te weten de artsen in ruste, de artsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en degenen die zich zijn gaan specialiseren.

Tabel 5.1.: De response van de praktijkverlaters

	totale groep	artsen in ruste	andere functie	specialisering
aantal verzonden vragenlijsten	669	224	360	65
geretourneerd	521(77.9%)	190(77.9%)	281(78.1%)	50(76.9%)
aantal bruikbare vragenlijsten	482	168	266	48
bruikbaar als percentage van verzonden vragenlijsten	72.1%	68.9%	73.9%	73.9%

In de tweede rij van deze tabel onder het kopje "geretourneerd" staan de aantallen vermeldt van alle vragenlijsten die teruggezonden zijn. Daaronder vallen dus ook de vragenlijsten van degenen die niet in de populatie bleken te vallen.
In de derde rij staat het aantal vragenlijsten dat gebruikt is in de analyses van dit rapport. De response-percentages zijn zoals gezegd weergegeven voor de totale groep praktijkverlaters en de afzonderlijke groepen.

Het percentage geretourneerde vragenlijsten is voor alle drie de groepen ongeveer even hoog, ondanks het feit dat de vragenlijst voor artsen in ruste aanmerkelijk korter is dan de vragenlijst voor beide andere groepen. Het aantal bruikbare vragenlijsten uitgedrukt als percentage van het aantal geretourneerde vragenlijsten is voor de artsen in ruste lager dan voor de beide andere groepen.
Er zijn tamelijk veel rustende artsen die buiten de populatie vallen omdat ze de praktijk al voor 1972 neergelegd hebben.
Dit hoeft niet te wijzen op tekortkomingen in het registratiesysteem, daar het vertrek uit de praktijk voor de oudere artsen waarschijnlijk een meer gradueel karakter heeft. Hierdoor kan een discrepantie bestaan tussen het tijdstip waarop de respondent zelf vindt dat hij met de praktijk opgehouden is en het tijdstip waarop de praktijk officieel overgedragen is.

Wanneer we afzien van de geretourneerde vragenlijsten die onbruikbaar bleken te zijn omdat ze niet ingevuld waren of omdat de respondent overleden was, dan blijkt slechts 6.4. % van de geretourneerde vragenlijsten afkomstig te zijn van artsen die niet in de populatie thuis horen. We mogen hieruit concluderen dat de populatie goed samengesteld is (we mogen uiteraard niet concluderen dat de populatie ook volledig is).

Van de praktijkverlaters die de vragenlijst niet beantwoord hebben, zijn enkele gegevens bekend uit de huisartsen-registratie. Er kan dus een vergelijking gemaakt worden tussen degenen die vragenlijst beantwoord hebben en degenen die niet geantwoord hebben.
De kenmerken waarop beide groepen vergeleken worden zijn: leeftijd en geslacht, het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft, wat men is gaan doen na het neerleggen van de praktijk, de urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk gevestigd was, en de provincie.

Het blijkt dat de groep die de vragenlijst niet heeft beantwoord, op geen van deze kenmerken significant verschilt van de response.

We kunnen concluderen dat er geen duidelijke zelf-selectie van de respondenten heeft plaatsgevonden, althans niet op de hier genoemde of daarmee nauw samenhangende kenmerken.

5.2. DE RESPONSE VAN DE PRAKTIZERENDE ARTSEN

De steekproef praktizerende artsen bestond uit 337 personen.
Er zijn 232 vragenlijsten geretourneerd; dit is 68.8 % van de verzonden vragenlijsten. Van de respondenten die de vragenlijsten beantwoord hebben, bleken er nog 3 niet tot de populatie te behoren. De gegevens van de praktizerende huisartsen zijn dus afkomstig uit 229 vragenlijsten.

De groep die de vragenlijst niet beantwoord heeft is op enkele punten vergeleken met de response. Gegevens hiervoor zijn geput uit de huisartsen-registratie van het N.H.I. De kenmerken waarop de groep die niet geantwoord heeft, vergeleken is met de response zijn urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is, provincie, geslacht, jaar van laatste vestiging als huisarts en geboortejaar. De beide groepen blijken op geen van deze kenmerken significant te verschillen.

Over het geheel genomen kunnen we dezelfde conclusie trekken als in 5.1.: er heeft geen duidelijke zelf-selectie plaatsgevonden van de respondenten.

5.3. DE RESPONSE BIJ DE MONDELINGE ENQUêTES

Er zijn 35 ex-huisartsen die in 1976 de praktijk neergelegd hebben benaderd voor een mondeling interview.
Zij hebben een brief ontvangen waarin het doel van het onderzoek uiteengezet is en waarin aangekondigd is dat zij telefonisch benaderd zouden worden voor een afspraak. Bij dat telefonisch contact is medegedeeld dat het interview één à anderhalf uur zou duren.
Vier respondenten deelden bij dat telefonisch contact mede dat ze niet mee wilden doen aan het onderzoek (om uiteenlopende redenen).
Eén repondent was onbereikbaar.
Met de overige 30 respondenten is een afspraak gemaakt en een interview gehouden.
De steekproef bestond uit 35 personen; met 30 van hen is een gesprek gevoerd. Over verschillen tussen response en non-response valt bij een zó klein aantal niets te zeggen.

5.4. SAMENVATTING

Zowel voor de vertrokken artsen als voor de praktizerende artsen is de response vrij hoog. Bij de praktijkverlaters was het percentage geretourneerde vragenlijsten het hoogst; daar bleken echter wel een aantal respondenten buiten de populatie te vallen.
De vergelijkingen van de response en non-response bij de vertrokken huisartsen en de praktizerende artsen leverde geen significante verschillen op.
Van de steekproef van 35 praktijkverlaters die voor een mondeling interview benaderd zijn, hebben 30 artsen meegewerkt. Bij zo'n klein aantal heeft een vergelijking van non-response en steekproef geen zin.

6. DE OVERDRACHT VAN DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk waarin gegevens gebruikt worden van alle huisartsen, die de praktijk neergelegd hebben, wordt een beschrijving gegeven van het proces van overdracht van de praktijk.

De eerste vraag die beantwoord wordt is of iedereen wel een opvolger heeft. Voor de groep die een opvolger heeft bekijken we achtereenvolgens hoelang men gezocht heeft naar een opvolger; hoe het contact tot stand gekomen is; hoeveel goodwill men ontvangen heeft bij de overdracht en of er een overgangsperiode geweest is. Er worden in dit hoofdstuk vergelijkingen gemaakt tussen de huisartsen die zijn gaan rusten en degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen. Een nadere differentiatie van deze laatste groep vindt in hoofdstuk 9 plaats. Daarbij wordt nog teruggekomen op de overdracht van de praktijk.

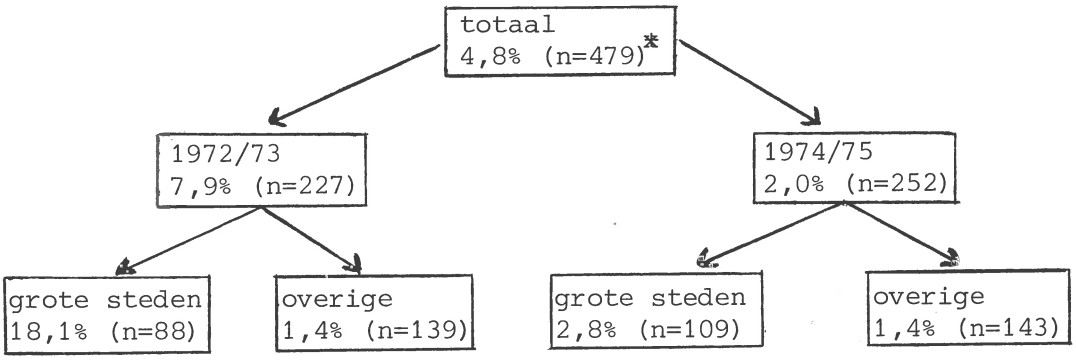
6.1. WIE HEEFT ER GEEN OPVOLGER ?

Het aantal huisartsen zonder opvolger is in de door ons onderzochte periode gering. Slechts 5 % ofwel 23 van de ex-huisartsen hebben geen opvolger. Zij hebben bijna allen de praktijk verdeeld onder de gevestigde collega's. Eén heeft er aangegeven dat de praktijk weggesmolten is (de uitdrukking is niet van ons).

Hoorde men een tiental jaren geleden nog alarmerende berichten over de onverkoopbaarheid van huisartspraktijken (Kikkert, 1965), nu lijkt het tij gekeerd te zijn. In paragraaf 3.2.1. spraken we de verwachting uit dat in de periode 1972 - 1975 een daling van het aantal praktijken zonder opvolger zou optreden. Het percentage respondenten zonder opvolger is opv. 8 %, 8 %, 1 % en 3 %.
Er is dus een verschil tussen 1972 en 1973 aan de ene kant en 1974 - 1975 aan de andere kant.

Wat betreft de locatie van de praktijken zonder opvolger, hebben we gesteld dat die het vaakst buiten het platteland zouden voorkomen. Daarbij speelt ook mee dat een plattelandspraktijk moeilijker onder collegae verdeeld kan worden.
Het verschil blijkt het grootst te zijn bij vergelijking van de grote steden met de rest. In de grote steden heeft over de hele periode bijna 10 % geen opvolger, in de overige gemeenten ruim 1%. Hoe deze beide variabelen, het jaar waarin de praktijk neergelegd is en de locatie van de praktijk, tesamen het percentage praktijken zonder opvolger beïnvloeden is te zien in schema 6.1.

SCHEMA 6.1.: PERCENTAGE PRAKTIJKEN ZONDER OPVOLGER NAAR JAAR WAARIN DE PRAKTIJK NEERGELEGD IS EN LOCATIE VAN DE PRAKTIJK



* niet ingevuld: 3

Men ziet in dit schema dat het verschil tussen de grote steden en de overige gemeenten qua percentage zonder opvolger in 1972/73 groter is dan in 1974/75 (het verschil blijft bestaan wanneer men rekening houdt met het maximaal mogelijke percentage).
Het niet kunnen vinden van een opvolger is dus vooral een probleem voor de huisartsen met een praktijk in de grote steden die voor 1974 de praktijk neerlegden.

Voorts verschillen wat de grootte van de praktijk aangaat de praktijken met en zonder opvolger aanzienlijk. Van de praktijken met minder dan 2.000 patiënten (n=94) is 16 % zonder opvolger gebleven, terwijl dat percentage voor de praktijken met meer dan 2.000 patiënten slechts 2 % bedraagt.

De vergelijking van de groep artsen die is gaan rusten met de overige praktijkverlaters levert een kleiner verschil op. In eerstgenoemde groep is het percentage zonder opvolger 8 %, terwijl het in de 2e groep 3 % is.

Van de respondenten zonder opvolger hebben er 13 ook geen pogingen gedaan om een opvolger te vinden; 9 respondenten hebben enige tijd gezocht naar een opvolger (1 respondent heeft de betreffende vraag niet ingevuld). Het aantal respondenten zonder opvolger is te klein om hier nog nadere opsplitsingen te maken.

6.2. HOE LANG HEEFT MEN GEZOCHT NAAR EEN OPVOLGER ?

De tijd die verlopen is tussen het moment dat men activiteiten ging ontwikkelen om de praktijk over te doen en het moment waarop definitief vaststond wie de opvolger zou zijn, is in de volgende tabel voor de artsen in ruste en de overige respondenten weergegeven. Daarin zijn degenen voor wie de opvolging al geruime tijd tevoren vast lag (men denke aan vader-zoon overname) niet in de percentering meegenomen, maar apart onderaan de tabel weergegeven.

Tabel 6.1.: Tijd verlopen tussen het moment dat men activiteiten ging ontwikkelen en het moment waarop de opvolging vaststond

	artsen in ruste	overige resp.	alle resp.
geen activiteiten ontwikkeld	10 %	2 %	4 %
1 maand	8 %	13 %	11 %
2 maanden	13 %	22 %	19 %
3 maanden	24 %	24 %	24 %
4 - 6 maanden	24 %	28 %	27 %
meer dan 6 maanden	21 %	12 %	15 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	n= 132	n= 292	n= 424
opvolging lag vast	17	6	23
niet ingevuld/geen opv.	19	16	35

De groep artsen in ruste heeft vaker geen activiteiten ontwikkeld dan de overige respondenten en vaker meer dan zes maanden gezocht. Laatstgenoemde groep heeft vaker een of twee manden gezocht. Door de opbouw van deze verdeling is er hoegenaamd geen verschil in het gemiddelde aantal maanden dat men gezocht heeft. Dat bedraagt voor de artsen in ruste 4,8 en voor de overige respondenten 4,1.

Het verschil in gemiddelden is iets groter als men differentiëert naar leeftijd in plaats van naar wat de ex-huisartsen zijn gaan doen na het neerleggen van de praktijk. Voor de respondenten beneden 55 jaar is het gemiddeld aantal maanden dat men gezocht heeft 3,9 en voor de respondenten boven die leeftijd 5,1.

Als men eenzelfde redenering volgt als in paragraaf 6.1., dan zou men verwachten dat op het platteland (waar de meer aantrekkelijke praktijken gesitueerd zijn) korter gezocht wordt naar een opvolger en dat ook in de tijd gezien de zoekperiode korter wordt. De cijfers geven echter geen aanleiding om te concluderen tot een kortere zoekperiode op het platteland. Er is wel een ontwikkeling in de tijd; in 1974 en 1975 wordt er gemiddeld iets korter gezocht.

De grootte van de praktijk hangt niet samen met de duur van de zoekperiode.

We kunnen concluderen dat de duur van de zoekperiode samenhangt met de leeftijd van de respondent en het jaar waarin hij de praktijk neergelegd heeft; oudere respondenten en respondenten die vóór 1974 de praktijk verlaten hebben, zochten gemiddeld iets langer naar een opvolger.

6.3. HOE KOMT MEN IN CONTACT MET DE OPVOLGER ?

Er is een grote verscheidenheid in de manier waarop men met de opvolger in contact gekomen is. In tabel 6.2. zijn een aantal manieren en de frequentie waarmee ze genoemd zijn, weergegeven.

Tabel 6.2.: Manier waarop contact tot stand gekomen is met de opvolger

	rel.frequentie
via commerciële praktijkbemiddeling	23 %
via zelf geplaatste advertentie	19 %
door persoonlijke contacten met collegae	19 %
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A., of V.V.A.A.	8 %
rechtstreeks contact via waarneming e.d.	8 %
rechtstreeks benaderd door praktijkzoekende arts	8 %
door persoonlijke contacten met niet-medici	6 %
lag al geruime tijd tevoren vast	5 %
door praktijkzoekende arts geplaatste advertentie	2 %
overige	2 %
totaal	100 % n= 453
geen opvolger	23
niet ingevuld	6

De relatief meest genoemde manier waarop contact met de opvolger tot stand gekomen is, is via commerciële praktijkbemiddeling. Twee manieren die daarnaast even vaak genoemd worden zijn persoonlijke contacten met collegae en een zelf geplaatste advertentie.
Deze percentages geven geen beeld van het verloop van het zoekproces, omdat er niet gevraagd is welke wegen men zonder succes bewandeld heeft.

Om de beide groepen respondenten - degenen die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten en degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen - op dit punt te vergelijken, hebben we enkele categorieën samengevoegd. De categorieën "lag al geruime tijd tevoren vast", "rechtstreeks contact via waarneming e.d.", "door persoonlijke contacten met collegae" en "door persoonlijke contacten met niet-medici" zijn samengevoegd tot de nieuwe categorie "via informele wegen".
De categorieën "rechtstreeks benaderd door praktijkzoekende arts" en "door praktijkzoekende arts geplaatste advertentie" zijn samengevoegd tot de categorie "actie van praktijkzoekende arts".

Tabel 6.3.: Manier waarop contact tot stand gekomen is met opvolger voor artsen in ruste en overige respondenten

	artsen in ruste	overige resp.
via informele wegen	42 %	36 %
via zelf geplaatste advertentie	16 %	21 %
actie van praktijkzoekende arts	11 %	9 %
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A., V.V.A.A.	12 %	7 %
via commerciële praktijk-bemiddeling	19 %	25 %
overige	1 %	3 %
totaal	100 %	100 %
	n= 154	n= 299
niet ingevuld/geen opvolger	14	15

De respondenten die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten, zijn wat vaker via informele wegen of bemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A., of V.V.A.A. in contact gekomen met hun opvolger dan de overige respondenten.
Deze laatste groep heeft wat vaker via een zelf geplaatste advertentie of commerciële bemiddeling zijn opvolger leren kennen.
In de categorie "actie van praktijkzoekende arts" zijn er nauwelijks verschillen.

In tabel 6.4. is de manier waarop men met zijn opvolger in contact gekomen is, uitgesplitst naar de leeftijd op het moment van vertrek uit de praktijk.
Voor de overzichtelijkheid zijn in deze tabel de categorieën van de manier waarop men in contact gekomen is, nog meer samengevoegd.
Er wordt alleen onderscheiden tussen informele manieren om in contact te komen, commerciële bemiddeling en de overige manieren.

Tabel 6.4.: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar leeftijd

	≤34	35-44	44-54	55-64	65+	totaal
via informele wegen	21 %	28 %	42 %	44 %	41 %	38 %
via commerciële bemiddeling	39 %	31 %	22 %	16 %	17 %	23 %
op overige wijzen	40 %	41 %	36 %	40 %	42 %	39 %
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	(33)	(91)	(130)	(88)	(111)	(453)

Met het stijgen van de leeftijd neemt het percentage respondenten dat via informele wegen aan een opvolger komt toe en het percentage dat via commerciële bemiddeling in contact komt met de opvolger, af. Rond 45 jaar ligt een omslagpunt.
Een mogelijke interpretatie van dit verband is dat de jongere artsen nog hoge lasten hebben van hun eigen vestiging en via een commercieel bemiddelingsbureau een gemakkelijkere overheveling van de schulden of een wat hoger percentage goodwill verwachten te krijgen (huisartsen die via commerciële bemiddeling een praktijk verkrijgen betalen gemiddeld meer goodwill, verg. Bartelds e.a. 1977, p. 17, en respondenten die via commerciële bemiddeling in contact komen met de opvolger ontvangen gemiddeld wat meer goodwill, verg. hier 6.5.).
Een andere mogelijke interpretatie is dat oudere artsen een groter net van informele contacten hebben via welke ze een (potentiële) opvolger kunnen vinden.

De manier waarop men in contact komt met de opvolger variëert ook met de vorm van de praktijkvoering.

Tabel 6.5.: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar vorm van de praktijkvoering

	solopraktijk	gemeenschap.pr.	totaal
via informele wegen	36 %	49 %	38 %
via eigen advertentie	18 %	26 %	19 %
actie van zoekende arts	10 %	9 %	10 %
bemiddeling K.N.M.G. etc.	9 %	2 %	8 %
commerciële bemiddeling	25 %	9 %	23 %
overige	2 %	6 %	2 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	(398)	(55)	(453)

Het is duidelijk dat de respondenten uit een gemeenschappelijke praktijk het zoeken naar een opvolger niet vaak uit handen geven. Slechts 2 % roept de bemiddeling van K.N.M.G., O.L.M.A., of V.V.A.A. in en 9 % een commerciële bemiddeling.
Bij de respondenten uit een solopraktijk zijn deze percentages opv. 10 en 25 %. De respondenten uit een gemeenschappelijke praktijk maken aanmerkelijk vaker gebruik van informele wegen en eigen advertenties.
Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat bij opvolging in een gemeenschappelijke praktijk de collegae hun invloed willen uitoefenen op de keuze en dat de opvolger moet passen in het team.

Op het (verstedelijkt) platteland en in de kleine steden komt men verhoudingsgewijs het vaakst in contact met de opvolger via commerciële bemiddeling, zoals we in tabel 6.6. kunnen zien.
Het percentage respondenten dat via informele wegen een opvolger vindt, is het hoogst in de forensen-gemeenten en in de drie grote steden.

Tabel 6.6.: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gesitueerd was

	plattel.	verst.pl.	for.gem.	kl.st.	gr.st.*	de 3 gr.st.
via informele wegen	36 %	37 %	45 %	34 %	34 %	47 %
via eigen advertentie	17 %	16 %	24 %	23 %	18 %	25 %
actie v.zoekende arts	8 %	12 %	10 %	2 %	11 %	14 %
bemidd.K.N.M.G. etc.	7 %	3 %	10 %	7 %	14 %	7 %
commerciële bemidd.	30 %	31 %	12 %	30 %	20 %	7 %
overige	3 %	2 %	0	5 %	3 %	0
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	(121)	(68)	(42)	(44)	(121)	(57)

* exclusief de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag.

Voor de oudere huisartsen in de drie grote steden, die hun praktijk neerleggen, is het percentage dat via commerciële bemiddeling een opvolger vindt, nog geringer dan het percentage in bovenstaande tabel.
De verwachting die we in paragraaf 3.2.1. geformuleerd hebben en die luidt dat respondenten met een praktijk op het (verstedelijkt) platteland vaker door initiatief van een praktijkzoekende arts hun opvolger vinden, blijkt niet uit te komen.

Samenvattend kunnen we zeggen dat het vooral de oudere huisartsen zijn en met name in de drie grote steden die via informele wegen aan hun opvolger komen en niet via commerciële bemiddeling.
De huisartsen met een gemeenschappelijke praktijk kwamen duidelijk op andere manieren in contact met de opvolger dan hun solo-werkende collegae: vaker via informele wegen en eigen advertenties.

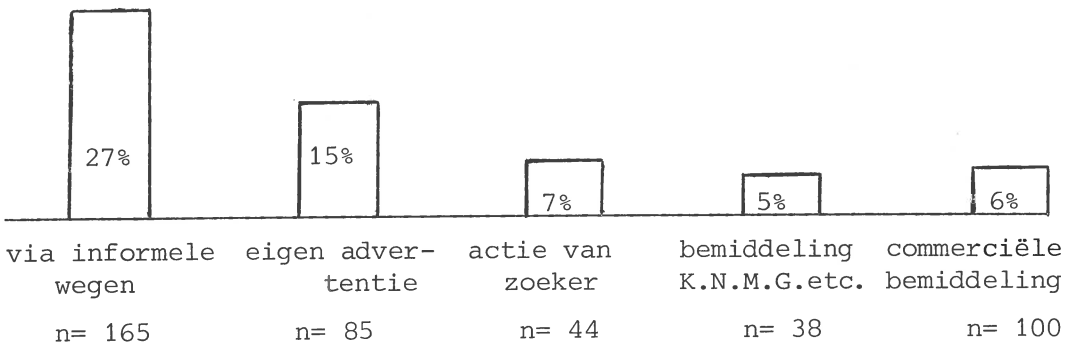
6.4. DIRECTE OVERNAME OF OVERGANGSPERIODE ?

Bij bijna 85 % van de praktijkoverdrachten was er sprake van een directe overname of een introductie-periode korter dan 3 maanden. Voor de huisartsen die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten is het percentage lager, namelijk bijna 73 %.
Voor de overige respondenten bedraagt het percentage zonder langere overgangsperiode 91. Deze laatste groep heeft waarschijnlijk minder mogelijkheden om een dergelijke overgangsperiode te verwezenlijken, omdat men een nieuwe functie gaat vervullen.

De praktijkverlaters die in een solo-praktijk werkten, hadden vaker geen overgangsperiode dan hun collegae met een gemeenschappelijke praktijk. Voor eerstgenoemde groep bedraagt het percentage dat geen langdurige overgangsperiode heeft 88, terwijl het voor de andere groep 62 bedraagt.

Het al of niet hebben van een langdurige overgangsperiode hangt ook samen met de manier waarop men in contact gekomen is met zijn opvolger.

Figuur 6.1.: Percentage respondenten met een langdurige overgangsperiode naar de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger *

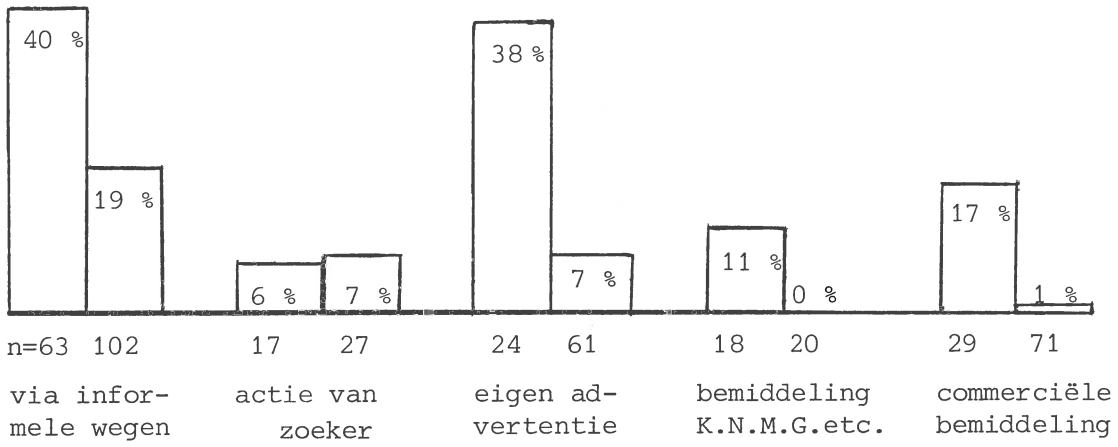


* uitgezonderd 12 respondenten in de categorie "overige".

De respondenten die via informele wegen in contact gekomen zijn met de opvolger hebben relatief het meest een overgangsperiode, gevolgd door degenen die een opvolger hebben gevonden via een eigen advertentie. De respondenten voor wie de opvolging al geruime tijd vast lag (dit is een onderdeel van de categorie "via informele wegen"), hadden in meer dan de helft van de gevallen een overgangsperiode; het gaat hierbij om vader-zoon overname.
De vraag of de manier die men kiest om een opvolger te vinden, bepaalt of men een overgangsperiode realiseert of dat degenen die een overgangsperiode willen realiseren een bepaalde manier kiezen om hun opvolger te vinden, kan met het beschikbare materiaal niet beantwoord worden.

We hebben in de vorige paragraaf kunnen constateren dat de huisartsen in ruste en de huisartsen met een gemeenschappelijke praktijkvoering op andere manieren in contact kwamen met hun opvolger dan respectievelijk de huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en de solo-artsen. De vraag is nu of bijvoorbeeld huisartsen die zijn gaan rusten en via informele wegen een opvolger hebben gevonden vaker een langdurige overgangsperiode hebben dan de overige respondenten die via informele wegen een opvolger gevonden hebben. We bekijken dan de percentages van figuur 6.1. per groep respondenten.
De percentages zullen eerst uitgesplitst worden naar huisartsen in ruste en overige respondenten.

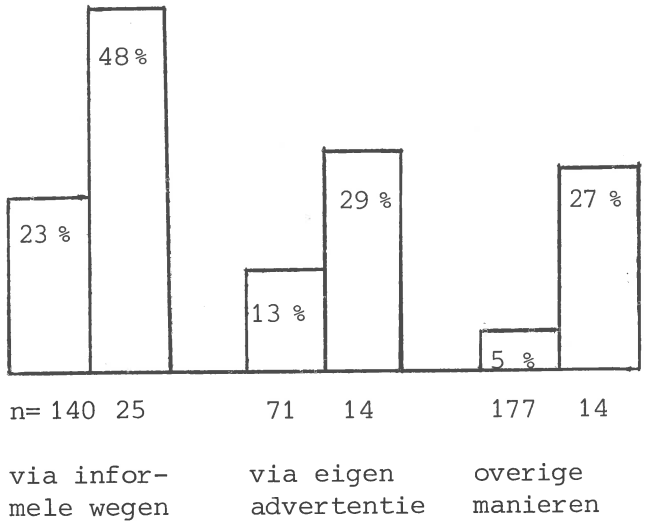
Figuur 6.2.: Percentage respondenten met een langdurige overgangsperiode naar manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger voor huisartsen in ruste (linker balk) en overige respondenten (rechter balk)



Alleen in het geval waarin het initiatief uitging van de praktijkzoekende huisarts zijn de percentages met een langdurige overgangsperiode even hoog (of zo men wil, even laag). In de andere categorieën zijn de verschillen groot. In het geval waarin men via een advertentie een opvolger heeft, bedraagt het verschil zelfs 30 %.
Dit wijst erop dat de verschillen tussen huisartsen in ruste en overige respondenten met betrekking tot het al of niet hebben van een langdurige overgangsperiode niet te maken hebben met de manier waarop men een opvolger heeft gevonden, met uitzondering van de situatie waarin het initiatief uitging van de opvolger.

We zullen nu de verschillen tussen de solo-werkende huisartsen en degenen met een gemeenschappelijke praktijkvoering bekijken.

Figuur 6.3.: Percentage respondenten met een langdurige overgangsperiode naar de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger voor solo-artsen (linker balk) en artsen met gemeenschappelijke praktijk (rechter balk)



In verband met het geringe aantal respondenten met een gemeenschappelijke praktijkvoering zijn enkele categorieën samengevoegd.
In alle gevallen hebben degenen met een gemeenschappelijke praktijk vaker een langdurige overgangsperiode. Het verschil is betrekkelijk constant.
Ook deze uitsplitsing wijst erop dat de verschillen tussen solo-artsen en artsen met een gemeenschappelijke praktijk met betrekking tot de overgangsperiode niet te maken hebben met de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger.

Samenvattend kan gezegd worden dat de praktijkverlaters die zijn gaan rusten vaker een overgangsperiode hadden dan de overige respondenten vooral als ze via een eigen advertentie hun opvolger vonden.
In het geval waarin de praktijkzoekende arts het initiatief had, is er geen verschil in percentage met een overgangsperiode.
De artsen met een gemeenschappelijke praktijkvoering hadden vaker een langdurige overgangsperiode dan de solisten.

6.5. HET PERCENTAGE GOODWILL

De laatste variabele die betrekking heeft op de overname van de praktijk is het percentage goodwill dat men ontvangen heeft.
Er is daarbij gevraagd of het bruto-inkomen op basis waarvan de goodwill vastgesteld is, in- of exclusief de pensioenpremie was.
Uitgaande van het antwoord op deze vraag zou dan het percentage goodwill genormeerd kunnen worden. Uit de beantwoording van de vraag is echter gebleken dat de vraag voor de respondenten niet duidelijk is geweest. Een tamelijk groot aantal respondenten dat in 1972 de praktijk neergelegd heeft, heeft namelijk aangegeven dat het bruto-

inkomen vastgesteld was inclusief de pensioenpremie, terwijl die toen nog niet bestond. We menen daarom de voorgenomen normering van het goodwill percentage niet te kunnen uitvoeren. Dit betekent dat het bruto-inkomen waarover het goodwill percentage berekend is, niet steeds op dezelfde wijze is vastgesteld. Men dient dit bij lezing van deze paragraaf in het oog te houden.

Gemiddeld bedraagt het percentage goodwill dat men ontvangen heeft 85,4 % *). Voor de artsen in ruste is het 79,2 % en voor de overige respondenten 88,5 %. Ook voor de andere subgroepen verschilt het gemiddelde nogal. In onderstaand overzicht worden een aantal subgroepen met de bijbehorende percentages goodwill weergegeven.

