

**VERTREK UIT DE HUISARTSPRAKTIJK**

**INTERIMRAPPORT**

**P. GROENEWEGEN**

**SEPTEMBER 1977**



## INHOUD

Inleiding .....	pag. 1
1 Afbakening van de populatie en theoretische veronder- stellingen achter de vragenlijsten .....	pag. 2
1.1 Afbakening van de populatie .....	pag. 2
1.2 Theoretische veronderstellingen achter de vragenlijsten ....	pag. 3
1.3 Samenvatting .....	pag. 6
2 De response .....	pag. 7
3 Analyse van het algemeen gedeelte .....	pag. 8
3.1 Frequentieverdelingen .....	pag. 9
3.2 Wie heeft er geen opvolger? .....	pag. 16
3.3 Hoe komt men in contact met de opvolger? .....	pag. 17
3.4 Hoelang heeft men moeten zoeken naar een opvolger? .....	pag. 19
3.5 Directe overname of overgangperiode? .....	pag. 19
3.6 Het percentage goodwill .....	pag. 21
3.7 Het percentage goodwill in de tijd .....	pag. 24
3.8 Samenvatting .....	pag. 28
4 Artsen in ruste .....	pag. 29
4.1 Geheel of gedeeltelijk rusten .....	pag. 29
4.2 De opbouw van het inkomen van de rustende huisarts .....	pag. 31
5 De huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren .....	pag. 36
5.1 De reden van vertrek .....	pag. 36
5.2 Wat zijn de praktijkverlaters gaan doen? .....	pag. 40
5.3 Hoe is men aan zijn functie, c.q. opleidingsplaats gekomen? .....	pag. 43
5.4 Vergelijking van de werktijden als huisarts en na het neerleggen van de praktijk .....	pag. 45
5.5 Vergelijking van het inkomen als huisarts en na het neerleggen van de praktijk .....	pag. 49
5.6 Samenvatting .....	pag. 49
6 Samenvatting .....	pag. 51
6.1 De response .....	pag. 51
6.2 Het algemeen gedeelte van de vragenlijst .....	pag. 51



6.3 Artsen in ruste .....	pag. 53
6.4 Achtergronden van vertrek .....	pag. 54

- Bijlagen:
- 1 Correlatie-matrix behorende bij paragraaf 6.1
  - 2 Geraadpleegde literatuur
  - 3 Introductiebrieven voor:
    - artsen in ruste
    - overige praktijkverlaters
    - praktizerende artsen
  - 4 De vragenlijsten:
    - algemeen gedeelte
    - specifiek gedeelte voor artsen in ruste
    - specifiek gedeelte voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen
    - specifiek gedeelte voor degenen die zich zijn gaan specialiseren
    - vragenlijst voor praktizerende artsen



## INLEIDING

Dit concept interimrapport vormt een tussentijdse verslaglegging van een door het Nederlands Huisartsen Instituut in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging verricht onderzoek naar achtergronden van vertrek (en met name voortijdig vertrek) uit de huisartspraktijk.

Het betreft hier een interimrapport, hetgeen in dit stadium van het onderzoek betekent dat slechts beschrijvende gegevens met hier en daar een iets verder uitgewerkte analyse, worden gepresenteerd.

Het voor de lezer belangrijkste gedeelte, de samenvatting, vindt U op de groene pagina's achteraan de tekst. Ieder hoofdstuk is bovendien apart samengevat.

Het eerste hoofdstuk van dit rapport bevat een afbakening van de populatie waarop het onderzoek betrekking heeft, en een aantal achtergronden en veronderstellingen van waaruit de enquêtes opgesteld zijn. (De vragenlijsten en introductie-brieven zijn als bijlage opgenomen.) In hoofdstuk 2 wordt een overzicht van de response gegeven. De groep die op de vragenlijst gereageerd heeft wordt hier vergeleken met degenen die niet gereageerd hebben (de non-response). Voorts vindt men in dit rapport een beschrijving van het gedeelte van de vragenlijsten dat gemeenschappelijk voor alle vertrokken huisartsen was (hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk worden gegevens over de praktijkoverdracht en de verkregen goodwill in verband gebracht met enkele achtergrondkenmerken van de huisartspraktijk.

Aan de artsen in ruste zijn, naast het algemeen gedeelte, slechts enkele vragen gesteld. De beschrijving van de antwoorden staat in hoofdstuk 4.

In hoofdstuk 5 wordt, nu nog beschrijvend, ingegaan op achtergronden van vertrek, op de aard van de nieuwe functie die men is gaan uitoefenen, en op de manier waarop de nieuwe functie verworven is.

De verdere analyse van het materiaal zal onder andere gericht zijn op de constructie van enkele typen praktijkverlaters op grond van deze achtergronden, en op een vergelijking met een groep nog praktiserende artsen.

1. Afbakening van de populatie en theoretische veronderstellingen achter de vragenlijsten.

In dit hoofdstuk komt allereerst aan de orde wanneer we iemand beschouwen als een huisarts die de praktijk neergelegd heeft. Daartoe wordt een omschrijving gegeven van het begrip huisartspraktijk. Enkele verdere beperkingen vloeien voort uit de praktische mogelijkheden van het huisartsen-registratiesysteem van het NHI. De tweede paragraaf heeft een tweeledig doel: aan de ene kant wordt er aangegeven waarom er in de enquêtes over bepaalde gebieden vragen gesteld zijn; aan de andere kant wordt er, waar er verwachtingen geformuleerd worden over verschillen tussen bepaalde groepen praktijkverlaters, vooruitgelopen op de analyses in het eindrapport.

1.1 Afbakening van de populatie.

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. De kern van deze omschrijving ligt in de woorden "direct en voor ieder toegankelijke, algemene medische zorg". Direct toegankelijk als onderscheid met de medische voorzieningen in de hogere echelons - voor ieder toegankelijk wil zeggen dat niemand categorisch van zorg uitgesloten wordt. Dit 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 homeopathische 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); de erkende specialismen zijn i.h.a. niet direct toegankelijk. Alle overige beperkte vormen van medische zorg worden zo ook uitgesloten (artsen die alleen keuringen en/of controles 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.

De huisarts - enkele verdere beperkingen.

Uit de omschrijving van het begrip "huisartspraktijk" volgt ook de omschrijving van het begrip "huisarts", zij het dat we op technische gronden nog enkele nadere beperkingen moeten 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 dus 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 die artsen die van waarneming en vervanging een substantiële bestaansvorm hebben gemaakt. Voor hen geldt eveneens het hier bovengenoemde. Ook zij worden niet in het onderzoek betrokken.

De derde groep bestaat uit echtgenoten van huisartsen met een wisselend aandeel in de praktijk van de partner. 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 verlopende 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.

## 1.2 Theoretische veronderstellingen achter de vragenlijsten

Zoals gezegd verstaan we onder vertrek uit de praktijk het ophouden met het verlenen van direct en voor ieder toegankelijk medische zorg. Deze omschrijving voldoet uitstekend als men wil vaststellen welk soort vertrek uit welk soort praktijk binnen of buiten het onderzoek valt; maar wil men wetenschappelijk onderzoek verrichten om tot een verklaring van dit vertrek te komen, dan is het noodzakelijk om het begrip vertrek nader te omschrijven.

Een aanknopingspunt voor een onderscheid van verschillende vormen van vertrek wordt verkregen wanneer men de vraag stelt: "Vertrek, waar naar toe?".

Een duidelijke scheiding is die tussen het al of niet vervullen van een nieuwe functie. Het vertrek naar een nieuwe functie kan men omschrijven als voortijdig vertrek uit de praktijk. Het belangrijkste aandachtsveld in dit onderzoek is het voortijdig vertrek.

De ex-huisartsen die geen nieuwe functie zijn gaan vervullen, de artsen in ruste, hebben een korte vragenlijst ontvangen die bestaat uit het algemeen gedeelte (waarin gevraagd wordt naar enkele kenmerken van de praktijk en naar het proces van overdracht van de praktijk) en enkele aanvullende vragen. Aangezien het mogelijk is dat de overgang tussen het al of niet vervullen van een nieuwe functie graduueel is, is aan deze groep gevraagd of men nog incidenteel werkzaamheden verricht(te) en waaruit die bestaan (c.q. bestonden). Binnen de groep praktijkverlaters die een andere functie is gaan uitoefenen, wordt in de eerste plaats een onderscheid gemaakt tussen degenen die zich zijn gaan specialiseren en degenen die een andere (medische) functie zijn gaan uitoefenen. Voor eerstgenoemde groep is een aparte vragenlijst opgesteld die wat betreft de globale opzet overeenkomt met de vragenlijst voor degenen die een andere (medische) functie zijn gaan uitoefenen.

Wat betreft de overige medische functies veronderstellen we dat er duidelijk drie verschillende groepen functies onderscheiden kunnen worden. Ten eerste kan er sprake zijn van functies waarin men wel ongeveer hetzelfde werk blijft doen, maar dat in een andere setting doet (bijvoorbeeld gaan werken als algemeen arts in inrichtingen of tehuizen). Daarnaast is er, naar wij verwachten, een verschil tussen functies als medewerker aan een universitair huisartseninstituut en hogere beleidsfuncties (zoals geneeskundig inspecteur, directeur G.G.D. etc.) enerzijds en functies als adviserend geneeskundige bij de ziekenfondsen, bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige anderzijds.

De verschillen tussen deze groepen functies kunnen op een aantal gebieden, waarover vragen gesteld zijn, tot uitdrukking komen.

Er zullen hier in het kort een aantal verwachtingen over verschillen geformuleerd worden. Deze verwachtingen worden in dit rapport nog niet getoetst; er wordt mee aangegeven in welke richting de analyses in het eindrapport zullen gaan.

De eerste verwachting heeft betrekking op de leeftijd van de verschillende groepen praktijkverlaters. We verwachten dat degenen die zich gaan specialiseren en degenen die een hogere beleidsfunctie of wetenschappelijk medewerkerschap gaan vervullen, jonger zijn dan de overige praktijkverlaters. De redenering die achter deze verwachting zit, is de volgende. In een onderzoek van Van der Heuvel en Persoon (1972) werd huisartsen, bedrijfsartsen, schoolartsen en adviserend geneeskundigen gevraagd 20 medische beroepen te rangordenen naar aanzien. De sociaal-geneeskundige beroepen werden aanzienlijk lager geplaatst dan de creatieve beroepen; de enige hogere beleidsfunctie die op het lijstje voorkomt, directeur-geneesheer van een ziekenhuis, wordt hoger geplaatst dan de sociaal-geneeskundige beroepen, maar lager dan huisarts. Op grond van deze bevindingen (die ook in Amerikaans onderzoek terug te vinden zijn, vgl. Schwarzbaum e.a., 1973), kunnen de boven onderscheiden groepen functies als volgt geordend worden (van hoog naar laag aanzien): specialisaties, hogere beleidsfuncties en wetenschappelijk medewerkerschappen, functies

op het gebied van de zorg voor specifieke populaties (zoals algemeen arts in inrichting of tehuis), sociaal-geneeskundige beroepen. We verwachten nu dat de volgende bevinding uit de beroepensociologie ook hier van toepassing zal zijn: hoe ouder een persoon is die van beroep verandert, des te meer kans op daling en des te minder kans op stijging heeft die persoon.

Met deze redenering hangt ook de verwachting samen dat de naar functie onderscheiden groepen praktijkverlaters verschillen in geografische mobiliteit of, met andere woorden, dat degenen die een functie met hoger aanzien gaan uitoefenen vaker en verder verhuizen dan de andere praktijkverlaters.

De manier waarop men zijn functie verworven heeft, differentiëert mogelijk ook tussen de groepen functies. In de vragenlijst hebben we een aantal mogelijkheden genoemd zoals o.a. via een advertentie en benaderd door een werkgever. We verwachten dat ex-huisartsen, die in een hogere beleidsfunctie of een medewerkerschap aan een huisartsen-instituut terecht komen, vaker door de werkgever benaderd zijn en dus, bij wijze van spreken, weggetrokken zijn uit het huisartsenwerk.

In de enquêtes zijn enkele vragen opgenomen over het lidmaatschap van de beroepsverenigingen, de frequentie van het bezoek aan locale en regionale vergaderingen, het vervullen van bestuursfuncties op regionaal (en landelijk) niveau en activiteiten op het gebied van nascholing. Deze vragen zijn bedoeld als een indicering van de mate van integratie in de regionale groep van vakgenoten.

Ze zijn om twee redenen gesteld. Ten eerste verwachten we dat de mate van integratie differentieert tussen de verschillende groepen functies. Een hoge mate van integratie in de regionale groep van vakgenoten kan veroorzaakt zijn doordat een huisarts erg betrokken is bij de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en daardoor deelneemt aan nascholingsactiviteiten en werk in commissies. Juist uit deze groep sterk geïntegreerden worden vaak mensen gerecruteerd voor wetenschappelijk medewerkerschappen of hogere beleidsfuncties. Ten tweede verwachten we verschillen te vinden tussen de praktijkverlaters en de groep nog praktizerende artsen. De regionale groepen, zoals de plaatselijke huisartsen vereniging of de regionale afdeling van het N.H.G., hebben een exclusief karakter, d.w.z. wanneer iemand ophoudt huisarts te zijn, maakt hij ook niet langer deel uit van deze groepen. Algemeen kan gesteld worden dat hoe sterker een persoon geïntegreerd is in een groep, des te meer waarde hij hecht aan zijn lidmaatschap; en hoe meer waarde iemand hecht aan zijn lidmaatschap, des te minder activiteiten zal hij uitvoeren die zijn lidmaatschap bedreigen. Het vertrek uit de praktijk kan opgevat worden als een activiteit die een bedreiging vormt voor het lidmaatschap. We voorspellen daarom dat hoe sterker een huisarts geïntegreerd is in een regionale groep van vakgenoten, des te minder gauw hij de praktijk zal neerleggen.

De beslissing om de huisartspraktijk, soms na lange tijd gepraktiseerd te hebben, neer te leggen is een voor de betrokkene zeer belangrijke stap: men gaat ander werk doen, komt vaak in een andere woonomgeving en in een andere sociale omgeving enz. Een factor die mogelijk van invloed is op de grootte van deze stap en op wat men gaat doen na het verlaten van de praktijk, is het uitoefenen van nevenfuncties. Wanneer iemand een nevenfunctie heeft, is de overstap naar volledige

uitoefening van een soortgelijke functie kleiner dan wanneer men nieuw in zo'n functie terecht gekomen zou zijn. Gezien het verschil tussen curatief en niet-curatief werk zijn vooral nevenfuncties in de niet-curatieve sfeer van belang. We hebben aan de praktijkverlaters (en ook aan de praktizerende artsen) gevraagd naar het aantal nevenfuncties dat men uitoefent, sinds wanneer men dat doet en van welke aard deze nevenfuncties zijn.

In het kader van een vraag naar de hoeveelheid tijd die aan verschillende werkzaamheden besteed wordt, is bovendien gevraagd hoeveel tijd men aan nevenfuncties besteedde.

Een belangrijk deel van de vragenlijsten wordt in beslag genomen door vragen naar de hoeveelheid uren die men werkte, het aantal avonden dat men dienst had, het aantal malen dat men 's nachts gestoord werd, enz. Deze vragen zijn bedoeld ter indicering van de "workload" van de (ex-)huisarts. (Er is ook aandacht besteed aan de subjectieve beleving in de vraag naar de mate waarin de werkbelasting een rol heeft gespeeld bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.)

De hoogte van de "workload" hoeft op zich geen reden te zijn om de praktijk neer te leggen. Vertrek uit de praktijk is slechts één strategie onder meerdere en het is bovendien een zeer ingrijpende. Andere mogelijkheden kunnen gevonden worden in, bijvoorbeeld, praktijkverkleining of overgaan tot gezamenlijke praktijkvoering. Ook naar mislukte pogingen om tot gezamenlijke praktijkvoering is in de enquêtes gevraagd.

Verschillende groepen praktijkverlaters kunnen vergeleken worden op deze gebieden, terwijl er ook vergelijkingen met de groep praktizerende artsen gemaakt kunnen worden.

### 1.3 Samenvatting

Vertrek uit de praktijk is omschreven als het ophouden met het verlenen van directe en voor ieder toegankelijke, algemene medische zorg. Door praktische beperkingen van het registratiesysteem van het N.H.I. vallen assistent-huisartsen, artsen die van waarneming en vervanging een substantiële bestaansvorm hebben gemaakt en echtgenoten van huisartsen met een wisselend aandeel in de praktijk van de partner, buiten de populatie van het onderzoek. Bovendien is de populatie in de tijd beperkt: alleen diegenen die in de jaren 1972 tot en met 1975 de praktijk neergelegd hebben, worden in het onderzoek betrokken.

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk is voor een aantal gebieden die door de enquêtes bestreken worden, aangegeven waarom er vragen gesteld zijn met betrekking tot die gebieden. De verwachtingen die daar geformuleerd werden, worden in het eindrapport nader uitgewerkt en getoetst.

De enquêtes zijn als bijlage aan het eind van het rapport opgenomen.

## 2. De response

In dit hoofdstuk zal bekeken worden hoeveel ex-huisartsen die een enquête ontvangen hebben, geantwoord hebben welk percentage van de geretourneerde enquêtes bruikbaar is e.d. Kortom, we zullen bekijken hoe hoog de response is. Behalve het percentage response zijn ook eventuele verschillen tussen degenen die de enquête beantwoord hebben en degenen die dat niet gedaan hebben, van belang bij de interpretatie van de gegevens in dit rapport.

In totaal zijn 669 vragenlijsten verzonden. Daarvan is bijna 77% terugontvangen. Een goed resultaat voor een schriftelijke enquête! Bij deze 77% 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 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 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 1 : De response

	verzonden	geretourneerd		bruikbaar van de geretourneerde vragenlijsten		bruikbaar als perc. van totaal aantal verzonden vragenlijsten
		abs.	in proc.	abs.	in proc.	
totale groep	669	514	76,8%	475	92,4%	71,0%
artsen in ruste	244	188	77,0%	166	88,3%	68,0%
andere functies	360	276	76,7%	261	94,6%	72,5%
specialisering	65	50	76,9%	48	96,0%	73,8%

Het aantal 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 de 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 registratie-systeem, 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 de populatie (dit zijn al degenen die een vragenlijst ontvangen 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 totale populatie.

De verschillen zijn het grootst voor urbanisatiegraad; daar zijn in de categorieën platteland en de drie grote steden redelijk grote verschillen te vinden. Het percentage dat een plattelandspraktijk had, is in de totale populatie wat hoger dan in de groep die niet geantwoord heeft; op het platteland is de non-response dus lager. In de drie grote steden is het andersom. Het percentage dat een praktijk in de drie grote steden had, is in de populatie lager dan in de groep die niet geantwoord heeft. Over het geheel genomen lijken de verdelingen toch zo veel op elkaar dat er geen significant verschil uitkomt. Zoals gezegd zijn de verschillen tussen de verdelingen op de andere kenmerken nog kleiner.

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

### 3. Analyse van het algemeen gedeelte

De vragenlijsten bestaan uit een voor iedereen gelijk algemeen gedeelte en een specifiek gedeelte dat verschillend is voor de drie groepen. In dit hoofdstuk wordt alleen het algemeen gedeelte geanalyseerd en de cijfers zijn dus afkomstig uit alle bruikbare vragenlijsten.

In het algemeen gedeelte wordt gevraagd naar de leeftijd van de respondent; het jaar en de maand waarin hij de praktijk neergelegd heeft; het jaar waarin hij zich gevestigd heeft als huisarts; enkele kenmerken van de praktijk zoals het aantal ziekenfonds- en particuliere patiënten, de vorm van de praktijkvoering en of het een apotheekhoudende praktijk betreft en een aantal vragen over de opvolging in de praktijk.

In de eerste paragraaf worden de frequentieverdelingen voor een aantal variabelen gegeven. Waar dat zinvol is worden de verdelingen uitgesplitst naar de respondenten die zijn gaan rusten en de overige respondenten.

### 3.1 Frequentie verdelingen

Van alle respondenten heeft 26% de praktijk in 1972 neergelegd, 21% in 1973, 25% in 1974 en 28% in 1975. Zoals reeds in hoofdstuk 2 vermeld wijkt deze verdeling niet significant af van de verdeling voor de totale populatie. In de geringe afwijking tussen beide verdelingen is geen trend te ontdekken (het is dus niet zo dat b.v. ex-huisartsen die de praktijk later neergelegd hebben, relatief vaker de vragenlijst beantwoord hebben).

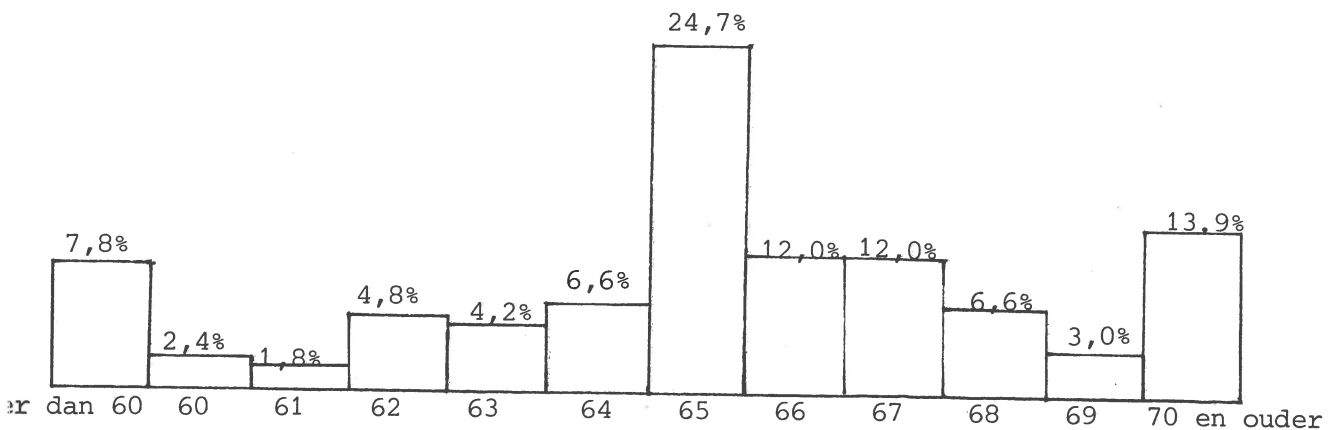
Slechts enkele respondenten hebben de praktijk maar gedeeltelijk neergelegd (nog geen 2% van de gehele groep). Zij verzorgen nog een zeer kleine ziekenfonds- en particuliere praktijk of alleen een particuliere praktijk.