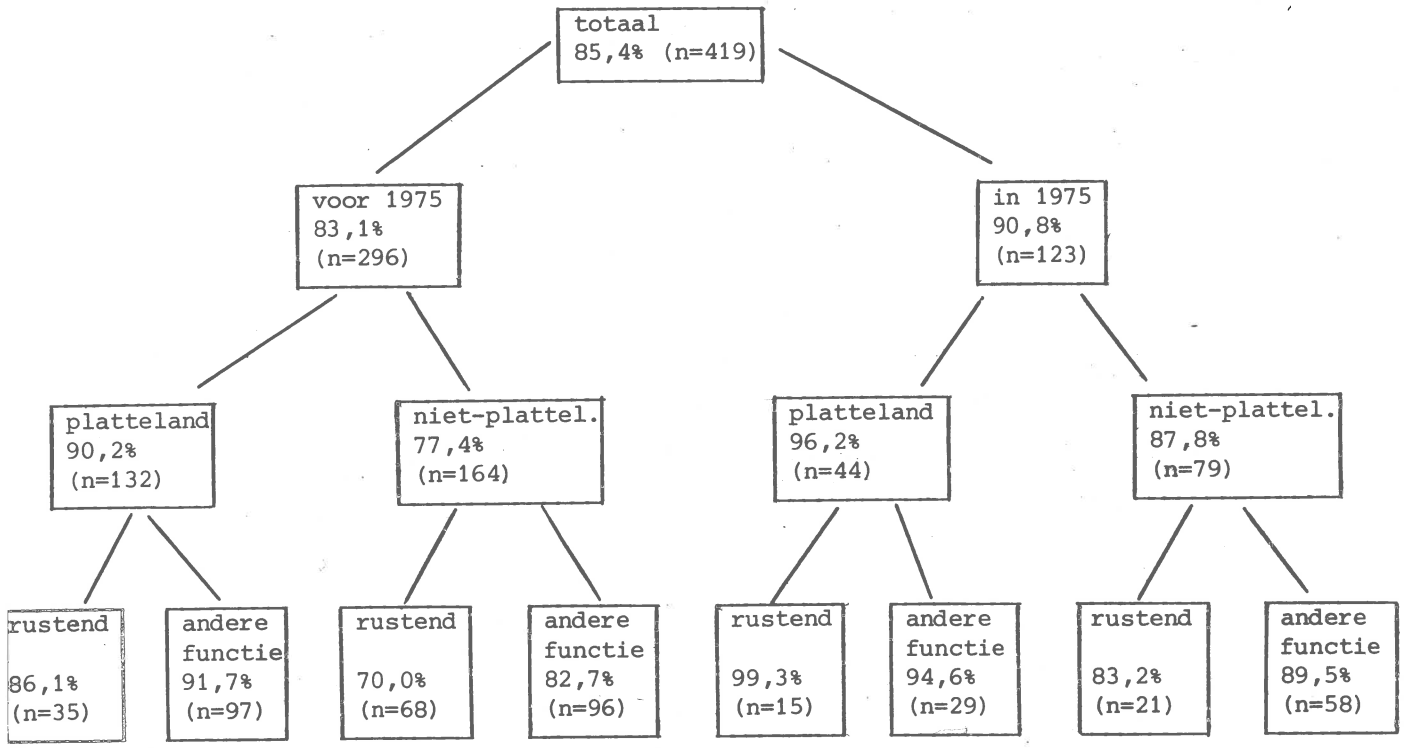
Tabel 6.9.: Gemiddeld percentage goodwill voor verschillende subgroepen

	gem.percentage	aantal
Alle respondenten	85,4	419
Praktijk neergelegd in 1972	82,0	104
praktijk neergelegd in 1973	82,2	88
praktijk neergelegd in 1974	85,1	104
praktijk neergelegd in 1975	90,8	123
Platteland	91,7	176
niet-platteland	80,8	243
Apotheekhoudende praktijken	91,9	124
niet-apotheekhoudende praktijken	82,7	295
Gaan rusten	79,2	139
andere functie gaan uitoefenen	88,5	280
Solo-praktijken	85,1	370
gemeenschappelijke praktijkvoering	88,0	49
Opvolger via commerciële bemiddeling	88,8	98
opvolger op andere manier gevonden	84,2	316
Jonger dan 35 jaar	85,2	29
35 tot 44 jaar	87,7	84
45 tot 54 jaar	90,8	126
55 tot 64 jaar	86,6	82
65 jaar en ouder	75,5	98
Praktijken tot 2.000 patiënten	79,6	65
van 2.000 tot 3.000 patiënten	84,8	183
meer dan 3.000 patiënten	88,2	170

*) In de analyses zijn alleen die respondenten betrokken die 10 % of meer goodwill ontvangen hebben. De analyses zijn ook uitgevoerd met een ondergrens van 25 % en 50 % en voor praktijken met meer dan 1.500 zielen. De hoogte van de gemiddelden verandert dan natuurlijk, maar de uitkomsten van de analyses blijven hetzelfde.

Gedurende de eerste drie jaren waarop dit onderzoek betrekking heeft blijft het percentage goodwill nagenoeg constant. In 1975 is het echter aanzienlijk hoger.
Er is een groot verschil tussen het gemiddelde percentage goodwill dat voor een praktijk op het platteland ontvangen wordt en dat voor een praktijk die niet op het platteland gesitueerd is. Een wat kleiner verschil vinden we tussen apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende praktijken. Dit laatste verschil wordt verklaard door het verschil platteland - niet-platteland; dat wil zeggen dat een apotheekhoudende en een niet-apotheekhoudende praktijk op het platteland evenveel en in de (kleine) steden even weinig opbrengen. In 1975 is het gemiddelde percentage goodwill een stuk hoger dan in de voorgaande jaren. Is die stijging op het platteland en buiten het platteland even sterk geweest ?
En was de stijging voor de artsen die zijn gaan rusten even sterk als voor de overige respondenten ? Een overzicht vindt men in figuur 6.4.

Figuur 6.4.: Percentage goodwill naar jaar van vertrek, urbanisatiegraad en al of niet gaan rusten na het neerleggen van de praktijk



We zien in deze figuur dat zowel op het platteland als daarbuiten in 1975 het gemiddelde percentage goodwill hoger is dan in de drie voorafgaande jaren. We zien echter ook dat de stijging niet voor beide groepen even groot is. Wanneer het niveau van vóór 1975 op 100 gesteld wordt, is er op het platteland een toename van 7 %, terwijl er buiten het platteland een toename van 13 % is.
Het lijkt erop alsof hier een plafondeffect werkzaam is (dat wil zeggen naarmate de uitgangspositie hoger is, neemt de snelheid van de toename af).

Wanneer we nu de aandacht richten op het onderste gedeelte van figuur 6.4. dan zien we dat vóór 1975 de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen gemiddeld meer goodwill kregen dan de respondenten die zijn gaan rusten en dat het verschil buiten het platteland het grootst is. In 1975 is het echter zo dat op het platteland de respondenten die zijn gaan rusten meer kregen dan de overige respondenten, terwijl buiten het platteland de overige respondenten meer kregen.
De toename van de gemiddelde goodwill in de tijd is het sterkst voor de respondenten die niet op het platteland woonden en zijn gaan rusten, terwijl ook de gemiddelde goodwill voor de rustenden op het platteland aanmerkelijk gestegen is.
De toename is het laagst voor de respondenten die op het platteland woonden en een andere functie zijn gaan uitoefenen.

Wanneer we weer even terugkeren naar de tabel, dan zien we dat de respondenten die hun opvolger via een commerciële bemiddeling vinden wat meer goodwill ontvangen dan de overige respondenten. Hierbij maakt het niet uit of men vóór 1975 of in 1975 de praktijk neergelegd heeft.

In dezelfde tabel zien we dat de respondenten in de leeftijd van 45 - 54 jaar gemiddeld het hoogste percentage goodwill ontvangen. De respondenten van 65 jaar en ouder ontvangen gemiddeld het minste. Voor 1975 verandert het beeld. Dan krijgen de respondenten van 54 jaar en ouder het hoogste percentage goodwill, terwijl dat vóór 1975 de groep tussen 45 - 54 jaar was. De sterkste stijging vindt echter plaats in de groep van 65 jaar en ouder. Dit is in overeenstemming met hetgeen in figuur 6.4. gevonden werd.

Tenslotte zien we in tabel 6.9. dat het percentage goodwill oploopt met de praktijkgrootte. In 1975 is er geen verschil meer tussen praktijken met 2.000 tot 3.000 patiënten en praktijken met meer dan 3.000 patiënten.

Over het percentage goodwill kan samenvattend gezegd worden dat de respondenten die in 1975 de praktijk neergelegd hebben, die een praktijk op het (verstedelijkt) platteland hadden en die zijn gaan rusten gemiddeld meer goodwill hebben ontvangen. Het gemiddeld percentage goodwill bleek het sterkst toegenomen te zijn voor de respondenten die niet op het platteland woonden en zijn gaan

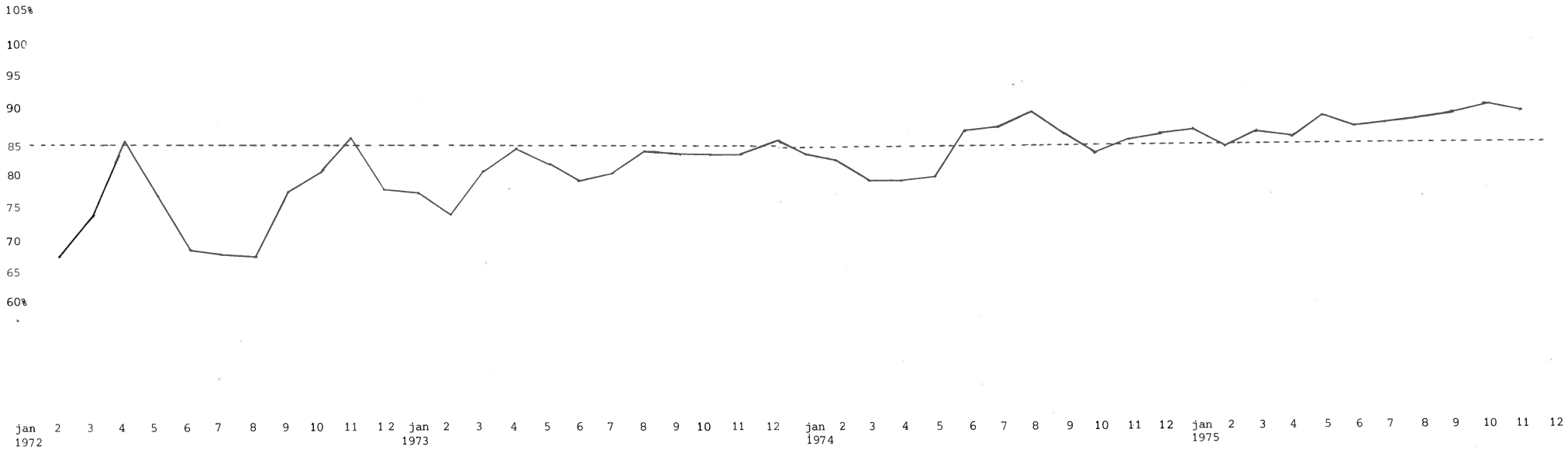
rusten. Ook degenen die een gemeenschappelijke praktijk hadden en degenen die via commerciële bemiddeling in contact kwamen met de opvolger ontvingen gemiddeld wat meer goodwill.

6.6. HET PERCENTAGE GOODWILL IN DE TIJD

In de vorige paragraaf hebben we een aantal variabelen gezien die verband houden met het percentage goodwill. Eén van die variabelen was het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft. Degenen die in 1975 de praktijk verlieten ontvingen gemiddeld aanzienlijk meer goodwill dan degenen die in de jaren vóór 1975 de praktijk verlieten. We zullen deze ontwikkeling in de tijd nu wat nauwkeuriger schetsen. Daartoe zijn de gewogen driemaands voortschrijdende gemiddelden berekend. Voortschrijdende gemiddelden hebben het voordeel dat ze minder sterk afhankelijk zijn van toevallige uitschieters. Driemaands voortschrijdende gemiddelden worden namelijk berekend door telkens het gemiddelde percentage goodwill te nemen over drie opeenvolgende maanden bijvoorbeeld januari, februari en maart; dat gemiddelde wordt dan aan februari toegekend. Dan wordt het gemiddelde berekend over februari, maart en april; dit wordt dan het gemiddelde van maart.
In figuur 6.5. zijn de gewogen driemaands voortschrijdende gemiddelden weergegeven. De stippellijn op 85.4 % is het gemiddelde percentage goodwill over de totale periode.

In de eerste anderhalf jaar van de periode waarop het onderzoek betrekking heeft is het gemiddelde percentage goodwill aan sterke fluctuaties onderhevig. In 1972 komt het zelfs tweemaal boven het gemiddelde van 85,4 % van de totale onderzoeksperiode uit: rond april en november 1972.
Na de eerste maanden van 1975 blijft het percentage goodwill consequent boven het gemiddelde van de totale onderzoeksperiode.

Figuur 6.5.: Percentage goodwill in de tijd; driemaands voortschrijdende gemiddelden



6.7. SAMENVATTING

Slechts een gering aantal huisartsen heeft geen opvolger (5 %). Het percentage praktijken zonder opvolger hangt duidelijk samen met het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft en de locatie van de praktijk. Onder degenen die in 1972 en 1973 de praktijk verlieten en die in de grote steden praktizeerden heeft 18 % geen opvolger, terwijl onder degenen die in 1974 en 1975 de praktijk verlieten en niet in de grote steden praktizeerden slechts 1,4 % geen opvolger heeft. Ook hangt het percentage zonder opvolger samen met de grootte van de praktijk: van de praktijken met minder dan 2.000 patiënten is 16 % zonder opvolger gebleven, van de grotere praktijken slechts 2 %.

Gemiddeld hebben de praktijkverlaters die een opvolger hebben iets minder dan vier en halve maand gezocht naar de opvolger. De duur van de zoekperiode hangt niet samen met de locatie en de grootte van de praktijk. Wel is het zo dat oudere respondenten (over 55 jaar) en degenen die vóór 1974 de praktijk neergelegd hebben, gemiddeld wat langer gezocht hebben.

De praktijkverlaters zijn relatief het vaakst via informele wegen in contact gekomen met de opvolger. Onder deze categorie vallen persoonlijke contacten met collegae of kennissen, rechtstreeks contact via waarneming en vervanging en gevallen waarin de opvolging al geruime tijd vast lag, zoals bij vader-zoon overname.
De artsen in ruste hebben wat vaker dan de overige respondenten via informele contacten hun opvolger gevonden; laatstgenoemde groep heeft de opvolger wat vaker via commerciële praktijkbemiddeling en een eigen advertentie gevonden. In zo'n 10 % van de gevallen is het initiatief uitgegaan van een praktijkzoekende arts.
Respondenten die in een gemeenschappelijke praktijk werkten (groepspraktijk, gezondheidscentrum, associatie onder één dak), hebben niet vaak het zoeken naar een opvolger uit handen gegeven.
Zij zijn aanmerkelijk vaker via informele wegen of een eigen advertentie in contact gekomen met hun opvolger dan hun solowerkende collegae.

Bij bijna 85 % van de praktijkoverdrachten was er sprake van een directe overname of een introductie-periode korter dan 3 maanden. De praktijkverlaters die zijn gaan rusten hebben vaker dan de overige respondenten een langdurige overgangsperiode vooral als ze via een eigen advertentie hun opvolger vonden. De vraag in hoeverre dit nu een gevolg is van de instelling van de huisartsen die gaan rusten of van de grotere mogelijkheden die zij hebben om een lange overgangsperiode te realiseren, valt niet uit de onderzoeksresultaten op te maken. De huisartsen met een gemeenschappelijke praktijkvoering hebben vaker een langdurige overgangsperiode dan de solo-artsen.

Het gemiddelde percentage goodwill dat men bij de overdracht van de praktijk ontvangen heeft, ligt rond de 84 %.
Als de praktijkverlaters opgedeeld worden in subgroepen treden er belangrijke verschillen op in het percentage goodwill. Het geringste percentage goodwill, namelijk 71,1 %, werd ontvangen door respondenten die vóór 1975 de praktijk verlieten, zij gaan rusten èn wier praktijk niet op het platteland gelocaliseerd was. Het hoogste percentage, 95,3 %, werd ontvangen door respondenten die in 1975 de praktijk neerlegden, zijn gaan rusten èn wier praktijk op het platteland gesitueerd was.
Het percentage goodwill hangt ook samen met de grootte van de praktijk: praktijken met minder dan 2.000 patiënten 78,2 %, praktijken tussen 2.000 en 3.000 patiënten 83,0 % en praktijken met meer dan 3.000 patiënten 86,3 % (er is bij degenen die in 1975 de praktijk verlieten geen verschil meer in percentage goodwill dat ontvangen wordt voor praktijken met 2.000 tot 3.000 patiënten en grotere praktijken).

7. DE ARTSEN IN RUSTE

In dit hoofdstuk en in het volgende hoofdstuk komt de vraag aan de orde wat de huisartsen zijn gaan doen na het neerleggen van de praktijk. De huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren komen in hoofdstuk 8 aan bod.
In dit hoofdstuk gaat het over de huisartsen die zijn gaan rusten.

Naast de vragen over de overdracht van de praktijk die in het voorafgaande uitvoerig aan de orde gesteld zijn, zijn aan de artsen in ruste nog vier vragen gesteld. Er is gevraagd of men geheel is gaan rusten of nog incidenteel werkzaamheden uitvoert; waaruit die incidentele werkzaamheden bestaan; of de gezondheidstoestand de belangrijkste reden was om de praktijk neer te leggen of dat andere factoren belangrijker waren; en uit welke bronnen het inkomen van de respondenten is opgebouwd.

In paragraaf 7.1. zal ingegaan worden op de beantwoording van de eerste drie vragen, terwijl in paragraaf 7.2. de vraag naar de opbouw van het inkomen aan de orde gesteld wordt.

7.1. GEHEEL OF GEDEELTELIJK RUSTEN

Van de respondenten die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten, voert of voerde 60 % nog incidentele werkzaamheden uit.
De respondenten die geheel zijn gaan rusten hadden vaker een praktijk op het platteland dan in de (kleine) steden en forensengemeenten.

Onder de in 1972 vertrokken respondenten is het percentage dat nog incidenteel werkzaamheden uitvoert (of voerde) het hoogst, namelijk 73 %. Dat percentage daalt tot 40 % voor de groep die in 1974 de praktijk verliet. Voor 1975 is het weer hoger, namelijk 62 %.

Welke zijn nu de incidentele activiteiten die uitgevoerd worden door de respondenten die niet geheel zijn gaan rusten ?
In tabel 7.1. vindt men een overzicht.
De percentages in de eerste kolom tellen niet op tot 100 %, omdat dezelfde persoon meerdere activiteiten in combinatie kan uitvoeren.
De tweede kolom cijfers geeft aan uit welke combinaties het percentage in de eerste kolom is opgebouwd. De cursief gedrukte cijfers tellen op tot 100 %.

Tabel 7.1.: Incidentele activiteiten

keuringen en contrôles	72 %	- uitsluitend keuringen en contrôles	49 %
		- keuringen en contr. en waarnemingen	11 %
		- keuringen en contr. en enkele particuliere patiënten	10 %
		- keuringen en contr. en waarnemingen en enkele part.pat.	2 %
waarnemingen	21 %	- uitsluitend waarnemingen	6 %
		- keuringen en contr. en waarnemingen	11 %
		- waarnemingen en enkele part.pat.	2 %
		- keuringen en contr. en waarnemingen en enkele part.pat.	2 %
zorg voor enkele particuliere patiënten	16 %	- uitsluitend enkele particuliere patiënten	2 %
		- enkele particuliere patiënten en keuringen en contr.	10 %
		- enkele particuliere patiënten en waarnemingen	2 %
		- enkele particuliere patiënten en keuringen en contr. en waarnemingen	2 %
overige incidentele activiteiten *)	19 %		

*) In deze categorie vallen alleen de respondenten die uitsluitend overige activiteiten uitvoeren. Om de patronen niet nodeloos ingewikkeld te maken is iemand die bijv. keuringen en contrôles + overige activiteiten deed, gerangschikt in de categorie "uitsluitend keuringen en contrôles".

De meest uitgevoerde activiteit is wel het doen van keuringen en contrôles. Bijna de helft van de respondenten die nog incidenteel activiteiten uitvoert, doet uitsluitend keuringen en contrôles, terwijl ook nog 23 % keuringen en contrôles doet in combinatie met een of meer andere activiteiten.
Uitsluitend waarnemingen wordt door 6 % gedaan, terwijl 15 % waarnemingen doet in combinatie met een of meer andere activiteiten.

Voor de zorg voor enkele particuliere patiënten zijn deze percentages opv. 2 % en 14 %.
De activiteiten die het meest genoemd worden onder overige activiteiten zijn arts op een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters en medisch adviseur van bejaardenhuis of verpleeghuis.

De gezondheidstoestand werd door 40 % van de respondenten genoemd als belangrijkste reden om de praktijk neer te leggen. Voor 38 % was de leeftijd een belangrijker reden dan gezondheid. Van de andere redenen die genoemd werden als belangrijker dan de gezondheidstoestand, werd ziekte of overlijden van echtgeno(o)t(e) het meest genoemd.
De gezondheidstoestand werd door huisartsen die beneden de 65 jaar waren op het moment dat ze de praktijk neerlegden vaker als belangrijkste reden genoemd dan door de andere huisartsen.

Als samenvatting van deze paragraaf kan gezegd worden dat 60 % van de artsen in ruste nog incidentele werkzaamheden uitvoert, die dan voornamelijk bestaan uit het doen van keuringen en contrôles.
Voor de respondenten die voor hun 65e levensjaar de prakijk neerlegden, was in meer dan de helft van de gevallen de gezondheidstoestand de belangrijkste reden.

7.2. DE OPBOUW VAN HET INKOMEN VAN DE RUSTENDE HUISARTS

In de vraag naar de opbouw van het inkomen is gevraagd welk percentage van het totale inkomen een aantal bronnen van inkomsten op het moment van de enquête (begin 1977) uitmaken.
De volgende bronnen van inkomsten zijn in de vraag genoemd:
AOW., uitkering uit het pensioenfonds voor huisartsen, inkomsten uit overdracht van de praktijk, uit verkoop van het praktijkpand, lijfrente van levensverzekering e.d., inkomsten uit belegd kapitaal, uit incidentele werkzaamheden en uit arbeidsongeschiktheidsverzekering.
Door 21 % van de respondenten is de vraag niet beantwoord.

We zullen allereerst bekijken per bron welk percentage respondenten daaruit inkomsten heeft (zie tabel 7.2. op volgende pagina).

Omdat één persoon verschillende bronnen kan noemen, tellen de percentages in deze tabel niet op tot 100 %. De aantallen respondenten waarover de percentages voor de afzonderlijke jaren berekend zijn, zijn erg klein. Percentage-verschillen tussen de jaren zeggen daarom niet zoveel.
We zien dat AOW en pensioenfonds voor huisartsen *) het vaakst genoemd

*) De collectieve pensioenregeling is in werking getreden op 1-1-1973. Over de aaneengesloten jaren voor die datum waarin men praktijk voerde, geldt een backservice-regeling (tot 1967) en een interim-periode (1967-1973). Vergelijk Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, Statuten en Reglement, met name artikelen 13, 16 en 38 van het Reglement, alsmede Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, Documentatie Collectieve Pensioenregeling, 1977.

Tabel 7.2.: Relatieve frequentie waarmee bronnen van inkomsten genoemd zijn voor de totale groep en per jaar waarin de praktijk neergelegd is

	totaal	'72	'73	'74	'75
AOW	84%	91%	80%	83%	83%
Pensioenfonds voor huisartsen	84%	94%	80%	80%	83%
Overdracht van de praktijk	58%	50%	50%	66%	67%
Verkoop van het praktijkpand	32%	23%	40%	49%	17%
Lijfrentes	63%	72%	53%	63%	63%
Belegd kapitaal	79%	72%	77%	83%	83%
Incidentele werkzaamheden	50%	66%	40%	31%	67%
Arbeidsongeschiktheidsverzekering	6%	13%	7%	3%	3%
Overige bronnen van inkomsten	11%	3%	10%	17%	13%
Aantal respondenten	127	32	30	35	30

worden als bron van inkomsten. Een andere vaak genoemde bron van inkomsten wordt gevormd door belegd kapitaal. Deze bron is het minst genoemd door de groep die in 1972 de praktijk heeft neergelegd, namelijk in 72 % van de gevallen.
Andere relatief vaak genoemde bronnen van inkomsten zijn lijfrentes, overdracht van de praktijk en indicentele werkzaamheden.
Inkomsten uit overdracht van de praktijk worden door degenen die in 1974 en 1975 stopten wat vaker genoemd dan door de rest.
Dit is begrijpelijk omdat naarmate er meer tijd verstreken is tussen het moment waarop de praktijkoverdracht plaats vond en het moment waarop de enquête gehouden werd, de kans groter is dat de inkomsten uit overdracht gebruikt zijn voor bijvoorbeeld een woonhuis.
Inkomsten uit incidentele werkzaamheden wordt door 50 % van de artsen in ruste genoemd. Dat dit percentage niet overeenkomt met het in 7.1. genoemde percentage, komt omdat een aantal respondenten die na het neerleggen van de praktijk nog incidentele werkzaamheden uitvoerde, dat op het moment van de enquête niet meer doet.

De frequentie waarmee de verschillende bronnen van inkomsten genoemd worden, zegt natuurlijk nog niets over het percentage van het totale inkomen dat zo'n bron uitmaakt. Het gemiddelde percentage per bron van inkomsten zegt al wat meer. Bij de berekening van de gemiddelden zijn we uitgegaan van de respondenten die op het moment van de enquête 65 jaar of ouder waren. Daardoor vallen 18 respondenten buiten de berekeningen die allen een belangrijke bron van inkomsten, de AOW, missen

Tabel 7.3.: Gemiddeld percentage dat een bron van inkomsten uitmaakt van het totale inkomen voor alle respondenten die op het moment van de enquête 65 jaar of ouder waren en voor de afzonderlijke groepen naar jaar van vertrek

	totaal	'72	'73	'74	'75
AOW	27.7	29.7	30.9	25.8	24.3
Pensioenfonds voor huisartsen	16.5	18.0	15.8	14.8	17.2
Overdracht van de praktijk	8.5	6.4	8.0	10.2	9.7
Verkoop van praktijkpand	4.0	2.6	4.9	6.5	2.0
Lijfrentes	9.1	7.8	10.5	9.8	8.6
Belegd kapitaal	20.5	19.3	20.7	21.6	20.4
Incidentele werkzaamheden	9.7	13.5	7.1	5.2	13.2
Overige bronnen	3.7	2.0	2.0	6.3	4.1
Totaal a)	99.7	99.3	99.9	100.2	99.5

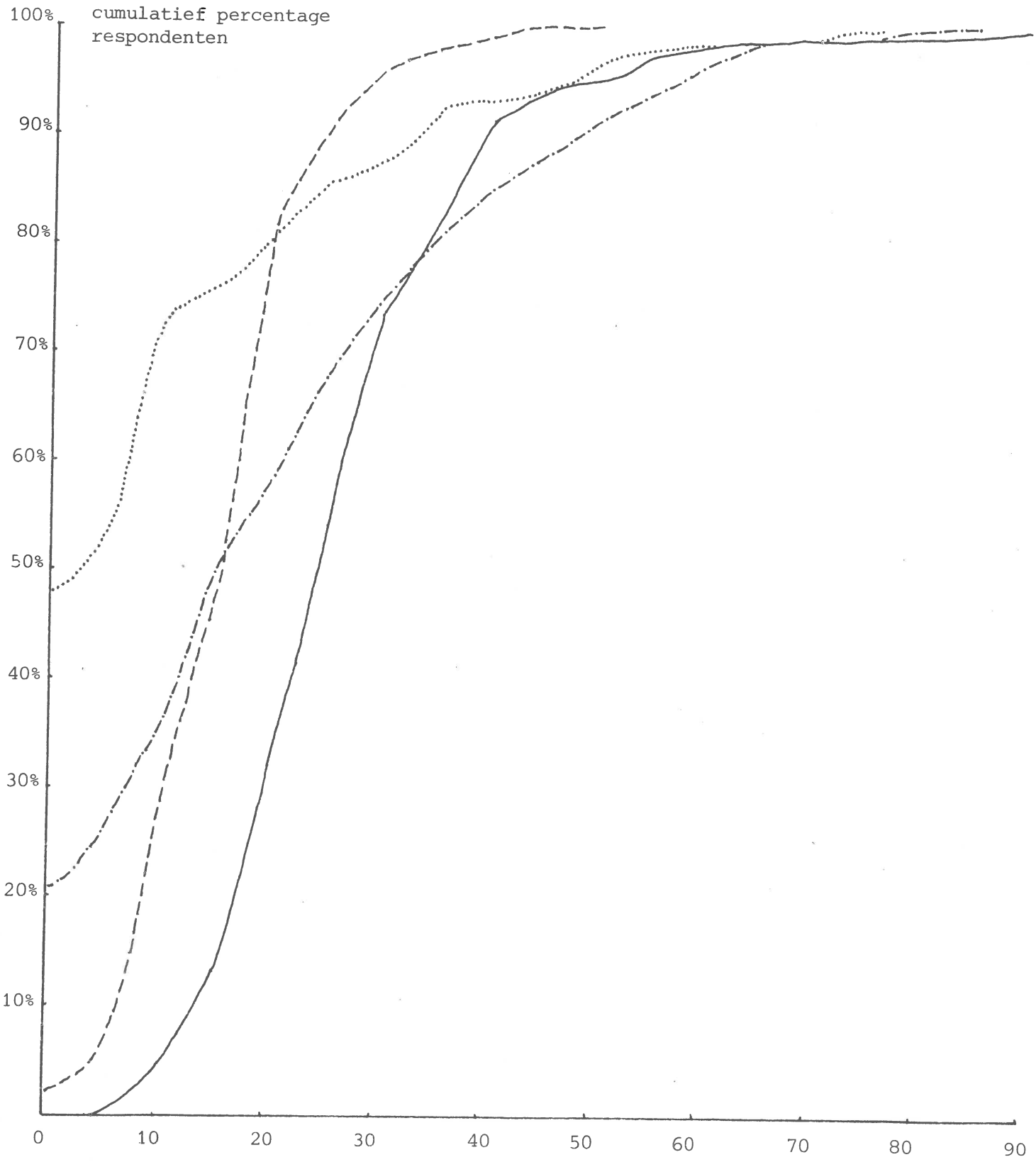
a) Door afrondingen wijkt het totaal af van 100.

Voor de respondenten die op het moment van de enquête 65 jaar of ouder waren, maakt de AOW gemiddeld bijna 28 % van het inkomen uit. In hoogte wordt deze bron gevolgd door inkomsten uit belegd kapitaal en uit het pensioenfonds voor huisartsen.
De gemiddelde inkomsten uit incidentele werkzaamheden, overdracht van de praktijk en lijfrentes e.d. zijn ongeveer even hoog.
Deze cijfers over de gemiddelde percentages moeten met de nodige voorzichtigheid benaderd worden; ten eerste omdat ze slechts op een beperkte groep betrekking hebben (de vraag is door een tamelijk hoog percentage niet of niet volledig ingevuld en de berekeningen zijn alleen uitgevoerd voor de respondenten die op het moment dat de enquête ingevuld werd, 65 jaar of ouder waren) en ten tweede omdat er bij de lagere gemiddelden grote afwijkingen van het gemiddelde zijn (in technische termen: de standaarddeviaties zijn hoog).
Voor de groep van 18 respondenten die niet in de berekeningen van tabel 7.3. opgenomen zijn, liggen de gemiddelden voor een aantal bronnen anders (de spreiding is ook veel groter). De bronnen die voor deze groep gemiddeld het meest bijdragen aan het totale inkomen zijn: inkomsten uit belegd kapitaal (gemiddeld 31.8 %), inkomsten uit overige bronnen (25.6 %) en inkomsten uit overdracht van de praktijk (18.7 %).

Voor de vier bronnen van inkomsten die het hoogste gemiddelde aandeel aan het totale inkomen hebben (zie tabel 7.3.) zijn in een figuur de cumulatieve verdelingen weergegeven. In een cumulatieve verdeling wordt de frequentie van de laagste waarneming als uitgangspunt genomen; de frequentie van de volgende waarneming wordt daarbij opgeteld, enz. Het cumulatieve percentage behorende bij een bepaalde waarneming geeft dus aan welk percentage van de waarnemingen die waarde of een lagere heeft.

Figuur 7.1.:
Cumulatieve verdeling van het aandeel aan het totale inkomen voor vier bronnen van inkomsten

inkomsten uit: A.O.W.: ————
pensioenfonds: --------
belegd kapitaal: -.-.-.-.
incidentele werkzaamheden: .....