De leeftijdsverdelingen voor de totale populatie en de groep die de enquête niet geretourneerd heeft, bleken niet significant te verschillen (vgl. hfst. 2). Het grootste verschil tussen beide verdelingen wordt gevonden in de leeftijdscategorie boven 70 jaar: het percentage praktijkverlaters boven 70 jaar is in de totale populatie wat lager.

Omdat in de volgende hoofdstukken de artsen in ruste en de overige respondenten apart bekeken worden, zullen de leeftijdsverdelingen voor beide groepen hier ook apart weergegeven worden.

In figuur 1 is de leeftijdsverdeling weergegeven voor de artsen die zijn gaan rusten.

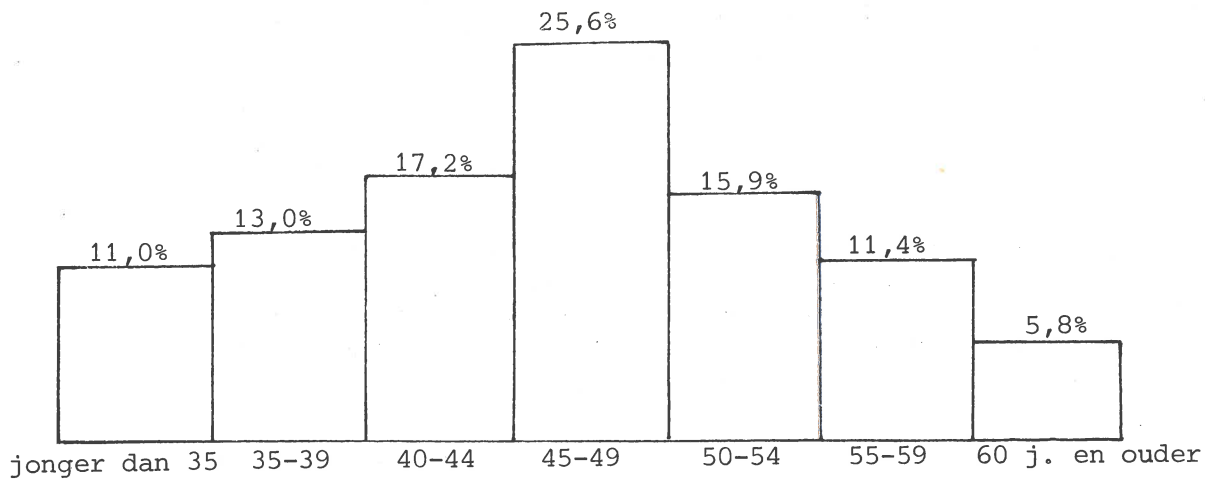
figuur 1 Leeftijd op het moment van vertrek uit de praktijk voor de artsen in ruste (n = 166).



Bijna 28% van de respondenten die zijn gaan rusten, was op het moment van vertrek uit de praktijk jonger dan 65 jaar. Zo'n 25% legde de praktijk op 65-jarige leeftijd neer. Toch altijd nog 14% van de respondenten was 70 jaar of ouder op het moment dat de praktijk neergelegd werd. De gemiddelde leeftijd van de artsen die zijn gaan rusten, ligt net iets boven 65 jaar.

In figuur 2 is de leeftijdsverdeling voor de overige respondenten weergegeven. We hebben daarbij een indeling in klassen van vijf jaar gehanteerd.

figuur 2 Leeftijd op het moment van vertrek uit de praktijk voor de overige respondenten (n=308).



Ruim een kwart van de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren is tussen de 45 en 49 jaar oud op het moment dat de praktijk wordt neergelegd. 41% is jonger dan 45 jaar en 33% is ouder dan 49 jaar. De gemiddelde leeftijd is voor deze groep ruim 48 jaar.

In de volgende tabel is voor alle respondenten de totale praktijkgrootte, het aantal ziekenfonds patiënten en het aantal particuliere patiënten weergegeven.

Tabel 2: praktijkgrootte, aantal ziekenfondspatiënten en aantal particuliere patiënten

praktijkgrootte %	ziekenfondspatiënten %	particuliere patiënten %
≤ 1500 6,8	≤ 500 2,5	≤ 250 3,0
1501 - 2000 13,1	501 - 1000 5,9	251 - 500 23,0
2001 - 2500 19,6	1001 - 1500 19,4	501 - 750 17,5
2501 - 3000 22,6	1501 - 2000 26,4	751 - 1000 28,9
3001 - 3500 12,2	2001 - 2500 20,5	1001 - 1250 5,7
3501 - 4000 11,8	2501 - 3000 15,6	1251 - 1500 11,4
4001 - 4500 8,0	3001 - 3500 15,7	1501 - 1750 3,0
> 4500 5,9	> 3500 4,0	> 1750 7,6
(n=474)		

De gemiddelde totale praktijk-grootte ligt rond de 2900 patiënten, het gemiddelde aantal ziekenfondspatiënten rond de 2000 en het gemiddelde aantal particuliere patiënten rond 900.



In tabel 3 is de totale praktijkgrootte uitgesplitst naar artsen in ruste en overige respondenten.

Tabel 3: totale praktijkgrootte voor artsen in ruste en overige respondenten

praktijkgrootte	artsen in ruste	overige respond.
≤ 1500	11,4%	4,2%
1501 - 2000	15,7%	11,7%
2001 - 2500	20,5%	19,2%
2501 - 3000	19,9%	24,0%
3001 - 3500	9,0%	14,0%
3501 - 4000	8,4%	13,6%
4000 - 4501	7,8%	8,1%
> 4500	7,2%	5,2%
	(n=166)	(n=308)

We zien dat de totale omvang van de praktijk voor de respondenten die zijn gaan rusten wat kleiner is dan voor de overige respondenten.

Het gemiddelde voor de artsen in ruste ligt zo'n 200 patiënten lager dan dat voor de overige respondenten (opv. ± 2800 en ± 3000 patiënten gemiddeld<sup>\*)</sup>.

29% van de respondenten is apotheekhoudend. De apotheekhoudende praktijken zijn bijna allemaal op het platteland of het verstedelijkt platteland gesitueerd (een enkele in de kleinere steden). Voor beide groepen respondenten is de verhouding apotheekhoudende - niet apotheekhoudende praktijken hetzelfde.

Het grootste gedeelte van de respondenten was als solist werkzaam (86,5%); de overigen hadden een gezamenlijke praktijkvoering in een gemeenschappelijk gebouw (zie tabel 4).

Tabel 4: Vorm van de praktijkvoering

	artsen in ruste	overige resp.	totaal
solo-praktijk	87,9%	85,7%	86,5%
associatie in gemeenschappelijk gebouw	11,5%	7,8%	9,1%
groepspraktijk	0	1,3%	0,8%
gezondheidscentrum	0,6%	5,2%	3,6%
	(n=165)	(n=308)	(n=473)
niet ingevuld	1		1

<sup>\*)</sup> De gemiddelden zijn berekend over de ruwe data. Uit de gegroepede gegevens in tabel 3 zou men de indruk krijgen dat de gemiddelden wat lager liggen, maar de verdelingen zijn nogal scheef.

Er zijn tussen de beide groepen respondenten bijna geen verschillen. Een ongeveer even hoog percentage was als solo-arts werkzaam. Dat de respondenten die zijn gaan rusten bijna geen van allen afkomstig zijn uit een groepspraktijk of gezondheidscentrum, is te verklaren uit het feit dat deze instellingen pas recent van de grond gekomen zijn.

Tot zover de frequentieverdelingen van enkele variabelen die betrekking hebben op de achtergrond van de respondent en op de praktijk. Nu volgen de frequentieverdelingen van variabelen die betrekking hebben op de overname van de praktijk.

Van de totale groep respondenten heeft 95% de praktijk overgedaan. Van de overige vijf procent is de praktijk verdeeld onder de ter plaatse gevestigde collega's of is de praktijk weggesmolten. In tabel 5 is de verdeling weergegeven voor de totale groep respondenten, voor de artsen in ruste en voor de overige respondenten.

Tabel 5: Opvolging in de praktijk

	artsen in ruste	overige resp.	totaal
één of meer opvolgers	92,1%	96,7%	95,1%
praktijk verdeeld of weggesmolten	7,9%	3,3%	4,9%
	n=165	n=306	n=471
niet ingevuld	1	2	3

De respondenten die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten hebben wat vaker geen opvolger dan de overige respondenten. Aan de respondenten die geen opvolger in de praktijk hebben, is de vraag gesteld of ze wel gezocht hebben naar een opvolger. 13 van de 22 respondenten zonder opvolger hebben geen pogingen gedaan om een opvolger te vinden; 9 respondenten hebben enige tijd gezocht naar een opvolger (1 respondent heeft de vraag niet beantwoord). Het aantal respondenten zonder opvolger is te klein om een zinvolle opsplitsing te maken in artsen in ruste en overige respondenten.

Aan de respondenten wier praktijk overgenomen is, hebben we de vraag gesteld hoe zij in contact gekomen zijn met hun opvolger.

Tabel 6 : Manier waarop contact tot stand gekomen is met opvolger

	rel. frequentie
via commerciële praktijkbemiddeling	22,9%
door persoonlijke contacten met collegae	18,9%
via zelf geplaatste advertentie	18,7%
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A. of V.V.A.A.	8,5%
rechtstreeks contact via waarneming e.d.	8,1%
rechtstreeks benaderd door praktijk- zoekende arts	7,4%
door persoonlijke contacten met niet-medici	6,3%
lag al geruime tijd tevoren vast	4,7%
door praktijkzoekende arts geplaatste advertentie	2,2%
overige	2,2%
totaal	100 % n=445
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 bijna even vaak genoemd worden zijn persoonlijke contacten met collegae en een zelf geplaatste advertentie.

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

	artsen in ruste	overige resp.
via informele wegen	42,4%	36,7%
via zelf geplaatste advertentie	14,6%	20,7%
actie van praktijkzoekende arts	11,3%	8,8%
via praktijkbemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A. of V.V.A.A.	11,9%	6,8%
via commerciële praktijkbemiddeling	19,2%	24,8%
overige	0,7%	3,1%
totaal	100%	100%
	n=151	n=294

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 de verschillen wat kleiner.

De tijd die verlopen is tussen het moment dat men activiteiten ging ontwikkelen om de praktijk over te doen en het moment waarop definitief vast stond wie de opvolger zou zijn, is in de volgende tabel weergegeven. Daarin zijn de respondenten voor wie de opvolging al geruime tijd tevoren vast lag niet in de percentering meegenomen, maar apart onderaan de tabel weergegeven.

Tabel 8 : Tijd verlopen tussen het moment dat men activiteiten ging ontwikkelen en het moment waarop opvolging vaststond

	artsen in ruste	overige resp.	alle resp.
geen activiteiten ontwikkeld	10,1%	1,7%	4,3%
1 maand	7,8%	12,8%	11,3%
2 maanden	13,2%	21,9%	19,2%
3 maanden	24,8%	24,0%	24,2%
4 - 6 maanden	23,3%	28,8%	27,1%
meer dan 6 maanden	20,9%	10,8%	13,9%
	n=129	n=288	n=417
opvolging lag vast	17	4	21
niet ingevuld	5	2	7

De groep artsen in ruste heeft vaker geen activiteiten ontwikkeld dan de overige respondenten. De groep overige respondenten heeft vaker een of twee maanden gezocht dan de artsen in ruste. De rela-

tieve frequentie van de categorie 3 maanden is voor beide groepen gelijk. De groep overige respondenten heeft vaker 4 - 6 maanden gezocht, terwijl de artsen in ruste weer vaker meer dan 6 maanden naar een opvolger gezocht hebben. De gemiddelden verschillen maar weinig van elkaar: 4,8 voor de artsen in ruste en 4,1 voor de overige respondenten.

In 85% van de gevallen was er sprake van een directe overname of een introductieperiode korter dan 3 maanden. In de overige gevallen was er een langere overgangperiode (zie tabel 9).

Tabel 9 : Aan- of afwezigheid van een overgangperiode

	artsen in ruste	overige resp.	alle resp.
directe overname	72,8%	91,3%	84,9%
overgangperiode	27,2%	8,7%	15,1%
	n=151	n=287	n=438
niet ingevuld	1	9	10

Voor de groep respondenten die zijn gaan rusten, is er bij de overname van de praktijk veel vaker een overgangperiode van tenminste drie maanden dan voor de overige respondenten. Voor deze laatste groep zijn er waarschijnlijk veel minder mogelijkheden om een dergelijke overgangperiode te verwezenlijken.

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. In een ander onderzoek<sup>\*)</sup> is gebleken dat 100% minus de pensioenpremie door de respondenten over het algemeen gelijkgesteld wordt aan 90%. We hebben daarom ook hier 100% minus pensioenpremie gelijkgesteld aan 90% en voor de overige gevallen het opgegeven percentage aangehouden. (De analyses die in dit rapport gegeven worden zijn ook eenmaal zonder deze normering uitgevoerd; dat levert alleen wat hogere gemiddelden op.)

\*) vergelijk Bartelds e.a. 1977, p. 15

Tabel 10 : Percentage goodwill

	artsen in ruste	overige resp.	alle resp.
tot en met	22,4%	8,6%	13,2%
51 - 60%	2,8%	2,1%	2,4%
61 - 70%	9,1%	6,1%	7,1%
71 - 80%	13,3%	13,6%	13,5%
81 - 90%	28,0%	39,3%	35,5%
91 - 100%	23,1%	28,2%	26,5%
meer dan 100%	1,4%	2,1%	1,9%
	n=143	n=280	n=423
niet ingevuld	9	16	25

De respondenten die zijn gaan rusten ontvangen vaker een goodwill percentage van 70% of lager dan de overige respondenten. Het percentage dat tussen 70 en 80% goodwill ontvangt is voor beide groepen even hoog. Daarboven is het percentage voor de overige respondenten hoger.

Tot zover dan de frequentieverdelingen van de belangrijkste variabelen uit het algemeen gedeelte van de vragenlijst, dat voor alle respondenten gelijk is. Wat betreft de verschillen tussen de respondenten die zijn gaan rusten en de overige respondenten kunnen we resumerend vaststellen dat de eerstgenoemde groep over het algemeen een wat kleinere praktijk verzorgde, wat vaker geen opvolger in de praktijk had, wat vaker via informele wegen en bemiddeling door K.N.M.G., O.L.M.A. of V.V.A.A. in contact kwam met de opvolger, vaker een overgangsperiode bij de overname van de praktijk had en minder goodwill voor de praktijk ontving.

In de volgende paragrafen zullen we nader ingaan op de variabelen die betrekking hebben op de overdracht van de praktijk.

### 3.2 Wie heeft er geen opvolger?

We hebben in de vorige paragraaf vastgesteld dat de respondenten die zijn gaan rusten wat vaker geen opvolger hebben dan de overige respondenten (opv. 8% en 3%). Hier zal bekeken worden of het al of niet hebben van een opvolger ook met andere variabelen samenhangt. Aangezien het vooral de oudere respondenten zijn die gaan rusten, ligt het voor de hand de voorspelling te doen dat onafhankelijk of men gaat rusten de oudere respondenten minder vaak een opvolger hebben. Inderdaad blijkt er een verband te zijn tussen leeftijd en het al of niet hebben van een opvolger en bovendien blijkt dat als men de invloed van leeftijd uitschakelt, het verband met het al of niet gaan rusten na het neerleggen van de praktijk te verdwijnen.

In de (kleine) steden\*) zijn relatief wat meer praktijken zonder opvolger gebleven. Op het platteland heeft 98% een opvolger; in de steden 93%. Het is op het platteland natuurlijk ook minder gemakkelijk om een praktijk te verdelen en bijna onmogelijk om de praktijk te laten wegsmelten.

Het al of niet hebben van een opvolger vertoont geen verband met de vorm van de praktijkvoering, maar wel een redelijk sterk verband met de totale praktijkgrootte en ook met het aantal ziekenfondspatiënten. Het zijn vooral de kleine praktijken met weinig ziekenfondspatiënten waarin geen opvolger is.

Naast de hierboven genoemde variabelen is er nog een andersoortige variabele die een verband vertoont met het al of niet hebben van een opvolger, namelijk het jaar waarin men de praktijk heeft neergelegd.

In 1972 en 1973 heeft 8% van de respondenten geen opvolger; in 1974 slechts 1% en in 1975 3%.

### 3.3 Hoe komt men in contact met de opvolger?

Het feit dat de artsen in ruste minder vaak via commerciële bemiddeling met de opvolger in contact kwamen dan de overige respondenten is al eerderesignaleerd.

In tabel 11 is het verband weergegeven tussen de manier waarop men met de opvolger in contact gekomen is en de leeftijd op het moment van vertrek uit de praktijk. De manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger, is hier gedichotomiseerd in "via commerciële bemiddeling" en "op overige wijzen", omdat de afzonderlijke categorieën die in deze laatste categorie zijn samengenomen hoegenaamd niet systematisch variëren met leeftijd.

Tabel 11: Manier waarop men in contact gekomen is met opvolger naar leeftijd

	≤ 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 +	totaal
via commerciële bemiddeling	39%	30%	22%	16%	17%	23%
op overige wijzen	61%	70%	78%	84%	83%	77%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(33)	(88)	(127)	(87)	(110)	(445)

\*) Er wordt hier wat slordig gesproken over stad en platteland. In de categorie platteland is tevens het verstedelijkt platteland opgenomen (in termen van de indeling van het C.B.S. naar urbanisatiegraad dus A1 t/m A4 en B1, B2); de categorie stad bestaat uit de typische forensengemeenten, kleine steden en grote steden (in C.B.S.-termen B3 en C1 t/m C5).

We zien dat met het stijgen van de leeftijd het percentage dat via commerciële bemiddeling in contact komt met de opvolger afneemt. Wanneer men het per leeftijdsgroep bekijkt, wordt het verband in de categorie 55-64 jaar voor de artsen in ruste zwakker en voor de overige respondenten sterker; van de overige respondenten komt in deze categorie nog maar 10% via commerciële bemiddeling aan zijn opvolger.

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

Tabel 12: Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger naar vorm van de praktijkvoering

	solopraktijk	gemeenschappelijk.praktijk	totaal
via informele wegen	36%	48%	38%
via eigen advertentie	18%	24%	19%
actie van zoekende arts	10%	8%	10%
bemiddeling K.N.M.G. etc.	9%	3%	8%
commerciële bemiddeling	25%	11%	23%
overige	2%	6%	2%
totaal	100%	100%	100%
	(382)	(63)	(445)

Het is duidelijk dat de respondenten uit een gemeenschappelijke praktijk het zoeken van een opvolger niet vaak uit handen geven. Slechts 3% roept de bemiddeling van K.N.M.G., O.L.M.A. of V.V.A.A. in en 12% 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 te maken met het feit dat bij opvolging in een gemeenschappelijke praktijk de collegae hun invloed 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 13 kunnen zien.



Tabel 13 : Manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger en urbanisatiegraad

	platte- land	verstedelijkt platteland	forensen- gemeenten	kleine steden	grote steden	de drie grote steden	totaal
commer- ciële be- middeling	30%	31%	12%	29%	19%	7%	23%
overige bemidde- ling	70%	69%	88%	71%	81%	93%	77%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(119)	(67)	(42)	(43)	(118)	(56)	(445)

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

Het percentage respondenten dat via commerciële bemiddeling aan zijn opvolger komt, is op het platteland, het verstedelijkt platteland en in de kleine steden, even hoog. Het laagst is dat percentage in de drie grote steden.

In de jaren die door het onderzoek bestreken worden fluctueert het percentage dat via commerciële bemiddeling een opvolger vindt (20% in 1972 en 1974, 27% in 1973 en 1975).

Samenvattend kunnen we zeggen dat commerciële bemiddeling vaker gebruikt wordt door jonge respondenten, door respondenten die een andere functie gaan uitoefenen na het neerleggen van de praktijk, door solo-werkende artsen en door artsen op het (verstedelijkt) platteland en in de kleine steden.

### 3.4 Hoe lang heeft men moeten zoeken naar een opvolger?

Gemiddeld heeft men iets meer dan vier maanden gezocht naar een opvolger. Het aantal maanden dat men gezocht heeft hangt slechts met enkele variabelen samen en dan nog niet eens in sterke mate. Die variabelen zijn praktijkgrootte en leeftijd.

Hoe kleiner de totale praktijkgrootte is, des te langer heeft men moeten zoeken naar een opvolger. En: hoe ouder men is des te langer heeft men moeten zoeken naar een opvolger.

### 3.5 Directe overname of overgangperiode?

We hebben in 2.1 al gezien dat de artsen die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten vaker een overgangperiode hebben gerealiseerd dan de overige respondenten.

Er is uiteraard ook een verband tussen leeftijd en het hebben van een overgangperiode (zie tabel 14).

Tabel 14: Het al of niet hebben van een overgangperiode naar leeftijd

	Leeftijd					totaal
	≤ 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	≥ 65	
geen overgangspe-riode	97%	92%	94%	79%	71%	85%
wel overgangspe-riode	3%	8%	6%	21%	29%	15%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(32)	(86)	(125)	(85)	(110)	(438)

In de leeftijdsklassen tot en met 54 jaar heeft zo'n 95% van de respondenten geen overgangperiode (van minimaal 3 maanden). In de leeftijd van 55 - 64 jaar heeft 21% een overgangperiode en boven de 64 jaar 29%.

Hieruit kan men concluderen dat voor de oudere huisarts die de praktijk neerlegd, het vertrek uit de praktijk meer een gradueel karakter heeft.

De respondenten die in een solopraktijk werkten, hebben vaker geen overgangperiode dan de respondenten met een gemeenschappelijke praktijkvoering. Voor de eerstgenoemde groep bedraagt het percentage dat geen overgangperiode heeft 88%, terwijl het voor de andere groep 66% bedraagt.

Er is geen verband tussen het al of niet hebben van een overgangperiode bij de opvolging en de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd was.

In de gevallen waarin geen overgangperiode was, was het gemiddeld aantal maanden dat men gezocht heeft naar een opvolger kleiner dan in gevallen waarin er wel een overgangperiode was. Het verschil bedraagt zo'n drie maanden.

We moeten rekening houden met de mogelijkheid dat een aantal respondenten de vraag naar het aantal maanden dat men gezocht heeft naar een opvolger, anders geïnterpreteerd heeft dan onze bedoeling was en de duur van de overgangperiode opgeteld heeft bij het aantal maanden dat men gezocht heeft.