In figuur 7.1. kan men vaststellen voor welk percentage respondenten een bron van inkomsten het gemiddelde of minder uitmaakt. Door op de horizontale as het gemiddelde op te zoeken, een lijn omhoog te tekenen tot het snijpunt met de cumulatieve verdeling en vandaar een lijn naar de verticale as te trekken, vindt men dit percentage.
Het aandeel van AOW aan het inkomen is gemiddeld 27.7 %;
een blik op figuur 7.1. leert nu dat voor zo'n 65 % van de respondenten de AOW dat gemiddelde of minder uitmaakt van het totale inkomen. Voor belegd kapitaal is het gemiddelde 20.5 % en het percentage dat dat of minder krijgt is 59 %. Het percentage respondenten voor wie inkomsten uit het pensioenfonds het gemiddelde of minder van het totale inkomen uitmaken is zo'n 57 %. Voor inkomsten uit incidentele werkzaamheden is het percentage ongeveer 72%. Uitgaande van de verticale as kan men zien dat voor de helft van de respondenten de AOW een kwart of minder van het totale inkomen uitmaakt. Inkomsten uit het pensioenfonds en uit belegd kapitaal maken voor de helft van de respondenten 16 % of minder uit van het totale inkomen. Bijna de helft van de respondenten heeft geen of nauwelijks inkomsten uit incidentele werkzaamheden.

Tot slot van de beschouwingen over het inkomen van de huisarts in ruste zullen nog enkele veel voorkomende combinaties van bronnen van inkomsten besproken worden. Om het grote aantal combinaties enigszins te reduceren, zijn de inkomsten uit lijfrentes en belegd kapitaal samengenomen, evenals die uit overdracht van de praktijk en verkoop van het praktijkpand.
Overige inkomsten zijn geheel buiten beschouwing gelaten.

1. Uitkering uit pensioenfonds + AOW + lijfrente en/of belegd kapitaal; deze combinatie komt in 13 % van de gevallen voor.
2. Uitkering uit pensioenfonds + AOW + lijfrente en/of belegd kapitaal + inkomsten uit incidentele werkzaamheden; in 19 % van de gevallen bestaat het totale inkomen uit deze combinatie.
3. Uitkering uit pensioenfonds + AOW + lijfrente en/of belegd kapitaal + inkomsten uit overdracht van praktijk en/of verkoop van praktijkpand; in 27 % van de gevallen.
4. Uitkering uit pensioenfonds + AOW + lijfrente en/of belegd kapitaal + inkomsten uit overdracht van praktijk en/of verkoop van praktijkpand + inkomsten uit incidentele werkzaamheden; deze laatste combinatie die uit alle vijf elementen bestaat komt voor in 29 % van de gevallen.

Samenvattend: de meest genoemde bronnen van inkomsten van rustende huisartsen zijn de AOW, uitkering uit het pensioenfonds voor huisartsen en inkomsten uit belegd kapitaal. AOW en belegd kapitaal dragen gemiddeld het meest bij aan het totale inkomen, terwijl ook het aandeel van inkomsten uit het pensioenfonds voor huisartsen gemiddeld tamelijk hoog is. De meest voorkomende combinatie van bronnen van inkomsten is: AOW + uitkering uit het pensioenfonds + inkomsten uit incidentele werkzaamheden + inkomsten uit lijfrentes en/of belegd kapitaal + inkomsten uit overdracht van de praktijk en/of verkoop van het praktijkpand (29 % van de gevallen).

7.3. SAMENVATTING

De vragen die, naast die omtrent de overdracht van de praktijk, gesteld zijn aan de huisartsen die zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk, hebben betrekking op het al of niet uitvoeren van incidentele werkzaamheden, de soort werkzaamheden die men eventueel nog uitvoert en de opbouw van het inkomen. Daarnaast is nog een vraag gesteld naar de reden van vertrek, die vooral van belang is voor de huisartsen die voor hun 65 e levensjaar gaan rusten.

Zo'n 60 % van de huisartsen in ruste voert of voerde na het neerleggen van de praktijk nog incidentele werkzaamheden uit. Deze bestonden voornamelijk uit het doen van keuringen en contrôles.

De inkomsten uit deze incidentele werkzaamheden maakten voor de ex-huisartsen van 65 jaar en ouder gemiddeld 10 % van het totale inkomen uit. Andere bronnen van inkomsten met een gemiddeld hoge bijdrage aan het totale inkomen zijn AOW (28 % van het totale inkomen), het pensioenfonds voor huisartsen (17 %) en belegd kapitaal (21 %).

Voor de huisartsen die vóór hun 65 e de praktijk neerlegden en zijn gaan rusten was in meer dan de helft van de gevallen de gezondheidstoestand de reden om de praktijk neer te leggen. Voor de oudere huisartsen was dat minder vaak het geval en was - het zal niemand verbazen - ook de leeftijd vaak een reden om te stoppen.

8. NIEUWE FUNCTIE VAN DE PRAKTIJKVERLATERS

Ook dit hoofdstuk handelt over wat er na het vertrek uit de praktijk gebeurt. Stonden in het vorige hoofdstuk de artsen die zijn gaan rusten centraal, in dit hoofdstuk gaat het over de artsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren. Er wordt een overzicht gegeven van verschillende functies en specialismen (eerste twee paragrafen).
In paragraaf 8.3. wordt de manier waarop men zijn functie verkregen heeft, bekeken. In deze paragraaf wordt ook nagegaan of er een overeenkomst is tussen de eventuele nevenfuncties die men uitoefende en de nieuwe functie.
In paragraaf 8.4. wordt voor enkele groepen functies bekeken welke rol de aantrekkelijke inhoud of de materiële kant van die functie speelden bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.
Ook wordt een vergelijking gemaakt van de inkomsten uit het huisartsenwerk en uit de huidige functie (8.5.).
De laatste paragraaf is gewijd aan een vergelijking van de werktijden als huisarts en die in de huidige functie.

8.1. AARD VAN DE FUNCTIE OF HET SPECIALISME

In deze paragraaf wordt eerst een overzicht gegeven van de soorten functies die men is gaan uitoefenen; aan het eind volgt een overzicht van de gekozen specialismen.

De praktijkverlaters hebben hun weg gevonden naar een grote verscheidenheid van functies, maar er zijn wel een paar functies die er qua aantal uitspringen. Men kan dat zien in de volgende tabel waarin de functies die vijf maal of vaker voorkomen, weergegeven zijn; de functies die minder vaak voorkomen zijn in de categorie "overige" te vinden.

Tabel 8.1.: Soort functie	absoluut	in procenten
Verzekeringsgeneeskundige	55	21 %
bedrijfsarts	52	20 %
adv.geneesk.ziekenfondsen	19	7 %
overige medische adviseurs	9	3 %
schoolarts	7	3 %
G.G.&G.D.-arts	15	6 %
verpleeghuisarts	21	8 %
alg.arts in inrichting of tehuis	11	4 %
medisch directeur verpl.huis	17	6 %
medisch directeur ziekenhuis	9	3 %
directeur G.G.&G.D.	8	3 %
hogere beleidsfuncties	5	2 %
wetenschappelijk medewerker	13	5 %
arts alternatieve geneeswijzen	6	2 %
overige	18	7 %
totaal	265	100 %

Veruit de meest voorkomende functies zijn verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts, met samen zo'n 40 % van de respondenten. Adviserend geneesheer van de ziekenfondsen, verpleeghuisarts, medisch-directeur van een verpleeghuis en G.G.&G.D.-arts behoren ook tot de redelijk vaak voorkomende functies.
De hier weergegeven functies zijn de functies die men direct na het neerleggen van de praktijk aanvaard heeft.

86 % Van de respondenten was op het ogenblik van de enquête nog in dezelfde functie (niet noodzakelijk bij dezelfde werkgever) werkzaam.
Van degenen die van functie veranderd zijn, zijn er vier weer huisarts geworden (hun functies na het neerleggen van de praktijk waren algemeen arts, medisch adviseur, medisch directeur van een verpleeghuis en wetenschappelijk medewerker). Drie respondenten waren op het moment van de enquête reeds gepensioneerd.
Enkele verpleeghuisartsen en één algemeen arts waren opgeklommen tot medisch directeur.

Bijna alle respondenten hebben een functie in dienstverband (95 % van de gevallen). Ook heeft bijna iedereen (95 %) een volledige werkkring.

Meer dan de helft van de respondenten heeft voor zijn functie een cursus gevolgd. Een overzicht van de gevolgde cursussen is in tabel 8.2. te vinden.

Tabel 8.2.: Gevolgde cursus	absoluut	in procenten
Geen cursus	117	45 %
cursus sociale geneeskunde zonder nadere aanduiding	12	5 %
alleen basiscursus sociale geneeskunde	11	4 %
arbeids- en bedrijfsgeneeskunde	32	12 %
verzekeringsgeneeskunde	25	10 %
jeugdgezondheidszorg	7	3 %
algemene gezondheidszorg	8	3 %
bijscholing voor verpleeghuis-artsen	8	3 %
overige cursussen	24	9 %
diverse stages	14	5 %
totaal	258	100 %
niet ingevuld	7	

De meest gevolgde cursussen liggen op het terrein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde.
De respondenten die een functie hebben die typisch op het gebied van de sociale geneeskunde ligt (de eerste 6 functies uit tabel 8.1.), hebben slechts in 37 % van de gevallen geen cursus gevolgd. Het aantal respondenten dat een cursus arbeids- en bedrijfsgeneeskunde volgt neemt in de tijd duidelijk toe.

Van degenen die in 1972 de praktijk neerlegden heeft slechts 5 % een dergelijke cursus gevolgd, in 1973 9 %, in 1974 16 % en in 1975 18 %. Deze toename hangt mogelijk samen met het feit dat er sinds enige tijd voor bedrijfsartsen een wettelijke verplichting is om de opleiding te volgen.
Het aantal respondenten dat een cursus verzekeringsgeneeskunde volgt laat eerder het omgekeerde beeld zien: in 1972 14 %, in 1973 9 %, in 1974 10 % en in 1975 6 %. Dit hangt mogelijk samen met de geringe capaciteit van de opleidingen in de verzekeringsgeneeskunde, die lange wachttijden tot gevolg heeft.
De meeste respondenten hebben pas een cursus gevolgd na het neerleggen van de praktijk (85 %). De 15 % die al een cursus gevolgd had, is vooral te vinden onder de categorie overige cursussen.
Nu dan de respondenten die zich zijn gaan specialiseren.
We zullen hier volstaan met een overzicht van de gekozen specialisaties en de bijbehorende frequenties.

Tabel 8.3.: Frequentie-verdeling van de gekozen specialismen

specialisme	frequentie	specialisme	frequentie
radiologie/ röntgenologie	12	int.geneeskunde	2
psychiatrie	8	longziekten	2
anaesthesie	4	K.N.O.	1
dermatologie	4	bacteriologie	1
chirurgie	3	oogheelkunde	1
gynaecologie	3	neurologie	1
path.anatomie	2	revalidatie	1
cardiologie	2	orthopedie	1
		totaal	48

Deze specialismen zijn in deze tabel weergegeven van meest gekozen naar minst gekozen. Radiologie/röntgenologie en psychiatrie worden relatief vaker gekozen dan de rest.

8.2. EERSTE OF TWEEDE KEUS ?

Men kan in de literatuur de opvatting tegenkomen dat een loopbaan in de sociale geneeskunde voor medische studenten bijna altijd een "tweede keus" is (zoals ook de titel van enkele artikelen suggereert, vergelijk Back e.a. 1958 en Van de Heuvel & Persoon, 1972).
De vraag kan gesteld worden of dat ook geldt op een ander keuzemoment, namelijk op het moment dat een huisarts de praktijk neerlegt en iets anders gaat doen. Men heeft dan grofweg de keuze tussen een sociaal-geneeskundige loopbaan en een klinisch specialisme.
De gedachtengang van een sociaal-geneeskundige loopbaan als tweede keus houdt dan in dat de praktijkverlaters over het algemeen liever een klinisch specialisme gekozen zouden hebben.

Wanneer men wil nagaan in hoeverre deze situatie terug te vinden is, heeft het weinig zin om aan alle praktijkverlaters die een andere functie zijn gaan uitoefenen te vragen of ze niet eigenlijk liever

een klinisch specialisme hadden gekozen. De opleiding tot klinisch specialist duurt over het algemeen geruime tijd en er zijn vaak wachttijden. Bovendien betekent de opleidingstijd vaak een aanzienlijke (zij het tijdelijke) achteruitgang in inkomen.
De keuze tussen specialiseren of een loopbaan op het ruime gebied der sociale geneeskunde is daarom alleen een reële keuze voor de jongere praktijkverlaters.
Van de respondenten beneden de 40 jaar die zich niet zijn gaan specialiseren, heeft meer dan de helft er wel over gedacht om een klinisch specialisme te kiezen. Maar van de 18 respondenten die er wel over gedacht hebben, hebben er slechts drie daadwerkelijk geprobeerd een opleidingsplaats te vinden.
We kunnen concluderen dat de mogelijkheid om zich te gaan specialiseren wel gespeeld heeft voor een groot aantal van de jongere praktijkverlaters die zich niet zijn gaan specialiseren, maar dat het slechts voor een gering aantal tot actie geleid heeft om een opleidingsplaats te verkrijgen.
Er is ook aan degenen die zich wél zijn gaan specialiseren en die ook beneden de 40 jaar waren, gevraagd of ze gedacht hebben aan een carrière op het gebied van de sociale geneeskunde.
Dat blijkt in bijna een derde van de gevallen zo te zijn, terwijl geen van hen daadwerkelijk gezocht heeft naar een sociaal-geneeskundige functie.
Op het tweede keuze-moment, het moment waarop een huisarts een andere functie kiest, lijkt een sociaal-geneeskundige loopbaan veel minder een "tweede keus" te zijn dan op het keuze-moment van de medicijnen student.

8.3.1.: DE MANIER WAAROP MEN AAN ZIJN FUNCTIE OF OPLEIDINGSPLAATS GEKOMEN IS

Aan de respondenten die zich zijn gaan specialiseren en aan degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen is gevraagd hoe men aan zijn opleidingsplaats dan wel functie gekomen is. In onderstaande tabel vindt men hiervan een overzicht.

Tabel 8.4.: Manier waarop men aan zijn functie of opleidingsplaats gekomen is

	andere f.	specialisten
door werkgever/opleiding benaderd	25 %	2 %
zelf werkgever/opleiding benaderd	10 %	74 %
via collegae	14 %	15 %
via kennissen	2 %	0
advertentie in vakpers	42 %	9 %
advertentie in dagblad	1 %	0
voortzetting van nevenfunctie	5 %	0
op overige wijzen	1 %	0
totaal	100 %	100 %
	258	46
niet ingevuld/niet van toepassing	7	2

Het is opvallend dat er voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen veelal sprake was van een externe prikkel: men werd door een werkgever benaderd, men reageerde op een advertentie waarin een functie werd geboden. Degenen die zich gingen specialiseren namen in grote meerderheid het initiatief zelf ter hand en benaderden een opleidingsplaats.

Van degenen die zich zijn gaan specialiseren heeft 24 % drie maanden of langer gezocht naar een opleidingsplaats en 65 % heeft niet of minder dan een maand gezocht. Slechts in elf van de gevallen was er een (vaak langdurige) wachttijd (met name voor degenen die psychiatrie gingen studeren was er vaak een wachttijd). Zes van de respondenten met een wachttijd hebben in die tijd de huisartspraktijk voortgezet; van de overigen hebben er enkelen tijdelijk een andere functie uitgeoefend of gewoon niets gedaan.

Ook aan de groep die een andere functie is gaan uitoefenen is gevraagd hoelang men gezocht heeft naar een functie. In dit geval kunnen - omdat de aantallen groter zijn - de samenhangen onderzocht worden met de manier waarop men zijn functie verkregen heeft en met de soort functie. De analyses die in deze paragraaf nog volgen hebben dus alleen betrekking op de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen.

Gemiddeld heeft men bijna twee maanden (om precies te zijn 1,8 maanden) gezocht naar een functie. In tabel 8.5. zijn de gemiddelden weergegeven voor verschillende manieren om een functie te krijgen.

Tabel 8.5.: Gemiddelde duur van de zoekperiode in maanden naar manier waarop functie verkregen is

	duur v.d. zoekperiode	n
door werkgever benaderd	0,5	64
zelf werkgever benaderd	1,4	25
via collegae of kennissen	1,7	41
advertentie in dagblad of vakpers	2,9	108
voortzetting van nevenfunctie	0	14
totaal	1,8	252
niet ingevuld/niet van toepassing		13

De praktijkverlaters die een nevenfunctie hebben kunnen voortzetten, hebben in het geheel niet hoeven zoeken. Degenen die door een werkgever benaderd zijn, hebben gemiddeld slechts een halve maand gezocht, terwijl degenen die via een advertentie een functie verkregen hebben gemiddeld bijna 3 maanden gezocht hebben.

De samenhang tussen de soort functie waarvan er enkele samengevoegd zijn tot grotere categorieën [1] en de manier waarop men aan zijn functie gekomen is, is in de volgende tabel weergegeven.

Tabel 8.6.: Manier waarop men zijn functie verkregen heeft naar enkele groepen functies

	verzekerings gen.k.	bedr. arts	overige soc.gen.	specifieke populaties	med.dir. verpl. huis	beleid + wet. medew.
door werkgever benaderd	15 %	21 %	22 %	25 %	35 %	49 %
zelf werkgever benaderd	22 %	10 %	2 %	11 %	0	9 %
via collegae of kennissen	29 %	21 %	18 %	6 %	6 %	3 %
via advertentie	33 %	46 %	55 %	44 %	53 %	31 %
voortzetting nevenfunctie	2 %	2 %	4 %	14 %	6 %	9 %
totaal	100 % (55)	100 % (52)	100 % (55)	100 % (36)	100 % (17)	100 % (35)

Bijna de helft van de respondenten die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen, is door de werkgever benaderd. Het percentage dat door een werkgever benaderd is, is het laagst onder degenen die verzekerings-geneeskundige geworden zijn. Onder laatstgenoemde groep is het percentage dat via collegae of kennissen een functie gevonden heeft, het hoogst.
Degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen en de verzekerings-geneeskundigen zijn relatief het minst vaak via een advertentie in de vakpers of dagblad aan hun functie gekomen; voor de overige groepen functies is dat percentage ongeveer gelijk.
Voortzetting van een nevenfunctie komt relatief het vaakst voor onder degenen die een functie zijn gaan uitoefenen op het gebied van de zorg voor specifieke populaties.

1) Onder de categorie "overige sociaal-geneeskundige functies" vallen (verg. tabel 8.1.) de adviserend geneeskundigen bij de ziekenfondsen, overige medische adviseurs, schoolartsen, G.G.&G.D.-artsen en enkele functies uit de groep "overige". Onder de categorie "functies op het gebied van de zorg voor specifieke populaties" vallen de verpleeghuisartsen, de algemeen artsen in inrichtingen of tehuizen en ook enkele functies uit de groep "overige". Onder de categorie "hogere beleidsfuncties en wetenschappelijk medewerkerschap" vallen medisch-directeur van ziekenhuis, directeur van G.G.&G.D., functie bij het staatstoezicht op de volksgezondheid en wetenschappelijk medewerkerschap.

De groep respondenten die door de werkgever benaderd is voor een functie is een interessante groep, omdat het hier huisartsen betreft die als ze niet benaderd waren, mogelijk helemaal niet opgehouden waren. Zijn er nu verschillen tussen deze groep en de overige praktijkverlaters ?
Ze blijken slechts op enkele punten te verschillen. De aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie was voor degenen die benaderd zijn, vaker van doorslaggevend belang bij de beslissing om de praktijk neer te leggen, terwijl de werkbelasting en verminderd plezier in het werk wat vaker geen rol speelden. Degenen die door een werkgever benaderd zijn blijken vaker regionale en landelijke bestuursfuncties vervuld te hebben. Een plausibele verklaring hiervoor is dat bestuurders in ruimere kring bekend zijn, terwijl ze ook ervaring opdoen die in sommige functies van belang kan zijn.

Als samenvatting van deze paragraaf kan gezegd worden dat de meeste respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen via een advertentie in de vakpers hun functie gevonden hebben. Zij hebben gemiddeld wel wat langer moeten zoeken naar een functie. Een kwart van de respondenten is door een potentiële werkgever benaderd. Deze groep is vooral sterk vertegenwoordigd onder degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen. Degenen die benaderd zijn door een werkgever hadden vaker regionale en landelijke bestuursfuncties dan de overige respondenten. Het lijkt erop dat zij min of meer door een aantrekkelijke functie weggezogen zijn uit het huisartsenvak. Degenen die zich zijn gaan specialiseren hebben in grote meerderheid zelf het initiatief genomen om een opleidingsplaats te vinden.

8.3.2. NIEUWE FUNCTIE EN NEVENFUNCTIES [1)]

In de vorige paragraaf bleek dat de huidige functie van een aantal respondenten een voortzetting van een nevenfunctie is. Dit komt relatief vaak voor onder degenen die een functie zijn gaan uitoefenen op het gebied van de zorg voor specifieke populaties.
In deze paragraaf zullen we nader ingaan op eventuele overeenkomsten tussen de huidige functie en nevenfuncties die men als huisarts had (het gaat hier alleen om gehonoreerde nevenfuncties).
De nevenfuncties zijn grofweg geclassificeerd in 3 groepen: nevenfuncties op sociaal-geneeskundig gebied, op het gebied van de zorg voor specifieke populaties en hogere beleidsfuncties + wetenschappelijk medewerkerschap. In de tabel is alleen de eerstgenoemde nevenfunctie opgenomen (het ware beter geweest om de nevenfunctie die het meeste tijd kost, te nemen; de hoeveelheid bestede tijd weten we echter niet per nevenfunctie).

1) Deze paragraaf heeft alleen betrekking op de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen.

Tabel 8.7.: Aard van nevenfunctie en huidige functie

huidige functie	sociaal-geneesk.		nevenfunctie		beleid + wet.m.w.	
sociaal geneesk.	85	(76)	5	(12)	2	(4)
specifieke pop.	23	(29)	11	(4)	1	(2)
beleid + wet.medew.	14	(17)	3	(3)	4	(1)
totaal	122		19		7	

Langs de diagonaal van linksboven naar rechtsbeneden zijn de celvullingen het hoogst. Respondenten met een nevenfunctie op een bepaald gebied vinden relatief vaker een functie op dat gebied dan op een ander gebied.
Tussen haakjes zijn de celvullingen aangegeven die men zou verwachten wanneer de nevenfunctie en de huidige functie niets met elkaar te maken hebben (in technische termen: bij statistische onafhankelijkheid). Deze verwachte celvullingen wijken duidelijk af van de feitelijke celvullingen.

8.4. DE ROL VAN AANTREKKELIJKE INHOUD EN MATERIëLE ASPECTEN VAN DE FUNCTIE BIJ DE BESLISSING DE PRAKTIJK NEER TE LEGGEN [1)]

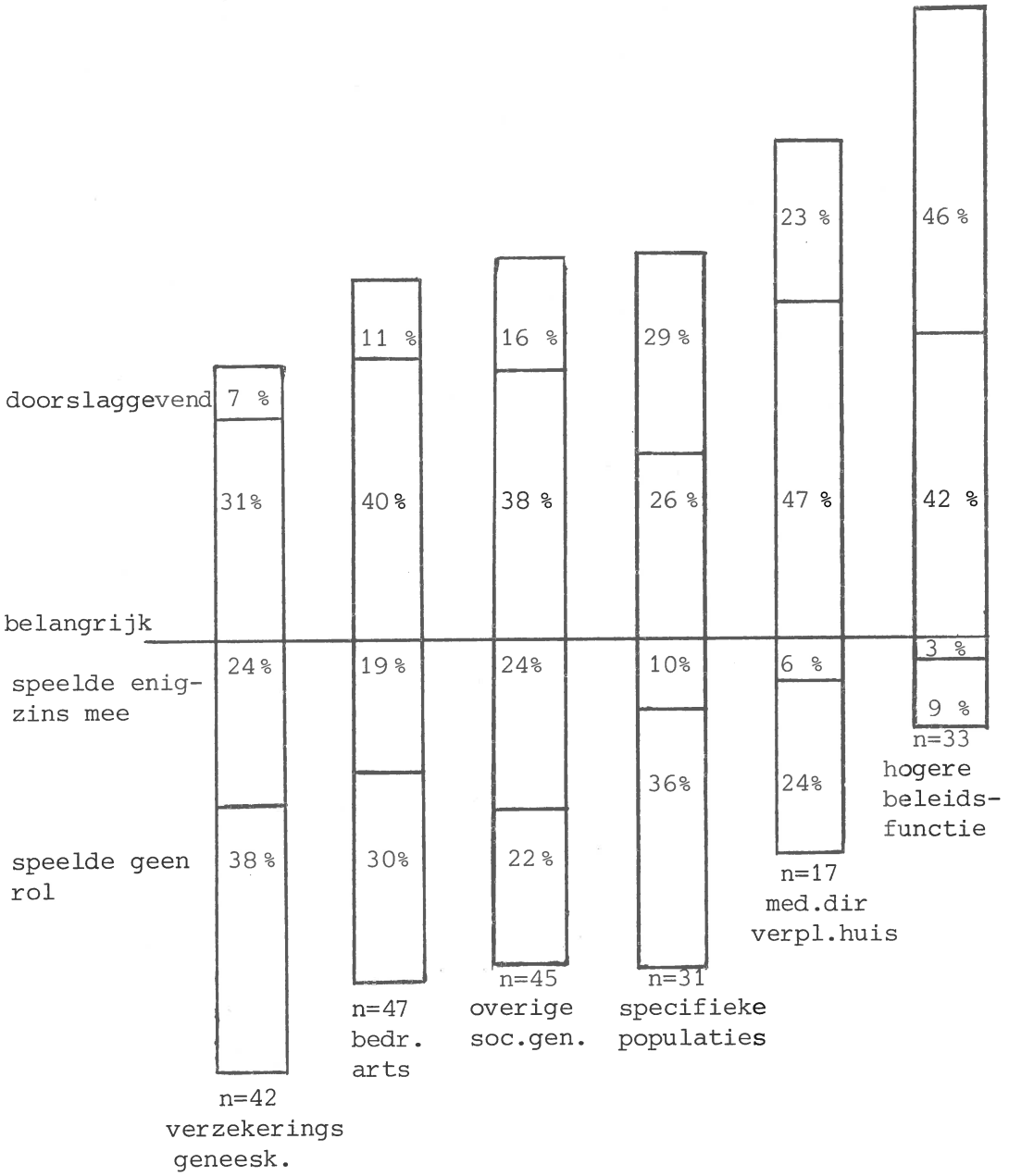
Bij veel respondenten hebben inhoudelijke en materiële aspecten van de nieuwe functie een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Ook uit de mondelinge interviews komt dit duidelijk naar voren. De mogelijkheid om een aantrekkelijke functie te krijgen is over het algemeen niet de oorzaak van het vertrek uit de praktijk, maar veeleer een versneller van het denkproces en een aanleiding om de knoop door te hakken.

De aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie speelt niet bij alle groepen functies een even belangrijke rol.
Deze overweging speelt vooral voor degenen die een hogere beleidsfunctie gaan uitoefenen of wetenschappelijk medewerker worden.
In nevenstaand figuur is per groep functies het percentage respondenten weergegeven voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie een doorslaggevende of belangrijke rol speelde, enigszins meespeelde of geen rol speelde.

Voor de praktijkverlaters die verzekeringsgeneeskundige geworden zijn speelde de aantrekkelijke inhoud van de functie het minst vaak een belangrijke of doorslaggevende rol. Voor de bedrijfsartsen en de overige sociaal-geneeskundigen is de verdeling ongeveer gelijk. Voor de respondenten die onder een specifieke populatie zijn gaan werken, is het percentage dat de aantrekkelijke inhoud belangrijk of doorslaggevend zegt te vinden ongeveer gelijk aan het percentage bij beide eerder genoemde groepen.

1) Deze paragraaf heeft alleen betrekking op de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen.

Figuur 8.1.: De rol van aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie naar 6 groepen functies



Het percentage doorslaggevend is echter groter.
Voor de (kleine) groep respondenten die medisch-directeur van een verpleeghuis geworden zijn, speelde de aantrekkelijke inhoud het vaakst een belangrijke rol.

De beloning in de nieuwe functie speelt slechts in enkele gevallen een doorslaggevende of belangrijke rol en levert geen verschillen op tussen de groepen functies. De pensioenvoorziening in de nieuwe functie speelt iets vaker een belangrijke of doorslaggevende rol. Het hoogste percentage doorslaggevend wordt gevonden onder degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen (het gaat hier veelal om functies bij de overheid of de universiteit).

8.5. DE INKOMSTEN ALS HUISARTS EN IN DE NIEUWE FUNCTIE

Hoewel de beloning in de nieuwe functie nooit een doorslaggevende rol gespeeld schijnt te hebben bij de beslissing om de praktijk te verlaten kan het verwachte inkomen in een andere functie wel een remmende of versnellende rol gespeeld hebben bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.
Bovendien kan het verwachte inkomen bij de keuze uit alternatieve functies een rol gespeeld hebben.

Aan de praktijkverlaters is gevraagd welk percentage zij voor- of achteruit gegaan zijn in besteedbaar inkomen.
Er is niet naar een exacte opgaaf van het inkomen als huisarts en in de huidige functie gevraagd. De wijze van vastlegging is dus niet vrij van subjectiviteit.

Tabel 8.8.: Vergelijking van het inkomen als huisarts met het inkomen na het neerleggen van de praktijk

	andere functie (n=240)		specialisering (n=44)	
vooruit gegaan	6%	t/m 10% vooruit 2% 11 - 20% vooruit 1% 21 - 30% vooruit 1% >30% vooruit 2%	7%	t/m 10% vooruit 0% 11 - 20% vooruit 2% 21 - 30% vooruit 0% > 30% vooruit 5%
gelijk gebleven	25%		11%	
achteruit gegaan	69%	t/m 10% achteruit 10% 11 - 20% achteruit 22% 21 - 30% achteruit 17% > 30% achteruit 19%	82%	t/m 10% achteruit 2% 11 - 20% achteruit 14% 21 - 30% achteruit 14% > 30% achteruit 52%

Een kwart van de praktijkverlaters die een andere functie zijn gaan uitoefenen, is naar eigen zeggen gelijk gebleven qua inkomen. Bijna 70 % is achteruit gegaan in inkomen. Ruim eenderde van de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen is meer dan 20 % in inkomen achteruit gegaan !

De achteruitgang in inkomen is voor de respondenten die zich zijn gaan specialiseren het grootst. We moeten hierbij echter twee dingen in het oog houden: de percentages zijn daar op een klein aantal (44) gebaseerd en een groot gedeelte zit nog in de opleiding, zodat de achteruitgang meestal tijdelijk is.

Uit de mondelinge interviews is naar voren gekomen dat de achteruitgang in inkomen in sommige gevallen een factor geweest is die de beslissing om de praktijk neer te leggen een tijd uitgesteld heeft (bijvoorbeeld tot de kinderen afgestudeerd waren).
Vaak heeft men voordat de beslissing genomen was erg opgezien tegen een achteruitgang in inkomen; achteraf heeft men het vaak afgewogen tegen andere voordelen, of zoals een respondent het uitdrukte: "de achteruitgang in inkomen wordt meer dan gecompenseerd door de toename van rust en vrije tijd". Een respondent met een grote plattelandspraktijk zei: "als huisarts verdien je wel meer, maar je hebt toch geen tijd om ervan te genieten".

Ook bij de praktizerende huisartsen is het onderwerp van het inkomen aangesneden. We hebben daarbij gevraagd een vergelijking te maken tussen het belastbaar inkomen wat men als huisarts heeft en het belastbaar inkomen van een doorsnee sociaal-geneeskundige, dat door ons gesteld was op 55 à 65.000 gulden [1].
De vraag is moeilijk vergelijkbaar met die naar het inkomen van de praktijkverlaters omdat bij de praktijkverlaters twee reële situaties vergeleken worden, terwijl bij de praktizerende artsen een feitelijke situatie met een hypothetische situatie vergeleken wordt.
De verdeling in de volgende tabel geeft daarom niet meer dan een indicatie van de barrière die het inkomen kan betekenen wanneer men de praktijk zou willen verlaten.

Tabel 8.9.: Orde van grootte van het verschil in inkomen uit de huisartspraktijk en dat uit een hypothetische sociaal-geneeskundige functie

	absoluut	in procenten
inkomsten uit de huisartspraktijk zijn zeer veel hoger	34	16 %
beduidend hoger	91	42 %
enigszins hoger	64	30 %
even hoog	23	11 %
lager	5	2 %
totaal	217	100 %
niet ingevuld + weet niet	15	

1) Dat is een schatting onzerzijds; het is mogelijk dat het in feite wat hoger of lager ligt.

Slechts 2 % van de praktizerende artsen schatten hun belastbaar inkomen lager in dan dat in de door ons geschetste hypothetische sociaal-geneeskundige functie.
Elf procent geeft aan dat het belastbaar inkomen even hoog is, terwijl de overige praktizerende artsen hun belastbaar inkomen hoger inschatten dan het geschetste voorbeeld.

Zoals gezegd zijn deze gegevens moeilijk vergelijkbaar met de percentages voor de vertrokkken artsen die in 25 % van de gevallen op een gelijk belastbaar inkomen zeiden te blijven. Over het algemeen zal een huisarts die met de gedachte speelt om de praktijk neer te leggen, slechts een globaal idee hebben over het inkomen in een andere functie (in de trant van het door ons geschetste voorbeeld) terwijl pas bij een sollicitatie duidelijk wordt hoe hoog het inkomen exact is. Een wat pessimistisch beeld van het inkomen in een andere functie kan aldus een reden zijn om de gedachte om de praktijk neer te leggen, terzijde te schuiven.

8.6. DE WERKTIJDEN ALS HUISARTS EN NA HET NEERLEGGEN VAN DE PRAKTIJK

In de vorige paragraaf is een uitspraak van een praktijkverlater geciteerd met de strekking dat een eventuele achteruitgang in inkomen gecompenseerd wordt door meer vrije tijd en rust.
Men kan dat terug vinden bij vergelijking van de werktijden als huisarts en in de nieuwe functie.
Voor de respondenten die zich zijn gaan specialiseren, hebben we niet de cijfers voor de werktijden e.d. gebruikt uit de periode dat men in de opleiding zit/zat (omdat die afhankelijk van de fase van de opleiding sterk fluctueren), maar de werktijden e.d. als specialist. Dit betekent dat we voor een aantal respondenten geen gegevens hebben, omdat zij nog geen specialist zijn of nog geen idee van de werktijden als specialist hebben.

Om een duidelijk beeld te krijgen van verschillen in aantal werkuren en werktijden is een weergave in de vorm van een cumulatieve verdeling gekozen.
In de cumulatieve verdeling wordt de frequentie van de laagste waarneming als uitgangspunt genomen; de frequentie van de volgende waarneming wordt daarbij opgeteld, enz. Het cumulatieve percentage behorende bij een bepaalde waarneming geeft dus aan welk percentage van de waarnemingen die waarde of een lagere heeft.

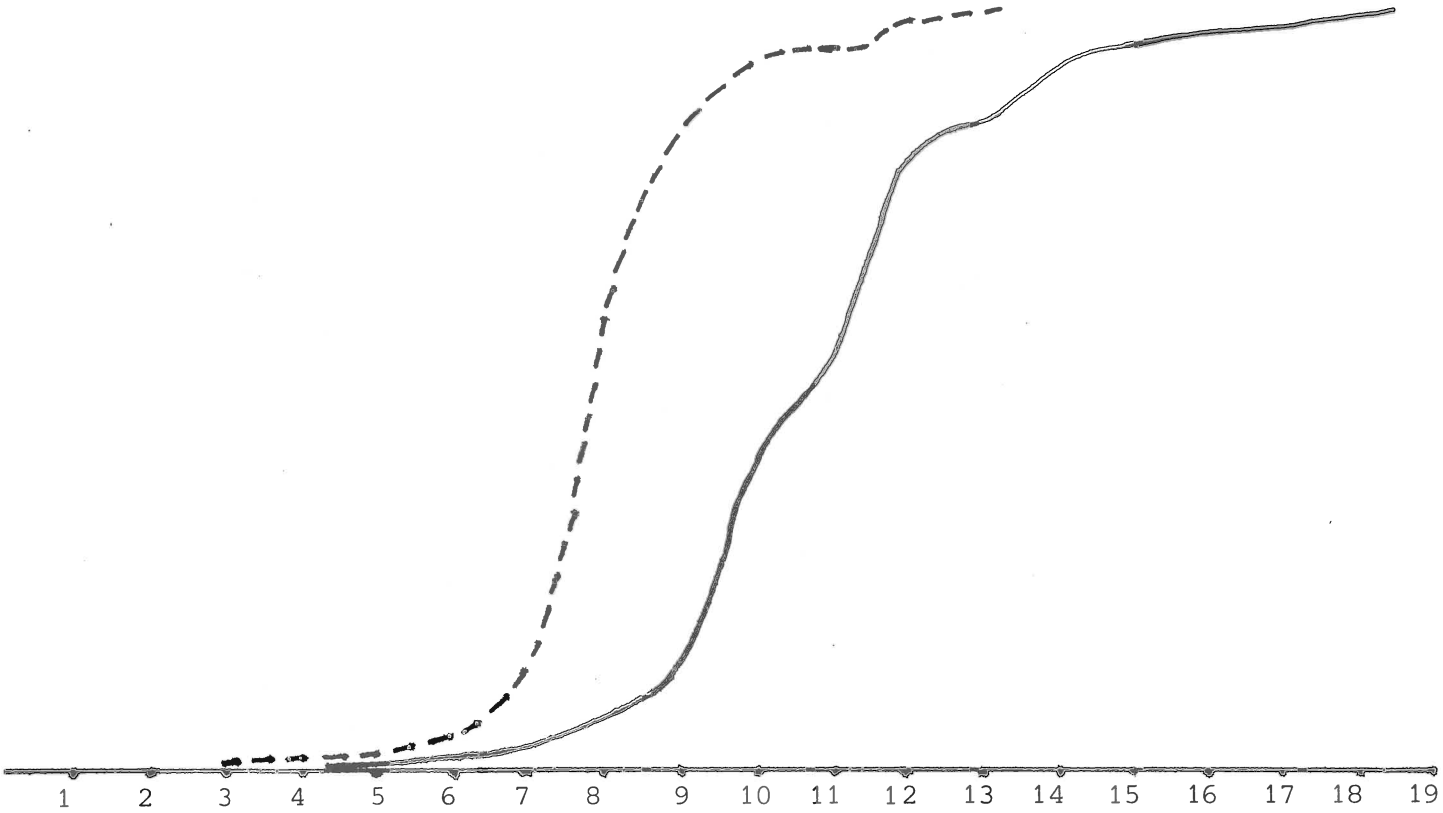
Aangezien het aantal uren dat men werkt en de werktijden samenhangen met de grootte van de praktijk (zoals de lezer in het volgende hoofdstuk zal zien), zijn de verdelingen weergegeven voor praktijken met meer dan 3.000 patiënten en praktijken met minder dan 3.000 patiënten.

In figuur 8.2. is de cumulatieve verdeling weergegeven van het aantal uren dat men als huisarts werkte en het aantal uren dat men na het neerleggen van de praktijk werkt.
Men ziet in deze figuur dat het aantal uren dat men werkt na het neerleggen van de praktijk aanzienlijk minder is dan dat als huisarts.

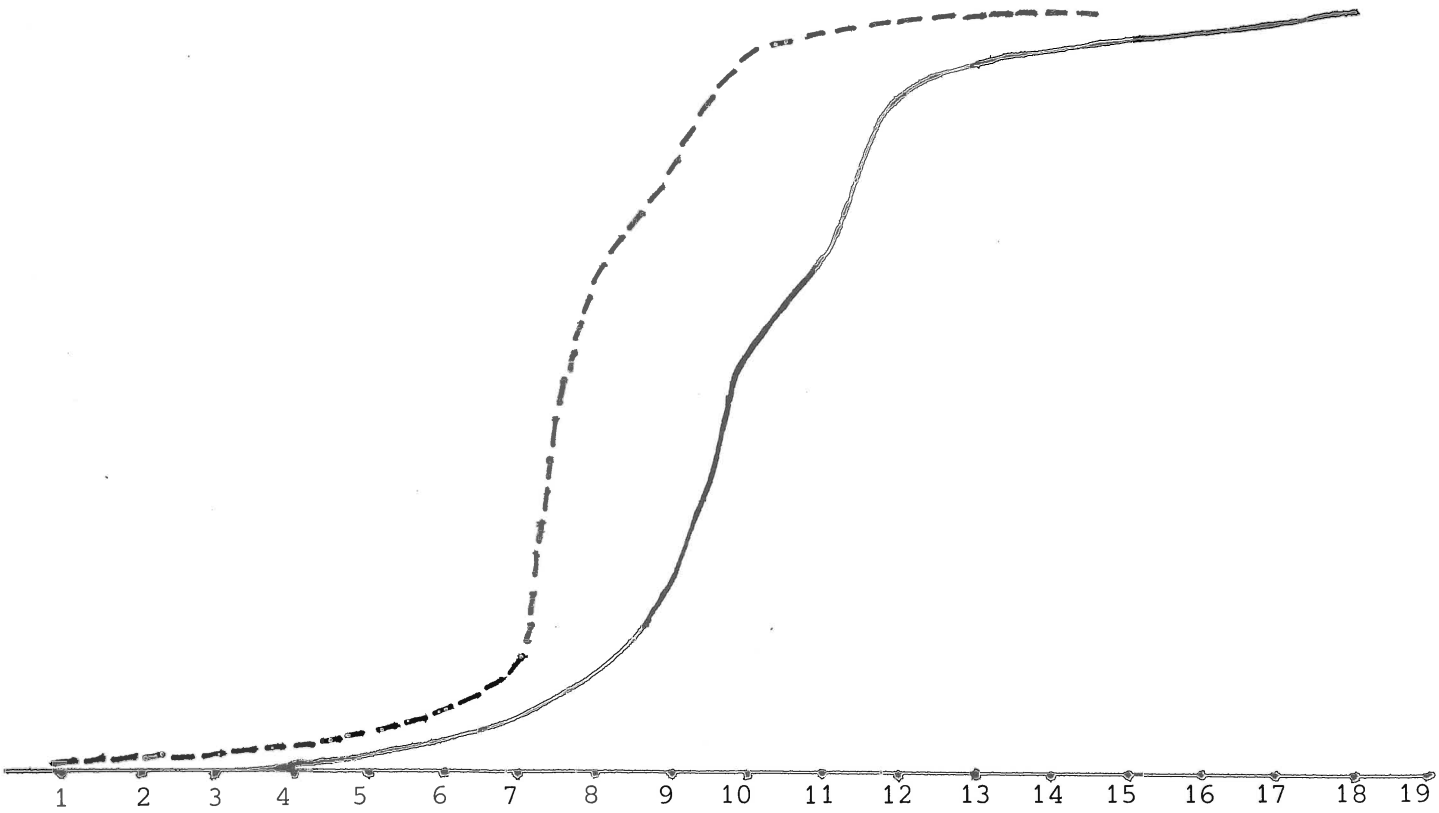
Figuur 8.2.: Cumulatieve verdeling van het aantal werkuren als huisarts en na het neerleggen van de praktijk

-------- na het neerleggen van de praktijk

———— als huisarts



praktijken met meer dan 3.000 patiënten

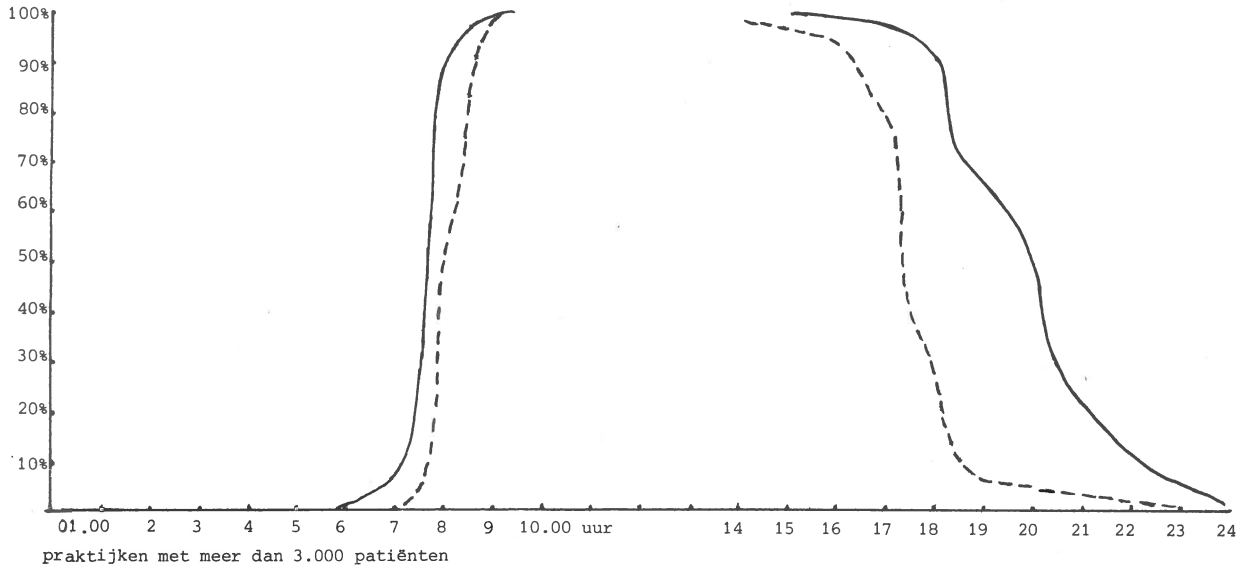


praktijken met minder dan 3.000 patiënten

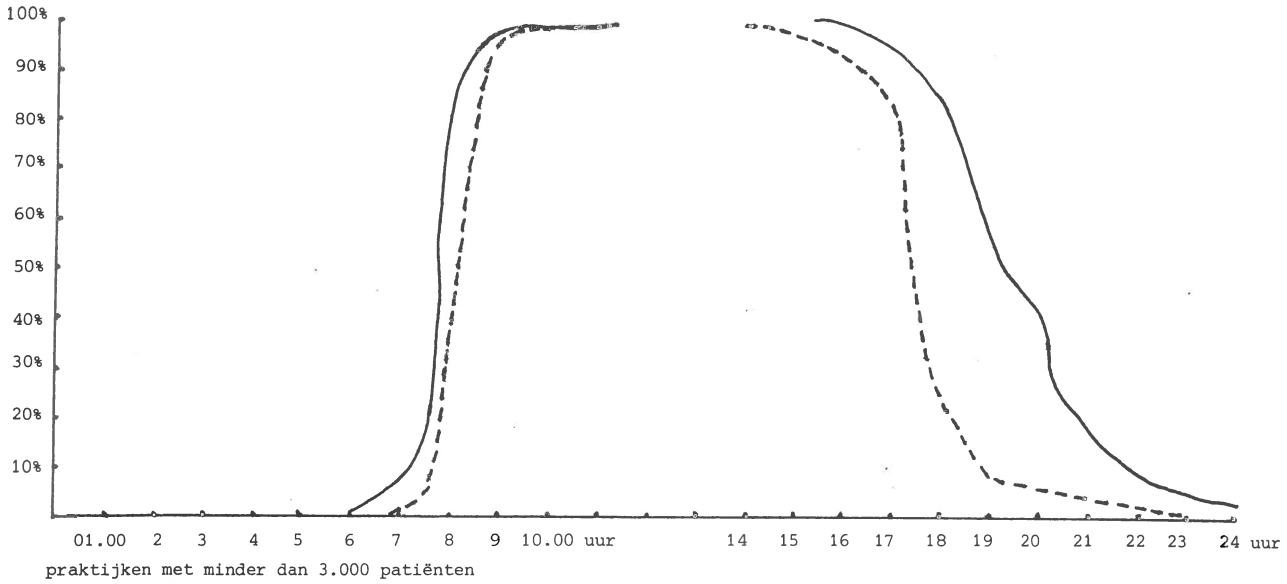
Figuur 8.3.: Cumulatieve verdeling van het begin (links) en het einde (rechts) van de werkdag als huisarts en na het neerleggen van de praktijk

———— als huisarts

---------- na het neerleggen van de praktijk



Figuur 8.3. (vervolg)



Bovendien is het verschil voor de respondenten met een praktijk van meer dan 3.000 patiënten iets groter dan voor de respondenten met een kleinere praktijk. Men kan hieruit concluderen dat het verschil in belasting voor eerstgenoemde groep wat groter is.

In figuur 8.3. zijn de cumulatieve verdelingen weergegeven van het begin en einde van de werkdag als huisarts en na het neerleggen van de praktijk.
Het linker gedeelte van de figuur behoeft weinig toelichting.
Het begin van de werkdag als huisarts lag over het algemeen ietsje eerder dan na het neerleggen van de praktijk het geval is.
Er is geen verschil tussen de respondenten met een grote en met een kleine praktijk.
Het rechter gedeelte van de figuur behoeft wat meer toelichting.
De percentages zijn hier niet van de laagste naar de hoogste waarneming opgeteld maar juist andersom.
Het einde van de werkdag als huisarts verschilt wel iets voor de groep met een praktijk van meer dan 3.000 patiënten en de groep met minder dan 3.000 patiënten, terwijl het einde van de werkdag na het neerleggen van de praktijk niet verschilt.
De verdelingen in figuur 8.3. zijn niet gecorrigeerd voor de duur van onderbrekingen van het werk. In de situatie als huisarts zijn die mogelijk langer dan in de situatie na het neerleggen van de praktijk waarin men over het algemeen in dienstverband werkt.

Het is niet opzienbarend dat het aantal uren dat men werkte in de situatie als huisarts verschilt van het aantal uren dat men werkt in de situatie na het neerleggen van de praktijk en dat het begin en het einde van de werkdag wat dichter bij elkaar liggen na het neerleggen van de praktijk. Interessanter is het dat het verschil tussen de situatie als huisarts en de situatie na het neerleggen van de praktijk voor de respondenten met een grote praktijk groter is dan voor degenen met een kleinere praktijk.

8.7. SAMENVATTING

Onder de ex-huisartsen die zich zijn gaan specialiseren is radiologie/röntgenologie het favoriete specialisme (12 van de 48), gevolgd door psychiatrie (8 van de 48) en anaesthesie en dermatologie (elk 4 van de 48).

De meest voorkomende functies van de ex-huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, zijn verzekeringsgeneeskundige (20 %) en bedrijfsarts (20 %).
Andere vaak voorkomende functies zijn adviserend geneesheer van de ziekenfondsen (7 %), verpleeghuisarts (8 %), medisch-directeur van een verpleeghuis (6 %) en G.G.&G.D.-arts (6 %).
Het grootste gedeelte (86 %) van de praktijkverlaters is op het moment dat de enquête gehouden werd (begin 1977) nog in dezelfde functie werkzaam waarin men na het neerleggen van de praktijk kwam.
Van degenen die van functie veranderd zijn, zijn er vier weer huisarts geworden.

De aard van de functie die men na het neerleggen van de praktijk gaat vervullen blijkt samen te hangen met de soort nevenfunctie die men naast de huisartspraktijk had. Praktijkverlaters met een nevenfunctie op sociaal-geneeskundig terrein kwamen vaker in een functie op dat terrein terecht dan in een andersoortige functie; degenen met een nevenfunctie op het gebied van de zorg voor specifieke populatie (verpleeghuisarts, algemeen arts in inrichting e.d.) kwamen vaker in een functie op dat gebied dan in een andersoortige functie en tenslotte degenen met een nevenfunctie in de sfeer van beleid of wetenschappelijk onderwijs kwamen vaker in een dergelijke functie terecht dan in een andersoortige.

De meeste respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen na het neerleggen van de praktijk hebben via een advertentie in de vakpers hun functie gevonden. Zij hebben gemiddeld wel wat langer moeten zoeken dan hun collegae die op een andere manier hun functie vonden (gemiddeld hebben zij ongeveer 3 maanden gezocht, terwijl het gemiddelde voor de totale groep nog geen 2 maanden is). Een kwart van de respondenten is door een potentiële werkgever benaderd. Deze groep is vooral sterk vertegenwoordigd onder degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen (directeur G.G.&G.D., ziekenhuis; functie bij het staatstoezicht op de volksgezondheid etc.) of wetenschappelijk medewerker geworden zijn. Degenen die benaderd zijn door een werkgever hadden vaker regionale en landelijke bestuursfuncties dan de overige respondenten (een verklaring hiervoor is dat bestuurders in ruimere kring bekend zijn, terwijl ze ook ervaring opdoen die in sommige functies van belang kan zijn).
De praktijkverlaters die zich zijn gaan specialiseren hebben in grote meerderheid zelf het initiatief genomen om een opleidingsplaats te vinden. De meesten van hen (65 %) hebben niet of minder dan een maand gezocht naar een opleidingsplaats. Slechts in elf gevallen was er een wachttijd voordat men aan de opleiding kon beginnen.

Bij veel respondenten hebben inhoudelijke aspecten van de nieuwe functie een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. De mogelijkheid om een aantrekkelijke functie te krijgen is over het algemeen niet de oorzaak van het vertrek uit de praktijk (zoals blijkt uit de mondelinge interviews), maar veeleer een versneller van het denkproces en een aanleiding om de knoop door te hakken. De beloning in de nieuwe functie speelt slechts in enkele gevallen een belangrijke rol; de pensioenvoorziening in de nieuwe functie speelt wat vaker een belangrijke rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.

Wat betreft het inkomen zijn de meeste praktijkverlaters aanzienlijk achteruit gegaan.
Van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen is bijna 70 % achteruit gegaan in inkomen; een kwart is gelijkgebleven en 6 % is vooruit gegaan. Van degenen die zich zijn gaan specialiseren is een nog groter percentage achteruit gegaan en voor hen is de achteruitgang ook sterker. Een gedeelte van hen zit nog in de opleiding zodat de teruggang mogelijk een tijdelijke is.
Aan de steekproef praktizerende artsen is een vraag gesteld over de vergelijking van het inkomen met dat in een hypothetische sociaal-geneeskundige functie. De praktizerende artsen schatten het belastbaar inkomen uit de huisartspraktijk in 87 % van de gevallen hoger dan dat uit de hypothetische sociaal-geneeskundige functie.

Het inkomen na het neerleggen van de praktijk mag dan, naar men zegt, over het algemeen lager liggen dan dat uit de huisartspraktijk, het aantal uren dat men werkt en de werktijden zijn gunstiger dan in de situatie als huisarts. Voor respondenten met een praktijk groter dan 3.000 patiënten is het verschil tussen de situatie als huisarts en de situatie na het neerleggen van de praktijk wat groter dan voor degenen met een kleinere praktijk.

9. WERKBELASTING

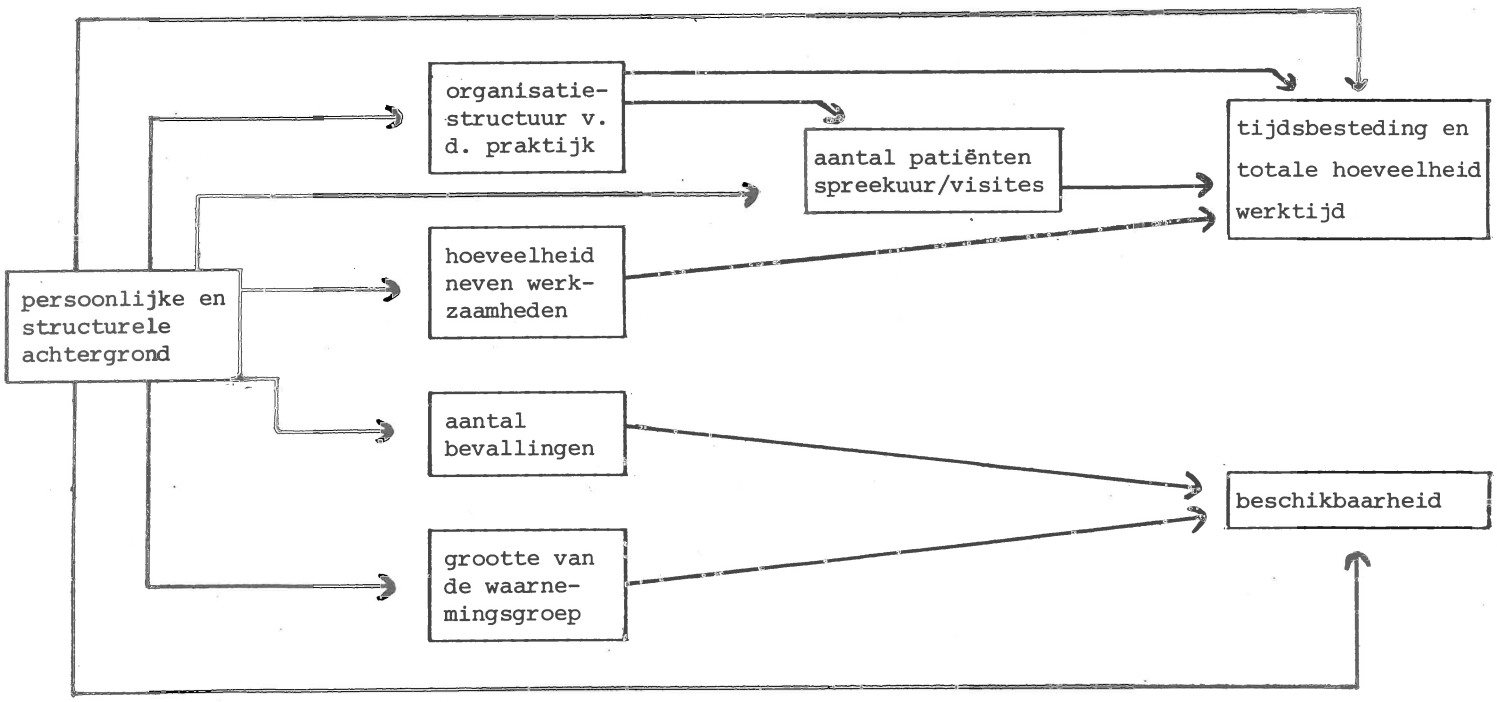
In dit hoofdstuk worden de samenhangen geanalyseerd die bestaan tussen een aantal indicatoren voor de feitelijke werkbelasting en een aantal variabelen waarvan we verwachten dat ze van invloed zijn op de feitelijke werkbelasting.
Het doel van deze tamelijk uitgebreide analyse is een vergelijking voor te bereiden van groepen praktijkverlaters met elkaar en met praktizerende artsen.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt een inleiding gegeven waarin de algemene ideeën uit hoofdstuk 3 nader geconcretiseerd worden. De tweede paragraaf is gewijd aan het aspect van beschikbaarheid van de werkbelasting, terwijl paragraaf 3 over de werkzaamheden op zich gaat.
In de vierde paragraaf wordt een verband gelegd tussen de feitelijke werkbelasting en de rol die de subjectieve beleving daarvan gespeeld heeft bij het vertrek uit de praktijk.

9.1. INLEIDING

In hoofdstuk 3 is met betrekking tot de werkbelasting een onderscheid gemaakt tussen het beschikbaarheidsaspect en het werk op zich.
Er is gesteld dat beide aspecten door een aantal omstandigheden beïnvloed worden. Het schema (3.1.) dat daar gegeven is, zal nu uitgewerkt worden.

Schema 9.1.: Feitelijke werkbelasting



Dit schema vormt de leidraad van de analyses in dit hoofdstuk. De pijlen geven de te onderzoeken relaties aan tussen de groepen variabelen. Bij de analyse van de relaties wordt gebruik gemaakt van de methode van de correlatie-berekening, dat wil zeggen er wordt gekeken in hoeverre een toe- of afname van de ene variabele gepaard gaat met een toe- of afname van een andere variabele.
Verder wordt gebruik gemaakt van partiële correlatie-berekening; daarbij wordt nagegaan hoe een oorspronkelijke correlatie tussen twee variabelen verandert als het effect van een of meer tussenliggende variabelen uitgeschakeld wordt.

In het schema staan aan de linkerkant de achtergrondvariabelen. Deze hebben een rechtstreekse relatie met de variabelen die de werkbelasting indiceren, te weten het aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur of tijdens visites ziet en de tijdsbesteding en totale hoeveelheid werkzaamheden enerzijds en de beschikbaarheid anderzijds. Daarnaast zijn er indirecte relaties tussen de achtergrondvariabelen en de variabelen die de werkbelasting indiceren. Deze lopen via de variabelen die in het midden van het schema weergegeven zijn, te weten de organisatie-structuur van de praktijk, de hoeveelheid nevenwerkzaamheden, het aantal bevallingen dat men verricht en de grootte van de waarnemingsgroep waarvan men deel uitmaakt.

In het hokje "persoonlijke en structurele achtergrond" zijn de volgende variabelen begrepen: de grootte van de praktijk, de vorm van de praktijkvoering (solo-praktijken en praktijken met een gezamenlijke praktijkvoering), het al of niet apotheekhoudend zijn, de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd was (praktijken op het platteland en praktijken buiten het platteland) en de leeftijd van de huisarts op het moment dat hij de praktijk verliet.
Onderling vertonen deze variabelen weinig samenhang. Alleen het hebben van een apotheek hangt uiteraard sterk samen met de plaats waar de praktijk gevestigd is. Dit geeft enkele malen problemen bij de interpretatie van relaties, omdat het moeilijk vast te stellen is of een relatie nu veroorzaakt wordt door het feit dat iemand een plattelandspraktijk heeft of door het feit dat er een apotheek aan de praktijk verbonden is.

In het hokje "organisatie-structuur van de praktijk" zijn opgenomen: de hoeveelheid assistentie (het aantal uren dat men een doktersassistente en administratieve hulp heeft), het aantal uren dat de echtgenote meewerkt in de praktijk, het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal afzonderlijke ruimten in het praktijkgebouw.
In nevenstaande matrix zijn de onderlinge samenhangen weergegeven (niet significante correlaties zijn weggelaten).

Correlatie-matrix 9.1.: De organisatie-structuur van de praktijk

	1	2	3	4
1. aantal uren assistentie	1.00	-.35	.36	.48
2. aantal uren hulp echtgenote		1.00		
3. al of niet afspraakspreekuur			1.00	.30
4. aantal afzonderlijke ruimten				1.00

Het aantal uren assistentie, het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal afzonderlijke ruimten in het praktijkgebouw hangen onderling nauw samen: als men meer assistentie heeft, heeft men in het algemeen vaker een afspraakspreekuur en heeft men de beschikking over meer afzonderlijke ruimten in het praktijkgebouw. Het aantal uren dat de echtgenote meewerkt hangt alleen met het aantal uren assistentie samen: heeft men meer assistentie dan werkt in het algemeen de echtgenote minder mee.

Het aantal patiënten dat een huisarts op een drukke dag op het spreekuur ziet en het aantal dat hij tijdens visites ziet, variëert niet samen. Dit betekent dat er onder degenen die veel patiënten op een druk spreekuur hebben, zowel huisartsen zijn die veel als huisartsen die weinig patiënten op een drukke dag tijdens visites zien.