Er is ook een verband tussen de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger en het al dan niet hebben van een overgangperiode.

Tabel 15 : Het al of niet hebben van een overgangperiode naar de manier waarop men in contact gekomen is met de opvolger

	via informele wegen	eigen advertentie	actie van zoeker	bemiddeling K.N.M.G. etc.	commerciële bemiddeling	totaal
geen overgangspe-riode	73%	86%	93%	95%	94%	85%
wel overgangspe-riode	27%	14%	7%	5%	6%	15%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(163)	(82)	(43)	(38)	(99)	(434)

De respondenten die via informele wegen in contact gekomen zijn met de opvolger hebben relatief het meest een overgangperiode, 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 overgangperiode; het gaat hierbij vooral om vader-zoon-overnames.

De verbanden in deze tabel zijn van belang, omdat men het erover eens zal zijn dat een goede overgangperiode in een huisartspraktijk waar integrale zorg centraal staat, een vereiste is. Het blijft de vraag of de manier die men kiest om een opvolger te vinden, bepaalt of men een overgangperiode realiseert of dat degenen die een overgangperiode willen realiseren een bepaalde manier kiezen om hun opvolger te vinden.

Een ontwikkeling in de tijd in het aantal respondenten dat een overgangperiode heeft bij de opvolging is eigenlijk niet te ontdekken. In 1972 had 12% een overgangperiode, in 1973 17%, in 1974 15% en in 1975 weer 17%.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de respondenten die een overgangperiode hebben gerealiseerd ouder zijn, wat vaker zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk, vaker een gemeenschappelijke praktijkvoering hadden, vaker apothekhoudend waren en vaker via informele wegen of eigen advertentie in contact gekomen zijn met de opvolger.

### 3.6 Het percentage goodwill

Het percentage goodwill dat men ontvangen heeft ligt gemiddeld rond de 83,5%.\*) Voor verschillende subgroepen verschilt dat gemiddelde nogal. Zo heeft de groep die in 1975 de praktijk neergelegd heeft

\*) In de analyses zijn alleen die respondenten betrokken die 10% of meer goodwill ontvangen hebben. De analyses zijn ook gedraaid met een ondergrens van 25% en 50% en voor praktijken met meer dan 1500 zielen. De hoogte van de gemiddelden verandert dan natuurlijk, maar de uitkomsten van de analyses blijven hetzelfde.

gemiddeld aanzienlijk meer goodwill ontvangen dan de groep die vóór 1975 de praktijk neergelegd heeft en hebben de huisartsen die een praktijk op het platteland hadden meer goodwill gekregen dan hun collagae in de steden. In onderstaand overzicht wordt het gemiddelde percentage goodwill weergegeven voor verschillende subgroepen.

Tabel 16 : Gemiddeld percentage goodwill voor verschillende subgroepen

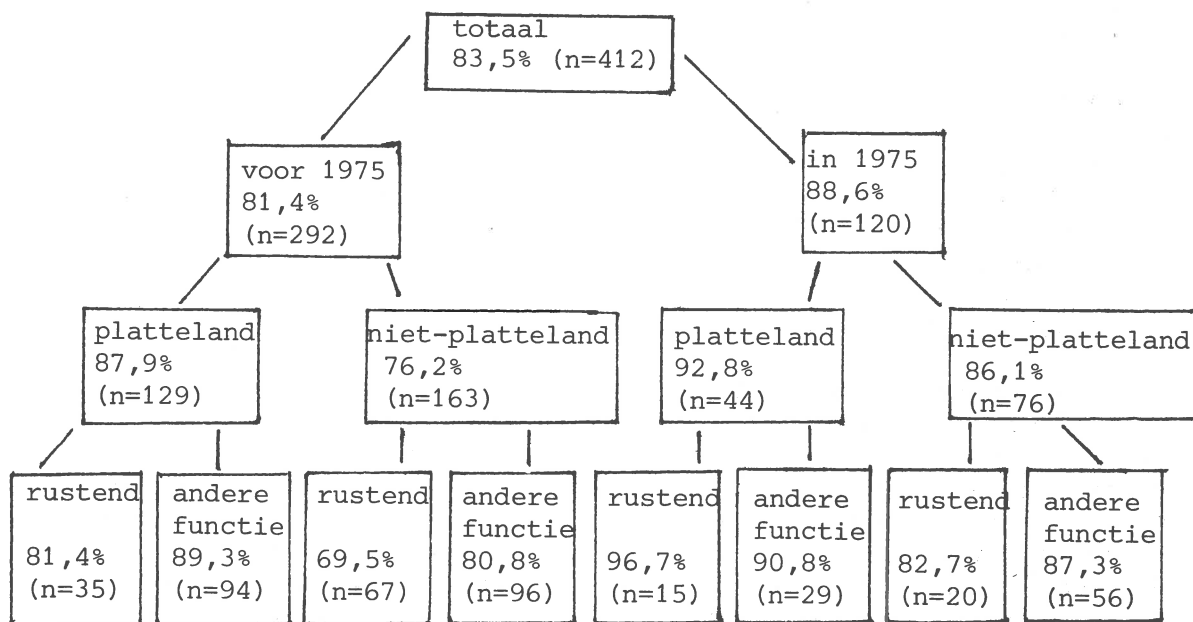
	gemiddeld percentage	aantal
Alle respondenten	83,5	412
Praktijk neergelegd in 1972	80,3	102
Praktijk neergelegd in 1973	80,7	86
Praktijk neergelegd in 1974	83,0	104
Praktijk neergelegd in 1975	88,6	120
Platteland	89,2	173
Niet-platteland	79,3	239
Apotheekhoudende praktijken	88,7	121
Niet-apotheekhoudende praktijken	81,3	291
Gaan rusten	78,1	137
Andere functie gaan uitoefenen	86,1	275
Solo praktijken	83,2	354
Gemeenschappelijke praktijkvoering	85,1	58
Opvolger via commerciële bemiddeling	86,0	97
Opvolger op andere manier gevonden	82,7	315

Het gemiddelde percentage goodwill dat de praktijkverlaters ontvangen zeggen te hebben, stijgt in de eerste drie jaar waarop dit onderzoek betrekking heeft, langzaam. In 1975 is het echter aanzienlijk hoger. De stijging tussen 1972 en 1975 bedraagt zo'n 10% (uitgaande van het niveau van 1972 = 100).

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; d.w.z. dat een apotheekhoudende en een niet-apotheekhoudende praktijk op het platteland evenveel en in de (kleine) steden even weinig opbrengen. In 1975 is het ge-

middelste 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 3.

Figuur 3 : 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 voorgaande 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 6%, terwijl er buiten het platteland een toename van 13% is. Het lijkt erop alsof hier een plafondeffect werkzaam is (d.w.z. naarmate de uitgangspositie hoger is, neemt de snelheid van de toename af).

Wanneer we nu de aandacht richten op het onderste gedeelte van figuur 3, 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 het gemiddelde percentage goodwill voor solopraktijken wat lager ligt dan voor gemeenschappelijke praktijken.

Het is echter wel zo dat het gemiddelde percentage goodwill dat ontvangen wordt voor solopraktijken van 80,8% vóór 1975 stijgt naar 89,6% in 1975, terwijl voor gemeenschappelijke praktijken het percentage gelijk blijft.

In tabel 16 zien we ook 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 3 gevonden werd.

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.

### 3.7 Het percentage goodwill in de tijd

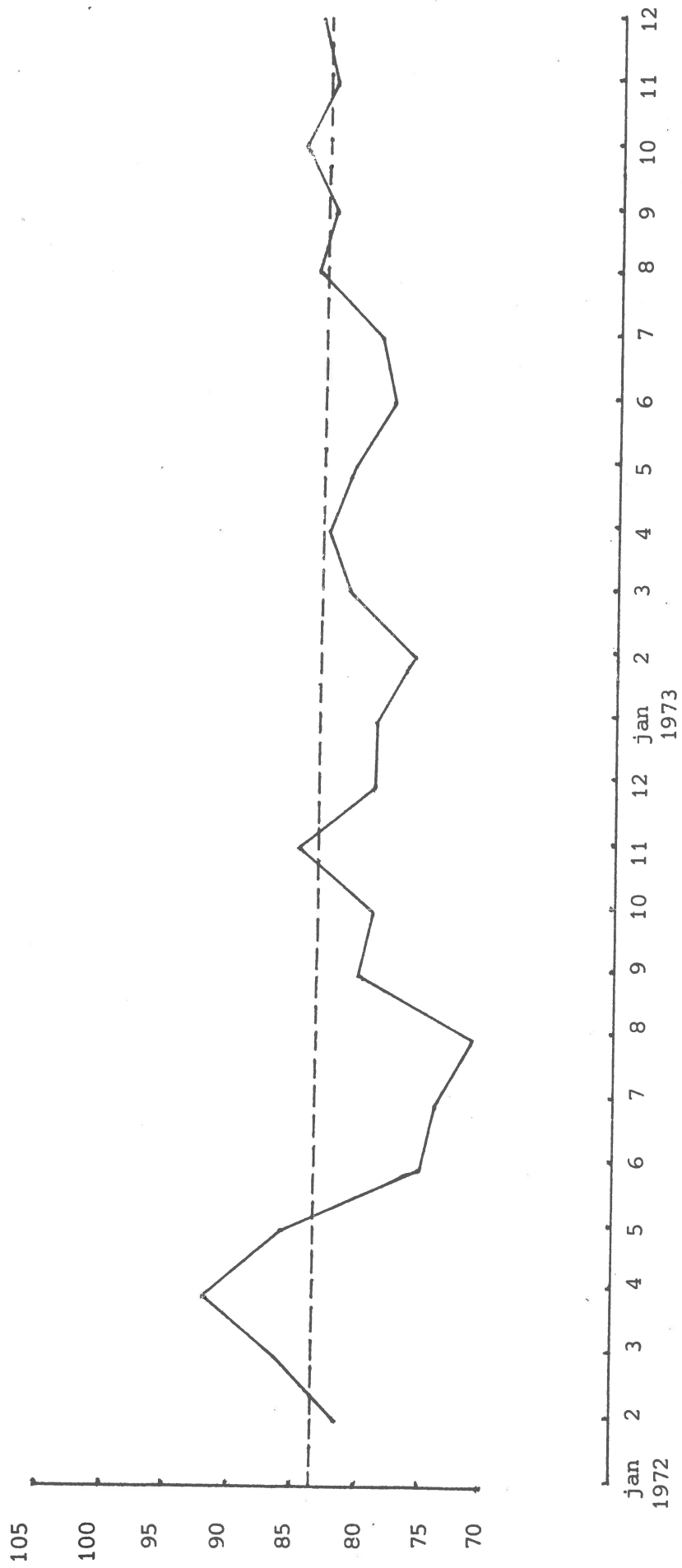
In de vorige paragraaf hebben we een aantal variabelen gezien die verband houden met het percentage goodwill. Eén van die variabelen was het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft. Degenen die in 1975 de praktijk verlieten ontvingen gemiddeld aanzienlijk meer goodwill dan degenen die in de jaren 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 opvolgende maanden b.v. 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 voor maart. De voortschrijdende gemiddelden worden gewogen voor het aantal gevallen. Dit omdat niet elke maand hetzelfde aantal personen de praktijk neerlegt (dit aantal fluctueert; de maanden waarin veel personen de praktijk neerleggen zijn januari, april, juli, oktober en december).

In figuur 4 z. gewogen driemaands voortschrijdende gemiddelden weergegeven. De scippellijn op 83,5% is het gemiddelde percentage goodwill over de totale periode.

In figuur 4 zien we dat er in de maanden rond april 1972 een piek is in het gemiddelde percentage goodwill die ver uit komt boven het totale gemiddelde van 83,5%.

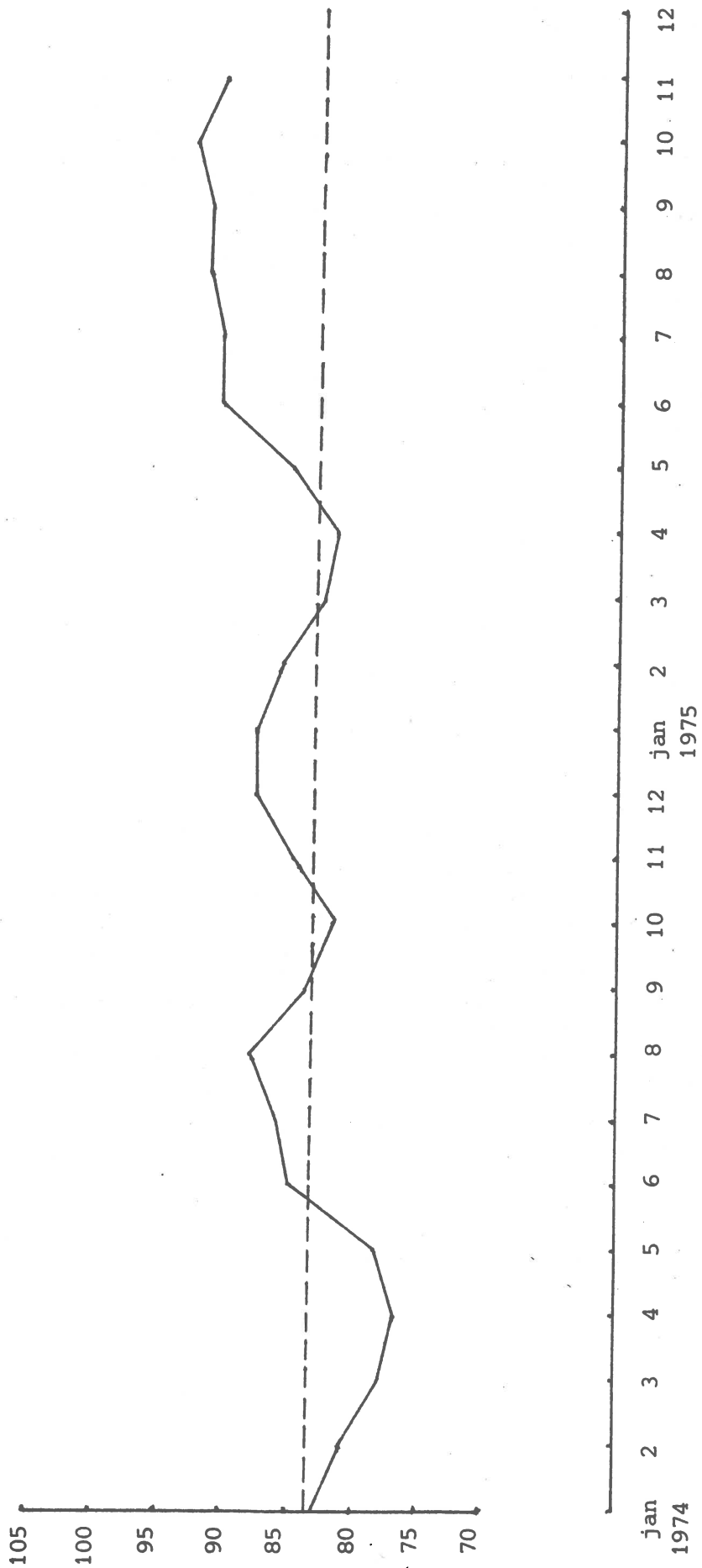
Rond augustus 1973 is er een dieptepunt met gemiddeld 71% goodwill. Zo laag komt het in de hele periode niet meer. Van september 1972 tot augustus 1973 zijn de fluctuaties wat geringer, terwijl de toppen net rond het totale gemiddelde van 83,5% komen. In de laatste maanden van 1973 is het voortschrijdend gemiddelde t.o.v. de voorafgaande maanden stabiel. Gedurende heel 1974 en het eerste half jaar van 1975 zijn er tamelijk grote schommelingen. In het laatste half jaar van 1975 is het voortschrijdend gemiddelde weer stabiel op een niveau even boven 90%.

Figuur 4.: Percentage goodwill in de tijd: gewogen driemaands voortschrijdende gemiddelden.





Figuur 4.: Percentage goodwill in de tijd (vervolg)



### 3.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een analyse gegeven van het algemeen gedeelte van de vragenlijst. Het belangrijkste gedeelte hiervan wordt ingenomen door vragen over de opvolging in de praktijk.

Het gros van de respondenten heeft een opvolger in de praktijk. De oudere huisartsen, degenen met een praktijk in de steden en degenen met een kleinere praktijk bleken wat vaker geen opvolger te hebben. Meer dan de helft van hen heeft ook niet gezocht naar een opvolger. Juist voor de groep huisartsen met een praktijk buiten het platteland die zijn gaan rusten, is het percentage goodwill in de tijd het sterkst toegenomen. Het lijkt erop dat voor stadspraktijken die in tijden van minder grote schaarste wegsmolten of verdeeld werden, in 1975 een opvolger gevonden wordt en dat voor dergelijke praktijken die toen gemiddeld slechts een gering percentage goodwill opbrachten, in 1975 gemiddeld veel meer betaald wordt.

De respondenten die een opvolger hebben, hebben voor een groot gedeelte (23%) hun opvolger via commerciële praktijkbemiddeling leren kennen. Deze manier om een opvolger te vinden wordt vaker gehanteerd door jongere respondenten, door degenen die niet zijn gaan rusten, door solowerkende artsen en door artsen op het platteland en in de kleine steden. Een commerciële praktijkbemiddeling levert gemiddeld iets meer goodwill op dan de overige manieren om aan een opvolger te komen.

Slechts een klein aantal respondenten (15%) heeft bij de overdracht van de praktijk een overgangperiode van drie maanden of langer gerealiseerd. Vooral de oudere artsen en de artsen die zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk, hadden wat vaker een dergelijke overgangperiode. De artsen die zijn gaan rusten hebben uiteraard meer mogelijkheden om een overgangperiode te realiseren. Er is geen druk van het tijdstip waarop een nieuwe functie aanvaard moet worden. Ook de artsen die een gemeenschappelijke praktijkvoering hadden, hebben wat vaker een overgangperiode gerealiseerd. In dit geval is er mogelijk een druk van de overblijvende collegae op de praktijkverlater om de nieuwkomer niet oningewerkt in het team te zetten. De manier waarop men in contact komt met een opvolger, lijkt hier ook de invloed van de collegae te weerspiegelen. Men is vaker via informele wegen in contact gekomen met de opvolger. Daarnaast ontving men gemiddeld wat meer goodwill dan de collegae die een solo-praktijk voerden.

Voor de totale groep respondenten bedroeg de goodwill gemiddeld 83,5%. In 1975 was het gemiddelde percentage echter aanzienlijk hoger dan in de voorafgaande jaren.

Degenen die niet zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk en degenen wier praktijk op het (verstedelijkt) platteland gesitueerd was, ontvingen gemiddeld ook meer goodwill dan de overige respondenten.

#### 4. De artsen in ruste

De enquête die verstuurd is aan de artsen die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten, bestond uit het algemeen gedeelte en een specifiek gedeelte. In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten uit het algemeen gedeelte weergegeven voor alle respondenten.

Daarbij zijn de artsen in ruste en de overige respondenten op verschillende punten vergeleken (met name in paragraaf 3.1 en in de samenvattende paragraaf 3.8).

Het specifiek gedeelte bestaat uit slechts vier vragen. Daarin wordt 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 4.1 zal ingegaan worden op de beantwoording van de eerste drie vragen, terwijl in paragraaf 4.2 de vraag naar de opbouw van het inkomen aan de orde gesteld wordt.

##### 4.1 Geheel of gedeeltelijk rusten

Van de respondenten die na het neerleggen van de praktijk zijn gaan rusten, voert of voerde 59% nog incidentele werkzaamheden uit. De respondenten die geheel zijn gaan rusten vinden we vaker 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 uitvoerde) het hoogst, nl. 73%. Dat percentage daalt tot 40% voor de groep die in 1974 de praktijk verliet. Voor 1975 is het weer hoger, nl. 61%.

Welke zijn nu de incidentele activiteiten die uitgevoerd worden door de respondenten die niet geheel zijn gaan rusten?

In tabel 17 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 17 : Incidentele activiteiten

keuringen en controles	72%	- uitsluitend keuringen en controles	49%
		- keuringen en contr. en waarnemingen	11%
		- keuringen en contr. en enkele particuliere patiënten	10%
		- keuringen en contr. en waarnemingen en enkele particulieren patiënten	2%
waarnemingen	21%	- uitsluitend waarnemingen	6%
		- keuringen en contr. en waarnemingen	11%
		- waarnemingen en enkele particuliere patiënten	2%
		- keuringen en contr. en waarnemingen en enkele particuliere patiënten	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 <sup>*)</sup>	18%		

\*) 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 controles + overige activiteiten deed, gerangschikt in de categorie "uitsluitend keuringen en controles".

De meest uitgevoerde activiteit is wel het doen van keuringen en controles. Bijna de helft van de respondenten die nog incidenteel activiteiten uitvoert, doet uitsluitend keuringen en controles, terwijl 72% keuringen en controles doet in combinatie met een of meer andere activiteiten.

Uitsluitend waarnemingen wordt door 6% gedaan, terwijl 21% waarnemingen doet in combinatie met een of meer andere activiteiten.

Voor de zorg voor enkele particuliere patiënten zijn deze percentages opv. 2% en 16%.

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 41% van de respondenten genoemd als belangrijkste reden om de praktijk neer te leggen. Voor 37% 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 bijna 60% van de artsen in ruste nog incidentele activiteiten uitvoert, die dan voornamelijk bestaan uit het doen van keuringen en controles. Voor de respondenten die voor hun 65e levensjaar de praktijk neerlegden, was in meer dan de helft van de gevallen de gezondheidstoestand de belangrijkste reden.

#### 4.2 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 dit moment 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 deze vraag niet beantwoord.

We zullen allereerst bekijken per bron welk percentage respondenten daaruit inkomsten heeft.

Tabel 18 : Relatieve frequentie waarmee bronnen van inkomsten genoemd zijn voor de totale groep en per jaar waarin de praktijk neergelegd is

	totaal	1972	1973	1974	1975
AOW	84%	90%	80%	83%	83%
Pensioenfonds voor huisartsen	84%	94%	80%	80%	83%
Overdracht van de praktijk	58%	52%	50%	66%	66%
Verkoop van het praktijkpand	33%	23%	40%	49%	17%
Lijfrentes	62%	71%	53%	63%	62%
Belegd kapitaal	79%	71%	77%	83%	86%
Incidentele werkzaamheden	50%	68%	40%	31%	66%
Arbeidsongeschiktheidsverzekering	6%	13%	7%	3%	3%
Overige bronnen van inkomsten	11%	3%	10%	17%	14%

Omdat een persoon verschillende bronnen kan noemen, tellen de percentages in deze tabel niet op tot 100%. We zien dat AOW en pensioenfonds voor huisartsen<sup>\*)</sup> het vaakst genoemd 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, nl. in 71% van de gevallen. De frequentie neemt toe tot 86% voor de groep die in 1975 gestopt is. Andere relatief vaak genoemde bronnen van inkomsten zijn lijfrentes, overdracht van de praktijk en incidentele werkzaamheden. Inkomsten uit overdracht van de praktijk worden door degenen die in 1974 en 1975 stopten aanzienlijk 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 b.v. een woonhuis.