In het hokje "tijdsbesteding en totale hoeveelheid werktijd" zijn de volgende variabelen opgenomen: de hoeveelheid tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten, aan contacten met specialisten en andere hulpverleners, aan laboratorium- en apotheekwerkzaamheden en aan praktijkorganisatie en -administratie en het totaal aantal uren dat men dagelijks werkt.
De onderlinge samenhangen zijn (voor zover ze significant zijn) weergegeven in onderstaande matrix:

Correlatie-matrix 9.2.: Tijdsbesteding en totale hoeveelheid hoeveelheid werktijd

	1	2	3	4	5
1. tijd voor directe verzorging patiënten	1.00				.46
2. tijd voor contacten met specialisten		1.00		.16	
3. tijd voor laboratorium en apotheek			1.00		.26
4. tijd voor praktijk-organisatie				1.00	.25
5. werkuren per dag					1.00

Van de verschillende onderdelen van de tijdsbesteding hangen alleen de tijd die men besteedt aan contacten met specialisten en andere hulpverleners en de tijd die men aan praktijkorganisatie en administratie besteedt, samen. Huisartsen die wat meer tijd besteden aan contacten, besteden over het algemeen ook wat meer tijd aan praktijkorganisatie en administratie. Drie van de vier onderdelen van de tijdsbesteding hangen samen met het aantal uren dat men per dag werkt. Dat er geen samenhang is met de tijd die besteed wordt aan contacten met specialisten en andere hulpverleners komt door de geringe fractie die de tijd die daaraan besteed wordt, uitmaakt van de totale werkdag.

Het beschikbaarheidsaspect van de werkbelasting is geïndiceerd door het aantal avonden en het aantal zaterdagen dat men dienst heeft en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. (Huisartsen die op zaterdag dienst hebben, hebben uiteraard ook meestal zondags dienst. Daarom kan in de analyses met één van beide volstaan worden).
Huisartsen die meer zaterdagen dienst hebben, hebben ook vaker 's avonds dienst. Het aantal avonden en zaterdagen dat men dienst heeft staat los van het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. Het wekt misschien enige bevreemding deze laatste variabele aan te treffen bij het beschikbaarheidsaspect, omdat huisartsen bijna altijd 's nachts beschikbaar zijn. Het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt, meet eerder de mate waarin de beschikbaarheid beproefd wordt. Het enkel en alleen beschikbaar zijn 's nachts, zal echter te weinig variëren om in de analyses bruikbaar te zijn.

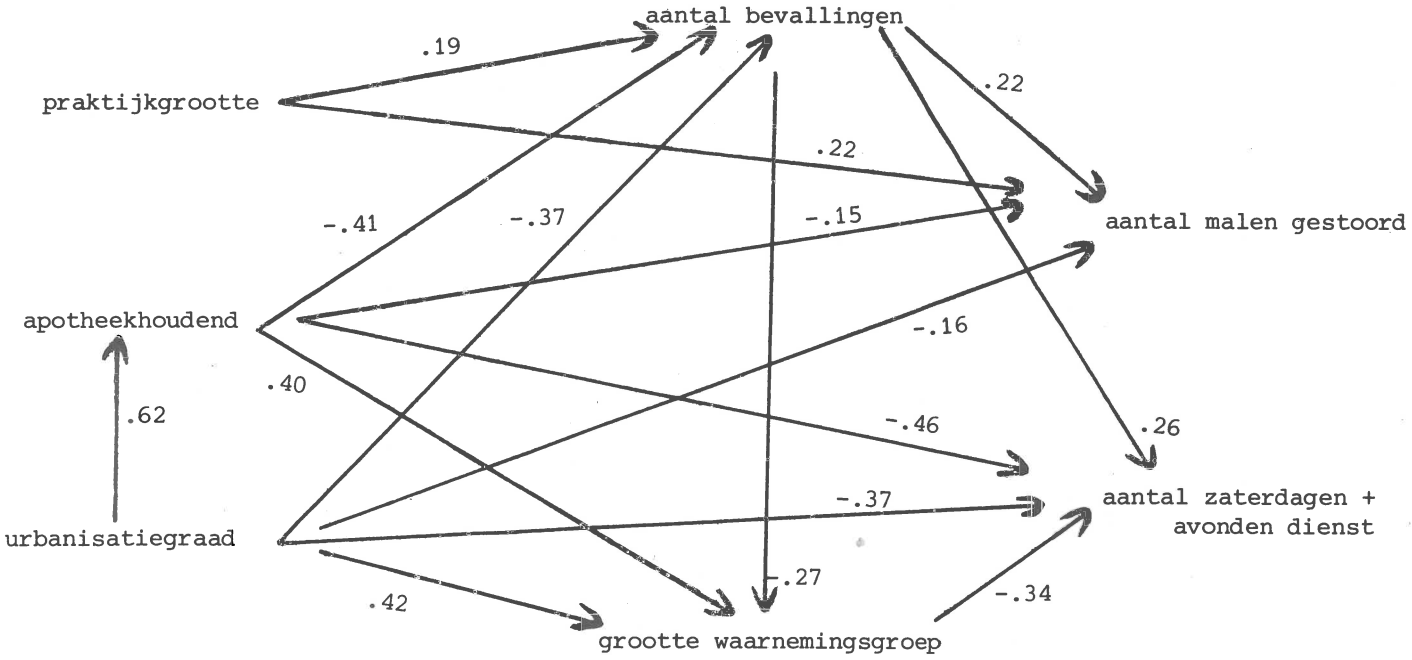
Uit de bespreking van het schema kunnen enkele conclusies getrokken worden die van belang zijn bij de analyses in de volgende paragrafen van de beide aspecten van de werkbelasting, de beschikbaarheid en de werkzaamheden op zich.
Het al of niet apotheekhoudend zijn en de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is, hangen nauw met elkaar samen. Bij relaties met andere variabelen is het dan altijd de vraag of een relatie toegeschreven moet worden aan het feit dat een praktijk op het platteland gesitueerd is of aan het feit dat het een apotheekhoudende praktijk betreft.
Wat betreft de organisatie-structuur van de praktijk is er een nauwe samenhang gevonden tussen de hoeveelheid assistentie, het hebben van een afspraakspreekuur en het aantal afzonderlijke ruimten in het praktijkgebouw.
De onderdelen van de tijdsbesteding van de huisartsen hangen, met uitzondering van de tijd die men besteedt aan contacten met specialisten en andere hulpverleners, samen met het aantal uren dat men per dag werkt.

9.2. HET BESCHIKBAARHEIDSASPECT

In deze paragraaf wordt bekeken hoe de indicatoren voor de beschikbaarheid samenhangen met de achtergrondvariabelen en met het aantal bevallingen en de grootte van de waarnemingsgroep waarvan men deel uitmaakt. Dit komt neer op een nadere analyse van een gedeelte van schema 9.1.

Van de achtergrondvariabelen blijken de vorm van de praktijkvoering en de leeftijd van de huisarts niet samen te hangen met de beschikbaarheid.
Het aantal avonden en het aantal zaterdagen dat men dienst heeft is om het aantal relaties wat in te perken, opgeteld.
De verschillende variabelen en de sterkte van de verbanden zijn in onderstaand schema weergegeven.

Schema 9.2.: Beschikbaarheid



Het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt

Het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt, hangt zoals men in het schema kan zien samen met de grootte van de praktijk (huisartsen met een grotere praktijk worden vaker 's nachts gestoord), met de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en daarmee ook met het al of niet apotheekhoudend zijn (huisartsen met een praktijk op het platteland worden wat vaker 's nachts gestoord) en met het aantal bevallingen dat men doet (hoe meer bevallingen men doet des te vaker wordt men 's nachts gestoord). De verbanden zijn niet erg sterk.
Men moet daarbij wel bedenken dat het aantal malen dat een huisarts 's nachts gestoord wordt, ook van andere dingen afhangt dan de hier genoemde (men kan daarbij denken aan de opbouw van de praktijkpopulatie naar geslacht en leeftijd of aan de "opvoeding" van de patiënten).
In het licht hiervan zijn de gevonden relaties wel belangrijk al zijn ze zwak.

Men ziet in schema 9.2. dat er behalve de hierboven genoemde directe relaties ook indirecte relaties lopen naar het aantal malen dat men gestoord wordt via het aantal bevallingen.

De indirecte relatie tussen de urbanisatiegraad en het aantal malen dat een huisarts 's nachts gestoord wordt bestaat uit de relaties tussen de urbanisatiegraad en het aantal bevallingen enerzijds en tussen het aantal bevallingen en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt anderzijds. Men kan nagaan of het verband tussen urbanisatiegraad en aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt "echt" is door te abstraheren van de relatie met het aantal bevallingen.
Dit kan door de methode van de partiële correlatie-rekening.
Wanneer de partiële correlatie berekend wordt tussen urbanisatiegraad en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt onder abstractie van de relatie met het aantal bevallingen dan blijkt dat het verband gehalveerd wordt en niet meer significant is (de samenhang daalt van -.16 tot -.08).
Met andere woorden: het verband tussen urbanisatiegraad en het aantal malen dat men gestoord wordt, is in feite slechts schijn en komt eruit voort dat huisartsen op het platteland nu eenmaal meer bevallingen zelf doen of moeten doen dan hun collegae die niet op het platteland praktizeren.
Omdat apotheekhoudende praktijken overwegend op het platteland voorkomen, is ook het verband tussen het hebben van een apotheek en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt een schijnverband (de partiële correlatie bij constanthouden op het aantal bevallingen daalt tot -.07).
De samenhang tussen de grootte van de praktijk en het aantal malen dat men gestoord wordt, blijft nagenoeg even sterk als geabstraheerd wordt van de relatie met het aantal bevallingen.
Dit betekent dat de praktijkgrootte naast het aantal bevallingen een eigen invloed heeft op het aantal malen dat men 's nachts

gestoord wordt, hetgeen ook voor de hand ligt aangezien in grotere praktijken de kans op stoornissen toch al groter is, ongeacht het aantal bevallingen.

Concluderend kan gesteld worden dat de enige variabelen van degenen die hier besproken zijn, die van belang zijn voor het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt, zijn: het aantal bevallingen dat men verricht en de grootte van de praktijk.

Het aantal zaterdagen en avonden dat men dienst heeft

In het schema kan men zien dat huisartsen op het platteland en apotheekhoudende huisartsen meer zaterdagen en avonden dienst hebben. Huisartsen die deel uitmaken van een grotere waarnemingsgroep hebben minder zaterdagen en avonden dienst en huisartsen die meer bevallingen doen hebben meer zaterdagen en avonden dienst.

De samenhangen tussen enerzijds de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd was en het al of niet apotheekhoudend zijn en anderzijds het aantal zaterdagen en avonden dienst worden wat zwakker als men abstraheert van de relaties met de grootte van de waarnemingsgroep. Dit betekent dat plattelandsartsen (en dus veelal apotheekhoudende artsen) ongeacht de grootte van de waarnemingsgroep waarvan ze deel uitmaken meer avonden en zaterdagen dienst hebben.
De samenhang tussen het aantal bevallingen dat men verricht, en het aantal avonden en zaterdagen dienst - die op het eerste gezicht al moeilijk te interpreteren valt - verdwijnt nagenoeg geheel als men van de relaties met de urbanisatiegraad en het al of niet hebben van een apotheek abstraheert. Het is dus een schijnverband.

De conclusie is dat de grootte van de waarnemingsgroep, de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd was en het al of niet apotheekhoudend zijn van invloed zijn op het aantal avonden en zaterdagen dat men dienst heeft.
Het aantal bevallingen dat men verricht heeft geen eigen invloed.

9.3. DE WERKZAAMHEDEN OP ZICH

Bij de bespreking van dit aspect van de werkbelasting zal de aandacht eerst gericht zijn op de invloed van het uitoefenen van nevenfuncties op de hoeveelheid tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten en op het aantal uren dat men dagelijks werkt. Daarna volgt een analyse van de variabelen die van invloed zijn op de verschillende onderdelen van de tijdsbesteding.

Nevenfuncties

Het vervullen van nevenfuncties en de tijd die men daaraan besteedt zijn van belang in het kader van de werkbelasting, omdat de tijd die men aan nevenfuncties besteedt niet meer aan andere zaken besteed kan worden.

In onderstaande matrix zijn de relevante correlaties weergegeven. Van de achtergrondvariabelen hangen alleen praktijkgrootte en leeftijd samen met het aantal nevenfuncties en de hoeveelheid tijd die men daaraan besteedt.
Er is een negatieve samenhang tussen de grootte van de praktijk en het aantal nevenfuncties en de hoeveelheid tijd, die men daaraan besteedt: hoe kleiner de praktijk, hoe meer nevenfuncties men heeft en hoe meer tijd men eraan besteedt. Leeftijd hangt in zwakke mate samen met het aantal nevenfuncties en met de hoeveelheid daaraan bestede tijd: oudere huisartsen hebben wat meer nevenfuncties en besteden er meer tijd aan dan jongeren.
Huisartsen die meer nevenfuncties hebben of die meer tijd aan nevenfuncties besteden, besteden minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten. Ook via de aantallen patiënten op spreekuur en visites is het aantal nevenfuncties en de daaraan bestede tijd van invloed op de tijd die aan directe verzorging van de patiënten besteed wordt.
Het aantal uren dat men per dag werkt hangt samen met de tijd die besteed wordt aan keuringen en contrôles, maar variëert niet systematisch met de tijd die besteed wordt aan nevenfuncties.
Bij de berekening van partiële correlaties blijkt het aantal nevenfuncties dat men uitoefent, minder belangrijk te zijn dan de hoeveelheid tijd die men daaraan besteedt. Het verband tussen het aantal nevenfuncties en de tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten verdwijnt grotendeels als rekening gehouden wordt met de hoeveelheid tijd voor nevenfuncties en voor keuringen en contrôles. De verbanden tussen aantal nevenfuncties en daaraan bestede tijd enerzijds en patiëntenaantallen anderzijds verdwijnen grotendeels wanneer van de invloed van de praktijkgrootte geabstraheerd wordt.

Correlatie-matrix 9.3.: Nevenfuncties en tijd voor directe verzorging van de patiënten

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.praktijkgrootte	1.00		-.22	.57	.33	-.20		.43	.24
2.leeftijd		1.00	.15		.20	.20			
3.aantal nevenfuncties			1.00	-.18		.36	.28	-.26	
4.patiënten druk spreekuur				1.00				.29	.16
5.patiënten drukke visites					1.00	-.21		.32	.30
6.tijd voor nevenfuncties						1.00		-.35	
7.tijd voor keuringen en contrôles							1.00	-.20	.23
8.tijd voor directe verzorging								1.00	.46
9.aantal werkuren									1.00

Naar aanleiding van dit stukje analyse waarin het aantal nevenfuncties en de daaraan bestede tijd centraal staan, kan geconcludeerd worden dat deze variabelen negatief gecorreleerd zijn met de praktijkgrootte en positief met de leeftijd van de respondent: huisartsen met kleinere praktijken en oudere huisartsen besteden meer tijd aan nevenfuncties. Als er partiële correlaties berekend worden, blijken het aantal nevenfuncties en de eraan bestede tijd relatief los te staan van de patiëntenaantallen. Bovendien (maar dat zal niemand verwonderen) is het zo dat men naarmate men meer tijd aan nevenfuncties besteedt, men minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten besteedt.

Tijdsbesteding

Wij zullen nu bekijken wat de invloed is van de organisatie-structuur van de praktijk tesamen met de achtergrond-variabelen op patiënten-aantallen en tijdsbesteding.
De voor dit onderdeel relevante correlaties zijn weergegeven in matrix 9.4.

Correlatie-matrix 9.4.: Patiëntenaantallen en tijdsbesteding

	achtergrondvariabelen					organisatie-structuur				patiënten-aantallen		tijdsbesteding				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. praktijkgrootte	1.00					.18		.21		.57	.33	.43	.17			.24
2. vorm v.d. praktijkvoering		1.00				.28		.19	.40				.28			
3. al of niet apotheekhoudend			1.00	.62		.18	-.24	.21	.16	.24	-.17			-.55		
4. urbanisatiegraad				1.00						.19	-.23			-.42	-.17	
5. leeftijd					1.00	-.26		-.30	-.21		.20		-.16			
6. aantal uren assistentie						1.00	.35	.36	.48	.24	-.15		.27	-.28		
7. aantal uren echtgenote							1.00				.21	.17		.20		.24
8. al of niet afspraakspreekuur								1.00	.30	.20		.17	.18	-.35		
9. aantal afzonderlijke ruimten									1.00	.23			.33	-.21	-.20	
10. aantal patiënten op druk spreekuur										1.00		.29	.16			.16
11. aantal patiënten drukke visites											1.00	.33		.17		.31
12. tijd voor directe verzorging patiënten												1.00				.46
13. tijd voor contacten specialisten													1.00		.16	
14. tijd voor laboratorium en apotheek														1.00		.26
15. tijd voor praktijk-organisatie															1.00	.25
16. werkuren per dag																1.00

In de matrix ziet men dat er een aantal samenhangen zijn tussen enerzijds de achtergrondvariabelen en anderzijds de variabelen die betrekking hebben op de organisatie-structuur van de praktijk, de patiëntenaantallen en de tijdsbesteding.

In schema 9.1. is de organisatie-structuur van de praktijk weergegeven als een tussenliggende variabele tussen de achtergrond-variabelen en de patiëntenaantallen. De gedachte daarachter is dat de organisatie-structuur van de praktijk de patiëntenstroom, althans voor een gedeelte, reguleert. Met name een afspraakspreekuur kan een regulerende functie vervullen.
Dit kan onderzocht worden door partiële correlaties te berekenen. Indien de organisatie-structuur van de praktijk de patiëntenstroom volledig zou bepalen, zouden de relaties tussen de achtergrond-variabele praktijkgrootte en de patiëntenaantallen verdwijnen, als de invloed van de organisatie-variabelen uitgeschakeld wordt.
In het geval waarin de organisatie-variabelen deze regulerende functie in het geheel niet hebben, zal de relatie tussen deze variabelen en de patiëntenaantallen verdwijnen als de invloed van praktijkgrootte uitgeschakeld wordt.
De correlatie tussen de grootte van de praktijk en het patiëntental op een druk spreekuur verandert niet als de relaties met het al of niet hebben van een afspraakspreekuur of het aantal uren assistentie uitgeschakeld worden.
Worden de correlaties berekend van het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal uren assistentie met het patiënten-tal op een druk spreekuur, onder constanthouding van de praktijk-grootte, dan treedt een daling op van de oorspronkelijke correlaties.
Dezelfde resultaten worden gevonden bij de berekening van de samenhangen met het aantal patiënten tijdens drukke visites.
Het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal uren assistentie zijn dus niet zo zeer intermediaire variabelen tussen praktijkgrootte en patiëntenaantallen; organisatie-structuur van de praktijk en patiëntenaantallen staan betrekkelijk los van elkaar.

Zoals men kan zien in de correlatie-matrix hangt het aantal uren dat de echtgenote meewerkt in de praktijk samen met het patiëntental op visites. Dit verband blijft nagenoeg geheel bestaan wanneer geabstraheerd wordt van de invloed van urbanisatiegraad. Het doen van veel visites hangt dus met geografische omstandigheden samen, maar er gaat ook invloed uit van de organisatie-structuur van de praktijk (weinig uren doktersassistente/administratieve assistentie en veel uren assistentie van de echtgenote).

De hoeveeelheid tijd die besteed wordt aan de directe verzorging van de patiënten wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de praktijkgrootte (een correlatie van .43), maar ook de aantallen patiënten op spreekuur en visites hangen ermee samen (correlaties van opv. .29 en .33).

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de praktijkgrootte via de patiëntenaantallen van invloed is op de hoeveelheid tijd.
Dit betekent dat bij partiële correlatie-rekening onder constanthouding van de patiëntenaantallen het verband tussen praktijkgrootte en hoeveelheid tijd zou moeten verdwijnen. Dit is niet het geval, hoewel de samenhang wel daalt (partiële correlaties onder constanthouding van het aantal patiënten op druk spreekuur en drukke visites zijn opv. .34 en .31).
Als het verband tussen aantal patiënten op spreekuur en de bestede tijd berekend wordt onder constanthouding van de praktijkgrootte, daalt het verband van .29 tot .09. Voor het aantal patiënten op visites is er een daling van .33 naar .22.
Er kan hieruit geconcludeerd worden, dat het aantal patiënten op spreekuur en de tijd besteed aan de directe verzorging van de patiënten relatief los van elkaar staan en beide beïnvloed worden door de praktijkgrootte. Het aantal patiënten dat men ziet tijdens visites houdt daarentegen wel een samenhang met de tijd besteed aan directe verzorging van de patiënten los van de grootte van de praktijk.
Van de variabelen die de organisatie-structuur van de praktijk indiceren, hangen alleen het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal uren dat de echtgenote meewerkt in de praktijk samen met de hoeveelheid tijd. Dit zijn beide schijnverbanden.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan contacten met specialisten en andere hulpverleners vertoont samenhangen met 3 van de organisatievariabelen, namelijk het aantal uren assistentie, het al of niet hebben van een afspraakspreekuur en het aantal afzonderlijke ruimten. Huisartsen die meer assistentie hebben, een afspraakspreekuur hebben of die meer afzonderlijke ruimten hebben in het praktijkgebouw, besteden meer tijd aan contacten. Ook zijn er samenhangen met de achtergrondvariabelen praktijkgrootte, leeftijd en vorm van de praktijkvoering. Huisartsen met een grotere praktijk, jongere huisartsen of huisartsen met een gezamenlijke praktijkvoering besteden meer tijd aan contacten.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan praktijkorganisatie en -administratie hangt samen met de achtergrondvariabele urbanisatiegraad, met de organisatie-variabele aantal afzonderlijke ruimten en met de hoeveelheid tijd die men besteedt aan contacten.
Opvallend is dat deze variabele helemaal niet samenhangt met het aantal uren assistentie of het al of niet hebben van een afspraakspreekuur.

De huisartsen op het platteland die uiteraard vaak apotheekhoudend zijn en minder gemakkelijk over de faciliteiten van een centraal huisartsenlaboratorium kunnen beschikken, besteden meer tijd aan laboratorium- en apotheekwerk. Degenen die relatief veel tijd besteden aan deze acitiviteiten hebben - afgezien van apotheekassistentie - minder assistentie in de praktijk, vaker geen afspraakspreekuur en meer uren hulp van de echtgenote in de praktijk.

De laatste variabele die betrekking heeft op de tijdsbesteding, is het aantal uren dat men per dag werkt. Deze variabele is globaler dan de variabelen die op specifieke gedeelten van de tijdsbesteding betrekking hebben en vertoont slechts enkele zwakke samenhangen met de achtergrondvariabelen en de organisatie-variabelen. De samenhang met het aantal patiënten op een drukke dag tijdens visites is wat sterker; deze wordt wat zwakker wanneer gecontrôleerd wordt voor de invloed van praktijkgrootte maar blijft een bijdrage leveren aan het aantal uren dat men per dag werkt. Het verband met het aantal patiënten op een druk spreekuur verdwijnt nagenoeg geheel als van de invloed van de praktijkgrootte geabstraheerd wordt.

Met betrekking tot de verschillende onderdelen van de tijdsbesteding kunnen de volgende conclusies getrokken worden.
De tijd die besteed wordt aan de directe verzorging van de patiënten hangt voornamelijk af van de grootte van de praktijk en in mindere mate van het aantal patiënten tijdens visites. Ook het aantal uren dat men per dag werkt vertoont de sterkste samenhangen met deze beide variabelen. De hoeveelheid tijd die besteedt wordt aan contacten met specialisten en andere hulpverleners hangt mogelijk samen met een moderne instelling gezien de correlaties met de vorm van de praktijkvoering, hoeveelheid assistentie, het hebben van een afspraakspreekuur en de leeftijd.
De huisartsen op het platteland besteden relatief meer tijd aan laboratorium- en apotheekwerkzaamheden.

9.4. FEITELIJKE EN ERVAREN WERKBELASTING

Tot nu toe hebben we gesproken over feitelijke werkbelasting, namelijk die onderdelen van het werk van een huisarts waarvan je als buitenstaander geneigd bent aan te nemen dat ze in zekere zin een belasting vormen.
Dit vormt echter maar de helft van de situatie.
Ook het gevoel belast te zijn - of in het geval van de vertrokken huisartsen de uitspraak dat werkbelasting een rol gespeeld heeft bij het besluit de praktijk te verlaten - is voor de analyse van belang. Daartoe zal een vergelijking gemaakt worden tussen de groep artsen die aangegeven heeft dat de werkbelasting een doorslaggevende rol gespeeld heeft bij de beslissing om de praktijk neer te leggen en de groep die aangegeven heeft dat de werkbelasting geen rol speelde.

Beide groepen ex-huisartsen zouden nu rechtstreeks vergeleken kunnen worden op de indicatoren voor de feitelijke werkbelasting; dat is de eenvoudigste weg. We hebben echter in de voorafgaande paragrafen juist laten zien dat de door ons gebruikte indicatoren voor werkbelasting niet los van elkaar staan, maar met elkaar en met variabelen als "praktijkgrootte" of "werkomgeving" (urbanisatiegraad) samenhangen.
Willen we deze samenhangen beter tot hun recht laten komen dan moeten we een techniek toepassen die daarmee rekening houdt.
Er bestaat een z.g. multivariate (meer variabelen in één analyse betrekkende) techniek die bij uitstek geschikt is om een inzicht

in de bovengeschtetste problemen te geven.
We willen twee groepen die ondubbelzinnig van elkaar te onderscheiden zijn op een gegeven criterium, met elkaar vergelijken op een aantal onderling samenhangende kenmerken en wel zo dat de beide groepen zo duidelijk mogelijk van elkaar te onderscheiden zijn èn dat met de onderlinge samenhang van de gebruikte variabelen rekening wordt gehouden.
De analysetechniek die aan deze eisen voldoet noemt men: "discriminantanalyse". *)
Deze zoekt die groep variabelen bij elkaar (rekening houdend met onderlinge samenhang) die de in het begin vastgestelde groepen zo duidelijk mogelijk van elkaar onderscheidt en gaat dan de oorspronkelijke "groepsleden" weer opnieuw indelen op grond van de gevonden combinatie van variabelen. De mate waarin de analyse geslaagd is wordt uitgedrukt in het percentage juist ingedeelde gevallen. Stel, dat de uitgekozen variabelen geen enkele onderscheidende (discriminerende) waarde hebben en dat dus de groepen niet van elkaar verschillen (behalve uiteraard op het in het begin gekozen criterium), dan heeft elk groepslid een even grote kans om bij de ene of andere groep ingedeeld te worden.
In het geval waarin de uitgekozen variabelen perfect discrimineren tussen de groepen, kunnen alle gevallen achteraf juist ingedeeld worden uitgaande van de combinatie van variabelen.
Meestal zit het succes van deze voorspelling tussen de beide extremen in (minimaal 50 %, maximaal 100 % goed ingedeeld).
Dit percentage is een maat voor het succes.

Nu terug naar het uitgangspunt. We hebben al aangegeven op welke criteria we de groepen vergelijken: we vergelijken degenen die zeggen dat werkbelasting een doorslaggevende factor is geweest bij het vertrek met degenen die aangegeven hebben dat werkbelasting geen rol speelde en wel op een aantal in de vorige paragrafen geanalyseerde aspecten van werkbelasting.

Eerst vergelijken we beide groepen zonder met de onderlinge samenhang van de variabelen rekening te houden; dit is de uitgangssituatie voor de discriminantanalyse. Daarna volgt een vergelijking waarbij rekening gehouden is met de onderlinge samenhang van de indicatoren voor werkbelasting en de omstandigheden die daarop van invloed zijn.
De resultaten zijn schematisch weergegeven in tabel 9.1. In de eerste kolom is met een kruisje aangegeven of beide groepen verschillen in uitgangssituatie op de betreffende variabele.
In de tweede kolom staat de situatie na uitvoering van de discriminantanalyse. Een kruisje betekent dat beide groepen verschillen op het betreffende gegeven, los van de samenhang met andere variabelen.

*) Deze techniek zal ook in de volgende hoofdstukken gebruikt worden; ook daar worden groepen huisartsen vergeleken op het gebied van de feitelijke werkbelasting en daarmee samenhangende variabelen.

Tabel 9.1.: Weergave resultaten discriminantanalyse.
Criterium-variabele: ervaren werkbelasting

VARIABELEN	groepen verschillen in uitgangssituatie	groepen verschillen uiteindelijk
ACHTERGRONDVARIABELEN		
praktijkgrootte	+	
apotheekhoudend		
urbanisatiegraad		
praktijkvorm		
leeftijd	+	+
ORGAN.-STRUCT.PRAKTIJK		
aantal ruimten praktijkgebouw		
aantal uren assistentie		
afspraakspreekuur		
aantal uren hulp achtgenote		
PATIëNTENAANTALLEN		
patiënten drukke dag op spreekuur	+	
patiënten drukke dag visite	+	
BESCHIKBAARHEID		
aantal bevallingen		+
aantal malen 's nachts gestoord	+	+
aantal zaterdagen en avonden dienst		
grootte waarnemingsgroep	+	+
TIJDSBESTEDING		
totaal aantal werkuren	+	
tijd aan patiëntenverzorging	+	+
tijd specialisten en andere hulpverleners		
tijd lab./apotheek		
tijd praktijkorganisatie		+
tijd nevenfuncties		+

Wat betreft de achtergrond verschillen de "belaste" en "niet-belaste" ex-huisartsen qua praktijkgrootte en leeftijd. Belaste praktijkverlaters hebben gemiddeld ongeveer 3400 patiënten; dat is zo'n 500 meer dan hun collegae voor wie de werkbelasting geen rol speelde bij het vertrek uit de praktijk. Dit gegeven is uiteraard van invloed op de aantallen patiënten die men dagelijks ziet, op de tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten en op het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.

Uiteindelijk verdwijnt praktijkgrootte uit de analyse, en blijft het aantal bestede uren staan als verklaring voor de belasting, maar dit is een tamelijk arbitraire uitkomst.*) In de vorige paragrafen zagen we al hoe belangrijk praktijkgrootte is. Indirect heeft praktijkgrootte wel degelijk een belangrijke invloed op de gevoelde belasting gehad.
De huisartsen die ten tijde van het vertrek uit de praktijk ouder waren, gaven vaker aan dat de werkbelasting een doorslaggevende rol speelde. Deze samenhang is onafhankelijk van andere factoren.

Op het gebied van de organisatie-structuur van de praktijk zijn in het geheel geen verschillen gevonden tussen de groepen praktijkverlaters.

Het verschil in aantal patiënten op een druk spreekuur en op een drukke dag tijdens visites verdwijnt als rekening gehouden wordt met de onderlinge samenhangen van de variabelen. Uiteindelijk concentreren deze verschillen en het verschil in praktijkgrootte zich in de tijd die besteed wordt aan de directe verzorging van de patiënten.

De beide groepen verschillen in het aantal malen dat men aangeeft 's nachts gestoord te worden en in de grootte van de waarnemingsgroep. Huisartsen die de werkbelasting als doorslaggevend benoemen, worden vaker 's nachts gestoord en maken deel uit van een grotere waarnemingsgroep. Deze verschillen blijven bestaan als de onderlinge samenhangen met andere variabelen uitgeschakeld worden.
Het aantal bevallingen discrimineert pas na uitschakeling van een aantal samenhangen.

Bij de tijdsbesteding zien we een verschil in het totaal aantal werkuren en de tijd aan directe verzorging van patiënten besteed. De "belaste" groep huisartsen rapporteert een langere werkdag en meer tijd aan patiënten besteed. De overige onderdelen van de totale tijd verschillen in eerste instantie niet. Bij nadere analyse blijken diverse componenten echter wel degelijk een bijdrage te leveren aan de verschillen tussen de "belaste" en de "niet-belaste" ex-huisartsen. De tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten, aan praktijkorganisatie en -administratie en aan nevenfuncties komen - als de onderlinge samenhangen tussen de variabelen uitgeschakeld zijn - naar voren, terwijl het verschil in aantal uren dat men werkt verdwijnt.

*) Een multivariate analyse, zoals hier uitgevoerd, is altijd enigszins mechanisch van aard. De samenhangen worden geselecteerd op sterkte en niet op zinvolheid. Met name bij groepje variabelen die onderling positief samenhangen en die bovendien op gelijke wijze met het criterium samenhangen, dient men erop bedacht te zijn dat de uiteindelijk opgenomen variabelen vrij willekeurig geselecteerd zijn.

Probeert men nu de twee groepen opnieuw in te delen op grond van de discriminerende variabelen, dan komt men aan 73 % correct voorspelde gevallen. Van de 68 huisartsen voor wie werkbelasting doorslaggevend was, zijn er 50 op grond van hun scores op de hierboven behandelde discriminerende variabelen (praktijkgrootte, bestede tijd, bevallingen, aantal malen 's nachts gestoord etc.) ook als subjectief belast te classificeren. De overige 18 vallen eigenlijk onder groep 2. Dat wil zeggen, dat we, als we niets wisten over de rol die de werkbelasting bij de beslissing om de praktijk neer te leggen, ongeveer 73 % kans hebben om iemand op grond van zijn feitelijke belasting in de juiste groep te plaatsen.
De volgende conclusies kunnen uit deze analyse getrokken worden. Wanneer men huisartsen die vermelden dat werkbelasting voor hen doorslaggevend geweest is bij de overwegingen om de huisartspraktijk te verlaten vergelijkt met degenen voor wie werkbelasting geen enkele rol heeft gespeeld, dan blijkt dat de eerste groep:

a) vaker 's nachts gestoord wordt
b) meer bevallingen verricht
c) deel uitmaakt van een grotere waarnemingsgroep
d) meer tijd aan nevenfuncties, of aan praktijkorganisatie, of aan patiënten besteedt (en toch al meer uren werkt)
e) en gemiddeld wat ouder was bij het verlaten van de praktijk.

Een aantal van deze verschillen kan men op rekening schrijven van de praktijkgrootte. Belaste huisartsen hebben zeer grote praktijken (gemiddeld 3400 zielen).
Bij de hier geconstateerde verschillen is de invloed van onderlinge samenhangen tussen de variabelen uitgeschakeld. Dit geldt met name voor de invloed van het aantal bevallingen - dit geldt pas, gegeven de leeftijd van de arts en de grootte van de waarnemingsgroep.

9.5. SAMENVATTING

Aan de werkbelasting is een subjectieve component en een meer feitelijke component te onderscheiden. De subjectieve component verwijst naar de antwoorden op de vraag naar de rol die de werkbelasting gespeeld heeft bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. De feitelijke werkbelasting is ingedeeld in twee aspecten: de werkzaamheden op zich en de beschikbaarheid. Over beide aspecten zijn een aantal vragen gesteld. De feitelijke werkbelasting kan niet los gezien worden van de omstandigheden waaronder de praktijk uitgeoefend wordt. Daarbij zijn een aantal achtergrondkenmerken van belang zoals de grootte van de praktijk, het al of niet apotheekhoudend zijn etc. en een aantal kenmerken die directer betrekking hebben op de praktijkvoering, zoals de organisatie-structuur van de praktijk (hoeveelheid assistentie, afspraakspreekuur e.d.).
Daarnaast is nog van belang of men nevenfuncties vervult en hoeveel tijd dat vergt.

Voor het beschikbaarheidsaspect van de werkbelasting is gekeken naar het aantal avonden dat men dienst heeft (per veertien dagen) en het aantal zaterdagen dat men dienst heeft (per drie maanden). Daarnaast is gekeken naar het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.
Het aantal avonden en zaterdagen dat men dienst heeft hangt samen met de grootte van de waarnemingsgroep waarvan men deel uit maakt. Hoe groter de waarnemingsgroep is, des te minder avonden en zaterdagen heeft men dienst. Ook hangt het aantal zaterdagen en avonden dat men dienst heeft samen met de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en daarmee met het al of niet apotheekhoudend zijn. Huisartsen op het platteland (en dus veelal apotheekhoudende huisartsen) hebben over het algemeen meer avonden en zaterdagen dienst. De grootte van de praktijk hangt niet samen met dit aspect van de beschikbaarheid. Wel worden huisartsen met een grotere praktijk vaker 's nachts gestoord. Ook hangt het aantal bevallingen dat men verricht samen met het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. Degenen die veel bevallingen verrichten worden vaker 's nachts gestoord dan degenen die weinig bevallingen doen. Ondanks het feit dat huisartsen met een grotere praktijk meer bevallingen verrichten, blijken zowel de grootte van de praktijk als het aantal bevallingen een eigen invloed te hebben op het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. In een grote praktijk is de kans op stoornissen, ongeacht het aantal bevallingen, nu eenmaal groter dan in kleinere praktijken.

Over het aspect van de werkbelasting dat benoemd is als de werkzaamheden op zich, zijn een aantal vragen gesteld die gaan over de tijd die besteed wordt aan verschillende activiteiten zoals de directe verzorging van de patiënten, contacten met specialisten en andere hulpverleners, laboratorium- en apotheekwerk en praktijkorganisatie en -administratie. Ook is een vraag gesteld over het totaal aantal uren dat men per dag werkt.
De tijdsbesteding hangt nauw samen met de omstandigheden waaronder men praktizeert (de achtergrondvariabelen uit het schema), met de organisatie van de praktijk en met de hoeveelheid patiënten die men op een drukke dag ziet. Maar omstandigheden, organisatie van de praktijk en hoeveelheid patiënten hangen ook weer onderling samen.
Huisartsen met een grotere praktijk hebben over het algemeen wat meer assistentie en vaker een afspraakspreekuur. Ook zien zij een groter aantal patiënten op een drukke dag op spreekuur en visite.
Het aantal visites op een drukke dag hangt samen met de vestigingsplaats van de praktijk; op het platteland heeft men over het algemeen meer visites te doen.
De hoeveelheid tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de grootte van de praktijk en slechts in geringe mate door het aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet. De samenhang met het aantal patiënten dat men op een drukke dag tijdens visites ziet is sterker dan die met het aantal patiënten op het spreekuur (visite rijden is nu eenmaal een zeer tijdrovende zaak).

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan contacten met specialisten hangt vooral samen met de vorm van de praktijkvoering: huisartsen in solo-praktijken besteden daar over het algemeen minder tijd aan. Aangezien er ook samenhangen zijn met leeftijd (oudere huisartsen besteden minder tijd aan contacten) en de hoeveelheid assistentie (huisartsen metmeer assistentie besteden meer tijd aan contacten), zou men hier mogelijk de werking van een modernere instelling kunnen veronderstellen.
De huisartsen op het platteland die uiteraard vaak apotheekhoudend zijn en minder gemakkelijk over de faciliteiten van een centraal huisartsenlaboratorium kunnen beschikken, besteden meer tijd aan laboratorium- en apotheekwerk. Degenen die veel tijd aan deze activiteiten besteden hebben - afgezien van apotheekassistentie - minder assistentie in de praktijk, vaker geen afspraakspreekuur en meer uren hulp van de echtgenote in de praktijk.
De hoeveelheid tijd die men besteedt aan praktijk-organisatie en -administratie hangt nagenoeg niet samen met de organisatie-structuur van de praktijk. Wel besteden de huisartsen op het platteland er over het algemeen iets meer tijd aan.
Het totaal aantal uren dat men per dag werkt - dat is een wat globalere maat dan de hiervoor bekeken stukjes tijdsbesteding - hangt vooral samen met de praktijkgrootte en het aantal patiënten dat men op visites ziet.
Het vervullen van nevenfuncties en de tijd die men daaraan besteedt zijn in zoverre van belang in het kader van de werkbelasting, dat de tijd die men aan nevenfuncties besteedt niet meer aan andere zaken besteed kan worden. Huisartsen die veel tijd aan nevenfuncties besteden, besteden minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten, maar ze hebben over het algemeen ook een kleinere praktijk.

Na de uitgebreide analyse van de verschillende aspecten van de feitelijke werkbelasting en de omstandigheden die erop van invloed zijn, is het verband onderzocht tussen feitelijke en subjectief ervaren belasting.
De groep die aangegeven heeft dat de werkbelasting van doorslaggevend belang was bij het besluit de praktijk neer te leggen, is daartoe vergeleken met degenen die aangegeven hebben dat de werkbelasting geen rol speelde. Bij deze vergelijking is gebruik gemaakt van een statistische techniek (discriminantanalyse geheten) die de mogelijkheid schept om de invloed van achtergrondkenmerken en andere omstandigheden op de feitelijke werkbelasting uit te schakelen. Daardoor is een zuiverder vergelijking mogelijk dan wanneer men de groepen rechtstreeks zou gaan vergelijken op bijvoorbeeld het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.
De huisartsen die vermelden dat de werkbelasting voor hen doorslaggevend was blijken in vergelijking met degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde

a) vaker 's nachts gestoord te worden
b) meer bevallingen te verrichten
c) deel uit te maken van een grotere waarnemingsgroep
d) meer tijd te besteden aan de directe verzorging van de patiënten, aan praktijkorganisatie en -administratie en aan nevenfuncties,
e) gemiddeld wat ouder te zijn bij het neerleggen van de praktijk.

Een aantal van deze verschillen hangt samen met een aanzienlijk verschil in praktijkgrootte. De huisartsen die aangeven dat de werkbelasting een doorslaggevende rol speelde hebben gemiddeld ongeveer 3400 patiënten; dat is zo'n 500 patiënten meer dan degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde.

10. DE ACHTERGRONDEN VAN HET VERTREK UIT DE PRAKTIJK

In de laatste paragraaf van het vorige hoofdstuk is al gebruik gemaakt van informatie over de achtergrond van het vertrek, waar een vergelijking gemaakt werd tussen degenen voor wie de werkbelasting een doorslaggevende rol speelde en degenen voor wie dat geen rol speelde.
Er zijn ook nog andere redenen om de praktijk neer te leggen (hoewel de werkbelasting een belangrijke reden is).
Een overzicht daarvan wordt in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk gegeven.
In de tweede paragraaf wordt uitgaande van de redenen van vertrek een onderscheid tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers gemaakt. Deze groepen worden op een aantal punten vergeleken, zoals de overdracht van de praktijk, de nieuwe functie en de feitelijke werkbelasting.
Aangezien het onderscheid tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers nog tamelijk grof is, wordt in de derde paragraaf een onderscheid gemaakt tussen huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegden en vier andere groepen.

10.1. DE REDEN VAN VERTREK UIT DE PRAKTIJK

Aan het eind van de vragenlijst hebben we in een schema een aantal factoren genoemd die mogelijkerwijs van invloed zijn op het vertrek uit de praktijk. Voor elk van deze factoren is aan de respondenten gevraagd in welke mate deze bij het vertrek een rol hebben gespeeld. Om de verschillen te laten zien tussen de invulling door degenen die zich zijn gaan specialiseren en de invulling door de overige respondenten worden de verdelingen uitgesplitst naar deze twee groepen (tabel 10.1.).
De aantallen respondenten waarop de percentages gebaseerd zijn, zijn in de twee laatste kolommen weergegeven. Deze verschillen per factor, omdat enerzijds bepaalde factoren voor een aantal respondenten niet van toepassing zijn en anderzijds een aantal respondenten bepaalde factoren in het geheel niet hebben aangekruist.

Een voorbeeld zal duidelijk maken hoe de tabel, op de volgende pagina, gelezen kan worden. Van alle respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen en die aangegeven hebben welke invloed hun eigen gezondheid had op de beslissing om de praktijk neer te leggen, speelde deze factor voor 13 % een doorslaggevende rol, voor 7 % een belangrijke rol, voor 18 % enigszins mede en voor 61 % geen rol. Deze percentages tellen op tot 100; er is dus horizontaal gepercenteerd. We kunnen nu in de eerste plaats de verdeling voor de factor eigen gezondheid vergelijken met de verdeling voor de andere redenen; bijvoorbeeld terwijl voor 13 % van de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen de eigen gezondheid een doorslaggevende rol speelde, speelde de gezondheid van echtgen(o)t(e) of andere gezinsleden slechts in 6 % van de gevallen een doorslaggevende rol. Soortgelijke vergelijkingen kunnen opgezet worden voor de respondenten die zich

Tabel 10.1.: Frequentie van de mate waarin een aantal factoren een rol hebben gespeeld bij de beslissing de praktijk neer te leggen voor respondenten die zich zijn gaan specialiseren en die een andere functie zijn gaan uitoefenen

	doorslagg.		belangr.		speelde enigsz.mee		speelde geen rol		aantal	
	andere f.	spec.	andere f.	spec.	andere f.	spec.	andere f.	spec.	andere f.	spec.
eigen gezondheid	13%	2%	7%	4%	18%	4%	61%	90%	261	48
gezondh.echtgeno(o)t(e) of andere gezinsleden	6%	0%	9%	10%	11%	0%	74%	90%	219	39
huwelijkssituatie	4%	7%	7%	20%	16%	7%	73%	66%	218	44
onderw. voorziening voor kinderen	1%	0%	4%	5%	6%	5%	90%	90%	203	37
andere gezins-omstandigheden	6%	13%	14%	3%	4%	3%	77%	80%	168	30
niveau van praktijkprijzen	0%	0%	2%	3%	3%	0%	95%	97%	207	38
aantrekkelijke inhoud nieuwe functie	20%	40%	36%	49%	16%	5%	28%	7%	226	43
beloning in nieuwe functie	1%	0%	9%	2%	21%	7%	69%	91%	207	43
pensioenvoorziening in nieuwe functie	8%	2%	20%	5%	26%	0%	46%	93%	218	41
bij gemeenschappelijke praktijk samenwerking met collegae	16%	(0)[a]	4%	(3)[a]	8%	(2)[a]	72%	(1)[a]	25	6[a]
discrepantie tussen fin.lasten en inkomen	7%	5%	10%	10%	15%	7%	68%	79%	212	42
mislukte vrije vestiging	1%	0%	1%	4%	1%	0%	97%	96%	144[b]	25[b]
werkbelasting	24%	27%	32%	16%	22%	25%	23%	32%	236	44
verminderd plezier i.h.huisartsenwerk	15%	37%	18%	24%	28%	24%	40%	15%	228	46

a) te klein aantal om zinvol te percenteren.

b) het lijkt erop dat een groot aantal respondenten hier in plaats van "niet van toepassing" "speelt geen rol" aangekruist heeft.

zijn gaan specialiseren. In de tweede plaats kunnen de beide groepen respondenten onderling vergeleken worden, bijvoorbeeld terwijl voor 13 % van de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen de eigen gezondheid een doorslaggevende rol speelde, is het overeenkomstige percentage voor degenen die zich zijn gaan specialiseren, slechts 2 % (We moeten er bij deze vergelijking rekening mee houden dat de percentages voor degenen die zich zijn gaan specialiseren, slechts op een klein aantal, namelijk maximaal 48, respondenten gebaseerd zijn).

De werkbelasting blijkt een erg belangrijke factor te zijn bij de beslissing om de huisartspraktijk neer te leggen, voor de "specialisten" overigens iets minder belangrijk dan voor de rest van de respondenten. Erg belangrijk is ook de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme.
Voor de "specialisten" is dit de reden die het vaakst genoemd wordt als doorslaggevend. In een groot aantal gevallen, met name voor specialisten in opleiding, speelt verminderd plezier in het huisartsenwerk een doorslaggevende óf belangrijke rol.
Dat de werkbelasting vaak een rol zou spelen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen, was eigenlijk wel te verwachten, maar dat verminderd plezier in het huisartsenwerk zo vaak meespeelt lijkt het belangrijkste gegeven uit deze tabel.
De eigen gezondheid is alleen voor de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen een factor van belang.
Een reden die hoegenaamd niet van invloed is, is het niveau van de praktijkprijzen.
Uit de mondelinge interviews is naar voren gekomen dat het niveau van de praktijkprijzen een andere werking heeft dan bij het opstellen van de vragenlijst gedacht was. De korte termijn schommelingen in goodwill-percentages lijken van minder belang dan lange termijn schommelingen. Tot in de tweede helft van de zestiger jaren zijn de goodwill-percentages erg hoog geweest (tot 300 %); daarna zijn met name stadspraktijken een tijdlang nagenoeg onverkoopbaar geweest. Sinds het begin van de jaren zeventig is er weer een kentering. Dit betekent voor een aantal huisartsen die ook vaak veel geïnvesteerd hebben in de eigen vestiging, dat ze nu weer een opvolger kunnen vinden. Een zekere schaarste van huisartspraktijken schept voor hen de mogelijkheid om op te houden.

Om enkele gegevens overzichtelijk samen te vatten zullen in de volgende tabellen voor elk van beide groepen de vier belangrijkste factoren gepresenteerd worden, geordend naar het percentage doorslaggevend of belangrijk.

Tabel 10.2.: De vier belangrijkste factoren geordend naar het percentage doorslaggevend of belangrijk voor respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen

	doorslaggevend of belangrijk
werkbelasting	56 %
aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie	56 %
verminderd plezier in het huisartsenwerk	33 %
pensioenvoorziening in nieuwe functie	28 %

Tabel 10.3.: De vier belangrijkste factoren geordend naar het percentage doorslaggevend of belangrijk voor respondenten die zich zijn gaan specialiseren

	doorslaggevend of belangrijk
aantrekkelijke inhoud van het specialisme	89 %
verminderd plezier i.h.huisartsenwerk	61 %
werkbelasting	43 %
huwelijkssituatie	27 %

Hoewel de volgorde verschilt, komen de belangrijkste drie redenen voor beide groepen overeen. Voor de respondenten die de huisartspraktijk voor een andere functie hebben verruild komt de pensioenvoorziening in die nieuwe functie als vierde. Deze reden speelt niet zo vaak een doorslaggevende rol, maar wel vaak een belangrijke rol. Bij de "specialisten" staat de huwelijkssituatie als vierde in de tabel.
De gewichten van de percentages verschillen voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en de "specialisten". Hoewel de werkbelasting door de eerste groep vaker genoemd wordt dan door de tweede groep, wordt die reden door de tweede groep vaker als doorslaggevend genoemd. Ook aangaande de reden verminderd plezier in het huisartsenwerk verschillen de gewichten; door degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen wordt deze reden vaker als belangrijk dan als doorslaggevend genoemd. Door degenen die zich zijn gaan specialiseren wordt verminderd plezier vaker als doorslaggevend genoemd.

In het eerste hoofdstuk is al aangegeven dat de invloed van de hoogte van de pensioenpremie moeilijk vast te stellen is, omdat de pensioenpremie in de lijst van mogelijke redenen om de praktijk neer te leggen niet expliciet genoemd is.
Bij het opstellen van de vragenlijsten hadden we niet de indruk dat dat een wijdverbreide reden zou zijn om de praktijk neer te leggen. Vandaar dat we gemeend hebben te kunnen volstaan met een

vraag naar een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten als reden om de praktijk neer te leggen. Dat is een wat algemenere vraagstelling. Voor 7 % van degenen die deze vraag beantwoord hebben, speelde de discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten een doorslaggevende rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen en voor 10 % een belangrijke rol.
Om iets meer te kunnen zeggen over de pensioenpremie hebben we de opmerkingen geteld die de praktijkverlaters aan het eind van de vragenlijst op een lege pagina gemaakt hebben. Van de mogelijkheid om opmerkingen te maken heeft 66 % van de praktijkverlaters gebruik gemaakt. Van hen heeft 13 % (ofwel 27 ex-huisartsen) de pensioenpremie genoemd als een van de overwegingen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Uit de opmerkingen is niet af te leiden in hoeverre voor hen de pensioenpremie een doorslaggevende of een belangrijke rol speelde of slechts zijdeling meespeelde.

10.2. ENKELE TYPEN PRAKTIJKVERLATERS

Bij de opzet van het onderzoek is ervan uitgegaan dat niet alle vertrek uit de huisartspraktijk op eenzelfde manier verklaard zou moeten worden. "Vertrek" is een soort verzamelterm die zijn relevantie verkrijgt door aanvullende informatie.
De eerste aanvullende informatie verkrijgt men door de vraag te stellen "vertrek, waar naar toe" ? In hoofdstuk 3.2. is uitgaande daarvan het onderscheid gemaakt tussen praktijkverlaters die gaan rusten en praktijkverlaters die iets anders gaan doen.
In hoofdstuk 8 is nader ingegaan op de soorten functies die men is gaan uitoefenen.
Andere aanvullende informatie verkrijgt men door de vraag te stellen "Vertrek om welke reden" ? Uitgaande van de samenhangen tussen verschillende redenen wordt nagegaan of de constructie van "typen" praktijkverlaters - huisartsen wier vertrek uit de praktijk voornamelijk door één (soort) achtergrond wordt gekenmerkt - mogelijk is.
Daartoe hebben we van twee uitgangspunten gebruik gemaakt: een empirisch met als basis de feitelijke samenhang tussen de verschillende redenen en een theoretisch met als uitgangspunt de in het derde hoofdstuk beschreven gedachten over achtergronden van vertrek (in termen van noodzaak, mogelijkheid en behoefte om te vertrekken). Bij deze laatste benadering staat het onderscheid tussen "trek"- en "duwfactoren" centraal, met andere woorden tussen de noodzaak de praktijk te verlaten (gezondheid, persoonlijke omstandigheden) en de aantrekkingskracht van een nieuwe functie, al dan niet gepaard gaande met verminderd plezier in het huisartsenvak.
Het doel van het samenstellen van typen vertrekkers is tweeledig. In de eerste plaats worden bepaalde typen vertrekkers met elkaar vergeleken op een aantal punten die in eerdere hoofdstukken aan de orde gekomen zijn en die betrekking hebben op de opvolging in de praktijk, de nieuwe functie en de werkbelasting en op een punt dat in een volgend hoofdstuk nog aan de orde zal komen, namelijk alternatieven voor vertrek. In de tweede plaats wordt een indeling

in typen vertrekkers gebruikt bij de vergelijkingen met nog praktizerende artsen. Het heeft weinig zin om alle praktijkverlaters als één groep te vergelijken met de praktizerende artsen; we verwachten eerder dat sommige typen praktijkverlaters wel en andere niet verschillen van de praktizerende artsen (vergelijk voor een nadere uitwerking hoofdstuk 11).

Voordat begonnen wordt met de samenstelling en vergelijking van typen vertrekkers, moeten nog enkele beperkingen gemaakt worden. De factor "samenwerking met collegae bij gemeenschappelijke praktijkvoering" is een reden die zich niet leent voor de samenstelling van typen omdat het totaal aantal respondenten voor wie deze factor relevant is erg klein is. In de tabellen die gegeven worden en vergelijkingen die gemaakt worden zal het aantal respondenten niet altijd even groot zijn.
De groep respondenten die de vraag naar de reden van vertrek in het geheel niet beantwoord heeft, valt uiteraard buiten de analyse van dit hoofdstuk. De vrouwelijke praktijkverlaters hebben wij ook buiten beschouwing gelaten omdat zij slechts een kleine groep vormen, die onder specifieke omstandigheden praktizeert (veelal tesamen met echtgenoot) en die hoofdzakelijk om één reden, gezinsomstandigheden, gestopt is.

Degenen voor wie een bepaalde factor niet van toepassing was, vallen in voorkomende gevallen buiten de analyse. Bij degenen die van één reden of enkele redenen aangegeven hebben welke rol die speelde(n), maar die bij de overige factoren niets aangekruist hebben, nemen we aan dat de niet aangekruiste redenen geen rol gespeeld hebben. (In tabel 10.1. waar de nadruk lag op de afzonderlijke redenen, zijn deze gevallen niet meegeteld, waardoor het aantal respondenten in de laatste kolom van die tabel telkens verschilde).

We keren nu terug naar de samenstelling van typen vertrekkers. Een belangrijk onderscheid is, zoals in hoofdstuk 3 al naar voren gebracht is, dat tussen huisartsen die de praktijk <u>wilden</u> neerleggen en huisartsen die de praktijk <u>moesten</u> neerleggen. Dit is het onderscheid tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers; de eerste typen die in de volgende paragrafen vergeleken zullen worden.
Beide groepen zijn nog erg heterogeen. Onder de gedwongen vertrekkers valt zowel de huisarts die om gezondheidsredenen de praktijk moet neerleggen, als degene die zich wegens het mislukken van een vrije vestiging terugtrekt. Onder de niet-gedwongen vertrekkers valt zowel de huisarts die de praktijk neerlegt, omdat het werk hem niet bevalt, als degene die vertrekt om een aantrekkelijke functie te aanvaarden.
Na vergelijking van deze, nog erg heterogene, groepen op een aantal punten zal een fijnere indeling in typen praktijkverlaters gemaakt worden.

10.2.1. DE VERSCHILLEN TUSSEN GEDWONGEN EN NIET-GEDWONGEN VERTREKKERS

Onder gedwongen vertrekkers verstaan we hier de praktijkverlaters die aangegeven hebben dat een van de volgende redenen doorslaggevend was bij hun beslissing: de eigen gezondheid, de gezondheid van de echtgenote, de huwelijkssituatie, een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten en mislukte vrije vestiging. De respondenten voor wie een van de overige redenen doorslaggevend was bij de beslissing om de praktijk te verlaten en voor wie de eerder genoemde redenen voor de gedwongen vertrekkers alleen enigszins meespeelden of geen rol speelden, zijn als niet-gedwongen vertrekkers geclassificeerd. Gegeven deze omschrijving behoren 22 % van de respondenten tot de gedwongen vertrekkers en 33 % tot de niet-gedwongen vertrekkers, terwijl 45 % van de respondenten in de restgroep vallen.

Het eerste punt waarop de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers vergeleken worden is de overdracht van de praktijk.
In paragraaf 3.2.1. is het gedwongen vertrek gekarakteriseerd als een meer plotselinge gebeurtenis. Dit zou dan moeten blijken uit een kortere tijd die men gezocht heeft naar een opvolger, een lager percentage goodwill en de afwezigheid van een lange overgangsperiode.

De gedwongen vertrekkers hebben gemiddeld iets korter gezocht naar hun opvolger dan de niet-gedwongen vertrekkers. Het verschil is echter miniem. Ook het percentage goodwill is voor beide groepen nagenoeg gelijk (de restgroep heeft gemiddeld iets meer goodwill ontvangen).

Kijkt men naar de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger, dan kunnen wat grotere verschillen geconstateerd worden.

Tabel 10.4.: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar al dan niet gedwongen karakter van het vertrek

	gedwongen vertrek	niet-gedwongen vertrek	rest-groep
via informele wegen	46 %	38 %	27 %
via zelfgeplaatste advertentie	12 %	27 %	19 %
actie van praktijkzoekende arts	9 %	7 %	9 %
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A of V.V.A.A.,	9 %	4 %	7 %
via commerciële praktijkbemiddeling	20 %	22 %	28 %
op overige wijzen	3 %	1 %	4 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	(65)	(95)	(139)

De gedwongen vertrekkers hebben wat vaker dan de niet-gedwongen vertrekkers en veel vaker dan de rest-groep via informele wegen hun opvolger gevonden. Zij hebben minder vaak dan de niet-gedwongen vertrekkers via een eigen advertentie hun opvolger gevonden. Ook hebben de gedwongen vertrekkers wat vaker van praktijkbemiddeling door K.N.M.G. etc gebruik gemaakt. In de overige categorieën zijn hoegenaamd geen verschillen te vinden tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers.

Van de niet-gedwongen vertrekkers en van de rest-groep had slechts 7 % een langdurige overgangsperiode. Onder de gedwongen vertrekkers is dat percentage 15 %.

De duur van de periode dat men gezocht heeft naar een opvolger en het percentage goodwill maken geen keuze mogelijk tussen de interpretatie waarin het gedwongen vertrek plotselinger van karakter is en die waarin het geleidelijker van karakter is. Het feit dat de gedwongen vertrekkers vaker via informele wegen hun opvolger gevonden hebben, zou men als een indicatie voor een meer geleidelijk karakter kunnen zien. Het al of niet hebben van een overgangsperiode wijst duidelijker in deze richting.
Een indicatie voor een meer geleidelijk karakter van het neerleggen van de praktijk bij gedwongen vertrek kan ook gevonden worden in de manier waarop men zijn functie verkregen heeft, met name in het percentage dat via collegae of kennissen zijn functie gevonden heeft.

Tabel 10.5.: Manier waarop men zijn functie of opleidingsplaats verkregen heeft naar al dan niet gedwongen karakter van het vertrek

	gedwongen vertrek	niet-gedwongen vertrek	rest-groep
door werkgever/opleiding benaderd	15 %	29 %	18 %
zelf werkgever/opleiding benaderd	23 %	18 %	18 %
via collegae of kennissen	26 %	12 %	14 %
via een advertentie	29 %	37 %	43 %
voortzetting van nevenfunctie	5 %	4 %	5 %
op overige wijzen	2 %	0	1 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	(65)	(93)	(136)

De gedwongen vertrekkers zijn minder vaak dan de niet-gedwongen vertrekkers door een potentiële werkgever benaderd en hebben ook minder vaak via een advertentie hun functie gevonden. Zij hebben vaker via collegae of kennissen hun functie gevonden.

Vanwege de heterogeniteit van de groepen kan tevoren weinig gezegd worden over de aard van de functie die men gaat vervullen. Voor gedwongen vertrekkers voor wie de reden om de praktijk neer te leggen hun gezondheidstoestand was, zijn de mogelijkheden uiteraard beperkt. In de volgende paragraaf waarin deze groep centraal staat wordt daarop nog nader ingegaan.

De niet-gedwongen vertrekkers komen minder vaak in een sociaal-geneeskundige functie terecht en vaker in een hogere beleidsfunctie dan de gedwongen vertrekkers en de rest-groep. De gedwongen vertrekkers vinden vaker een functie als verzekeringsgeneeskundige dan de beide andere groepen.
Wat de functie aangaat is er dus een duidelijk verschil tussen de niet-gedwongen vertrekkers enerzijds en de gedwongen vertrekkers en de rest-groep anderzijds.

Tabel 10.6.: Soort functie naar al dan niet gedwongen karakter van het vertrek

	gedwongen vertrek		niet-gedwongen vertrek		rest-groep	
verzekeringsgeneeskundigen	28 %	62 %	9 %	38 %	19 %	60 %
bedrijfsgeneeskundigen	20 %		13 %		19 %	
overige sociale geneeskundigen	14 %		16 %		22 %	
functies voor specifieke populaties	14 %		11 %		11 %	
medisch-directeur verpleeghuis	5 %		6 %		5 %	
hogere beleidsfuncties	8 %	20 %	18 %	44 %	9 %	21 %
specialisaties	12 %		26 %		14 %	
totaal	100 %		100 %		100 %	
	(65)		(98)		(132)	

Eventuele verschillen in werkbelasting tussen de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers hebben we via dezelfde methode trachten op te sporen als in paragraaf 9.4. gebruikt is.
De resultaten van de discriminantanalyse zijn snel weergegeven: de beide groepen zijn op de indicatoren van de werkbelasting en de achtergrondvariabelen niet te onderscheiden. In de uitgangssituatie verschillen de gemiddelden van de variabelen niet voor de twee groepen, terwijl in de eindsituatie na uitvoering van de discriminant-analyse het aantal uren assistentie en de vorm van de praktijkvoering, los van de samenhangen met de andere variabelen, een miniem verschil veroorzaken. Een classificatie uitgaande van de discriminant-functie levert slechts 64 % juist geclassificeerde gevallen op.

Een laatste variabele waarop de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers vergeleken worden, is het aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot een gezamnelijke praktijkvoering te komen. Dit is een manier om de praktijk voort te zetten die men zou kunnen beschouwen als een alternatief voor vertrek uit de praktijk (in hoofdstuk 12 wordt hier nog nader op ingegaan).
In de volgende tabel is de verdeling weergegeven van het aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot een gezamenlijke praktijk te komen.

Tabel 10.7.: Aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot gezamenlijke praktijkvoering te komen naar het al dan niet gedwongen karakter van het vertrek

	gedwongen vertrek	niet-gedwongen vertrek	rest-groep
geen pogingen	76 %	68 %	73 %
één poging	20 %	17 %	20 %
meerdere pogingen	4 %	15 %	7 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	(54)	(84)	(123)

De gedwongen vertrekkers en de rest-groep verschillen niet van elkaar. Er is wel een klein verschil tussen de gedwongen vertrekkers en de niet-gedwongen vertrekkers. De laatste groep heeft iets vaker pogingen gedaan om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen.