Inkomsten uit incidentele werkzaamheden wordt door 50% van de artsen in ruste genoemd. Dat dit percentage niet overeenkomt met het in 4.1 genoemde percentage, komt omdat een aantal respondenten die na het neerleggen van de praktijk nog incidentele werkzaamheden uitvoerden, dat op het moment van de enquête niet meer doet. (Overigens is de lijn die daar aangegeven werd, ook hier terug te vinden: van de groep die in 1972 de praktijk verliet was het percentage dat nog incidentele werkzaamheden uitvoert of uitvoerde het hoogst; het percentage daalt voor de groep die in 1973 en 1974 stopte en is voor degenen die in 1975 stopten weer hoger.

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.

\*) 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 interimperiode (1967-1973). Vergelijk Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, Statuten en Reglement, m.n. artikelen 13, 16 en 38 van het reglement, alsmede Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, Documentatie Collectieve Pensioenregeling, 1977.

Tabel 19 : 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	1972	1973	1974	1975
AOW	27.6	29.3	30.9	25.8	24.5
Pensioenfonds voor huisartsen	16.4	17.8	15.8	14.8	17.0
Overdracht van de praktijk	8.5	6.7	8.0	10.2	9.2
Verkoop van praktijkpand	4.1	2.7	4.9	6.5	2.0
Lijfrentes	8.9	7.7	10.5	9.8	8.0
Belegd kapitaal	20.6	19.1	20.7	21.6	21.2
Incidentele werkzaamheden	9.9	14.0	7.1	5.2	13.4
Overige bronnen	3.8	2.1	2.0	6.3	4.3
Totaal <sup>a</sup>	99.8	99.4	99.9	100.2	99.6

<sup>a</sup>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.

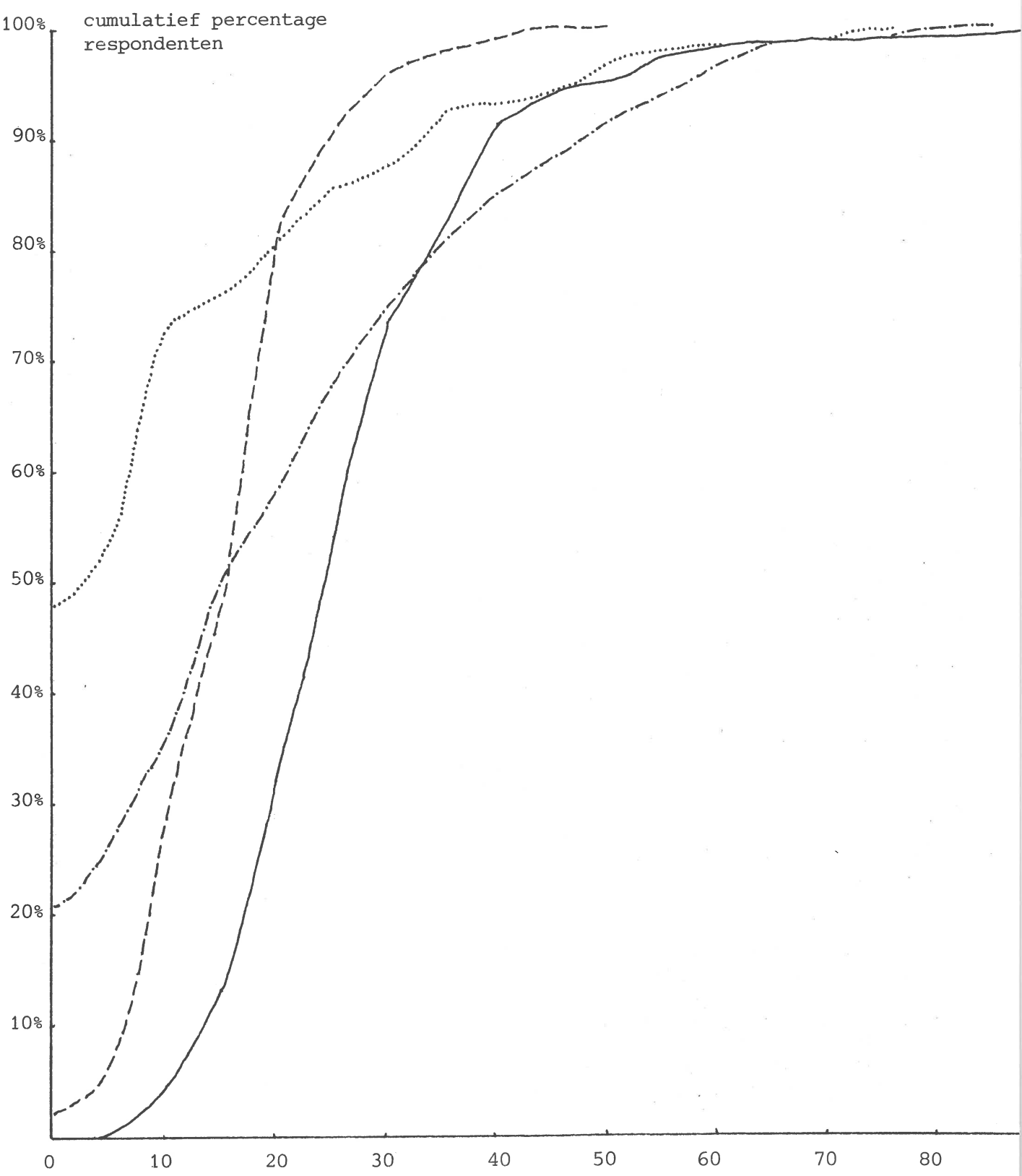
Deze cijfers over de gemiddelde percentages moeten met de nodige voorzichtigheid benaderd worden; ten eerste omdat ze slechts op beperkte groep betrekking hebben (de vraag is door een tamelijk hoog percentage niet of niet volledig ingevuld en de berekeningen zijn alleen uitgevoerd voor de respondenten 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 20 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 19), 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 5.: 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 5 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 (denkbeeldige) 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 27,6%; een blik op figuur 5 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 20,6% 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%.

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 enigzins 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).

5. De huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren.

In dit hoofdstuk worden enkele thema's aan de orde gesteld die terug te vinden zijn in vragen uit het specifieke gedeelte voor de huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en voor degenen die zich zijn gaan specialiseren.

De volgende thema's zullen aan de orde komen: de reden van vertrek; de nieuwe functie, c.q. het specialisme; hoe men aan zijn functie c.q. opleidingsplaats gekomen is en tenslotte een vergelijking van de werktijden en inkomens e.d. in de huisartspraktijk en in de huidige functie.

#### 5.1 De reden van vertrek

Aan het eind van de vragenlijst hebben we in een schema een aantal factoren genoemd die mogelijkwijs 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. Omdat de invulling door degenen die zich zijn gaan specialiseren nogal verschilt van de invulling door de overige respondenten, worden de verdelingen uitgesplitst naar deze twee groepen (tabel 20). 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 heeft angekruist.

	doorslaggevend		belangrijk		speelde enigszins mee		speelde geen rol		aantal	
	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.	andere f. spec.
eigen gezondheid	13%	2%	7%	4%	18%	4%	61%	89%	256	47
gezondheid echtge- n(o)t(e) of andere gezinsleden	6%	0%	9%	10%	10%	0%	74%	90%	215	39
huwelijkssituatie	4%	7%	8%	20%	15%	7%	73%	66%	214	44
onderwijsvoorzieningen voor kinderen	1%	0%	4%	5%	6%	5%	90%	90%	200	37
andere gezinsomstandigheden	5%	13%	14%	3%	4%	3%	77%	80%	166	30
niveau van praktijkprijzen	0%	0%	2%	3%	3%	0%	95%	97%	203	38
aantrekkelijke inhoud nieuwe functie	20%	40%	36%	49%	16%	5%	28%	7%	222	43
beloning in nieuwe functie	1%	0%	9%	2%	21%	7%	69%	91%	203	43
pensioenvoorziening in nieuwe functie	8%	2%	20%	5%	26%	0%	46%	93%	214	41
bij gemeenschappelijke prak- tijk samenwerking met collegae	16%	(0) <sup>b</sup>	3%	(3) <sup>b</sup>	7%	(2) <sup>b</sup>	74%	(2) <sup>b</sup>	31	7 <sup>b</sup>
discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten	7%	5%	9%	10%	15%	7%	69%	79%	208	42
mislukte vrije vestiging	1%	0%	1%	0%	1%	0%	97%	100%	142 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup>
werkbelasting	24%	27%	33%	16%	21%	25%	23%	32%	231	44
verminderd plezier in het huisartsenwerk	14%	38%	18%	24%	28%	22%	40%	16%	223	45

<sup>a</sup> Het lijkt erop dat een groot aantal respondenten hier in plaats van "niet van toepassing" "speelt geen rol" heeft aangekruist.

<sup>b</sup> Te klein aantal om zinvol te percenteren.

Een voorbeeld zal duidelijk maken hoe deze tabel 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 mee 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 factoren; b.v. terwijl voor 13% van de respondenten die een andere functie is 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 uiteraard opgezet worden voor de respondenten die zich zijn gaan specialiseren. In de tweede plaats kunnen de beide groepen respondenten onderling vergeleken worden, b.v. terwijl voor 13% van de respondenten die een andere functie is 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, nl. maximaal 47, respondenten gebaseerd zijn.)

Nu dan een bespreking van de tabel.

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, c.q. het specialisme. Voor de "specialisten" is dit de factor 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.

Factoren die hoegenaamd niet van invloed zijn, zijn het niveau van de praktijkprijzen en mislukte vrije vestiging.

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

Tabel 21 : De vijf belangrijkste factoren geordend naar het percentage doorslaggevend of belangrijk voor respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen

	doorslaggevend of belangrijk
werkbelasting	57%
aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie	56%
verminderd plezier in het huisartsenwerk	32%
pensioenvoorziening in nieuwe functie	28%
eigen gezondheid	20%

Tabel 22 : De vijf 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 in het huisartsenwerk	62%
werkbelasting	43%
huwelijkssituatie	27%
andere gezinsomstandigheden	16%

Hoewel de volgorde verschilt, komen de drie belangrijkste factoren 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 factor speelt niet zo vaak een doorslaggevende rol, maar wel vaak een belangrijke rol. Bij de "specialisten" staat de huwelijkssituatie als vierde in de tabel. Als vijfde factor van belang staat bij de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen, de eigen gezondheid en bij de "specialisten" andere gezinsomstandigheden (waarbij vooral aspecten genoemd worden als druk op het privé-leven en te weinig tijd voor het gezin).

Tot nu toe hebben we gezien met welke frequentie de verschillende factoren als doorslaggevend of belangrijk genoemd worden. Het is ook interessant om te zien welke factoren vaak in combinatie genoemd worden. Dit zal gebeuren aan de hand van "een impressionistische wandeling door" de correlatie-matrix die in de bijlage te vinden is. (De correlatie-matrix heeft alleen betrekking op degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen.)

Voor de respondenten voor wie gezondheid een belangrijke rol speelde, speelde ook de werkbelasting een belangrijke rol. Als we ervan uitgaan dat de respondenten voor wie gezondheid een doorslaggevende of belangrijke rol speelde min of meer gedwongen waren om de praktijk neer te leggen, dan is het begrijpelijk dat voor hen verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol speelde, terwijl ook de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie geen factor van betekenis was.

Voor die respondenten voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie een belangrijke rol speelde, spelen ook de beloning en de pensioenvoorziening een belangrijke rol. Gezien de hoge correlatie is het duidelijk dat de beloning en de pensioenvoorziening in de nieuwe functie één factor vormen.

De respondenten die aan een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten een belangrijke rol toekenden bij hun beslissing om de praktijk neer te leggen, vonden ook de materiële aspecten van de nieuwe functie belangrijk, terwijl zij ook verminderd plezier in het huisartsenwerk vonden.

Tot zover enkele inzichten omtrent de reden van vertrek uit de praktijk. Zowel voor degenen die zich zijn gaan specialiseren, als voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, bleken de drie meest genoemde redenen te zijn de werkbelasting, de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie, c.q. het specialisme en verminderd plezier in het huisartsenwerk.

Een globale inspectie van de correlatie-matrix leverde op dat respondenten voor wie gezondheid een belangrijke rol speelde, de werkbelasting ook belangrijk was en de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk juist geen rol speelden. De beloning en de pensioenvoorziening correleren erg sterk, zodat gesproken kan worden van een factor, het materiële aspect van de nieuwe functie.

Voor degenen voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie een belangrijke rol speelde, speelde ook dit materiële aspect mee. Degenen die veel belang toekenden aan een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten vonden ook het materiële aspect van de nieuwe functie belangrijk, terwijl bij hen bovendien een verminderd plezier in het huisartsenwerk meespeelde.

## 5.2 Wat zijn de praktijkverlaters gaan doen?

De respondenten die zich zijn gaan specialiseren zullen we tot het eind van deze paragraaf bewaren; we beginnen met degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen.

In de volgende tabel worden die functies genoemd met de bijbehorende frequenties die vijf of meer malen voorkomen. De rest is in de categorie "overige" te vinden.

Tabel 23 : Nieuwe functie

	absoluut	in procenten
verzekeringsgeneeskundige	54	21%
bedrijfsarts	51	20%
adv. geneesk. ziekenf.	19	7%
overige medische adviseurs	9	4%
schoolarts	7	3%
G.G. en G.D.-arts	15	6%
verpleeghuisarts	20	8%
algemeen arts in inrichting of tehuis	11	4%
medisch directeur verpl.huis	17	7%
medisch directeur ziekenhuis	8	3%
directeur G.G. en G.D.	8	3%
hogere beleidsfunctie	5	2%
wetenschappelijk medewerker	12	5%
alternatieve geneeswijzen	6	2%
overige	18	7%
TOTAAL	260	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. en 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). 3 respondenten waren op het moment van de enquête reeds gepensioneerd. Enkele verpleeghuisartsen en één algemeen arts waren opgeklimmen tot medisch-directeur. Bijna alle respondenten hebben een functie in dienstverband (95% van de gevallen). Ook heeft bijna iedereen (95%) een volledige werkring.

Meer dan de helft van de respondenten heeft voor zijn functie een cursus gevolgd. Een overzicht van de gevolgde cursussen is in tabel 24 te vinden.

Tabel 24 : Gevolgde cursus

	absoluut	in procenten
geen cursus	116	46%
cursus sociale geneeskunde zonder nadere aanduiding	12	5%
basiscursus sociale geneesk.	10	4%
arbeids- en bedrijfsgeneesk.	32	13%
verzekeringsgeneesk.	24	10%
jeugdgezondheidszorg	7	3%
algemene gezondheidszorg	8	3%
verpleeghuisartsenopleiding	8	3%
overige cursussen	22	9%
diverse stages	14	6%
TOTAAL	253	100%
niet ingevuld	8	

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 23), 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%. 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%.

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.

Als korte samenvatting van het eerste gedeelte van deze paragraaf kan gezegd worden dat de meest gekozen functies op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde en de bedrijfsgeneeskunde liggen; op dit terrein liggen ook de meest gevolgde cursussen. De respondenten zijn na het neerleggen van de praktijk weinig mobiel; 86% werkt nog op het moment van de enquête in dezelfde functie. Meer dan de helft van de respondenten heeft voor zijn functie een cursus gevolgd.

Nu dan de respondenten die zich zijn gaan specialiseren. We zullen hier minder diep op ingaan en volstaan met een overzicht van de gekozen specialisaties en de bijbehorende frequenties.

Tabel 25 : Frequentie verdeling van de gekozen specialismen

specialisme	frequentie
radiologie	12
psychiatrie	8
anaesthesie	4
dermatologie	4
chirurgie	3
gynaecologie	3
path. anatomie	2
cardiologie	2
interne geneeskunde	2
longziekten	2
K.N.O.	1
bacteriologie	1
oogheelkunde	1
neurologie	1
revalidatie	1
TOTAAL	47

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



### 5.3 Hoe is men aan zijn functie c.q. opleidingsplaats gekomen?

We zullen ook hier weer de respondenten die zich zijn gaan specialiseren tot het eind van de paragraaf bewaren.

In de vragenlijst voor praktijkverlaters die een andere functie zijn gaan uitoefenen is gevraagd naar de manier waarop men aan zijn functie gekomen is. In meer dan 40% van de gevallen bleek een advertentie in de vakpers de weg te zijn (zie tabel 26).

Tabel 26 : Manier waarop men aan zijn functie gekomen is.

Manier	absoluut	in procenten
Door werkgever benaderd	62	25%
Zelf werkgever benaderd	23	9%
Via collegae	35	14%
Via kennissen	6	2%
Advertentie in de vakpers	108	43%
Advertentie in dagblad	2	1%
Voortzetting nevenfunctie	14	6%
Op overige wijzen	3	1%
TOTAAL	253	100%
Niet ingevuld of niet van toepassing	8	

We zien dat naast advertenties in de vakpers vaak het initiatief van een toekomstige werkgever tot een functie heeft geleid. In 14% van de gevallen heeft men door contacten met collegae-medici een functie verkregen.

Er is ook gevraagd hoelang men gezocht heeft naar een functie. Er is een redelijk sterke samenhang tussen deze variabelen en de manier waarop men aan zijn functie is gekomen.

Tabel 27 : Aantal maanden dat men gezocht heeft naar een functie, naar de manier waarop men de functie gevonden heeft

	door werk- gever be- naderd	zelf werk- gever be- naderd	via colle- gae of kennissen	via adver- tentie	voortzet- ting, van nevenfunc- tie	TOTAAL
niet ge- zocht	94%	64%	59%	39%	100%	61% (152)
1 - 2 maanden gezocht	5%	27%	17%	29%	0	19% ( 48)
3 maanden gezocht	2%	9%	24%	32%	0	19% ( 48)
TOTAAL	100% (62)	100% (22)	100% (41)	100% (109)	100% (14)	100% (248)

De respondenten die een nevenfunctie hebben kunnen voortzetten en de respondenten die door de werkgever benaderd zijn hebben uiteraard het vaakst niet hoeven zoeken naar hun functie.

De respondenten die zelf een werkgever benaderden of die via collegae of kennissen hun functie verkregen, hebben wat vaker moeten zoeken.

Degenen die via een advertentie hun functie gevonden hebben, hebben in meer dan 30% van de gevallen 3 maanden of langer gezocht.

Samenvattend: de grootste groep respondenten komt via een advertentie in de vakpers aan zijn functie. Deze groep heeft vaker enige tijd gezocht naar zijn functie dan degenen die zelf een werkgever benaderd hebben, door een werkgever benaderd zijn of via collegae of kennissen een functie gevonden hebben.

We zullen nu aangeven hoe aspirant specialisten aan een opleidingsplaats gekomen zijn, hoelang ze daarnaar gezocht hebben e.d. In tabel 28 is de frequentie-verdeling weergegeven van de manier waarop men aan zijn opleidingsplaats gekomen is.

Tabel 28 : Manier waarop men aan opleidingsplaats gekomen is

	abs. freq.	rel. freq.
Door opleiding benaderd	1	2%
Zelf opleiding benaderd	33	73%
Via collegae-medici	7	16%
Via een advertentie in de vakpers	4	9%
TOTAAL	45	100%
niet ingevuld	2	

De praktijkverlaters die zich zijn gaan specialiseren, hebben voornamelijk zelf een opleiding benaderd.

Het aantal maanden dat men gezocht heeft naar een opleidingsplaats komt redelijk overeen met het aantal maanden dat degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, gezocht hebben naar een functie. Van de "specialisten" heeft 65% niet gezocht, tegen 61% van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen. Voor 1-2 maanden gezocht zijn de percentages opv. 11% en 19% en voor 3 maanden of langer gezocht 24% en 19%.

Slechts een gering aantal respondenten, een kwart, had een wachttijd voordat men kon beginnen aan de opleiding. Gemiddeld duurde deze wachttijd zo'n 8 maanden.

Van de 11 "specialisten" met een wachttijd hebben 6 in die tijd de praktijk voortgezet; van de overigen hebben er enkelen tijdelijk een andere functie uitgeoefend en enkelen gewoon niets gedaan.

Kortom, over het algemeen hebben de "specialisten" zelf een opleiding benaderd; zij hebben ongeveer even vaak niet hoeven zoeken als de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen. Van degenen die een wachttijd hadden voor de start van de opleiding hebben enkelen de huisartspraktijk voortgezet.

#### 5.4 Vergelijking van de werktijden

De gegevens die in deze paragraaf gepresenteerd worden, hebben betrekking op de hele groep respondenten, dus zowel op de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen als op de respondenten die zich zijn gaan specialiseren.

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, 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 overzichtelijk beeld te krijgen hebben we hier weer gekozen voor een grafische weergave van cumulatieve frequentie-verdelingen. In figuur 6 vindt men de cumulatieve frequentie-verdelingen voor het aantal uren dat de respondenten als huisarts en na het neerleggen van de praktijk per dag werkten.

Terwijl slechts ongeveer de helft van de ondervraagden als huisarts minder dan 10 uur per dag werkte, werkt bijna 95% van de nu ex-huisartsen na het neerleggen van de praktijk minder dan 10 uur. Na het neerleggen van de praktijk wordt er dus over het algemeen aanzienlijk minder uren per dag gewerkt dan als huisarts.