De vergelijking tussen de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers kan als volgt samengevat worden. Het beeld dat in 3.2.1. geschetst was van gedwongen vertrek als een meer plotselinge gebeurtenis moet verworpen worden ten gunste van een interpretatie van gedwongen vertrek als een meer geleidelijk proces.
Wat de duur van de periode dat men naar een opvolger gezocht heeft en het percentage goodwill aangaat bleken de beide groepen niet te verschillen, maar de gedwongen vertrekkers hadden vaker een lange overgangsperiode.
De gedwongen vertrekkers zijn wat vaker in een sociaal-geneeskundige functie, en met name in de verzekeringsgeneeskunde, terechtgekomen dan de niet-gedwongen vertrekkers. De functie hebben zij vaker via collegae of kennissen gevonden en minder vaak via een advertentie.
Wat de werkbelasting aangaat zijn er geen verschillen tussen de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers.
Laatstgenoemde groep heeft wat vaker pogingen gedaan om op een andere manier, namelijk in een gezamenlijke praktijkvoering, de praktijk voort te zetten.

10.2.2. DE VERSCHILLEN TUSSEN DE GROEP DIE OM GEZONDHEIDSREDENEN DE PRAKTIJK VERLIET EN VIER ANDERE GROEPEN

De groep huisartsen die om gezondheidsredenen de huisartspraktijk neerlegde, is een wat duidelijker af te bakenen groep dan de gedwongen vertrekkers in het algemeen. Verminderd plezier in het huisartsenwerk speelt voor hen bijna niet mee: men vindt het huisartsenwerk nog steeds aantrekkelijk, maar kan het fysiek niet meer opbrengen. Het aspect van gedwongenheid vindt men terug in het feit dat voor deze groep de aantrekkelijkheid van de nieuwe functie weinig meespeelt bij de beslissing om de praktijk te verlaten.

In tabel 10.8. zijn deze verbanden weergegeven. Om te zorgen dat de groepen voldoende groot zijn, zijn de antwoord-categorieën "doorslaggevend" en "belangrijk" samengenomen, evenals de beide andere categorieën "speelde enigszins mee" en "speelde geen rol".

Tabel 10.8. Verband tussen de redenen aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie, verminderd plezier in het werk en de gezondheid

		gezondheid			
		doorslaggevend of belangrijk (+)		speelde enigszins of geen rol (-)	
		verminderd plezier +	verminderd plezier -	verminderd plezier +	verminderd plezier -
aantrekkelijke inhoud	+	3	11	60	88
	-	4	34	32	69

We zien in deze tabel dat binnen de groep die aangegeven heeft dat de gezondheidssituatie belangrijk of doorslaggevend was - dat is dus het linker gedeelte van de tabel - voor de meeste mensen verminderd plezier in het huisartsenwerk én aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie geen belangrijke rol speelden. In de rechter helft van de tabel, de groep voor wie gezondheid geen belangrijke rol speelde, is een dergelijk verband afwezig.
De groep respondenten voor wie gezondheid doorslaggevend of belangrijk was en voor wie verminderd plezier en aantrekkelijke functie geen belangrijke of doorslaggevende rol speelden, beschouwen we als het type vertrekkers om gezondheidsredenen. In de tabel is dit type te vinden in het linkergedeelte in de cel rechtsbeneden (vanwege de geringe aantallen worden de overige groepen uit het linkergedeelte van de tabel buiten beschouwing gelaten).
Het eerste type dat we in het rechtergedeelte van de tabel kunnen localiseren, is de "tegenvoeter" van de vertrekker om gezondheidsredenen: de huisarts die de praktijk neerlegt vanwege de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en omdat hij geen plezier meer heeft in het huisartsenwerk.
We vinden dit type vertrekker rechts in de tabel in de cel linksboven.
In de cel rechtsboven zit de groep voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie belangrijk of doorslaggevend was en voor wie gezondheid en verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol speelden.
In de cel linksbeneden in het rechtergedeelte van de tabel vinden we de groep voor wie de inhoud van de nieuwe functie geen rol, maar verminderd plezier in het huisartsenwerk wel een belangrijke rol speelde. De cel rechtsonder bevat de rest-groep voor wie geen van de drie factoren een belangrijke of doorslaggevende rol speelde.
We hebben zo vijf groepen om te vergelijken.
Deze groepen zijn in tabel 10.9. een keer onder elkaar gezet met het aantal respondenten per groep en de aanduiding die in de rest van de paragraaf gebruikt wordt voor die groep.

Tabel 10.9.: Vijf groepen praktijkverlaters

		ANTWOORDPATROON *)		
AANDUIDING	aantal	gezondheid	aantrekkelijke inhoud	verminderd plezier
gezondheidsredenen	34	+	-	-
verminderd plezier en aantrekkelijke functie	60	-	+	+
verminderd plezier	32	-	-	+
aantrekkelijke functie	88	-	+	-
rest-groep	69	-	-	-

*) doorslaggevend of belangrijk: +
speelde enigszins of geen rol: -

De groepen worden op dezelfde punten vergeleken als de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers.

Het eerste punt waarop de groepen vergeleken worden is de overdracht van de praktijk. Evenmin als bij de vergelijking van de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers zijn er verschillen in de duur van de periode dat men naar een opvolger gezocht heeft en het percentage goodwill.

De manier waarop men met de opvolger in contact gekomen is, differentiëert wel tussen de verschillende groepen.

Tabel 10.10: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar vijf groepen praktijkverlaters

	gezondh. redenen	aantrek. functie en verm. plezier	verminderd plezier	aantrek. functie	rest-groep
via informele wegen	42 %	31 %	27 %	26 %	45 %
via zelf geplaatste advertentie	13 %	19 %	20 %	31 %	15 %
actie van praktijk-zoekende arts	10 %	9 %	10 %	10 %	8 %
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A. of V.V.A.A.	10 %	10 %	10 %	7 %	3 %
via commerciële praktijkbemiddeling	23 %	25 %	30 %	24 %	24 %
overige	3 %	7 %	3 %	2 %	6 %
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n= 31	n= 59	n= 30	n= 84	n= 67

Het percentage respondenten dat via informele wegen een opvolger vindt, is onder de vertrekkers om gezondheidsredenen hoog (evenals onder de gedwongen vertrekkers uit paragraaf 10.2., tabel 10.4.); hetzelfde geldt voor de rest-groep voor wie noch de gezondheidssituatie, noch de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie, noch verminderd plezier in het huisartsenwerk een belangrijke of doorslaggevende rol speelden bij de beslissing de praktijk te verlaten. Opvallend is verder in deze tabel het relatief hoge percentage respondenten in de groep met aantrekkelijke inhoud dat via een zelfgeplaatste advertentie een opvolger vindt.

Wat betreft het al of niet hebben van een lange overgangsperiode is het verschil tussen de groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet en de groep met verminderd plezier het grootste. Van laatstgenoemde groep heeft niemand een langdurige overgangsperiode, terwijl van de groep met gezondheidsredenen 19 % zo'n overgangsperiode heeft.
Van de rest-groep heeft 14 % een overgangsperiode en van de groep aantrekkelijke functie en verminderd plezier en van de groep met aantrekkelijke functie 5 %.

De manier waarop men zijn functie verkregen heeft, levert voor de groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegt, eenzelfde beeld op als voor de gedwongen vertrekkers en dat verschilt van het beeld voor de andere groepen.

Tabel 10.11: Manier waarop men zijn functie c.q. opleidingsplaats verkregen heeft naar vijf groepen praktijkverlaters

	gezondh. redenen	aantrek. functie en verm. plezier	verminderd plezier	aantrek. functie	rest-groep
door werkgever/opleidings-instantie benaderd	21 %	9 %	21 %	31 %	15 %
zelf werkgever/opleidings-instantie benaderd	12 %	36 %	10 %	13 %	21 %
via collegae/kennissen	32 %	19 %	24 %	7 %	16 %
via een advertentie	32 %	36 %	31 %	42 %	44 %
voortzetting nevenfunctie	3 %	0	10 %	6 %	4 %
op overige wijze	0	2 %	3 %	1 %	0
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n= 34	n= 59	n= 29	n= 86	n= 68

De groep respondenten voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie belangrijk of doorslaggevend was (en verminderd plezier niet) is het vaakst door de werkgever benaderd. Ondanks (of misschien zelfs dankzij) het feit dat men zich nog thuisvoelde in het huisartsenwerk, is men door een aanlokkelijk aanbod weggezogen. In de groep aantrekkelijke functie en verminderd plezier is het percentage dat zelf een werkgever/opleidingsinstantie benadert het grootst (dit hoge percentage hangt samen met het feit dat er veel specialisten in opleiding in deze groep zitten).

Wat betreft de aard van de nieuwe functie zijn de verschillen nog duidelijker dan die bij de vergelijking van de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers. Het percentage verzekeringsgeneeskundigen is onder degenen die om gezondheidsredenen de praktijk verlieten, nog hoger dan onder de gedwongen vertrekkers, terwijl specialiseringen in deze groep in het geheel niet voorkomen.

Het verschil tussen degenen die om gezondheidsredenen de praktijk verlieten en de rest-groep is klein, maar met de andere groepen zijn er grote verschillen. De groep met aantrekkelijke functie en verminderd plezier heeft het hoogste percentage specialisten i.o., terwijl het percentage hogere beleidsfuncties het hoogste is onder de groep met aantrekkelijke functie als reden voor vertrek.

Tabel 10.12.: Soort functie uitgesplitst naar vijf groepen praktijkverlaters

	gezondh. redenen	aantrek. functie en verm. plezier	verminderd plezier	aantrek. functie	rest-groep
verzekeringsgeneeskundigen	34 %	10 %	19 %	12 %	26 %
bedrijfsgeneeskundigen	28 %	19 %	16 %	12 %	20 %
overige sociale geneeskundigen	19 %	17 %	16 %	13 %	26 %
functies v. specifieke populaties	13 %	7 %	16 %	11 %	12 %
medisch-directeur verpleeghuis e.d.	0	3 %	7 %	11 %	3 %
hogere beleidsfuncties	6 %	3 %	7 %	29 %	3 %
specialisaties	0	41 %	19 %	14 %	10 %
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n= 32	n= 59	n= 31	n= 86	n= 69

De vergelijking van de werkbelasting van de verschillende groepen praktijkverlaters zal volgens dezelfde methode gemaakt worden als de vergelijking tussen de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers. Beide laatstgenoemden konden niet duidelijk onderscheiden worden wat de werkbelasting betreft.
Hier, waar de groepen wat minder heterogeen zijn vinden we wel verschillen op het gebied van de werkbelasting. We zullen eerst de groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegt vergelijken met de groep met aantrekkelijke functie en verminderd plezier.
De belangrijkste verschillen tussen beide groepen zijn in de uitgangssituatie van de discriminantanalyse gelocaliseerd in de achtergrondvariabelen leeftijd (groep gezondheidsredenen gemiddeld 48 jaar en groep aantrekkelijke functie en verminderd plezier 41 jaar) en het al of niet apotheekhoudend zijn (groep gezondheidsredenen vaker apotheekhoudend) en in enkele variabelen die daar sterk mee samenhangen: het aantal bevallingen (groep gezondheidsredenen meer bevallingen; hangt evenals het al of niet apotheekhoudend zijn nauw samen met de locatie van de praktijk), de hoeveelheid tijd besteed aan nevenfuncties (groep gezondheidsredenen besteedt daar meer tijd aan; hangt samen met leeftijd) en het aantal patiënten dat men op een drukke dag tijdens visites ziet (groep gezondheidsredenen meer; hangt ook samen met leeftijd en met de locatie van de praktijk).
Na uitvoering van de analyse blijven de verschillen in leeftijd en het hebben van een apotheek bestaan en is er een verschil in het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt, los van de samenhangen

met de andere variabelen.
De huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk neerleggen zijn dus ouder en hebben vaker een apotheek en worden vaker 's nachts gestoord dan degenen die de praktijk neerleggen vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier in het werk.
(Een overzicht van de uitgevoerde discriminantanalyses vindt men in tabel 10.14, op pagina 122).
De groepen verschillen zo duidelijk dat 83 % van de gevallen juist ingedeeld wordt uitgaande van de discriminant-functie.

Nu dan de vergelijking tussen de groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet en de groep voor wie verminderd plezier wel en aantrekkelijke functie niet belangrijk was. De beide groepen verschillen (in geringe mate) qua uitgangspositie: de groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet woont wat vaker op het platteland, is vaker apotheekhoudend (hangt sterk samen), is gemiddeld wat ouder en doet wat meer bevallingen dan de groep met verminderd plezier in het werk. Na uitvoering van de discriminant-analyses zijn er nagenoeg geen verschillen meer tussen beide groepen. Met andere woorden, als er rekening gehouden wordt met de onderlinge samenhangen tussen de variabelen zijn er geen verschillen in werkbelasting tussen beide groepen.

Ook tussen de groep die om gezondheidsredenen vertrok en de groep die vanwege een aantrekkelijke functie vertrok zijn bijna geen verschillen. Wat de uitgangspositie aangaat verschillen zij in het aantal patiënten op een drukke dag tijdens visites (eerstgenoemde groep iets meer) en in de hoeveelheid tijd besteed aan laboratoriumwerk en apotheekwerk (eerstgenoemde groep iets minder). In de eindsituatie blijft alleen het verschil in hoeveelheid tijd besteed aan laboratoriumwerk en apotheekwerk bestaan. Dat het verschil in aantal patiënten tijdens visites niet blijft bestaan, wordt veroorzaakt door het feit dat de groep gezondheidsredenen iets vaker apotheekhoudend is. Daardoor daalt de discriminerende kracht van het aantal patiënten op visites en stijgt de discriminerende kracht van de tijd besteed aan laboratorium- en apotheekwerk iets. Over het geheel gezien komen we niet tot de conclusie dat beide groepen verschillen in werkbelasting.

De groep die om gezondheidsredenen de praktijk verlaat en de rest-groep verschillen in de uitgangssituatie alleen op het aantal patiënten op een drukke dag tijdens visites (eerstgenoemde groep meer). In uiteindelijke situatie na uitvoering van de discriminantanalyse blijft dit verschil bestaan en is er een verschil in het al of niet hebben van een apotheek. Het verschil in aantal patiënten tijdens visites resulteert niet in een verschil in aantal werkuren.
We kunnen concluderen dat beide groepen niet verschillen in werkbelasting.

De groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegde is nu vergeleken met elke van de vier andere groepen. Alleen met de groep die vertrekt vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk is er, als er rekening gehouden wordt met de onderlinge samenhang van de verschillende variabelen, een verschil in werkbelasting.

Van de andere mogelijke vergelijkingen van paren groepen levert alleen die tussen de groep die vanwege een aantrekkelijke functie èn verminderd plezier de praktijk neerlegt en de groep die alleen vanwege aantrekkelijke functie, de praktijk neerlegt, een verschil in werkbelasting op. Deze vergelijking is ook in de overzichtstabel opgenomen. De andere mogelijke vergelijkingen leveren alleen verschillen in de achtergrondvariabelen op (zij zijn niet in de tabel opgenomen).
De groep aantrekkelijke functie én verminderd plezier en de groep aantrekkelijke functie verschillen in de uitgangssituatie op enkele achtergrondvariabelen , te weten de praktijkgrootte (groep aantrekkelijke functie gemiddeld kleinere praktijk), leeftijd (groep aantrekkelijke functie is ouder) en het hebben van een apotheek (groep aantrekkelijke functie vaker apotheekhoudend); ze verschillen in de grootte van de waarnemingsgroep waarvan ze deel uitmaken (groep aantrekkelijke functie iets kleinere waarnemingsgroep), de tijd besteed aan laboratorium- en apotheekwerk en aan nevenfuncties (groep aantrekkelijke functie besteedt daar meer tijd aan) en het hebben van een afspraakspreekuur (groep aantrekkelijke functie heeft minder vaak een afspraakspreekuur).
Na uitvoering van de discriminantanalyse verdwijnen de verschillen op de variabelen afspraakspreekuur (door het sterk discriminerende vermogen van leeftijd), grootte van de waarnemingsgroep en de tijd besteed aan laboratoriumwerk en apotheekwerk (door de sterke invloed van het al of niet apotheekhoudend zijn) en praktijkgrootte (omdat de tijd besteed aan nevenfuncties sterker discrimineert).
De verschillen in leeftijd, het hebben van een apotheek en de tijd besteed aan nevenfuncties blijven bestaan en er treedt een verschil op de voorgrond in het aantal uren dat de echtgenote meehelpt in de praktijk.
Dit eindresultaat wijst eerder in de richting dat de groep aantrekkelijke inhoud zijn tijd anders besteedt dan de groep aantrekkelijke inhoud èn verminderd plezier dan dat er een duidelijk verschil in werkbelasting is. Met behulp van de discriminant-functie kan 72 % van de gevallen juist ingedeeld worden.

Uit de vergelijkingen van de groepen op het gebied van de werkbelasting kunnen de volgende conclusies getrokken worden. De groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegt, verschilt qua werkbelasting van de groep aantrekkelijke functie èn verminderd plezier, maar niet van de andere groepen. De groep aantrekkelijke functie èn verminderd plezier verschilt van de groep aantrekkelijke functie, maar het verschil is meer gelegen in de besteding van de tijd dan in de werkbelasting.

Het laatste punt waarop de groepen vergeleken worden is weer het aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen.

Tabel 10.13.: Aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot gemeenschappelijke praktijkvoering te komen naar vijf groepen praktijkverlaters

	gezondh. redenen	aantrek. functie en verminderd plezier	verminderd plezier	aantrek. functie	rest-groep
geen pogingen	89 %	67 %	73 %	75 %	69 %
één poging	11 %	18 %	4 %	18 %	24 %
meerdere pogingen	0	16 %	23 %	8 %	7 %
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n= 27	n= 51	n= 26	n= 79	n= 62

De groep huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk neergelegd heeft, heeft relatief het vaakst geen pogingen gedaan om tot een gemeenschappelijke praktijkvoering te komen.
De groep aantrekkelijke functie èn verminderd plezier en de groep verminderd plezier hebben relatief vaker dan de andere groepen meerdere pogingen gedaan.

Tabel 10.14.: Weergave resultaten van discriminantanalyses ter vergelijking van groepen praktijkverlaters

	groep gezondh.redenen vergeleken met groep aantr.functie + verminderd plezier		gr.gezondh.r. vergeleken met groep verminderd plezier		gr.gezondh.r. vergeleken met gr. aantrek. functie		gr.gezondh.r. vergeleken met rest-groep		gr. aantrek.functie + verm.plezier vergeleken met groep aantrekkelijke functie	
abelen	Verschil in uitgangspos.	Verschillen uiteindel.	Uitg. pos.	Uiteindelijk	Uitg. pos.	Uiteindelijk	Uitg. pos.	Uiteindelijk	Uitgangspositie	Uiteindelijk
ERGRONDVARIABELEN										
tijkgrootte									+	
heek	+	+	+					+	+	+
nisatiegraad			+							
tijkvorm										
tijd	+	+	+						+	+
N.-STRUCTUUR PRAKTIJK										
al ruimten in praktijkgebouw										
al uren assistentie										
raakspreekuur									+	
al uren hulp echtgenote										+
ËNTENAANTALLEN										
ënten drukke dag op spreekuur										
ënten drukke dag tijdens visites	+				+		+	+		
HIKBAARHEID										
al bevallingen	+		+							
al malen 's nachts gestoord		+								
al zaterdagen en avonden dienst										
tte van waarnemingsgroep									+	
SBESTEDING										
al aantal werkuren										
aan patiëntenverzorging										
aan specialisten en										
ndere hulpverleners										
aan lab. en apotheekwerk					+	+			+	
aan praktijkorganisatie										
aan nevenfuncties	+								+	+
al nevenfuncties										

10.3. SAMENVATTING

We hebben in dit hoofdstuk getracht wat orde aan te brengen in de verscheidenheid van achtergronden van vertrek uit de praktijk. De verscheidenheid komt naar voren uit het overzicht van de frequentie waarmee verschillende redenen om de praktijk neer te leggen genoemd zijn. Drie veel genoemde redenen waren de werkbelasting, de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk.

De eerste manier waarop orde gebracht is in de veelheid van achtergronden, is het onderscheid geweest tussen gedwongen en niet-gedwongen vertrek uit de praktijk. De twee groepen die rond dit onderscheid zijn samengesteld, zijn vergeleken op het punt van het proces van overdracht van de praktijk, op aard en manier van verwerven van de nieuwe functie, op pogingen om een alternatief voor vertrek, te weten gemeenschappelijke praktijkvoering, te realiseren en op aspecten van de werkbelasting en variabelen die daarop van invloed zijn.

De tweede manier waarop een ordening aangebracht is in de achtergronden van het vertrek, betekent een verfijning en tevens inperking van de groepen gedwongen en niet-gedwongen vertrekkers. De verfijning kwam tot stand door de rol die de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk speelden, in de beschouwing op te nemen. De inperking bestond hierin dat niet meer met de hele groep gedwongen vertrekkers gewerkt werd, maar alleen met degenen die om gezondheidsredenen de praktijk verlieten. Het aantal groepen dat vergeleken werd kwam daardoor op vijf.

Het proces van vertrek uit de praktijk bleek zowel bij de groep gedwongen vertrekkers als bij de beperktere groep die de praktijk om gezondsheidsredenen verliet en voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol speelden, een meer geleidelijk karakter te hebben. Beide groepen zijn vaker via informele kanalen, aan hun opvolger gekomen. Ook qua aard van de functie verschillen de gedwongen vertrekkers van de niet-gedwongen vertrekkers en de vertrekkers om gezondheidsredenen van de vier andere groepen. De gedwongen vertrekkers blijken vaker een sociaal-geneeskundige functie te verwerven. Met name komen zij vaker in een verzekeringsgeneeskundige functie terecht. We vinden dit nog sterker terug bij de vergelijking van de vertrekkers om gezondheidsredenen met de andere groepen. De oorzaak ligt mogelijk in de geringe fysieke belasting die een verzekeringsgeneeskundige functie met zich mee brengt. In de groep respondenten voor wie gezondheid geen rol speelde en aantrekkelijke inhoud en verminderd plezier wel, was het percentage specialisten i.o. relatief hoog. In de groep voor wie gezondheid en verminderd plezier geen rol speelden, maar aantrekkelijke inhoud van de functie wel, was het percentage dat in een hogere beleidsfunctie terecht kwam, relatief hoog.

Op het gebied van de werkbelasting bleken de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers niet te verschillen. De groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet, verschilt op dit gebied wel van de groep die vanwege een aantrekkelijke functie èn verminderd plezier in het huisartsenwerk de praktijk neerlegde, maar niet van de drie andere groepen.
Los van de samenhangen met de andere variabelen verschillen beide groepen in leeftijd, het hebben van een apotheek en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt.

Met betrekking tot het aantal pogingen dat men gedaan heeft om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen, was er slechts een klein verschil tussen de gedwongen en de niet-gedwongen vertrekkers.
Bij de vergelijking van de vertrekkers om gezondheidsredenen met de andere groepen kwam naar voren dat dat geringe verschil kan liggen aan het betrekkelijk heterogene karakter van eerstgenoemde groepen.
Daar kwam naar voren dat de vertrekkers om gezondheidsredenen weinig pogingen gedaan hadden en dat de beide groepen voor wie verminderd plezier in het huisartsenwerk een belangrijke of doorslaggevende rol speelde, relatief het vaakst meerdere pogingen gedaan hadden. In hoeverre frustratie over het mislukken van dergelijke pogingen een rol gespeeld heeft bij de beslissing om de praktijk te verlaten is niet na te gaan.

11. VERTROKKEN EN PRAKTIZERENDE ARTSEN

In dit hoofdstuk wordt een vergelijking gemaakt tussen een deel van de vertrokken huisartsen (artsen die op het moment van vertrek tussen de 40 en 54 jaar oud waren en een andere functie op medisch gebied zijn gaan uitoefenen) en een qua leeftijd, urbanisatiegraad en landsdeel overeenkomende, op het moment van uitzending van de enquête (medio 1977) nog praktizerende groep.

Aan de groep praktizerende artsen is gevraagd een beschrijving van hun situatie te geven zoals die was rond 1972.
(Bij dergelijke retrospectieve vragen blijft altijd een probleem of er een vertekening in de antwoorden optreedt. Binnen het kader van dit verslag kan dat niet getoetst worden).
De beschrijving van de praktijksituatie van de vertrokken artsen is vergeleken met de beschrijving die de groep praktizerenden van de toestand van 5 jaar geleden heeft gegeven (ook al is de beschrijving van de onderzoeksresultaten soms in de tegenwoordige tijd gesteld).

We beginnen tamelijk ongecompliceerd. Eerst een rechtstreekse vergelijking op de al zo bekende manier, namelijk eerst per variabele afzonderlijk en dan via een discriminant-analyse.
We vergelijken - alsof nog geen opmerking gemaakt is over verschillende soorten vertrek - de gehele groep praktizerende artsen met de gehele groep vertrokkenen.
Daarna vragen we ons af of we de groep praktizerende huisartsen wel als een geheel mogen beschouwen; is deze groep niet heterogeen van samenstelling ?
Het enige criterium waaraan we deze vraagstelling hebben getoetst is de vraag geweest of men ooit erover gedacht heeft dan wel serieuze pogingen heeft ondernomen om de praktijk te verlaten. Mensen in de laatste categorie zijn eigenlijk ook een soort "vertrekkers" en er is een kans dat zij eerder overeenkomsten vertonen met de daadwerkelijk vertrokken huisartsen dan met de praktizerende groep.
Vervolgens vindt een nadere verfijning plaats van de analyse en worden de in het vorige hoofdstuk onderscheiden soorten vertrekkers vergeleken met de praktizerende artsen.
Het accent ligt in deze analyse op de aspecten van werkbelasting en de omstandigheden die daarop van invloed zijn.

11.1. DE WERKBELASTING VAN VERTROKKEN EN PRAKTIZERENDE ARTSEN

Om de vertrokken en de praktizerende huisartsen te vergelijken op het gebied van de werkbelasting is het belangrijk om rekening te houden met de onderlinge samenhangen van de variabelen.
De beide groepen artsen zullen eerst per variabele vergeleken worden; daarna zal een multivariate vergelijking gemaakt worden volgens de methode van discriminant-analyse.

Van de achtergrondvariabelen verschilt alleen de vorm van de praktijkvoering. De praktizerende artsen hebben iets vaker een gemeenschappelijke praktijkvoering dan de vertrokken huisartsen. Omdat de groepen niet verschillen in leeftijd en in urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is/was (daar is rekening mee gehouden bij de samenstelling van de groepen, zoals in hoofdstuk 4 is beschreven), verschillen ze ook nauwelijks in percentage dat apotheekhoudend is.
De grootte van de waarnemingsgroep, een variabele die nauw samenhangt met de urbanisatiegraad, verschilt ook niet.
Beide groepen verschillen wel duidelijk in het aantal bevallingen: de praktizerende artsen doen aanzienlijk minder bevallingen.
Het aantal nevenfuncties en de tijd die men daaraan besteedt, is groter voor de vertrokken artsen (op dit punt zal in de laatste paragraaf nog teruggekomen worden).
Wat de hoeveelheid assistentie aangaat verschillen beide groepen niet in aantal uren doktersassistentie of administratieve assistentie, maar wel in het aantal uren dat de echtgenote meewerkt in de praktijk; dat is groter voor de praktizerende artsen.
De praktizerende artsen hebben vaker een afspraakspreekuur dan de vertrokkenen. Op de typische beschikbaarheids-indicatoren, namelijk het aantal zaterdagen en avonden dienst en het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt verschillen beide groepen niet.
Zowel het aantal patiënten op een drukke dag op het spreekuur als het aantal patiënten op een drukke dag tijdens visites liggen voor de vertrokken artsen gemiddeld iets hoger (het aantal patiënten op een normale dag op spreekuur en tijdens visites verschilt niet voor beide groepen).
De laatste variabelen waarop de groepen verschillen is het aantal uren dat men per dag werkte. Dit is voor de groep vertrokken artsen hoger. Deze verschillen per variabele die de uitgangssituatie voor de discriminant-analyse zijn, zijn weergegeven in tabel 11.1.

Als de verschillen tussen de groepen multivariaat bekeken worden, dat wil zeggen rekening houdend met de onderlinge samenhangen van de variabelen, dan blijven de meeste verschillen bestaan.
Het verschil in tijd besteed aan nevenfuncties verdwijnt, maar dat komt omdat het aantal nevenfuncties iets sterker discrimineert tussen beide groepen. Ook het aantal patiënten op een drukke dag tijdens visites differentiëert uiteindelijk niet meer tussen de groepen, maar het verschil in aantal patiënten tijdens een druk spreekuur blijft bestaan, los van de andere variabelen, zoals praktijkgrootte en het al of niet hebben van een afspraakspreekuur.
In de uiteindelijke analyse treedt er een verschil op in tijd besteed aan de directe verzorging van de patiënten: de praktizerende artsen besteden iets meer tijd aan de directe verzorging van de patiënten.
Dat verschil komt naar voren als het verschil in aantal patiënten tijdens visites uitgeschakeld is. (Het aantal patiënten tijdens visites hangt positief samen met de tijd besteed aan directe verzorging van de patiënten; en het aantal patiënten tijdens visites is voor de vertrokkenen hoger en de tijd besteed aan de directe verzorging van de patiënten lager).

Los van het feit dat de praktizerende artsen wat minder uren maken per dag, besteden ze toch meer tijd aan de directe verzorging van de patiënten dan de vertrokken artsen. Het is mogelijk dat er bij de vertrokken artsen een groot gedeelte van de totale werktijd in nevenfuncties gaat zitten en dat daarmee het aantal werkuren wat hoger uitkomt. Dat zou betekenen dat het groter aantal werkuren een min of meer vrijwillig gekozen belasting is.

De conclusie over het verschil in werkbelasting tussen de praktizerende en vertrokken artsen is dat de vertrokken artsen over het geheel genomen wel iets zwaarder belast zijn met name door het aantal bevallingen en het aantal patiënten op een druk spreekuur, maar voor het verschil in aantal uren dat men werkt is de tijd die men aan nevenfuncties besteedt, voornamelijk verantwoordelijk.
Uitgaande van de discriminant-functie kan 69 % van de gevallen juist voorspeld worden. (Als men in het oog houdt dat het minimale aantal juist voorspelde gevallen 50 % en het maximun 100 % is, is dit niet erg veel).

Tabel 11.1.: Weergave resultaten discriminant-analyse.
Criterium variabele: al of niet praktijk
neergelegd discriminerende variabelen:
maten voor feitelijke werkbelasting

Variabelen	Verschillen in uitgangspunt	uiteindelijk
ACHTERGRONDVARIABELEN		
praktijkgrootte		
apotheek		
urbanisatiegraad		
praktijkvorm	+	+
leeftijd		
ORGANISATIE-STRUCTUUR PRAKTIJK		
aantal ruimten in praktijkgebouw		
aantal uren assistentie		
afspraakspreekuur	+	+
aantal uren hulp echtgenote	+	+
PATIëNTENAANTALLEN		
patiënten drukke dag op spreekuur	+	+
patiënten drukke dag tijdens visites	+	
BESCHIKBAARHEID		
aantal bevallingen	+	+
aantal malen 's nachts gestoord		
aantal zaterdagen en avonden dienst		
TIJDSBESTEDING		
totaal aantal werkuren	+	+
tijd aan patiëntenverzorging		+
tijd aan specialisten en andere hulpverleners		
tijd aan lab.- en apotheekwerk		
tijd aan praktijkorganisatie		
tijd aan nevenfuncties	+	
aantal nevenfuncties	+	+

11.2. EEN DIFFERENTIATIE VAN DE PRAKTIZERENDE EN VERTROKKEN ARTSEN

In de vorige paragraaf zijn de praktizerende en de vertrokken artsen over één kam geschoren. In hoofdstuk 10 is al wel gebleken dat dat voor de vertrokken artsen niet helemaal terecht is, gezien de verschillen tussen met name de groep die om gezondheidsredenen vertrokken is en de groep die vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier de praktijk neergelegd heeft.

De groep praktizerende artsen kan nader gedifferentieerd worden door de antwoorden op de vraag of men er wel eens over denkt om de praktijk neer te leggen, in beschouwing te nemen. Men kan een onderscheid maken tussen de groep die er nooit over gedacht heeft om de praktijk neer te leggen en de groep die wel eens of vaak met de gedachte speelt om op te houden.
Als deze twee groepen qua werkbelasting verschillen zou de vergelijking met de vertrokken artsen ook wel eens grotere verschillen kunnen gaan opleveren. De groep die wel eens of vaak denkt over neerleggen van de praktijk (ruim de helft van de groep praktizerende artsen) en de groep die daar nooit over denkt zijn daarom vergeleken op de achtergrondvariabelen en de variabelen die werkbelasting indiceren. Het enige verschil dat gevonden wordt bij een vergelijking per variabele, is dat de groep die nooit over neerleggen van de praktijk denkt, gemiddeld iets ouder is.
Ook wanneer de multivariate samenhangen bekeken worden via een discriminant-analyse is dat het enige verschil. Een differentiatie van de praktizerende artsen op dit criterium levert geen verschillen in werkbelasting. We kunnen de praktizerende artsen dus verder als één groep blijven vergelijken in dit opzicht.

We zullen de groep praktizerende artsen dan nu vergelijken met de in hoofdstuk 10 onderscheiden typen vertrekkers. Eén type vertrekker, namelijk de groep die vanwege verminderd plezier de praktijk neergelegd heeft, is te klein om in de vergelijkingen te betrekken *.
De belangrijkste conclusie van hoofdstuk 10 was dat de vertrekkers om gezondheidsredenen zwaarder belast zijn dan degenen met verminderd plezier en aantrekkelijke functie. Bij vergelijking van deze groepen met de praktizerende artsen verwachten we dat de groep gezondheidsredenen zwaarder belast is dan de praktizerende artsen en dat de groep met aantrekkelijke functie en verminderd plezier geen verschil vertoont met de praktizerende artsen. De groep voor wie aantrekkelijke functie een rol speelde maar verminderd plezier niet - de groep die min of meer weggezogen is uit het huisartsenwerk - zou ook niet in werkbelasting moeten verschillen van de praktizerenden.

* Deze groep was al klein en er zaten een aantal huisartsen in die zich zijn gaan specialiseren. In de vergelijkingsgroep vertrokken artsen zitten alleen degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen.

De uitkomsten van de discriminant-analyses die uitgevoerd zijn om de vergelijkingen te maken, zijn weergegeven in tabel 11.2.

Tabel 11.2.: Weergave resultaten discriminant-analyses. Criterium-variabele: praktizerende artsen en typen vertrekkers. Discriminerende variabelen: maten voor feitelijke werkbelasting en achtergrondvariabelen

VARIABELEN	gezondheidsredenen		verm.plezier en aantrekkelijke f.		aantrekkelijke functie		rest-groep	
	uitg.sit.	uiteind.	uitg.sit.	uiteind.	uitg.sit.	uiteind.	uitg. sit.	uiteind.
ACHTERGRONDVARIABELEN								
praktijkgrootte								
apotheek			+					
urbanisatiegraad								
praktijkvorm								
leeftijd	+	+		+				
ORGAN.-STRUCTUUR PRAKTIJK								
aantal ruimten pr.gebouw								
aantal uren assistentie					+	+		
afspraakspreekuur	+	+			+	+	+	+
aantal uren hulp echtgenote					+			
PATIËNTENAANTALLEN								
pat. drukke dag op spreekuur			+	+				
pat. drukke dag visite	+							
BESCHIKBAARHEID								
aantal bevallingen	+	+			+	+	+	+
aantal malen 's nachts gestoord								
aantal zaterdagen en avonden dienst								
grootte waarnemingsgroep								
TIJDSBESTEDING								
totaal aantal werkuren	+			+	+	+	+	+
tijd aan pat.verzorging				+		+		+
tijd specialisten en andere hulpverleners								
tijd lab./apotheek		+						
tijd praktijkorganisatie								
tijd nevenfuncties	+	+		+	+			
aantal nevenfuncties	+		+	+	+	+	+	

Enkele in het oog springende punten zullen hier besproken worden. De praktizerende artsen en de groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegde verschillen wat betreft de achtergrondvariabelen alleen in leeftijd; de praktizerenden zijn wat jonger. De groep met gezondheidsredenen doet meer bevallingen dan de praktizerende artsen. Dat verschil vinden we ook bij de groep aantrekkelijke functie en bij de rest-groep. Wat betreft het aantal werkuren is er uiteindelijk geen verschil met de groep gezondheidsredenen, maar wel met de andere groepen. Zij maken meer uren dan de praktizerende artsen. Tijd besteed aan nevenfuncties, dan wel het aantal nevenfuncties verschilt in alle vergelijkingen, behalve die met de rest-groep. Het hebben van een afspraakspreekuur differentiëert in alle vergelijkingen, behalve in die met de groep verminderd plezier en aantrekkelijke functie.

Wat betreft de werkbelasting van de praktizerende artsen in vergelijking met de groepen vertrekkers, lijkt het verschil in aantal bevallingen een belangrijk gegeven. Dat de vertrokkenen in een aantal gevallen meer werkuren maken dan de praktizerenden hangt, evenals in de vergelijking in de vorige paragraaf, met de nevenfuncties en daaraan bestede tijd samen.
Over het geheel genomen levert de differentiatie naar typen vertrekkers weinig nieuwe inzichten op.

11.3. DE NEVENFUNCTIES

In paragraaf 8.2.2. is erop gewezen dat het hebben van een bepaald soort nevenfunctie de overstap naar de volledige uitoefening van eenzelfde functie zou kunnen vergemakkelijken.
Men zou deze stelling uit kunnen breiden naar de stelling, dat het hebben van een willekeurige nevenfunctie, de overstap van het huisartsenwerk naar een andere functie vergemakkelijkt door het contact wat men erdoor heeft met andersoortig werk en collegae die ander werk doen.
In de eerste paragrafen van dit hoofdstuk hebben we gezien dat het aantal nevenfuncties dan wel de tijd die men eraan besteedt sterk discrimineren tussen de praktizerende en de vertrokken artsen.
De praktizerende artsen oefenen in 45 % van de gevallen een of meer nevenfuncties uit, terwijl dat voor de vertrokkenen 64 % is.
De aard van de nevenfuncties die men uitoefent verschilt niet voor de beide groepen.
Over de oorzaak van het feit dat de vertrokken artsen vaker nevenfuncties hadden, kunnen we niets zeggen. Misschien is men juist een nevenfunctie gaan uitoefenen uit een gevoel van onvrede met het huisartsenwerk.
Het gegeven kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden, maar het frappante verschil blijft bestaan.

11.4. SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is een groep vertrokken artsen vergeleken met een groep praktizerende artsen op het gebied van de werkbelasting en daarmee samenhangende variabelen.

Een belangrijk verschil tussen de vertrokken en de praktizerende huisartsen is te vinden in het aantal nevenfuncties en de tijd die daaraan besteed wordt: van de vertrokken huisartsen oefende 64 % een of meer nevenfuncties uit, terwijl het overeenkomstige percentage voor de praktizerenden 45 % is. Men zou de veronderstelling kunnen uiten dat het hebben van nevenfuncties de overstap vergemakkelijkt van het huisartsen werk naar een andere functie door het contact dat men erdoor heeft met andersoortig werk en collegae die ander werk doen.
Over de oorzaak van het feit dat de vertrokken artsen vaker nevenfuncties hadden, kunnen we niets zeggen. Het is mogelijk dat men juist een nevenfunctie is gaan uitoefenen uit een gevoel van onvrede met het huisartsenwerk.

Ook op een aantal andere punten zijn er - rekening houdend met onderlinge samenhangen van de variabelen - verschillen aan te wijzen tussen vertrokken en praktizerende artsen.
De vertrokken artsen doen meer bevallingen (maar worden niet vaker 's nachts gestoord), hebben wat vaker een solo-praktijk, hebben minder vaak een afspraakspreekuur, hebben minder uren hulp van de echtgenote in de praktijk, zien meer patiënten op een drukke dag op het spreekuur en hoewel ze gemiddeld wat langere werkdagen maken, besteden ze minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten.
Gezien de laatste twee verschillen - vertrokken artsen hebben een langere werkdag maar besteden minder tijd aan directe verzorging van de patiënten - en het verschil in nevenfuncties, dringt de veronderstelling zich op dat bij de vertrokken artsen nogal wat tijd in nevenfuncties gaat zitten en dat daardoor het aantal werkuren wat hoger uitkomt. Vergelijking van de praktizerende huisartsen met de vijf groepen praktijkverlaters die in het vorige hoofdstuk onderling vergeleken zijn, levert grosso modo dezelfde verschilpunten op, zij het dat er hier en daar kleine afwijkingen zijn.

De conclusie over verschillen in werkbelasting en factoren die daarop van invloed zijn, is dat de vertrokken en de praktizerende artsen op het beschikbaarheidsaspect niet verschillen (ondanks het feit dat de vertrokkenen meer bevallingen deden). Op het gebied van de werkzaamheden op zich wijst het aantal uren dat men per dag werkt en het groter aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet, in de richting van een hogere belasting van de vertrokken artsen.

12. ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK EN PLANNEN VOOR DE TOEKOMST

In dit laatste hoofdstuk komen nog twee onderwerpen aan de orde. Het eerste - alternatieven voor vertrek uit de praktijk - is al in hoofdstuk 3 aangetipt. Het tweede onderwerp - plannen voor de toekomst - gaat over de vraag aan de praktijkverlaters of men terug zou willen in het huisartsenwerk en over de vraag aan de praktizerende artsen of men er over denkt de huisartspraktijk neer te leggen.

12.1. ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK

Het neerleggen van de huisartspraktijk is een ingrijpende stap. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat huisartsen die die stap ondernemen eerst op andere manieren getracht hebben hun onvrede of belasting te verminderen.

De toetsing van een dergelijke stelling vereist een heel specifieke onderzoeksopzet, omdat vastgesteld zou moeten worden of een alternatief door de betrokkene als zodanig opgevat wordt, hoe een alternatief afgewogen wordt t.o.v. andere alternatieven (waaronder het alternatief gewoon doorgaan) en hoe men de haalbaarheid van een alternatief inschat.
In het kader van het onderzoek waarover hier gerapporteerd wordt is dat niet mogelijk. Er zijn wel enkele vragen opgenomen die een indicatie kunnen geven van alternatieven voor het vertrek uit de praktijk.
Voordat de gegevens gepresenteerd worden zullen we nog iets meer zeggen over mogelijke alternatieven.

We onderscheiden twee situaties: één waarin de oorzaak van het denken over neerleggen van de praktijk voortspruit uit een hoge belasting en één waarin dit voortspruit uit onvrede met het huisartsenwerk.
In deze twee situaties zijn andersoortige alternatieven relevant.

In het eerste geval gaat het om alternatieven die de werkzaamheden verlichten. Dat kan bereikt worden door een verlegging van prioriteiten waardoor meer tijd beschikbaar komt voor de praktijk, en door een verandering van de hoeveelheid werkzaamheden door middel van het "afstoten" van patiënten (praktijksluiting, overdracht van een deel van de praktijk, associatie) of door middel van een doelmatiger opzet van de praktijk (betere indeling praktijkgebouw, meer assistentie, instelling van afspraakspreekuur).

In het tweede geval gaat het om alternatieven die de onvrede met het werk verminderen. Dat kan ook weer bereikt worden door het verleggen van prioriteiten, waardoor meer tijd beschikbaar komt voor als bevredigender ervaren activiteiten (nascholing, nevenfuncties, bestuursfuncties) of door een verandering van de aard van de werkzaamheden (opzetten van een samenwerkingsverband).
De gegevens waarover we beschikken zijn niet specifiek genoeg om te onderscheiden tussen deze situaties en de daarin relevante alternatieven. Zij vormen slechts een illustratie.

12.1.1. ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK DOOR VERMINDERING VAN DE HOEVEELHEID WERKZAAMHEDEN

Om een indicatie te krijgen voor het feit dat er een vermindering van de hoeveelheid werkzaamheden heeft plaatsgevonden, is aan de praktijkverlaters en de praktizerende artsen gevraagd of de praktijk kleiner geworden, gelijkgebleven is of groter geworden is.
In tabel 12.1. is dit weergegeven voor alle praktijkverlaters, de groep praktijkverlaters die in het vorige hoofdstuk vergeleken is met de praktizerende artsen, en voor de praktizerende artsen.

Tabel 12.1.: Verloop van de praktijk voor alle praktijkverlaters, praktizerende artsen en vergelijkbare groep praktijkverlaters

	alle prakt. verlaters	vergelijkingsgr. praktijkverlaters	praktizerende huisartsen
praktijk groter geworden	66 %	69 %	54 %
gelijk gebleven	23 %	21 %	17 %
kleiner geworden	10 %	10 %	30 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	(307)	(185)	(227)
niet ingevuld	6	3	2

Men ziet in deze tabel dat de praktijken van de nog praktizerende artsen vaker kleiner geworden zijn. Dit is een indicatie dat voor deze groep wat vaker met succes het alternatief van vermindering van de hoeveelheid werkzaamheden gerealiseerd is.

Aan de respondenten wier praktijk kleiner geworden is, is gevraagd op welke manier dat gebeurd is. Er is daarbij onderscheiden tussen natuurlijk verloop (dit is een manier van praktijkverkleining waarop de huisarts geen invloed heeft), het sluiten van de praktijk, de overdracht van een deel van de praktijk, associatie en overige manieren. Er zijn ook combinaties mogelijk; er kan bijvoorbeeld zowel natuurlijk verloop zijn als overdracht van een deel van de praktijk.
Bij de interpretatie van de percentages in tabel 12.2. dient men rekening te houden met het betrekkelijk geringe aantal respondenten wier praktijk kleiner geworden is.

Tabel 12.2.: Manier waarop de praktijk kleiner geworden is voor alle praktijkverlaters, praktizerende artsen en vergelijkbare groep praktijkverlaters

	alle praktijkv.	vergelijkingsgr. praktijkverlaters	praktizerende artsen
natuurlijk verloop	38 %	37 %	17 %
praktijksluiting	13 %	5 %	17 %
overdracht deel	9 %	5 %	15 %
associatie	16 %	21 %	17 %
op overige wijzen	3 %	5 %	3 %
nat.verloop + praktijksluiting	9 %	16 %	12 %
nat.verloop + overdracht deel	3 %	0	3 %
nat.verloop + overige wijzen	3 %	0	4 %
praktijksl. + overdracht deel	3 %	5 %	9 %
praktijksl. + associatie	3 %	5 %	1 %
praktijksl. + ass.+ overdr.deel	0	0	1 %
	100 %	100 %	100 %
	n= 32	n= 19	n= 69

Het belangrijkste dat we uit deze tabel kunnen halen is het verschil tussen de praktizerende artsen en de vergelijkingsgroep praktijkverlaters in het percentage respondenten wier praktijk door natuurlijk verloop kleiner geworden is. Bij de praktijkverlaters is het vaker door natuurlijk verloop gegaan, hetgeen geen actief ingrijpen van de huisarts vraagt.

We kunnen concluderen dat vermindering van de werkzaamheden door praktijkverkleining relatief vaker voorkomt onder de praktizerende huisartsen en dat deze groep ook vaker via eigen activiteiten tot praktijkverkleining gekomen is dan de vergelijkingsgroep praktijkverlaters.

12.1.2. ALTERNATIEVEN VOOR VERTREK DOOR GEZAMENLIJKE PRAKTIJKVOERING

Aan de, overigens betrekkelijk geringe groep, respondenten die een gezamenlijke praktijkvoering heeft, is gevraagd wat de reden is geweest om een gezamenlijke praktijk op te zetten (aan degenen die vanaf hun vestiging een gezamenlijke praktijkvoering hadden/ hebben is deze vraag niet gesteld). De volgende categorieën konden worden aangekruist (combinaties zijn mogelijk): de praktijk werd te groot, mogelijk maken van een betere vervanging, mogelijk maken van een soepele overgang van de praktijk naar een opvolger, wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben, behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners en behoefte aan onderlinge consultatie. In de tabel is voor de genoemde categorieën weergegeven het aantal malen dat ze als enige overweging genoemd zijn en het aantal malen dat ze in combinatie met de andere categorieën genoemd zijn.

Tabel 12.3.: Reden voor gezamenlijke praktijkvoering voor alle praktijkverlaters, praktizerende artsen en vergelijkingsgroep praktijkverlaters

	alle praktijkverlaters	vergelijkingsgroep praktijkverlaters	praktizerende artsen
praktijk te groot	5	4	7
praktijk te groot in combinatie met andere categorieën	8	5	14
betere vervanging	0	0	0
betere vervanging in combinatie met andere categorieën	7	5	14
praktijk niet aan huis	0	0	0
praktijk niet aan huis in combinatie met andere categorieën	9	7	9
soepele overgang	0	0	0
soepele overgang in combinatie met andere categorieën	4	2	0
onderlinge consultatie	2	1	2
onderlinge consultatie in combinatie met andere categorieën	18	10	13
samenwerking	1	0	0
samenwerking in combinatie met andere categorieën	13	7	8
N	30	18	34

Gezien de geringe aantallen en de grote diversiteit van combinaties moet men deze tabel voorzichtig interpreteren.
Voor alle praktijkverlaters speelt de grootte van de praktijk in 13 gevallen mee bij de overwegingen om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen; bij de vergelijkingsgroep van praktijkverlaters in 9 gevallen en bij de praktizerende artsen in 21 gevallen.
De samenwerking met andere hulpverleners en onderlinge consultatie, - redenen die wijzen op de behoefte aan inhoudelijke verdieping van het werk - spelen voor alle praktijkverlaters in 23 gevallen een rol, voor de vergelijkingsgroep praktijkverlaters in 13 gevallen en voor de praktizerende artsen in 18 gevallen.
Met het trekken van conclusies moet men in dit geval erg voorzichtig zijn; maar het lijkt erop dat bij de praktizerende artsen redenen van praktijkomvang wat vaker een rol speelden dan bij de praktijkverlaters en dat bij laatstgenoemden redenen van inhoudelijke verdieping van het werk wat vaker een rol gespeeld hebben.

Aan de praktijkverlaters en praktizerende artsen met een solo-praktijk is gevraagd of men pogingen gedaan heeft om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen.

Tabel 12.4.: Aantal pogingen om tot gezamenlijke praktijkvoering te komen voor alle praktijkverlaters, praktizerende artsen en vergelijkingsgroep praktijkverlaters

	alle praktijkverlaters	vergelijkingsgroep praktijkverlaters	praktizerende artsen
geen pogingen	72 %	72 %	66 %
één poging	18 %	19 %	10 %
meerdere pogingen	10 %	9 %	24 %
totaal	100 %	100 %	100 %
	n= 266	n= 163	n= 192
niet ingevuld + n.v.t.	45	25	40

In deze tabel ziet men dat de praktizerende artsen iets vaker pogingen gedaan hebben om tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen.

Bij de praktizerende artsen die één of meer pogingen gedaan hebben, speelde de omvang van de praktijk in 13 van de 41 gevallen mee bij de reden dat men pogingen deed; bij de vergelijkingsgroep praktijkverlaters in 16 van de 44 gevallen en bij alle praktijkverlaters in 24 van de 72 gevallen.
Redenen van inhoudelijke aard, samenwerking met andere hulpverleners en onderlinge consultatie speelden voor de praktizerende artsen die pogingen gedaan hebben, in 32 van de 41 gevallen een rol; voor de vergelijkingsgroep praktijkverlaters in 34 van de 44 gevallen en voor alle praktijkverlaters in 56 van de 72 gevallen.
Er is dus in dit geval geen verschil tussen de drie groepen in de aard van de redenen om tot samenwerking te komen.

Onder het voorbehoud dat een studie van alternatieven voor vertrek uit de praktijk eigenlijk een andere onderzoeksopzet vereist en onder het voorbehoud dat er in deze paragrafen met erg kleine aantallen gewerkt is, kunnen de volgende conclusies getrokken worden: voor de artsen die met succes het alternatief van gezamenlijke praktijkvoering gerealiseerd hebben, lijkt de omvang van de praktijk voor de praktizerende artsen wat vaker bij de overwegingen meegespeeld te hebben, terwijl voor de praktijkverlaters redenen die betrekking hebben op inhoudelijke aspecten van het werk wat vaker meegespeeld lijken te hebben.
De praktizerende artsen hebben wat vaker geprobeerd om het alternatief van gezamenlijke praktijkvoering te verwezenlijken dan de praktijkverlaters; er is geen verschil tussen de groepen in de overwegingen die daarbij een rol gespeeld hebben.

12.2. PLANNEN VOOR DE TOEKOMST

In deze paragraaf worden van de praktijkverlaters de antwoorden besproken op de vraag of zij er wel eens over denken om terug te keren in het huisartsenwerk en of ze terug zouden willen in het huisartsenwerk.
Van de praktizerende artsen worden de antwoorden bekeken op de vraag of zij er wel eens over denken om de praktijk neer te leggen, of ze vastomlijnde plannen hebben om de praktijk neer te leggen en of ze reeds activiteiten ondernomen hebben om de praktijk neer te leggen dan wel een nieuwe functie te vinden

12.2.1. HEIMWEE NAAR HET HUISARTSENWERK ONDER VERTROKKEN ARTSEN

De antwoorden op de vraag of men er weleens over denkt om terug te gaan in het huisartsenwerk zijn voor de respondenten die zich zijn gaan specialiseren en de overige respondenten weergegeven in tabel 12.5.

Tabel 12.5.: Denken over terugkeer in het huisartsenwerk voor specialisten en overige respondenten

	specialisten	overige respondenten
nooit over gedacht	73 %	68 %
weleens over gedacht	21 %	24 %
vaak over gedacht	6 %	8 %
totaal	100 %	100 %
	n= 48	n= 256
niet ingevuld	0	9

Over het geheel genomen denkt ruim 70 % van de praktijkverlaters nooit meer over een terugkeer in het huisartsenwerk. Voor de specialisten i.o. ligt dit percentage iets hoger dan voor de overige respondenten; het verschil is echter zeer klein.

Men kan grotere verschillen verwachten als de praktijkverlaters gedifferentieerd worden naar de reden van vertrek. Praktijkverlaters die vanwege verminderd plezier in het werk en/of de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie de praktijk neerleggen zullen minder vaak over terugkeer in het huisartsenwerk denken dan degenen voor wie deze redenen niet meespeelden.
Door een vergelijking van de vijf groepen praktijkverlaters die in hoofdstuk 10 onderscheiden zijn, kan deze verwachting getoetst worden.

Tabel 12.6.: DENKEN OVER TERUGKEER IN HET HUISARTSENWERK NAAR VIJF GROEPEN PRAKTIJKVERLATERS

	gezondheids-redenen	aantr.f. en verm. plezier	verm. plezier	aantrek. functie	rest-groep
nooit over gedacht	65 %	82 %	72 %	73 %	53 %
weleens over gedacht	26 %	17 %	16 %	21 %	37 %
vaak over gedacht	10 %	2 %	13 %	6 %	10 %
totaal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n= 31	n= 60	n= 32	n= 86	n= 68

De groep voor wie aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het werk een belangrijke of doorslaggevende rol speelden bij de beslissing om de praktijk neer te leggen, denkt relatief het minst over terugkeer in het huisartsenwerk. De beide groepen voor wie één van deze twee redenen een belangrijke of doorslaggevende rol speelde, denken relatief wat vaker over terugkeer in het huisartsenwerk en de beide groepen voor wie geen van de twee redenen een rol speelde, denken er relatief het vaakst over.

De vraag of men ook terug zou willen in het huisartsenvak - dat gaat iets verder als alleen erover denken - wordt door 85 % van de specialisten en door 71 % van de andere respondenten ontkennend beantwoord.
Een differentiatie naar achtergronden van vertrek levert hetzelfde beeld op als tabel 12.6. Van de groep die vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier de praktijk verliet beantwoordt 93 % de vraag ontkennend; van de groep die om gezondheidsredenen ophield slechts 60 %.

De voorwaarden waaronder men terug wil in het huisartsenwerk variëren sterk in de mate waarin ze uitvoerbaar zijn. Een voorbeeld van een onrealistische voorwaarde is: "als ik in dienstverband kan werken in een gezondheidscentrum met een achturige werkdag en zonder avond-, nacht- of weekenddiensten wil ik weer huisarts worden". Een voorbeeld van een meer realistische voorwaarde, "als mijn gezondheidstoestand het toelaat wil ik terug in het huisartsenwerk". Vier van de praktijkverlaters zijn op het moment dat de vragenlijst ingevuld werd weer gevestigd als huisarts.

Uit de mondelinge interviews komt ook naar voren dat men over het algemeen niet terug zou willen in het huisartsenwerk. Wel hielden een aantal praktijkverlaters hun registratie aan voor het geval de omstandigheden nog eens zouden wijzigen, of zoals een respondent het uitdrukte: "een vrachtwagenrijbewijs laat je ook verlengen, ook al weet je niet of je het nog ooit zal nodig hebben".

12.2.2. GEDACHTEN OVER PRAKTIJK NEERLEGGEN ONDER PRAKTIZERENDE ARTSEN

Op de vraag of men er weleens over denkt om de praktijk neer te leggen antwoordde 44 % van de praktizerende artsen dat zelden of nooit te doen; 46 % denkt er wel eens over en 10 % denkt er vaak over. Van degenen die er weleens of vaak over denken om de praktijk neer te leggen, heeft 33 % activiteiten ondernomen om de praktijk over te doen of om een andere functie te vinden.
De grootste deel van deze groep heeft de activiteiten na enige tijd weer gestaakt; slechts 19 respondenten (dat is 8 % van de gehele groep praktizerende artsen) heeft vastomlijnde plannen om de praktijk neer te leggen.
Zoals we al in hoofdstuk 11 gezien hebben verschillen degenen die zelden of nooit erover denken om de praktijk neer te leggen qua werkbelasting niet van degenen die daar weleens of vaak over denken.

12.3. SAMENVATTING

In de inleiding van de paragraaf waarin de werkbelasting van de vertrokken huisartsen geanalyseerd is, is gesproken over alternatieven voor vertrek uit de praktijk. Er is daar ook gesteld dat er om alternatieven voor vertrek te onderzoeken een veel ingewikkelder onderzoek nodig is.
We kunnen hier alleen enkele indicaties geven omtrent de aanwending van alternatieven door de praktijkverlaters en de praktizerende artsen.
Aangezien de aantallen (ex-)huisartsen waarop de gegevens betrekking hebben, erg klein zijn, dient men de conclusies voorzichtig te hanteren.
Aan de praktizerenden zowel als aan de vergelijkingsgroep van vertrokken artsen is gevraagd of de praktijk kleiner geworden is en op welke manier dat dan gebeurd is. De praktijken van de praktizerende artsen zijn wat vaker kleiner geworden dan die van de praktijkverlaters (bij de praktizerenden in 30 % van de gevallen en bij de vergelijkbare groep praktijkverlaters in 10 % van de gevallen).
Bij de praktijkverlaters is de praktijk vaker via natuurlijk verloop kleiner geworden; bij de praktizerenden vaker via actief ingrijpen van de arts (men denke daarbij aan sluiting van de praktijk, overdracht van een deel van de praktijk en associatie).
Het opbouwen van een gezamenlijke praktijkvoering kan in sommige situaties een verandering betekenen van de aard van het werk en daarmee een alternatief zijn voor vertrek uit de praktijk.
Voor de artsen die met succes in de loop van hun huisartsenloopbaan het alternatief van een gezamenlijke praktijkvoering hebben toegepast, lijkt de omvang van de praktijk voor de praktizerende artsen wat vaker bij hun overwegingen meegespeeld te hebben, terwijl voor de praktijkverlaters redenen die betrekking hebben op inhoudelijke aspecten van het werk (zoals de behoefte aan onderlinge consultatie en samenwerking met andere hulpverleners) wat vaker meegespeeld lijken te hebben. De solo-werkende praktizerende artsen hebben wat vaker pogingen gedaan om het alternatief van gezamenlijke praktijkvoering te verwezenlijken dan de praktijkverlaters, maar er zijn geen

verschillen tussen beide groepen wat de overwegingen die daarbij een rol spelen, aangaat.

Naast deze alternatieven voor vertrek uit de praktijk kwamen in dit hoofdstuk de plannen voor de toekomst aan de orde. Ruim 70 % van de praktijkverlaters denkt nooit meer over een terugkeer in het huisartsenvak.
Van de praktizerende artsen denkt 44 % er zelden of nooit over om de praktijk neer te leggen, terwijl 10 % er vaak over denkt. Acht procent van de praktizerende artsen heeft vastomlijnde plannen om de praktijk binnen afzienbare tijd te beëindigen.

Geraadpleegde literatuur:

K. Back, R. Coker jr., Th. Donelly & B. Phillips, "Public health as a career of medicine: secundary choice within a profession", American Sociological Review, 23 (1958) 535 - 541.

A.I.M. Bartelds, J.P. Dopheide & J. van der Zee, Nieuwe vestigingen van huisartsen; een onderzoek over de periode januari 1975 - augustus 1976, Utrecht, N.H.I., 1977.

R.L. Crawford & Regina C. McCormick, "Reasons physicians leave primary practice", Journal of medical education, 46 (1971) 263 - 268.

M.A. Fruen, Mary Chipman & Jan W. Steiner, "Attrition from general practice: career patterns of Toronto Medical School graduates", Journal of medical education, 52 (1977) 494 - 499.

P.P. Groenewegen & J. van der Zee, Studies uit de huisartsen registratie I: Vertrek uit de huisartspraktijk 1972-1975, Utrecht, N.H.I., 1977.

E.B. Harvey, "The vanishing practitioner", Journal of medical education, 48 (1973) 718 - 724.

W. v.d. Heuvel & J. Persoon, "Sociaal-geneeskundig beroep een 'tweede' keus? ", Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 50 (1972) 48 - 53.

H. Hollander, "Samenwerken in groepsverband", in: H.J. Dokter e.a. (red.), Gezondheid en gezondheidscentra, p. 110 - 144, Amsterdam, 1974.

G.D. Kikkert, "De onverkoopbaarheid van de huisartsenpraktijk", Medisch Contact, 20 (1965) 1072 - 1074.

H. Schut en J. Bensing, Huisarts - psycholoog: psychologen over hun samenwerking met huisartsen, N.H.I., Utrecht, 1977.

P.G. Swanborn, Aspecten van Sociologisch onderzoek, Meppel (3e druk), 1974.

B. Webb & W.M. Williams, "Mobility of general practitioners during the first few years in general practice", The Sociological Review, 20 (1972) 591 - 600.

L. Wigersma, "Vestiging van huisartsen een kwestie van vraag en aanbod ?", Medisch Contact, 31 (1976) 1251 - 1259.

Aan de Voorzitter van de
Landelijke Huisartsen Vereniging

Utrecht, 29 augustus 1989 4265/89

Weledelgeleerde heer,

Onlangs vertelde één van de VOH-direkteuren mij, dat hij een aantal oud bestuursleden tevens ex-huisarts had opgezocht.

Hij nam zich voor dit zo mogelijk vaker te doen omdat hij in de gesprekken die hij met hen voerde, leerde wat er (nog) aan het mooie huisartsenvak ontbrak en waar ondersteuning en beleid nog leemtes vertoonden.
Het aantal vroegtijdige vertrekkers in zijn regio leek hem bovendien hoog.

Dit signaal is aanleiding voor mij u de volgende vragen voor te leggen.

Is er over aantallen vroegtijdige vertrekkers en hun motieven iets bekend?

En zou het niet zinvol zijn ter nadere onderbouwing van uw beleid en van de behoefte aan (specifieke) ondersteuning een onderzoek te doen houden zoals destijds (1976) het NHI voor de LHV heeft uitgevoerd.*)

Is ook de grote behoefte onder oudere huisartsen om met de VUT te gaan niet een reden om een dergelijk onderzoek te herhalen?

Uw antwoord gaarne tegemoetziend, verblijf ik,

met vriendelijke groet,

Mr. N. de Graaff
Direkteur SOH

*) Zie MC 1978 bladzijde 206
" " 755
" " 757
en het LHV jaarverslag 1978.

c.c. Voorzitter SOH