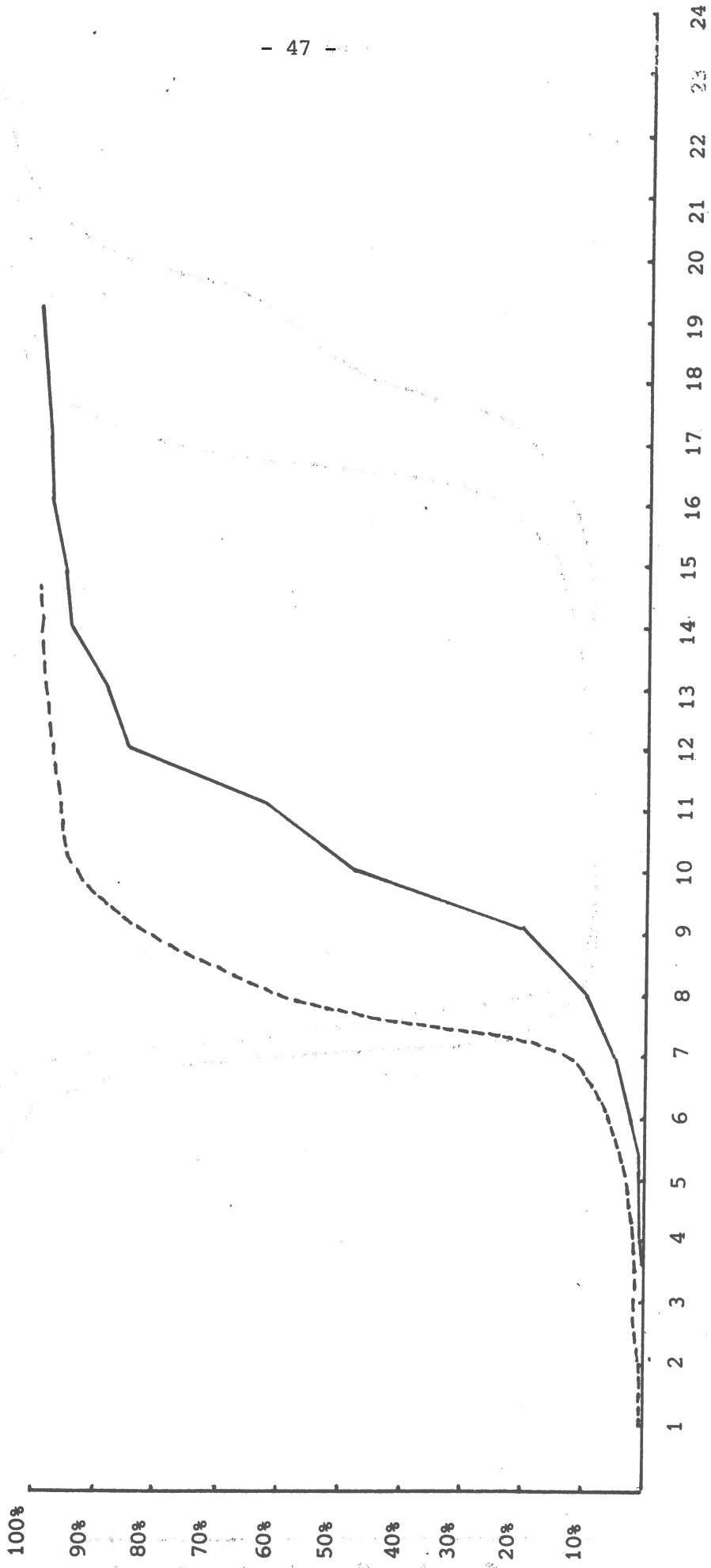
In figuur 7 zijn de cumulatieve verdelingen weergegeven van het begin en einde van de werkdag als huisarts en na het neerleggen van de praktijk. Het linker gedeelte van de figuur behoeft weinig toelichting. Het begin van de werkdag als huisarts lag over het algemeen ietsje eerder dan na het neerleggen van de praktijk het geval is.

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.

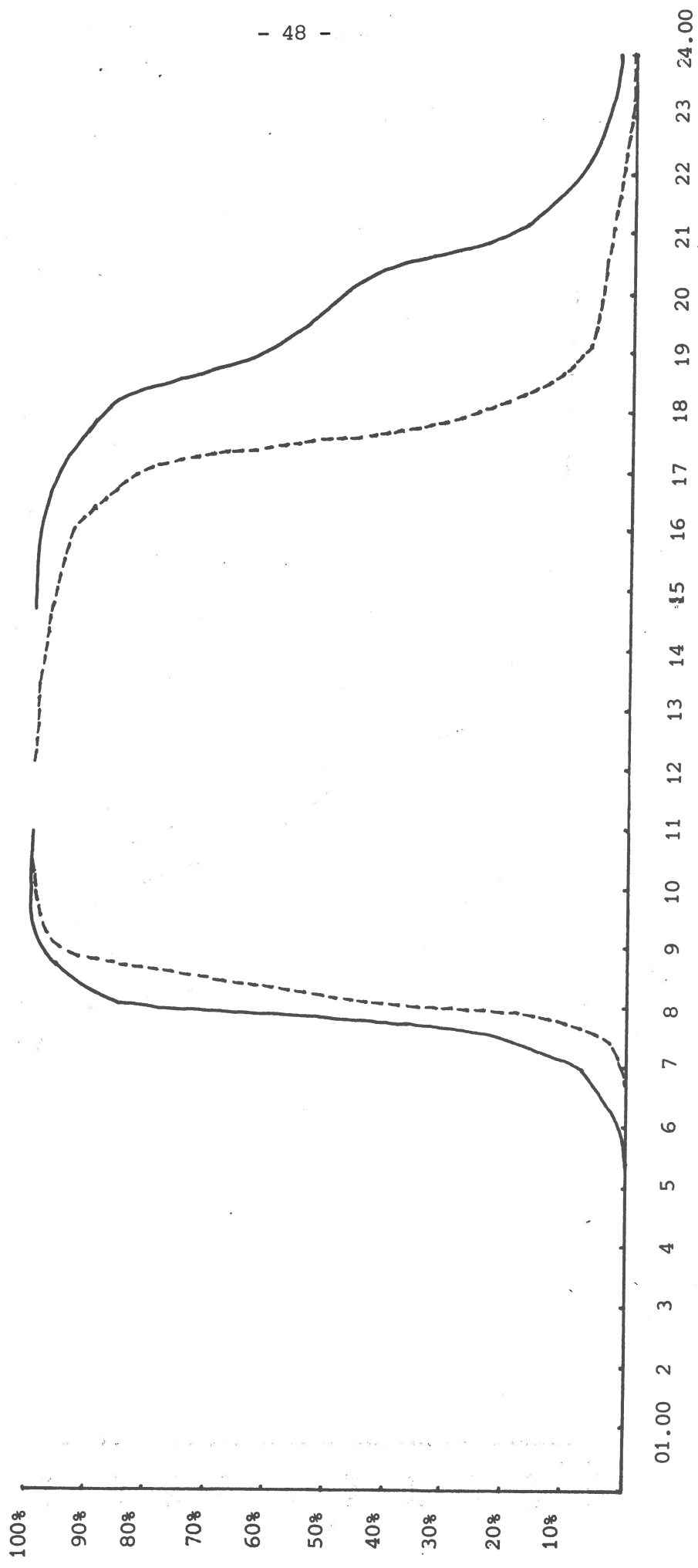
Slechts de helft van de respondenten is na het neerleggen van de praktijk nog na half 6 aan het werk, terwijl ongeveer 92% van de respondenten als huisarts nog na half 6 aan het werk was.

Deze gegevens over werktijden en aantal werkuren zijn niet opzienbarend. Ze zijn echter van groot belang voor de constructie van indices voor de werkbelasting, die in het eindrapport gebruikt zullen worden. We zullen er hier niet langer bij stil staan.

als huisarts  
na het neerleggen van de praktijk



**Figuur 7.:** 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



5.5 Vergelijking van het inkomen als huisarts en na het neerleggen van de praktijk

Aan de ex-huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren is gevraagd of zij er qua inkomen\* op vooruit of achteruit gegaan zijn. De frequenties van de antwoorden vindt men in de volgende tabel.

Tabel 29 : Vergelijking van het inkomen als huisarts met het inkomen na het neerleggen van de praktijk

	andere functie	specialisering																																
vooruit gegaan 6%	<table border="1"> <tr><td>t/m</td><td>10%</td><td>vooruit</td><td>2%</td></tr> <tr><td>11 - 20%</td><td></td><td>vooruit</td><td>1%</td></tr> <tr><td>21 - 30%</td><td></td><td>vooruit</td><td>1%</td></tr> <tr><td>30%</td><td></td><td>vooruit</td><td>2%</td></tr> </table>	t/m	10%	vooruit	2%	11 - 20%		vooruit	1%	21 - 30%		vooruit	1%	30%		vooruit	2%	<table border="1"> <tr><td>t/m</td><td>10%</td><td>vooruit</td><td>0%</td></tr> <tr><td>11 - 20%</td><td></td><td>vooruit</td><td>2%</td></tr> <tr><td>21 - 30%</td><td></td><td>vooruit</td><td>0%</td></tr> <tr><td>30%</td><td></td><td>vooruit</td><td>5%</td></tr> </table>	t/m	10%	vooruit	0%	11 - 20%		vooruit	2%	21 - 30%		vooruit	0%	30%		vooruit	5%
t/m	10%	vooruit	2%																															
11 - 20%		vooruit	1%																															
21 - 30%		vooruit	1%																															
30%		vooruit	2%																															
t/m	10%	vooruit	0%																															
11 - 20%		vooruit	2%																															
21 - 30%		vooruit	0%																															
30%		vooruit	5%																															
gelijk gebleven 25%		12%																																
achteruit gegaan 69%	<table border="1"> <tr><td>t/m</td><td>10%</td><td>achteruit</td><td>10%</td></tr> <tr><td>11 - 20%</td><td></td><td>achteruit</td><td>22%</td></tr> <tr><td>21 - 30%</td><td></td><td>achteruit</td><td>17%</td></tr> <tr><td>30%</td><td></td><td>achteruit</td><td>19%</td></tr> </table>	t/m	10%	achteruit	10%	11 - 20%		achteruit	22%	21 - 30%		achteruit	17%	30%		achteruit	19%	<table border="1"> <tr><td>t/m</td><td>10%</td><td>achteruit</td><td>2%</td></tr> <tr><td>11 - 20%</td><td></td><td>achteruit</td><td>14%</td></tr> <tr><td>21 - 30%</td><td></td><td>achteruit</td><td>14%</td></tr> <tr><td>30%</td><td></td><td>achteruit</td><td>51%</td></tr> </table>	t/m	10%	achteruit	2%	11 - 20%		achteruit	14%	21 - 30%		achteruit	14%	30%		achteruit	51%
t/m	10%	achteruit	10%																															
11 - 20%		achteruit	22%																															
21 - 30%		achteruit	17%																															
30%		achteruit	19%																															
t/m	10%	achteruit	2%																															
11 - 20%		achteruit	14%																															
21 - 30%		achteruit	14%																															
30%		achteruit	51%																															

Een kwart van de praktijkverlaters die een andere functie zijn gaan uitoefenen, is gelijkgebleven qua inkomen. Bijna 70% is achteruitgegaan in inkomen. Ruim tweederde van de respondenten die een andere functie zijn gaan uitoefenen is meer dan 20% in inkomen achteruitgegaan! De achteruitgang in inkomen is voor de respondenten die zich zijn gaan specialiseren nog sterker. We moeten hierbij echter twee dingen in het oog houden: de percentages zijn op een klein aantal (43) gebaseerd en een groot gedeelte zit nog in de opleiding.

5.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn een aantal thema's aan de orde geweest: de reden van vertrek, de nieuwe functie en de manier waarop men die verkregen heeft, en een vergelijking van de werktijden en het inkomen als huisarts en na het neerleggen van de praktijk.

\* Inkomen, hier opgevat zoals het in de enquête is gevraagd; "hoeveel % bent u voor- of achteruit gegaan in besteedbaar inkomen. De wijze van vastlegging van deze maat is dus niet vrij van subjectiviteit.

De meest genoemde redenen om de praktijk neer te leggen zijn de werkbelasting, de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie, c.q. het specialisme en verminderd plezier in het huisartsenwerk. Dat deze laatstgenoemde factor zo'n belangrijke rol speelt is wel het meest opmerkelijke resultaat.

Voor die respondenten voor wie hun gezondheidstoestand een belangrijke rol speelde bij de beslissing om de praktijk neer te leggen, was ook de werkbelasting belangrijk, terwijl de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol speelden. De gedwongen vertrekkers zou men kunnen zeggen.

De respondenten die een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten als belangrijk noemden, kenden ook vaak een belangrijke rol toe aan de materiële aspecten van de nieuwe functie.

De functies die het meest voorkomen zijn verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts. De meeste respondenten zijn op het moment van de enquête nog in dezelfde functie werkzaam.

Meer dan de helft heeft voor zijn functie een cursus gevolgd. De meest gevolgde cursussen liggen ook op het terrein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde.

De respondenten die zich zijn gaan specialiseren, zijn dat het vaakst gaan doen in de radiologie en de psychiatrie.

De 47 ex-huisartsen die zich zijn gaan specialiseren, hebben zich verdeeld over 16 specialismen.

Degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, hebben hun functie voornamelijk via een advertentie in de vakpers gekregen; de "specialisten" hebben meestal zelf een opleiding benaderd. Beide groepen hebben in ongeveer tweederde van de gevallen niet hoeven zoeken naar een functie c.q. opleidingsplaats. Een kwart van de "specialisten" had een wachttijd voordat aan de opleiding begonnen kon worden. De resultaten van de vergelijking van het aantal werkuren en het tijdstip van begin en einde van de werkdag als huisarts en na het neerleggen van de praktijk, zijn weinig opzienbarend: na het neerleggen van de praktijk werkt men over het algemeen minder uren per dag en is men vroeger klaar met het werk. Daar staat tegenover dat men over het algemeen op het gebied van het inkomen opgeeft in besteedbaar inkomen achteruit te zijn gegaan (35% van de ondervraagden meer dan 20%).



## 6. Samenvatting Interimrapport vertrek uit huisartsenpraktijk

### 6.1 De response

Van de 669 verzonden vragenlijsten (alle nog in leven zijnde huisartsen die in de periode 1972 - 1975 de huisartspraktijk verlaten hebben) heeft 77% een vragenlijst teruggezonden. Na aftrek van onbruikbare vragenlijsten (niet of zeer onvolledig ingevuld, ten onrechte aangeschreven) is een bruikbare response van 71% overgebleven. Het grootste verschil tussen teruggezonden en bruikbare vragenlijsten werd aangetroffen bij de groep "rustende artsen" omdat vooral dáár de grens tussen niets doen via verrichten van incidentele activiteiten naar uitoefening van een min of meer volledige (maar wel kleinere) huisartspraktijk zeer moeilijk te trekken valt. De groep ex-huisartsen die geen vragenlijst heeft teruggezonden, is op enkele kenmerken vergeleken met de totale populatie. Er zijn geen significante verschillen gevonden.

### 6.2. Het algemeen gedeelte van de vragenlijst

De toegezonden enquête bevat een voor alle artsen gemeenschappelijk gedeelte met vragen over tijdstip en wijze van praktijkoverdracht, enkele personalia en een aantal vragen over aard en samenstelling van de praktijk.

#### Leeftijd bij vertrek

Wanneer men de groep ex-huisartsen verdeelt in artsen in ruste en artsen in een nieuwe functie op medisch gebied, dan is van de eerste groep 28% jonger dan 65 en 14% ouder dan 70 op het tijdstip van vertrek. 25% legt op 65-jarige leeftijd de praktijk neer. Ruim een kwart van de "vroegtijdig" vertrokken huisartsen is tussen 45 en 50 jaar oud; 11% is jonger dan 34 jaar en 17% ouder dan 55.

#### Praktijkgrootte

Slechts 7% van de vertrokken artsen beschrijft zijn praktijkgrootte als kleiner dan 1500 zielen, van 38% telde de praktijk meer dan 3000 zielen. Een ziekenfondspraktijk van meer dan 2500 verzekerden trof men aan bij ruim een derde van de ondervraagden. Particuliere praktijken van meer dan 1000 zielen rapporteerde 29%. De gemiddelde totale praktijkgrootte is voor artsen in ruste ongeveer 200 zielen kleiner dan voor de overige ex-huisartsen.

#### Solo of samenwerking

De overgrote meerderheid der vertrokken huisartsen (87%) achtte zich als "solist" werkzaam te zijn. 4,5% was werkzaam in groepspraktijk of gezondheidscentrum en 9% in associatie met gemeenschappelijk praktijkgebouw. Eén van onze hypothesen bij de opzet van het onderzoek was, dat samenwerking een alternatief voor vertrek zou kunnen zijn, bijvoorbeeld in geval van hoge werkbelasting of verminderd plezier in het vak. Vergelijking van deze cijfers met de antwoorden van de nog praktizerende huisartsen moet ons inzicht over de juistheid van onze veronderstellingen verschaffen.

### Opvolging

Slechts 5% van de huisartsen liet een praktijk na zonder opvolger. Van de rustende artsen was dit percentage wat hoger (8%), voor de andere groep geldt dit slechts voor 3% van de gevallen.

Praktijken zonder opvolging zijn een vrijwel exclusief stedelijk verschijnsel (7% stad tegen 2% platteland), terwijl na 1974 eigenlijk geen enkele praktijk meer zonder opvolging wordt gesloten. Artsen die in 1972 en 1973 hun in de stad gevestigde praktijken hebben opgegeven om met pensioen te gaan hebben de grootste kans gehad zonder opvolger te zijn vertrokken.

Voor het merendeel der gevallen waar wel sprake van opvolging was, wilden wij graag weten hoe deze tot stand was gekomen.

Voor 5% van de artsen was dit geen probleem: de opvolging lag al jaren vast.

De overige 95% vertoonde een brede scala van manieren van praktijkoverdracht.

### Commerciële bureau's

Een groot aantal praktijken (23%) vond zijn weg via commerciële bureau's. Met name gold dit voor praktijken in (verstedelijkte) plattellandsgebieden (meer dan 30%) en kleine steden. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag ging slechts 7% van de praktijkoverdrachten via commerciële bureau's. In forensengemeenten en in de overige grote steden waren de activiteiten dezer bureau's minder.

Het percentage commercieel bemiddelde praktijken neemt gestadig af met de leeftijd der artsen (van 39% comm. bemiddeling voor de groep jonger dan 35 jaar naar 17% voor de 65-plussers). Er is geen sprake van een toename in de tijd in de onderzochte periode (1972 - 20%, 1973 - 27%, 1974 - 20%, 1975 - 27%).

### Overige vormen van praktijkoverdracht

Naast de commerciële bemiddeling zijn er legio methodes om met een opvolger in contact te treden. Bemiddeling via KNMG, OLMA, VVAA bijvoorbeeld (8,5%). Soms (in 7%) trekt de aspirant opvolger zelf de stoute schoenen aan; soms (8%) leert men elkaar kennen via waarneming en vervanging.

Zeer zelden (2%) komt contact tot stand via advertenties van de aspirant huisarts. Advertenties van de vertrekkende arts zijn minder ongebruikelijk (19%), terwijl informele contacten via collegae of niet-medici in opv. 19 en 6% van de gevallen voor een opvolger zorgden.

In het geval van bemiddeling (commercieel of niet commercieel) en plaatsing van advertenties (bij elkaar ongeveer 45% van de overdrachten) treedt de vertrekkende arts als actieve marktpartij op. In zo'n 10% (benadering door opvolger, reactie advertentie opvolger) is hij als passieve marktpartij aanwezig, terwijl in de overige gevallen de contacten informeel verlopen. Ondervraagden die een gemeenschappelijke praktijkvoering hadden, zijn vaker via informele wegen of een eigen advertentie in contact met de opvolger gekomen. De invloed van de in de praktijk achterblijvende collegae doet zich hier gelden.

### De overgangperiode

De wenselijkheid van een overgangperiode wordt allerwege genoemd; toch vindt een overgangperiode (van minimaal 3 maanden) slechts

bij 15% van de praktijkoverdrachten plaats.

Hoe ouder men is bij vertrek uit de praktijk, hoe vaker er van een overgangperiode sprake is (jonger dan 35 jaar 3% overgangperiode, 65 jaar en ouder 30%). Aan de ene kant speelt hier mee dat oudere artsen (en vooral degenen die gaan rusten) meer mogelijkheden hebben om een langere introductie-periode te realiseren, maar het is ook mogelijk dat oudere artsen meer waarde hechten aan het belang van de patiënten en vanuit die gedachte een overgangperiode trachten te realiseren.

Ook de wijze waarop het contact tot stand gekomen is, is van grote invloed op het al of niet hebben van een langere overgangperiode. Bij praktijkbemiddeling is slechts in 5% van de gevallen van een introductie-periode sprake, terwijl bij overdracht via informele kanalen in 22% van de gevallen een overgangperiode aanwezig was.

### De goodwill

Voor alle respondenten bij elkaar vinden we een gemiddeld goodwill percentage van 83,5%. De schommelingen rond dit gemiddelde zijn echter aanzienlijk. Zo maakt het groot verschil in welk jaar de praktijk overgedaan is. 1975 neemt een aparte plaats in met een gemiddelde van 88,6%, in 1972 - 1974 zijn de percentages resp. 80,3, 80,7 en 83,0%.

Invoering van een pensioenregeling heeft niet verlagend op de goodwill percentages gewerkt (al krijgen rustende huisartsen minder voor hun praktijk dan zij die een andere functie gaan uitoefenen). Op platteland en verstedelijkt platteland is het percentage ook hoger dan in stedelijke gebieden (89 resp. 79%), de stijging in de tijd is voor de stedelijke gebieden groter (van gemiddeld 76,2 in 1972-1974 naar 86,1 in 1975 tegenover voor het platteland van 87,9 naar 92,8 in 1975).

Zoals gezegd krijgen rustende huisartsen in het algemeen minder voor hun praktijken dan artsen die een andere functie gaan uitoefenen (78,1 versus 86,1%), en het slechtst eraan toe zijn de artsen die voor 1975 hun stadspraktijk voor een pensioen hebben verruild (69,5% goodwill).

Rustende artsen op het platteland hebben echter altijd hoge goodwillpercentages ontvangen (84,1 in 1972-1974, 96,7 (!) in 1975). Deze resultaten komen overeen met de analyse van de proportie praktijken-zonder-opvolger, ook hier ging het over (meestal kleine) praktijken van met pensioen gaande huisartsen in 1972-1973. De opleving van de markt in 1975 heeft voor een inhaalstijging van de tot nu toe slecht bedeelde groepen gezorgd; het percentage goodwill op het platteland loopt echter zeer hoog op.

### 6.3 Artsen in ruste

Aangezien het zwaartepunt van het onderzoek rust op "voortijdig" vertrek uit de huisartspraktijk, hebben wij de rustende artsen, naast de vragen uit het algemeen gedeelte, slechts een viertal extra vragen gesteld. Twee vragen naar het verrichten van werkzaamheden naast de pensionering; één vraag over de mate waarin de gezondheidstoestand een rol gespeeld heeft bij het besluit de praktijk neer te leggen en een vraag naar de samenstelling van het inkomen.

### Aktiviteiten na het pensioen

Zestig procent van de artsen in ruste voert of voerde nog incidentele werkzaamheden uit na het neerleggen van de praktijk. Voor de artsen die in 1972 vertrokken, is dit percentage 72%; daarna volgt een daling tot 40% voor de in 1974 vertrokkenen, maar van degenen die in 1975 de praktijk neerlegden, voert (voerde) 61% nog incidentele werkzaamheden uit.

De meest verrichte activiteiten betreffen het doen van keuringen en/of controles al dan niet in combinatie met waarnemingen en een kleine (particuliere) praktijk (in 72 van de 100 gevallen). Waarnemingen verricht nog 21% van de artsen, terwijl 16% nog een kleine (particuliere) praktijk verzorgt.

### Gezondheidstoestand

Voor 41% van de rustende artsen gold de gezondheidstoestand als doorslaggevend voor de beslissing de praktijk neer te leggen. Bij pensionering voor het 65e levensjaar werd dit bijna altijd zo gesteld. Als andere reden werd vaak ziekte of overlijden van echtgeno(o)t(e) genoemd.

### Inkomenssamenstelling

Uitkeringen krachtens de algemene ouderdomswet en inkomsten uit belegd kapitaal (bien étonnés...) vormen de belangrijkste bronnen van inkomsten van de rustende huisartsen die ten tijde van de enquête de 65-jarige leeftijd bereikt hadden (opv. 27,6 en 20,6% van het inkomen). Inkomsten uit overdracht van de praktijk en verkoop van het praktijkpand maken opv. 8,5 en 4,1% van het inkomen uit; het pensioenfonds voor huisartsen 16,4%, lijfrentes 8,9% en incidentele werkzaamheden 9,9%.

Bijna één op de drie ex-huisartsen heeft zijn inkomsten uit alle hierboven genoemde bronnen tegelijk. Iets meer dan een kwart heeft alleen geen inkomsten uit incidentele activiteiten. Voor een derde van de artsen geldt dat geen inkomsten uit overdracht van de praktijk of verkoop van het praktijkpand wordt vermeld.

## 6.4 Achtergronden van vertrek voortijdig vertrokken huisartsen

### Factoren

We naderen nu langzamerhand het zwaartepunt van ons onderzoek: de achtergronden van voortijdig vertrek.

Deze achtergronden zijn voor twee belangrijke groepen nogal verschillend van aard. De (meestal) wat jongere artsen die een opleiding voor klinisch specialist hebben gekozen noemen als belangrijkste vijf factoren: 1) aantrekkelijke inhoud van het specialisme (89%); 2) verminderd plezier in het huisartsenwerk (62%); 3) werkbelasting (43%); 4) huwelijkssituatie (27%) en 5) andere gezinsomstandigheden (16%).

De huisartsen met een (meestal sociaal-geneeskundige) andere functie vinden voor een deel dezelfde dingen belangrijk, bij hen staan factoren als werkbelasting echter hoger op de ranglijst: 1) werkbelasting (57%); 2) aantrekkelijke inhoud nieuwe functie (56%); 3) verminderd plezier in het huisartsenwerk (32%);

4) pensioenvoorzieningen nieuwe functie (28%) en 5) eigen gezondheid (20%).

Bekijkt men de onderlinge samenhang van de factoren, dan mag een eerste voorzichtige conclusie luiden, dat men een groep huisartsen kan onderscheiden voor wie gezondheidsredenen en de daarmee gepaard gaande werkbelasting van belang is geweest, zonder dat hier sprake was van verminderd plezier in het huisartsenvak (evenmin als de aantrekkelijkheid van een nieuwe functie). Voor een andere groep speelt de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie inclusief beloning en pensioenvoorziening een belangrijke rol.

Nadere analyse moet uitwijzen of er meerdere categorieën vertrekkers te onderscheiden zijn (mensen die wel werkbelasting en verminderd plezier noemen, maar wier gezondheid niet te wensen over liet) en of deze verschillende typen praktijkverlaters, zich ook op andere punten van elkaar onderscheiden.

#### Nieuwe functie of klinisch specialisme

Veertig procent van de artsen is verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsarts geworden, wanneer men vraagt welke functie men na het neerleggen van de praktijk heeft aanvaard. (85% is niet van functie veranderd).

Daarnaast treft men een aantal adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen (7%), G.G. en G.D. of D.G.D.-artsen (6%), verpleeghuisartsen (8%) of verpleeghuisdirecteuren (7%) aan, terwijl ook nog 5% van de betrokkenen wetenschappelijk medewerker aan een van de universiteiten is geworden.

Bij de specialisten zijn radiologie/radiotherapie en psychiatrie het populairst (resp. 25 en 16%). De overige specialismen komen minder frequent voor, maar de aantallen zijn te klein om hieruit conclusies te trekken.

#### Hoe kwam men aan zijn functie

Via advertenties in de vakpers heeft 43% van de ex-huisartsen zijn nieuwe baan gevonden. Een kwart is door de toekomstige werkgever benaderd, 9% benaderde zelf een werkgever, terwijl 1 op de 6 ex-huisartsen via collegae of andere relaties in zijn nieuwe functie is terecht gekomen. Voor 6% van de artsen ging het om voortzetting van een reeds uitgeoefende nevenfunctie.

Lang gezocht heeft vrijwel niemand; 61% heeft niet gezocht (zoals degenen die door een werkgever benaderd zijn of voor wie het voortzetting van een nevenfunctie betrof). De langste zoekperiodes worden vermeld door degenen die via advertenties hun nieuwe werkkring hebben gevonden (31% vermeldt meer dan 3 maanden), maar ook 1 op de 4 artsen die langs informele kanalen slaagde meldt een zoekperiode van minimaal 3 maanden.

Voor de specialisten ligt dit patroon ietwat anders. Bijna driekwart heeft zelf de toekomstige opleiding benaderd. Tweederde heeft niet hoeven zoeken, maar voor een kleine 20% was de zoekperiode langer dan 3 maanden.

#### De werktijden

Als eerste stap in een nadere analyse van de (mogelijke) werkbelasting van de voormalige huisartsen hebben we de werktijden voor en na het neerleggen van de praktijk eens naast elkaar gezet. De regelmaat van een bureaufunctie komt duidelijk uit de grafieken naar voren; de ex-huisartsen beginnen in hun nieuwe baan later en

houden eerder op.

Terwijl ongeveer de helft van de respondenten aangeeft als huisarts meer dan 10 uur per dag te werken, is dit percentage in de nieuwe functie slechts 5%.

Begin- en eindtijden zijn eveneens opgeschoven. Als huisarts begonnen (iets) eerder; in de nieuwe baan is de helft van de artsen na half zes nog aan het werk, in de huisartspraktijk 92%.

#### Het inkomen

Om het geld wordt de nieuwe functie niet gekozen. Bijna 70% geeft aan achteruitgegaan te zijn in besteedbaar inkomen, 36% zelfs meer dan 20%. Wellicht ligt hier een belangrijke verklaring waarom naar verhouding het aantal vertrokken artsen eigenlijk niet erg groot is; vergelijking met de nog praktizerende groep moet ons hierbij nader inzicht bieden.

I.	eigen gezondheid																				
			1.00																		
II.	gezondheid echtgeno(o)t(te)	.04		1.00																	
III.	huwelijksituatie	-.06	.16		1.00																
IV.	onderwijsvoorziening	-.08	-.01	-.05		1.00															
V.	andere gezinsomstandigheden	-.18	-.00	.16	.29		1.00														
VI.	aantrekkelijke inhoud	-.30	-.05	-.09	.04	-.04		1.00													
VII.	beloning	-.09	.04	.00	.01	.01	.21		1.00												
VIII.	pensioenvoorziening	-.16	.03	-.06	.03	.04	.31	.70		1.00											
IX.	discrepanctie	-.12	.09	.10	-.09	.16	-.10	.46	.36		1.00										
X.	werkbelasting	.16	.11	-.11	.01	.05	-.04	.12	.17	.06		1.00									
XI.	verminderd plezier	-.21	-.08	.08	-.16	.00	.11	.12	.06	.25	.25		1.00								
		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.									

Bijlage 1 Correlatie-matrix, Pearson correlatie coëfficiënten.

Enkele factoren die erg scheef verdeeld zijn, zijn weggelaten uit de matrix.  
De codering loopt van doorslaggevend: 1 naar geen rol: 4.





Bijlage 2 Geraadpleegde literatuur

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.

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

\* Mary 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.

\* 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.

Allan M. Schwarzbaum, John McGrath & Robert A. Rothman, "The perception of prestige differences among medical subspecialties", Social Science and Medicine, 7 (1953) 365-371.

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

De van een ster voorziene artikelen hebben rechtstreeks betrekking op vertrek uit de huisartspraktijk. Wij houden ons aanbevolen voor verwijzingen naar andere publicaties op dit gebied.



Bijlage 3

Introductiebrieven voor artsen in ruste  
overige praktijkverlaters  
praktizerende artsen



Utrecht, 17 maart 1977  
CA nr. 7236      CB/MvS



**nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072**

Geachte collega,

VER 1

Volgens de gegevens uit onze huisartsenregistratie heeft U in de jaren 1972 tot 1975 de huisartspraktijk neergelegd en bent U daarna geheel of vrijwel geheel gestopt met het uitoefenen van Uw functie als medicus. 1) U bent rustend huisarts, zoals dat wordt genoemd.

Wij benaderen U met een (kleine) enquête, waarin enkele vragen zijn opgenomen over het tijdstip en de wijze waarop de overdracht van Uw huisartspraktijk zich voltrokken heeft.

Deze vragenlijst maakt deel uit van een omvangrijker onderzoek naar achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk dat door het N.H.I. verricht wordt in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

In dit onderzoek worden al diegenen ondervraagd die in de jaren 1972 - 1975 de praktijk verlaten hebben; voor de groep artsen die de praktijk voor het 65e levensjaar verlaten hebben en die een andere functie op sociaal geneeskundig terrein hebben gezocht is de vragenlijst uiteraard veel uitvoeriger.

Uw antwoorden zullen met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid worden behandeld; de vragenlijst is niet volledig anoniem in de strikte zin des woords, want op elke vragenlijst staat een nummer dat correspondeert met een lijst met namen die alleen ter inzage is voor de onderzoekers, de heren P. Groenewegen en J. van der Zee.

Na afloop van het onderzoek zal deze lijst worden vernietigd. Wij zullen U terugrapporteren over de voornaamste resultaten van ons onderzoek; dit is een principe dat wij altijd hanteren als we een onderzoek verrichten.

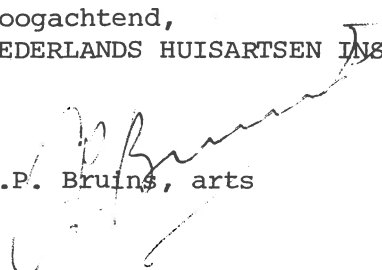
- 1) *Mochten onze inlichtingen onjuist zijn en bent U niet met de praktijk gestopt, of eerder of later, of verricht U nog een volledige of vrijwel volledige medische functie, dan verzoeken we U alleen de eerste pagina van de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en naar ons terug te sturen. In dat geval onze excuses voor de begane onjuistheden.*



De bewerking en analyse van de gegevens neemt echter enige tijd in beslag, zodat U de terugrapportage pas begin 1978 kunt verwachten. Wij hopen dat U aan het onderzoek mee zult willen werken; ook Uw ervaringen zijn van groot belang voor het verkrijgen van inzicht in de achtergronden van vertrek uit de huisartspraktijk.

Bij voorbaat hartelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts





Utrecht, 18 maart 1977  
CA nr. 7238      CB/MvS



**nederlands huisartsen instituut   mariahoek 4 utrecht   telefoon 030 319946   postgiro 394072**

Geachte collega,

VER 2 3 4

Als de gegevens uit onze huisartsenregistratie correct zijn, heeft U in de jaren 1972 tot 1975 Uw huisartspraktijk neergelegd 1). U bent, zoals U niet zal verbazen, niet de enige huisarts die een dergelijk besluit genomen heeft; in deze 4 jaar tijd hebben een kleine 450 collegae de huisartspraktijk verruild voor een andere functie op medisch gebied of zijn zich gaan specialiseren.

Het zou wat te ver gaan om te spreken van een massaal vertrek, maar het aantal "voortijdig" vertrekkende artsen is toch voldoende groot geweest om de aandacht te trekken van een aantal instanties die zich op het terrein van de eerstelijns gezondheidszorg bewegen. Niet in de laatste plaats het Nederlands Huisartsen Instituut, waar plannen zijn opgevat om achtergronden van vertrek uit de praktijk nader te onderzoeken. Maar ook de Landelijke Huisartsen Vereniging en verschillende verenigingen van sociaal geneeskundigen willen graag weten met welke achtergronden en motieven U en Uw collegae de algemene praktijk verlaten hebben.

Daartoe heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging aan ons instituut een verzoek tot nader onderzoek gedaan; dit verzoek is door het N.H.I. positief beantwoord en het resultaat, een (stevige) vragenlijst, ligt nu voor U.

Schrikt U niet te zeer van de omvang; een schriftelijke vragenlijst (in dit geval noodzakelijk) lijkt altijd omvangrijker dan hij is, want alle alternatieve mogelijkheden (die nooit allemaal in één geval van toepassing zijn) moeten bij elke vraag worden vermeld.

Op de vragenlijst staat een nummer. Dit nummer staat ook op een lijst met namen die alleen voor de onderzoekers (de heren P. Groenewegen en J. van der Zee) ter inzage is. De vragenlijst is dus niet volledig anoniem in de strikte zin des woords; U kunt ervan op aan dat wij de resultaten met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid zullen behandelen en (dat spreekt vanzelf) nimmer aan derden zullen verstrekken.

1) *Zijn onze gegevens onjuist en heeft U de praktijk eerder of later of geheel niet neergelegd of zelfs nimmer uitgeoefend, dan verzoeken wij U alleen de eerste pagina van onze vragenlijst in te vullen en terug te zenden.*



De vragenlijst is tamelijk gestructureerd; er zijn veel vragen met zgn. 'gesloten antwoord categorieën'. Wij hebben gekozen voor deze vorm omdat op die manier de antwoorden op de vragen goed vergelijkbaar zijn. Wanneer U het gevoel heeft dat Uw persoonlijke ervaringen daardoor niet genuanceerd genoeg kunnen worden weergegeven, dan kunt U op de bijgevoegde blanco pagina's in Uw eigen woorden Uw ervaringen vermelden.

Wij vinden het van buitengewoon belang om Uw mening over het huisartsenvak te vernemen, nu U het in relatie kunt zien met Uw huidige bezigheden, en menen dat Uw ervaringen en opmerkingen voor onze eigen voorlichting en advisering en voor het door de Landelijke Huisartsen Vereniging te voeren beleid een belangrijke bijdrage kunnen leveren.

Wij hopen dan ook dat U aan dit onderzoek Uw medewerking wilt verlenen! De resultaten zult U van ons in rapportvorm terugontvangen (het eindrapport verwachten we in de eerste maanden van 1978).

Bij voorbaat hartelijk dank.

Hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts





**nederlands huisartsen instituut   mariahoek 4 utrecht   telefoon 030 319946   postgiro 394072**

Geachte collega,

VER 5

Aangeschreven te worden in het kader van een onderzoek naar "vertrek uit de huisartspraktijk", zal U, als sinds jaar en dag praktizerend 1) huisarts, enigszins ongewoon voorkomen.

Toch hebben wij gemeend U te verzoeken aan bovengenoemd onderzoek mede te werken, juist vanwege het feit dat U, in tegenstelling tot velen van Uw collegae, de huisartspraktijk nog steeds uitoefent.

Wij proberen namelijk, in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging te onderzoeken waarom steeds meer huisartsen de algemene praktijk tussen hun 40e en 50e levensjaar neerleggen en een functie op het gebied der sociale geneeskunde aanvaarden. Zijn het voornamelijk factoren die te maken hebben met de aard van het huisartsenvak in z'n algemeenheid of eerder factoren die terug te brengen zijn tot de persoonlijke situatie van degenen die de huisartspraktijk vaarwel hebben gezegd?

Op het Nederlands Huisartsen Instituut zijn enkele vragenlijsten ontworpen door de onderzoekers Groenewegen en Van der Zee, die gestuurd zullen worden naar alle artsen die in de periode 1972 - 1975 de praktijk hebben verlaten en waarin vragen gesteld worden over hun (voormalige) huisartspraktijk, hun nieuwe functie, gezinssituatie, collegiale samenwerking, werkbelasting, kortom alle factoren die mogelijkerwijs van invloed zouden kunnen zijn. We moeten echter dezelfde vragen ook stellen aan artsen die in een vergelijkbare periode in een ruwweg gesproken vergelijkbare situatie de praktijk uitoefenden en niet opgehouden zijn. Een controle-groep, zoals dat in onderzoekstermen heet.

Wij stellen U vragen over de huidige situatie in Uw praktijk en over de situatie van ongeveer vijf jaar geleden om een vergelijkingspunt te hebben

1)

*Volgens de gegevens uit onze huisartsenregistratie bent U reeds jaren praktizerend huisarts. Mocht deze informatie onjuist zijn (U heeft nimmer gepraktiseerd of bent (onlangs) met de praktijk gestopt, zoudt U dan zo vriendelijk willen zijn alleen de eerste drie vragen van de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en deze lijst weer aan ons terug te sturen. In dat geval onze excuses voor de gemaakte vergissing.*



met de gegevens uit het onderzoek onder de vertrokken huisartsen.

Wij kunnen ons voorstellen dat het niet eenvoudig is om de situatie van een aantal jaren geleden scherp en duidelijk voor de geest te halen; het is waarschijnlijk het beste als U probeert Uzelf zo concreet mogelijk een dag uit de praktijk voor de geest te halen en te bedenken hoe Uw diensten geregeld waren, waar U Uw vakantie heeft doorgebracht, hoe Uw spreekuur georganiseerd was enzovoorts.

Wij hebben goede hoop dat U de grote lijnen van Uw praktijksituatie van vijf jaar terug op een dergelijke manier weer tot leven kunt roepen.

Zoals U ziet hebben we gekozen voor een schriftelijke vragenlijst; schrikt U niet te zeer van de omvang. Schriftelijke vragenlijsten lijken omvangrijker dan ze zijn, omdat alle antwoordmogelijkheden uitvoerig moeten worden vermeld en elk mogelijk misverstand uitgesloten moet worden.

Uw antwoorden zullen met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid worden behandeld; de vragenlijst is niet volledig anoniem in de strikte zin des woords. Op iedere vragenlijst staat een nummer en dat nummer correspondeert met een lijst met namen, die alleen voor de onderzoekers ter inzage is.

De lijst dient alleen ter controle van de volledige invulling en terugzending van de vragenlijsten en zal na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Het is een goed principe bij door het N.H.I. uitgevoerd onderzoek dat iedereen een rapportje krijgt met de voornaamste resultaten. De verwerking en analyse van de gegevens neemt echter enige tijd in beslag. Pas in de eerste maanden van 1978 kunt U deze terugrapportage verwachten.

Mocht U nog vragen hebben over de aard van het onderzoek, de gevolgde procedure of de inhoud van de vragenlijsten, dan kunt U zich altijd wenden tot een van de onderzoekers, de heren P. Groenewegen of J. van der Zee. Zij zullen U gaarne te woord staan.

Bij voorbaat dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts





Utrecht, april 1977  
VER I PG/WR

ALS U DE VRAGENLIJST AL INGE-  
VULD EN TERUGGESTUURD HEEFT,  
VERZOEKEN WIJ U DEZE BRIEF ALS  
NIET GEZONDEN TE BESCHOUWEN.



**nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072**

Geachte collega,

Half maart heeft U van ons een verzoek ontvangen tot medewerking aan een onderzoek naar vertrek van huisartsen uit de praktijk. Daarbij was een vragenlijst gevoegd met een aantal vragen over Uw toenmalige praktijk, over eventuele opvolging, over Uw reden om de praktijk neer te leggen en over de opbouw van Uw inkomen als rustend huisarts.

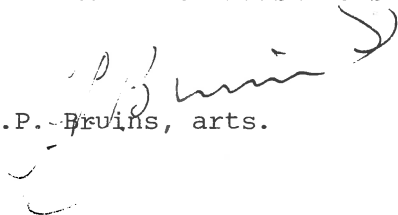
Tot nu toe hebben wij ongeveer de helft van de vragenlijsten ingevuld terug ontvangen. Dit is echter onvoldoende om een verantwoord overzicht te verkrijgen van het vertrek uit de huisartspraktijk.

Uit tot nu toe ontvangen vragenlijsten is duidelijk geworden dat vooral de invulling van de vraag over de opbouw van het inkomen als rustend huisarts moeilijkheden oplevert. Het gaat in deze vraag om een schatting van het percentage dat verschillende bronnen van inkomsten uitmaken van Uw totale inkomen. De vraag is gesteld, omdat er onder de artsen in ruste die een vragenlijst gekregen hebben, een groep is die geen uitkering uit het pensioenfonds voor huisartsen geniet, en een groep die een dergelijke uitkering wel geniet. Door vergelijking van de antwoorden van beide groepen kunnen veranderingen die door het tot stand komen van het pensioenfonds teweeg gebracht zijn, vastgesteld worden.

Indien U denkt de vragenlijst niet te hoeven invullen, bijvoorbeeld omdat U de huisartspraktijk niet neergelegd hebt, verzoeken wij U dat aan ons mede te delen.

Wij danken U bij voorbaat voor Uw medewerking en verblijven,

hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts.



Utrecht, april 1977  
VER II-IV PG/WR

ALS U DE VRAGENLIJST AL INGE-  
VULD EN TERUGGESTUURD HEEFT,  
VERZOEKEN WIJ U DEZE BRIEF ALS  
NIET GEZONDEN TE BESCHOUWEN.



**nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072**

Geachte collega,

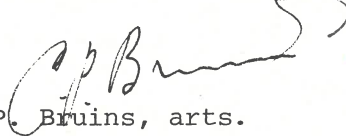
Half maart heeft U van ons een verzoek ontvangen tot medewerking aan een onderzoek naar vertrek van huisartsen uit de praktijk. Daarbij was een vragenlijst gevoegd met een aantal vragen over Uw toenmalige praktijk, Uw redenen om de praktijk neer te leggen en Uw huidige werkzaamheden.

Tot nu toe hebben wij ongeveer de helft van de vragenlijsten ingevuld terug ontvangen. Dit is echter onvoldoende om een verantwoord overzicht te krijgen van de redenen die geleid hebben tot de beslissing de huisartspraktijk neer te leggen. Uit de tot nu toe ontvangen vragenlijsten is duidelijk geworden dat er niet één enkele factor is aan te wijzen die het vertrek uit de praktijk bepaalt, maar dat er van een grote diversiteit van factoren sprake is, zoals de werkbelasting, gezondheid, gezinssituatie, het plezier in het huisartsenwerk, de financiële lasten (pensioenpremie), enz. Het is daarom van groot belang dat ook U de vragenlijst invult en daardoor bijdraagt aan een duidelijk beeld van de redenen voor vertrek uit de huisartspraktijk. U bent mogelijk afgeschrikt door de omvang van de vragenlijst; deze wordt veroorzaakt door het feit dat in een schriftelijke vragenlijst alle mogelijke antwoordcategorieën opgesomd dienen te worden, die in één geval nooit alle van toepassing zijn.

Wanneer U denkt de vragenlijst niet te hoeven invullen, bijvoorbeeld omdat U de praktijk niet neergelegd hebt, verzoeken wij U ons dat even te laten weten.

Wij danken U bij voorbaat voor Uw medewerking en verblijven,

hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts.



Utrecht, mei 1977  
VER 5 PG/WR

ALS U DE VRAGENLIJST AL INGE-  
VULD EN TERUGGESTUURD HEEFT,  
VERZOEKEN WIJ U DEZE BRIEF ALS  
NIET GEZONDEN TE BESCHOUWEN.



**nederlands huisartsen instituut mariahoek 4 utrecht telefoon 030 319946 postgiro 394072**

Geachte collega,

Half april heeft U van ons een verzoek ontvangen tot medewerking aan een onderzoek naar vertrek van huisartsen uit de praktijk. Daarbij was een vragenlijst gevoegd met een aantal vragen over Uw praktijk en over de situatie enkele jaren geleden. Deze vragen zijn gesteld om een vergelijking te kunnen maken met een groep huisartsen die de praktijk neergelegd heeft.

Tot nu toe hebben wij ongeveer de helft van de vragenlijsten ingevuld terug ontvangen. Dit is echter onvoldoende om een verantwoorde vergelijking te kunnen maken met de groep huisartsen die de praktijk neergelegd heeft. Deze vergelijking is noodzakelijk om een duidelijk beeld te verkrijgen van het vertrek uit de huisartspraktijk.

U bent mogelijk afgeschrikt door de omvang van de vragenlijst; deze wordt veroorzaakt door het feit dat in een schriftelijke vragenlijst alle mogelijke antwoordcategorieën opgesomd dienen te worden, die in één geval nooit alle van toepassing zijn.

Wanneer U denkt de vragenlijst niet te hoeven invullen, bijvoorbeeld omdat U geen huisarts (meer) bent, verzoeken wij U ons dat even te laten weten.

Wij danken U bij voorbaat voor Uw medewerking en verblijven,

hoogachtend,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
C.P. Bruins, arts



Bijlage 4 De vragenlijsten:

algemeen gedeelte

specifiek gedeelte voor artsen in ruste

specifiek gedeelte voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen\*

specifiek gedeelte voor degenen die zich zijn gaan specialiseren

\* Van het specifiek gedeelte voor degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen zijn voor de jonge praktijkverlaters de twee laatste pagina's anders; aan hen is namelijk nog gevraagd waarom ze geen klinisch specialisme gekozen hebben.







ONDERZOEK NAAR VERTREK UIT DE HUISARTSENPRAKTIJK

ALGEMEEN GEDEELTE

Codenummer .....

1. Wat is Uw geboortejaar? .....

2. Volgens onze informatie hebt U tussen 1-1-'72 en 31-12-'75 de algemene praktijk geheel of gedeeltelijk neergelegd.

Is deze informatie juist?

- ja, praktijk geheel neergelegd,
- ja, praktijk gedeeltelijk neergelegd,
- ja, praktijk tijdelijk neergelegd, praktizeer weer als huisarts
- nee, praktijk vóór 1972 neergelegd,
- nee, praktijk ná 1975 neergelegd,
- nee, praktijk niet neergelegd, nog praktizerend,
- nee, nooit huisarts geweest

*Als U deze vraag met nee beantwoord hebt, hoeft U de vragenlijst niet verder in te vullen en kunt U hem terugsturen.*

3. Indien U de algemene praktijk gedeeltelijk heeft neergelegd, kunt U dan omschrijven welke activiteiten nog door U uitgevoerd worden?

- heeft nog zeer kleine ziekenfonds- en particuliere praktijk (... zielen)
- heeft alleen nog particuliere praktijk (... zielen)
- anders, te weten .....
- .....
- .....

4. Wanneer heeft U de algemene praktijk neergelegd?

Geheel: ..... jaar ..... maand

Gedeeltelijk: ..... jaar ..... maand



5. In welk jaar heeft U zich als huisarts in Nederland gevestigd?

- a. in de laatste praktijk in 19 .....
- b. eventuele eerdere vestiging(en) in:  
19 .....  
19 .....

*Wanneer in het navolgende vragen gesteld worden over Uw praktijk of praktijkvoering, dan betreffen die vragen de situatie zoals die was in het laatste jaar dat U de algemene praktijk volledig uitoefende.*

6. Indien het laatste jaar dat U de algemene praktijk volledig uitoefende niet overeenkomt met het jaartal dat U in vraag 4 aangegeven hebt, kunt U dan aangeven in welk jaar U voor het laatst de algemene praktijk volledig uitoefende? (bijvoorbeeld in het geval van langdurige arbeidsongeschiktheid)

.....

7. Hoe groot was Uw praktijk op het moment dat U de algemene praktijk neerlegde?

- ..... ziekenfondspatiënten
- ..... particuliere patiënten (geschat)

8. Betrof het een praktijk met of zonder apotheek?

- met apotheek
- zonder apotheek

9. Zoudt U Uw praktijk omschrijven als een solo-praktijk of was er sprake van praktijkvoering in een gemeenschappelijk gebouw met collegae of andere hulpverleners?

- solo-praktijk
- associatie met gemeenschappelijk praktijkgebouw
- groepspraktijk (3 of meer huisartsen in één gebouw)
- gezondheidscentrum (huisartsen en andere disciplines in één gebouw)
- anders, te weten: .....  
.....



10. Is de praktijk in handen van een opvolger overgegaan?

- ja, er is sprake van een of meer opvolgers,
- nee, praktijk is verdeeld onder reeds gevestigde collegae
- nee, de praktijk is geleidelijk verdwenen,
- nee, anders te weten: .....

*Indien U deze vraag met ja beantwoord heeft, doorgaan met vraag 12.*

11. Indien er geen sprake is van een opvolger, heeft U wel g probeerd een opvolger te vinden?

- nee, geen pogingen ondernomen,
- ja, wel pogingen ondernomen, gedurende .... maanden

*Doorgaan naar het specifieke gedeelte op bladzijde 5.*

12. Als er sprake is van een of meer opvolgers, hoe heeft dan de overname plaats gevonden?

- directe overname (korte introductieperiode)
- (overgangs-) associatie of langdurig assistentschap (meer dan drie maanden)

13. Hoe bent U uiteindelijk in contact gekomen met Uw opvolger? Gaarne slechts die mogelijkheid aankruisen die in Uw geval het sterkst van toepassing is.

- lag al geruime tijd van tevoren vast (bv. vader-zoon overname)
- rechtstreeks contact via waarneming of vervanging
- rechtstreekse benadering door praktijkzoekende huisartsen
- via een door Uzelf geplaatste advertentie
- via een door praktijkzoekende huisarts geplaatste advertentie
- door persoonlijke contacten met collegae huisartsen of andere medici
- door persoonlijke contacten met niet-medici, vrienden, kennissen, familie
- via praktijkbemiddeling door bureau vestiging van de K.N.M.G. OLMA, V.V.A.A.
- via commerciële praktijkbemiddeling
- via andere bemiddeling, te weten .....



14. Hoeveel tijd is er verstreken tussen het moment dat U activiteiten ging ontwikkelen om de praktijk over te doen en het moment waarop definitief vaststond wie de opvolger zou zijn?

..... maanden

n.v.t. opvolging lag al vast

n.v.t. geen activiteiten ontwikkeld

*Uit onze onderzoeken op het gebied van vestigingen is gebleken dat er nogal wat schommelingen zijn in de bij overname betaalde percentages goodwill. Wij zouden daarom graag van U weten welk goodwill percentage bij de overdracht van Uw praktijk van toepassing geweest is. Over het algemeen wordt het goodwill percentage berekend over het gemiddelde bruto jaarinkomen over de laatste jaren voor de overdracht.*

15. Hoe hoog was in Uw geval dat percentage?

..... %

16. Is het bruto inkomen vastgesteld inclusief of exclusief de pensioenpremie?

inclusief pensioenpremie

exclusief pensioenpremie

*Doorgaan naar het specifieke gedeelte op de volgende bladzijde.*





SPECIFIEK GEDEELTE VOOR ARTSEN IN RUSTE

1. Volgens onze informatie bent U direct na het neerleggen van de praktijk geheel gaan rusten. Is deze informatie juist?

- ja, gaan rusten
- nee, voer(de) nog incidentele activiteiten uit

2. Indien U na Uw pensionering nog incidentele activiteiten heeft uitgevoerd, waaruit bestaan/bestonden die?

- keuringen en controles
- waarnemingen
- zorg voor enkele particuliere patiënten
- andere, te weten .....
- .....

3. Heeft U de praktijk om gezondheidsredenen neergelegd of hebben andere factoren een belangrijker rol gespeeld?

- gezondheidsredenen het belangrijkste
- andere factoren belangrijker, namelijk: .....
- .....

*Pas sinds enkele jaren is de oudedagsvoorziening voor huisartsen algemeen geregeld in de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Daarvoor regelde een huisarts zelf zijn oudedagsvoorziening.*

4. Hieronder hebben wij een aantal bronnen van inkomsten voor rustende huisartsen genoemd. Kunt U voor elk van deze bronnen aangeven welk percentage van Uw totale inkomen hij uitmaakt?

bron van inkomsten:	percentage van totale inkomsten	niet van toepassing
A.O.W.		
uitkering pensioenfonds voor huisartsen		
inkomsten uit overdracht van praktijk		
inkomsten uit verkoop van praktijkpand		
lijfrente van levensverzekering e.d.		
inkomsten uit belegd kapitaal		
inkomsten uit incidentele werkzaamheden		
inkomsten uit arbeidsongeschiktheidsverzekering		
.....		
.....		



SPECIFIEK GEDEELTE VOOR DEGENEN DIE EEN ANDERE FUNCTIE ZIJN GAAN UITOEFENEN

1. Volgens onze informatie bent U na het neerleggen van de algemene praktijk een andere functie gaan uitoefenen.  
Is deze informatie juist?

- ja, informatie is juist,
- nee, ben geen andere functie gaan uitoefenen

*Indien U geen andere functie bent gaan uitoefenen, hoeft U de vragenlijst niet verder in te vullen en kunt U hem terugsturen.*

2. Welke functie bent U na het neerleggen van de praktijk gaan uitoefenen?  
Wilt U de functie nauwkeurig omschrijven?

3. Oefent U de functie in dienstverband uit of als vrij beroep?

- in dienstverband
- vrij beroep

4. Betreft het een gedeeltelijke of volledige werkkring?

- volledige werkkring
- gedeeltelijke werkkring

5. Bent U op dit moment nog steeds werkzaam in dezelfde functie?

- ja, nog steeds in dezelfde functie
- nee, andere functie, te weten  
.....
- nee, geen functie meer, rustend

*Indien U op dit moment rustend bent, verzoeken wij U de vragen te beantwoorden met betrekking tot de werkkring die U had tussen het neerleggen van de praktijk en Uw pensionering.*

*Degenen die meerdere functies hebben vervuld, worden verzocht de situatie ten tijde van hun eerste werkkring na het neerleggen van de huisartspraktijk te beschrijven.*



6. Bij welke werkgever of instelling oefent U Uw functie uit?

7. Heeft U voor Uw functie een speciale opleiding of cursus gevolgd?

- nee, geen speciale opleiding of cursus gevolgd,
- ja, te weten .....
- .....

8. Indien ja, heeft U de betreffende opleiding of cursus al gevolgd vóór U de praktijk neerlegde?

- ja, had opleiding of cursus reeds gevolgd
- nee, opleiding of cursus pas later gevolgd

9. Hoelang heeft U bij benadering gezocht naar een geschikte werkkring?

- niet gezocht
- ..... maanden gezocht

10. Indien U gezocht heeft, is er slechts één sollicitatie geweest of zijn er meerdere sollicitatie-pogingen geweest?

- slechts één sollicitatie
- meerdere sollicitatie-pogingen

11. Het is bekend dat er vele manieren zijn waarop men ervan op de hoogte kan komen dat een functie vacant is. Op welke manier bent U nu op de hoogte gekomen van de functie die U uiteindelijk gekregen hebt? (Slechts één mogelijkheid aankruisen!)

- U bent persoonlijk benaderd door een potentiële werkgever
- U hebt zelf een potentiële werkgever benaderd
- contacten met collega-medici
- contacten met kennissen, familie etc
- een advertentie in de vakpers
- een advertentie in de dagbladen
- anders, te weten .....
- .....



12. Bent U na het neerleggen van de praktijk naar een andere plaats verhuisd?

- nee, niet verhuisd (Verder naar vraag 15)
- nee, binnen dezelfde plaats verhuisd (Verder naar vraag 15)
- ja, naar een andere plaats verhuisd

13. Indien U verhuisd bent, hoever liggen Uw oude woonplaats en Uw nieuwe woonplaats ongeveer van elkaar verwijderd?

..... kilometer

14. Indien U niet in dezelfde streek bent blijven wonen, willen we U nog de volgende vraag stellen. We kunnen redenen waarom iemand van woonplaats verandert heel globaal indelen in twee categorieën; welke van de twee volgende categorieën is in Uw geval het meest van toepassing?

- werkkring gezocht in de streek waar ik graag wilde wonen
- huis gezocht in de streek waar ik een werkkring kon krijgen
- n.v.t., in dezelfde streek blijven wonen

*Wij willen nu graag een aantal vragen stellen waarin de situatie in Uw huidige functie vergeleken wordt met de situatie in het laatste jaar dat U volledig praktizeerde als huisarts. Wij weten dat het niet eenvoudig is om huisartsenwerk in uren uit te drukken. Wanneer we het echter zouden uitdrukken in handelingen, dan zou deze vragenlijst te gedetailleerd en te omvangrijk worden.*

*NB! Willen degenen die meerdere functies na elkaar hebben vervuld in plaats van de ervaringen in hun huidige functie de situatie in hun eerste functie na het neerleggen van de praktijk beschrijven!*

	als huisarts	in huidige functie
15. Hoeveel uur werkte/werkt U gemiddeld per dag?	... uur per dag	... uur per dag
Welke werktijden had/heeft U in het algemeen?	van .. tot ..	van .. tot ..
Hoeveel weken vakantie had/heeft U per jaar?	... weken per jaar	... weken per jaar
Hoeveel zater- en zondagen per <u>3 maanden</u> werden/worden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?		
a. door weekenddiensten	.. zaterdagen .. zondagen	<input type="checkbox"/> geen weekenddiensten .. zaterdagen .. zondagen
b. door vergaderingen, studie, administratie e.d.	.. zaterdagen .. zondagen	.. zaterdagen .. zondagen





	als huisarts	in huidige functie
Hoeveel <u>doordeweekse</u> avonden inclusief <u>vrijdagavond</u> per <u>2 weken</u> werden/ worden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?		
a. door avond en nachtdiensten	.. avonden per 2 weken	<input type="checkbox"/> geen avond- of nachtdiensten .. avonden per 2 weken
b. door vergaderingen, studie administratie e.d.	.. avonden per 2 weken	.. avonden per 2 weken
Door het continue karakter van de zorg voor de patienten is het voor de arts niet altijd weggelegd om een ongestoorde nachtrust te genieten. Hoeveel nachten <u>per maand</u> werd/wordt U in Uw nachtrust <u>gestoord</u> (nacht- en weekenddiensten meegerekend)?	.. maal per maand	.. maal per maand

*In het voorgaande schema zijn enkele vragen gesteld over avond- en weekendwaarnemingen. Wij willen hierop nader ingaan.*

16. Uit hoeveel artsen bestond de waarnemingsgroep waarvan U deel uitmaakte?

- maakte geen deel uit van een waarnemingsgroep
- waarnemingsgroep bestond uit ..... huisartsen

Kunt U omschrijven hoe de waarneming geregeld was? Hoe was de verhouding avonddienst-nachtdienst? Van wanneer tot wanneer liep de weekenddienst?

17. Indien U deel uitmaakte van een waarnemingsgroep: hoe groot was het patientenbestand van de waarnemingsgroep?

..... zielen.

18. Wanneer U Uw gemiddelde besteedbare inkomen over de jaren na het neerleggen van de huisartspraktijk vergelijkt met het besteedbare inkomen dat U verworven zou hebben als U de huisartspraktijk was blijven uitoefenen, hebt U dan het gevoel dat U er op vooruitgegaan of achteruitgegaan bent? (NB. Pensioenjaren niet meerekenen).

- ... % vooruitgegaan in besteedbaar inkomen
- ... % achteruitgegaan in besteedbaar inkomen
- gelijk gebleven



19. Wij zouden U nu willen vragen op welke wijze U Uw (schaarse) vrije tijd besteedde toen U nog huisarts was en hoe Uw vrijetijdsbesteding in Uw huidige werkkring verloopt. Allereerst willen we U vragen welke van de onderstaande activiteiten U vaak, soms of nooit op Uw vrije avonden uitvoert.

Op vrije avonden:	als huisarts			in de huidige functie		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
- naar radio luisteren						
- bezoek aan vrienden, kennissen of familie						
- concert- bioscoop- of schouwburgbezoek						
- muziekbeoefening						
- naar televisie kijken						
- sportbeoefening						
- bezoek aan sportwedstrijden						
- lezen						
- tuinieren						
- met het gezin uit						
- andere activiteiten, te weten: .....						
- .....						

20. Wilt U nu op dezelfde manier onderstaand lijstje invullen voor Uw vrije weekendg?

In de weekends:	als huisarts			in de huidige functie		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
- naar radio luisteren						
- bezoek aan vrienden, kenissen of familie						
- concert- bioscoop- of schouwburgbezoek						
- muziekbeoefening						
- naar televisie kijken						
- sportbeoefening						
- bezoek aan sportwedstrijden						
- lezen						
- tuinieren						
- met het gezin uit						
- andere activiteiten, te weten: .....						
- .....						



21. Wij hebben nu een aantal vragen gesteld waarin de situatie toen U nog huisarts was vergeleken wordt met de situatie in Uw huidige werkkring. Om vergelijkbare antwoorden te verkrijgen hebben wij de vragenlijst moeten structureren. Wij willen U graag de gelegenheid geven om de punten die hierboven ter sprake gebracht zijn nader toe te lichten of andere vergelijkingspunten die U belangrijk vindt naar voren te brengen.

---

*We willen nu overgaan naar een aantal meer specifieke vragen over Uw huisartspraktijk en over Uw praktijkvoering.*

---

22. De grootte van een huisartspraktijk kan in de loop der tijd variëren. Kunt U aangeven of het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patiënten sinds Uw vestiging als huisarts groter geworden is, ongeveer even groot gebleven is of kleiner geworden is?

- groter geworden  
 ongeveer even groot gebleven  
 kleiner geworden



23. Als het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patiënten kleiner geworden is, op welke manier is dat dan gebeurd en wanneer is dat gebeurd?

- natuurlijk verloop
- praktijk gesloten van .... tot ....
- overdracht van een deel van de praktijk per .....
- associatie aangegeven per .....
- anders, te weten: .....  
.....

*In het eerste gedeelte van de vragenlijst hebben we U gevraagd of U Uw praktijk zoudt kenschetsen als een solopraktijk of dat er sprake was van een gezamenlijke praktijkvoering met collegae of andere hulpverleners onder één dak.*

*Als er sprake was van een gezamenlijke praktijkvoering wilt U dan met vraag 24 beginnen?*

*Als er sprake was van een solopraktijk, kunt U doorgaan naar vraag 26.*

24. Was de praktijkvoering reeds vanaf Uw vestiging gezamenlijk, of bent U later tot een gezamenlijke praktijkvoering overgegaan?

- altijd een gezamenlijke praktijkvoering gehad (verder naar vraag 29)
- gezamenlijke praktijkvoering sinds: .....

25. Als U pas later op een gezamenlijke praktijkvoering bent overgegaan, wat was daarvan de voornaamste reden?

(U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- om een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangsassociatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere reden, te weten .....  
.....

*Doorgaan naar vraag 29.*





26. Indien U Uw praktijk als een solo-praktijk gekarakteriseerd hebt: heeft U de laatste vijf jaar dat U volledig praktizeerde pogingen ondernomen om tot een gezamenlijke praktijkvoering met collegae of andere hulpverleners te komen?

- nee, geen pogingen ondernomen (verder naar vraag 29)
- ja, .... maal pogingen ondernomen

27. Wat was de voornaamste reden waarom U geprobeerd heeft tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangsassociatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere redenen, te weten .....

28. Kunt U ook de redenen noemen waarom deze poging(en) geen succes had(den)?

29. We hebben in het eerste gedeelte van de vragenlijst al gevraagd uit hoeveel patiënten Uw praktijk bestond in het laatste jaar dat U volledig praktizeerde. We willen ook graag weten hoeveel patiënten U ongeveer op een normale dag en op een drukke dag zag.

normale dag (totaal)	drukke dag (totaal)
..... patiënten op het spreekuur	..... patiënten op het spreekuur
..... patiënten tijdens visites	..... patiënten tijdens visites



30. Deed U als huisarts bevallingen en zo ja, hoeveel gemiddeld per jaar in de laatste vijf jaar dat U praktizeerde?

- ja, ..... bevallingen per jaar
- nee, geen bevallingen sinds 19...
- nee, nooit bevallingen gedaan

31. Had U assistentie in Uw praktijk en zo ja, gedurende hoeveel uur per week?

- geen assistentie
- assistentie van echtgenote ..... uur per week
- doktersassistente ..... uur per week
- apothekersassistente ..... uur per week
- administratieve assistentie ..... uur per week
- arts-assistent (niet in opleiding) ..... uur per week

32. Welke van de hieronder genoemde aparte ruimten waren er behalve Uw spreekkamer als praktijkruimte ingericht?

- wachtkamer
- onderzoekkamer
- kleedruimte
- verbandkamer (behandelkamer)
- laboratoriumruimte
- apotheekruimte
- patiëntentoilet
- kamer voor assistente
- koffiekamer
- studeerkamer
- donkere kamer
- magazijn

33. Had U een afspraakspreekuur en zo ja, sinds wanneer?

- nee, geen afspraakspreekuur
- ja, volledig afspraakspreekuur sinds .....
- ja, gedeeltelijk afspraakspreekuur sinds .....



34. In onderstaand lijstje hebben we een aantal werkzaamheden genoemd, waarmee de werkdag van een huisarts gewoonlijk gevuld wordt. Kunt U voor elk van de genoemde werkzaamheden aangeven hoeveel tijd ze dagelijks ongeveer in beslag nemen? Wij realiseren ons dat deze werkzaamheden soms moeilijk exact in uren uit te drukken zijn. Misschien is het voor sommige activiteiten gemakkelijker een schatting per week te maken en het aantal uren per week door 5 te delen. Het gaat alleen om door U zelf verrichte werkzaamheden.

	uren per dag	n.v.t.
directe verzorging van de patiënten; spreekuur en visites		
laboratoriumwerk		
contacten met specialisten of andere hulpverleners		
werkzaamheden in de apotheek		
praktijkorganisatie en administratie		
keuringen en controles		
nevenfuncties op medisch gebied		

35. Oefende U één of meer gehonoreerde nevenfuncties uit en zo ja, waaruit bestond(en) die?

- nee, geen nevenfunctie (verder naar vraag 37)
- ja, te weten: 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....

36. Indien U één of meer nevenfuncties uitoefende, sinds wanneer oefende U die uit?

- 1. sinds .....
- 2. sinds .....
- 3. sinds .....
- 4. sinds .....



We gaan nu over naar een ander onderwerp, namelijk lidmaatschap van beroepsverenigingen en eventuele activiteiten daarin en op het gebied van nascholing.

37. Was U lid van de LHV en zo ja, gedurende welke periode?

- ja, ik was lid van de LHV van ..... tot .....
- nee, ik was geen lid van de LHV

En van het NHG?

- ja, ik was lid van het NHG van ..... tot .....
- nee, ik was geen lid van het NHG

38. Hoe vaak bezocht U gedurende de laatste vijf jaren dat U praktizeerde de locale of regionale vergaderingen van de LHV of het NHG? (Als U geen lid was of als er in het geheel geen vergaderingen bijeen geroepen werden kunt U dat in de laatste twee kolommen aangeven).

	altijd	vaak	soms	zelden	nooit	was geen lid	geen vergaderingen
LHV							
NHG							

39. Vervulde U de laatste vijf jaren dat U praktizeerde een bestuursfunctie in de KNMG-districtsraad, het NHG-centrum of in de PHV?

- nee, vervulde geen bestuursfunctie
- ja, vervulde bestuursfunctie

40. Indien ja, welke is die functie en gedurende welke periode vervulde U hem?

41. Vervulde U gedurende de laatste vijf jaren dat U praktizeerde een commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau in de LHV, het NHG of de KNMG?

- nee, geen commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau
- ja, vervulde commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau

42. Indien ja, welke is die functie en gedurende welke periode vervulde U hem?





43. Nam U gedurende de laatste vijf jaar dat U praktizeerde deel aan plaatselijke of regionale nascholingscursussen? Hieronder worden een aantal soorten genoemd. Wilt U aangeven hoe vaak U deelnam en of dat als cursist was of als (mede-)organisator?

	als cursist					als (mede-)organisator				
	al-tijd	vaak	soms	zel-den	nooit	al-tijd	vaak	soms	zel-den	nooit
NHG-centra										
plaatselijke of periferie nascholingsgroep										
klinische dagen of middagen										
regionale Warffumcursussen										
andere plaatselijke of regionale nascholingsactiviteiten, nl.: .....										
.....										
.....										

44. Was U actief betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding?  
En zo ja, in welk jaar bent U daarmee begonnen?

- nee, niet betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding
- ja, als part-time wetenschappelijk medewerker, per .....
- ja, als huisartsenopleider per .....
- ja, als huisarts-gastheer voor co-assistenten per .....

45. Op grond van zijn medische deskundigheid wordt een huisarts vaak gevraagd in het bestuur van kruisverenigingen en dergelijke. Bekleedde U gedurende de laatste vijf jaar dat U praktizeerde, op grond van medische deskundigheid onbezoldigde functies in één of meer van de volgende verenigingen of instellingen in Uw woonplaats of in de streek waar U woonde?

- kruisvereniging
- plaatselijk of regionaal ziekenfonds
- gezinszorg
- EHBO
- ziekenhuis
- verpleeghuis of bejaardenhuis
- andere vereniging of instelling, nl. ....



46. Behalve in verenigingen of instellingen, waarin een huisarts op grond van zijn medische deskundigheid actief is, zijn huisartsen ook vaak actief in verenigingen e.d. op andere terreinen. Wilt U hieronder verenigingen uit Uw woonplaats of de streek waar U woonde, noemen waarin U actief was of waarin Uw echtgeno(o)t(e) actief was?

zelf actief in	echtgeno(o)t(e) actief in
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

*Na deze vragen over bestuurs- en nascholingsactiviteiten zouden we tot slot nog wat nader willen ingaan op onze belangrijkste vraag: Waarom heeft U de praktijk neergelegd?*

47. Allereerst willen we U vragen in welke mate Uw gezondheid een rol gespeeld heeft bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten. Wilt U een kruisje zetten voor één van de vier volgende categorieën?

- gezondheid speelde een doorslaggevende rol
- gezondheid speelde een belangrijke, maar niet doorslaggevende rol
- gezondheid speelde enigszins mee, maar andere zaken waren belangrijker
- gezondheid speelde in het geheel geen rol



48. Behalve Uw gezondheid zijn er vele factoren en omstandigheden die mogelijk voor U een reden geweest zijn om de praktijk neer te leggen. Wij hebben een aantal factoren opgesomd in het onderstaande schema. Wilt U door middel van een kruisje aangeven in welke mate elk van deze factoren een rol gespeeld heeft bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten?

	door- slag- ge- vend	be- lang- rijk	speel- de enigs- zins	speel- de geen rol	
gezondheid echtgen(o)t(e) of andere gezinsleden					<input type="checkbox"/> geen andere ge- zinsleden
huwelijksituatie					<input type="checkbox"/> niet gehuwd
onderwijsvoorzieningen voor kinderen					<input type="checkbox"/> geen kinderen in schoolgaande leeftijd
andere gezinsomstandig- heden, te weten: .....					
niveau van praktijkprij- zen					<input type="checkbox"/> geen overdracht
aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie					
materiële aspecten van nieuwe functie: a. beloning					
b. pensioenvoorziening					
bij gemeenschappelijke praktijkvoering, de sa- menwerking met collegae					<input type="checkbox"/> geen gemeenschap- pelijke praktijk- voering
discrepantie tussen finan- ciële lasten en inkomsten					
mislukte vrije vestiging					<input type="checkbox"/> was niet vrij ge- vestigd
werkbelasting					
verminderd plezier in het huisartsenwerk					

49. Als verminderd plezier in het huisartsenwerk een rol heeft gespeeld bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten, wilt U dan aankruisen welke aspecten van het huisartsenwerk in Uw geval daartoe hebben bijgedragen? U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.

- inhoud van het huisartsenwerk
- organisatorische kant van de huisartspraktijk
- relatie met patiënten
- andere aspecten, te weten: .....
- .....



Kunt U hieronder nader omschrijven in welk opzicht de door U aangekruiste mogelijkheden hebben bijgedragen tot een verminderd plezier in het huisartsenwerk?

50. Heeft U er de afgelopen tijd wel eens over gedacht om terug te gaan in het huisartsenvak?

- nee, nooit over gedacht
- ja, wel eens over gedacht
- ja, vaak over gedacht.

51. Zoudt U terug willen in het huisartsenvak?

- nee, ik zou niet terug willen in het huisartsenvak
- ja, ik zou wel terug willen onder bepaalde voorwaarden, te weten: .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- ja, ik zou graag terug willen in het huisartsenvak, maar ik heb nog geen vast omlijnde plannen
- ja, ik heb vast omlijnde plannen om terug te gaan in het huisartsenvak
- ik ben al weer huisarts





52. We hebben, zoals reeds gezegd, deze vragenlijst noodzakelijkerwijs nogal moeten structureren. Noodzakelijkerwijs, omdat voor ons de onderlinge vergelijking van de antwoorden van groot belang is. Wij zijn ons ervan bewust dat de unieke combinatie van omstandigheden die voor velen de uiteindelijke beslissing met de algemene praktijk te stoppen, heeft bewerkstelligd niet altijd even goed uit de verf is gekomen. Ook hier willen we U gaarne de gelegenheid geven, als U daaraan behoefte heeft, in Uw eigen woorden weer te geven waarom U de huisartspraktijk heeft neergelegd en niet tot Uw pensionering met praktizeren bent doorgaan. (U kunt ook de volgende pagina daarvoor gebruiken).



HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!



52. Heeft U toen U de huisartspraktijk neerlegde er wel eens over gedacht om een klinische specialisatie te kiezen?

- ja, ik heb er wel eens over gedacht
- nee, ik heb er nooit over gedacht  
(doorgaan met vraag 55)

53. Indien ja: heeft U ook getracht een opleidingsplaats te vinden?

- ja, ..... maanden gezocht
- nee, niet gezocht

54. Waarom is de mogelijkheid om U te gaan specialiseren uiteindelijk niet in aanmerking gekomen?

55. We hebben, zoals reeds gezegd, deze vragenlijst noodzakelijkerwijs nogal moeten structureren. Noodzakelijkerwijs, omdat voor ons de onderlinge vergelijking van de antwoorden van groot belang is. Wij zijn ons ervan bewust dat de unieke combinatie van omstandigheden die voor velen de uiteindelijke beslissing met de algemene praktijk te stoppen, heeft bewerkstelligd, niet altijd even goed uit de verf is gekomen. Ook hier willen we U gaarne de gelegenheid geven, als U daaraan behoefte heeft, in Uw eigen woorden weer te geven waarom U de huisartspraktijk heeft neergelegd en niet tot Uw pensionering met praktizeren bent doorgegaan. (U kunt ook de volgende pagina daarvoor gebruiken).



HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!





SPECIFIEK GEDEELTE VOOR DEGENEN DIE ZICH ZIJN GAAN SPECIALISEREN.

1. Volgens onze informatie bent U zich na het neerleggen van de algemene praktijk gaan specialiseren. Is deze informatie juist?

- ja, deze informatie is juist
- nee, ik ben niet gaan specialiseren

*Indien U zich niet bent gaan specialiseren, hoeft U de vragenlijst niet verder in te vullen en kunt U hem terug sturen.*

2. In welke richting bent U zich gaan specialiseren?

3. Was dit specialisme Uw eerste keus of heeft U er over gedacht een ander specialisme te kiezen?

- was de eerste keuze
- heb er over gedacht een ander specialisme te kiezen, nml. ....  
.....

4. U heeft na het neerleggen van de huisartspraktijk gekozen voor een opleiding tot specialist. In principe had U ook een functie kunnen kiezen op het brede terrein van de sociale geneeskunde. Heeft U toen U de huisartspraktijk neerlegde, er wel eens over gedacht om een functie op het terrein der sociale geneeskunde te kiezen?

- ja, ik heb er wel eens over gedacht
- nee, ik heb er nooit over gedacht (verder naar vraag 7)

5. Indien ja: heeft U ook getracht een functie op het gebied van de sociale geneeskunde te vinden?

- ja, ..... maanden gezocht
- nee, niet gezocht

6. Waarom is de mogelijkheid om een functie op het terrein van de sociale geneeskunde te gaan uitoefenen uiteindelijk niet in aanmerking gekomen?



7. Aan welk ziekenhuis bent U (was U) tijdens de opleiding tot specialist verbonden?

8. Heeft U moeten zoeken naar een opleidingsplaats en zo ja, hoe lang?

- ja, ..... maanden actief gezocht  
 nee, niet gezocht

9. Was er een wachttijd tussen het tijdstip waarop U de praktijk neergelegd hebt en het tijdstip waarop U aan de opleiding begon?

- ja, een wachttijd van .... maanden  
 nee, er was geen wachttijd

10. Indien er sprake was van een wachttijd, wat heeft U in die tijd gedaan?

11. Het is bekend dat er vele manieren zijn waarop men ervan op de hoogte kan komen dat er een opleidingsplaats vrij is. Op welke manier bent U op de hoogte gekomen van de opleidingsplaats die U uiteindelijk gekregen hebt? (slechts één mogelijkheid aankruisen)

- U bent persoonlijk benaderd door een opleiding  
 U hebt zelf een opleiding benaderd  
 contacten met collega-medici  
 contacten met kennissen, familie etc.  
 een advertentie in de vakpers  
 tijdens huisartsenopleiding of nascholing  
 anders, te weten .....

12. In welk jaar bent U aan de specialisatie begonnen en in welk jaar heeft U Uw opleiding afgesloten of verwacht U hem af te sluiten?

Begonnen in 19..

Afgesloten/verwachte afsluiting in 19..



13. Bent U na het neerleggen van de praktijk naar een andere plaats verhuisd?

- nee, niet verhuisd  
(verder naar vraag 16)
- nee, binnen dezelfde plaats verhuisd  
(verder naar vraag 16)
- ja, naar een andere plaats verhuisd

14. Indien U verhuisd bent, hoever liggen Uw oude woonplaats en Uw nieuwe woonplaats ongeveer van elkaar verwijderd?

..... kilometer

15. Indien U niet in dezelfde streek bent blijven wonen, willen we U nog de volgende vraag stellen. We kunnen redenen waarom iemand van woonplaats verandert heel globaal indelen in twee categorieën; welke van de twee volgende categorieën is in Uw geval het meest van toepassing?

- werkkring gezocht in de streek waar ik graag wilde wonen
- huis gezocht in de streek waar ik een werkkring kon krijgen
- n.v.t. in dezelfde streek blijven wonen



We willen nu graag een aantal vragen stellen waarin de situatie in het laatste jaar dat U volledig praktizeerde als huisarts vergeleken wordt met de situatie tijdens de opleiding tot specialist en met de situatie als specialist.

Wij weten dat het niet eenvoudig is om het werk van een arts in uren uit te drukken. Wanneer we het echter zouden uitdrukken in handelingen, dan zou deze vragenlijst te gedetailleerd en te omvangrijk worden.

NB. Indien Uw opleiding nog niet voltooid is, wilt U dan de verwachte situatie als specialist invullen?

16.	als huisarts	in de opleiding	als specialist
Hoeveel uur werkte/werkt U gemiddeld per dag?	...uur per dag	...uur per dag	...uur per dag
Welke werktijden had/heeft U in het algemeen?	van ....tot ...	van...tot...	van... tot...
Hoeveel weken vakantie had/heeft U per jaar?	... weken per jaar	... weken per jaar	... weken per jaar
Hoeveel zater- en zondagen per drie maanden werden/worden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?			
a) door weekenddiensten	... zaterdagen ... zondagen	... zaterdagen ... zondagen	... zaterdagen ... zondagen
b) door vergaderingen, studie, administratie e.d.	... zaterdagen ... zondagen	... zaterdagen ... zondagen	... zaterdagen ... zondagen
Hoeveel doordeweekse avonden inclusief vrijdagavond per twee weken werden/worden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?			
a) door avond- en nachtdienst	... avonden per 2 weken	... avonden per 2 weken	... avonden per 2 weken
b) door vergaderingen, studie, administratie e.d.	... avonden per 2 weken	... avonden per 2 weken	... avonden per 2 weken
Door het continue karakter van de zorg voor de patienten is het voor de arts niet altijd weggelegd om een ongestoorde nachtrust te genieten. Hoeveel nachten per maand werd/wordt U in Uw nachtrust gestoord (nacht- en weekenddiensten meegerekend)?	... maal per maand	... maal per maand	... maal per maand





*In het voorgaande schema zijn enkele vragen gesteld over avond- en weekend-waarnemingen. Wij willen hierop nader ingaan.*

17. Uit hoeveel artsen bestond de waarnemingsgroep waarvan U deel uitmaakte?

- maakte geen deel uit van een waarnemingsgroep
- waarnemingsgroep bestond uit ..... huisartsen

Kunt U omschrijven hoe de waarneming geregeld was? Hoe was de verhouding avonddienst - nachtdienst? Van wanneer tot wanneer liep de weekenddienst?

18. Indien U deel uitmaakte van een waarnemingsgroep: hoe groot was het patiëntenbestand van de waarnemingsgroep?

..... zielen

19. Wanneer U Uw gemiddelde besteedbare inkomen over de jaren na het neerleggen van de huisartspraktijk vergelijkt met het besteedbare inkomen dat U verworven zou hebben als U de huisartspraktijk was blijven uitoefenen, hebt U dan het gevoel dat U er op vooruit gegaan of achteruit gegaan bent? (NB. Pensioenjaren niet meerekenen).

- ... % vooruit gegaan in besteedbaar inkomen
- ... % achteruit gegaan in besteedbaar inkomen
- gelijk gebleven



20. Wij zouden U nu willen vragen op welke wijze U Uw (schaarse) vrije tijd besteedde toen U nog huisarts was en hoe Uw vrijetijdsbesteding op dit moment verloopt. Allereerst willen we U vragen welke van de onderstaande activiteiten U vaak, soms of nooit op Uw vrije avonden uitvoert.

Op vrije avonden	als huisarts			op dit moment		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
- naar radio luisteren						
- bezoek aan vrienden, kennissen of familie						
- concert-, bioscoop- of schouwburgbezoek						
- muziekbeoefening						
- naar televisie kijken						
- sportbeoefening						
- bezoek aan sportwedstrijden						
- lezen						
- tuinieren						
- met het gezin uit						
- andere activiteiten, te weten: .....						
- .....						

21. Wilt U nu op dezelfde manier onderstaand lijstje invullen voor Uw vrije weekends?

In de weekends	als huisarts			op dit moment		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
- naar radio luisteren						
- bezoek aan vrienden, kennissen of familie						
- concert-, bioscoop- of schouwburgbezoek						
- muziekbeoefening						
- naar televisie kijken						
- sportbeoefening						
- bezoek aan sportwedstrijden						
- lezen						
- tuinieren						
- met het gezin uit						
- andere activiteiten, te weten: .....						
- .....						



22. Wij hebben nu een aantal vragen gesteld waarin de situatie toen U nog huisarts was vergeleken met de situatie in de opleiding en de situatie als specialist. Om vergelijkbare antwoorden te verkrijgen hebben wij de vragenlijst moeten structureren. Wij willen U graag de gelegenheid geven om de punten die hierboven ter sprake gebracht zijn nader toe te lichten of andere vergelijkingspunten die U belangrijk vindt naar voren te brengen.

*We willen nu overgaan naar een aantal meer specifieke vragen over Uw huisartspraktijk en over Uw praktijkvoering.*

23. De grootte van een huisartspraktijk kan in de loop der tijd variëren. Kunt U aangeven of het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patienten sinds Uw vestiging als huisarts groter geworden is, ongeveer even groot gebleven is of kleiner geworden is?

- groter geworden
- ongeveer even groot gebleven
- kleiner geworden



24. Als het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patienten kleiner geworden is, op welke manier is dat dan gebeurd en wanneer is dat gebeurd?

- natuurlijk verloop
- praktijk gesloten van .... tot ....
- overdracht van een deel van de praktijk per .....
- associatie aangegaan per .....
- anders, te weten: .....
- .....

*In het eerste gedeelte van de vragenlijst hebben we U gevraagd of U Uw praktijk zoudt kenschetsen als een solopraktijk of dat er sprake was van een gezamenlijke praktijkvoering met collegae of andere hulpverleners onder één dak.*

*Als er sprake was van een gezamenlijke praktijkvoering wilt U dan met vraag 25 beginnen?*

*Als er sprake was van een solopraktijk, kunt U doorgaan naar vraag 27.*

25. Was de praktijkvoering reeds vanaf Uw vestiging gezamenlijk, of bent U later tot een gezamenlijke praktijkvoering overgegaan?

- altijd een gezamenlijke praktijkvoering gehad (verder naar vraag 30)
- gezamenlijke praktijkvoering sinds: .....

26. Als U pas later op een gezamenlijke praktijkvoering bent overgegaan, wat was daarvan de voornaamste reden?

(U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- om een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangs-associatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere reden, te weten: .....
- .....

*Doorgaan naar vraag 30.*





27. Indien U Uw praktijk als een solopraktijk gekarakteriseerd hebt: heeft U de laatste vijf jaar dat U volledig praktizeerde pogingen ondernomen om tot een gezamenlijke praktijkvoering met collegae of andere hulpverleners te komen?

- nee, geen pogingen ondernomen (verder naar vraag 30)
- ja, .... maal pogingen ondernomen

28. Wat was de voornaamste reden waarom U geprobeerd heeft tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangs-associatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere reden, te weten: .....
- .....

29. Kunt U ook de redenen noemen waarom deze poging(en) geen succes had(den)?

30. We hebben in het eerste gedeelte van de vragenlijst al gevraagd uit hoeveel patienten Uw praktijk bestond in het laatste jaar dat U volledig praktizeerde. We willen ook graag weten hoeveel patienten U ongeveer op een normale dag en op een drukke dag zag.

normale dag (totaal)	drukke dag (totaal)
..... patienten op het spreekuur	..... patienten op het spreekuur
..... patienten tijdens visites	..... patienten tijdens visites



31. Deed U als huisarts bevallingen en zo ja, hoeveel gemiddeld per jaar in de laatste vijf jaar dat U praktizeerde?

- ja, ..... bevallingen per jaar
- nee, geen bevallingen sinds 19..
- nee, nooit bevallingen gedaan

32. Had U assistentie in Uw praktijk en zo ja, gedurende hoeveel uur per week?

- geen assistentie
- assistentie van echtgenote ..... uur per week
- doktersassistente ..... uur per week
- apothekersassistente ..... uur per week
- administratieve assistentie ..... uur per week
- arts-assistent (niet in opleiding) ..... uur per week

33. Welke van de hieronder genoemde aparte ruimten waren er behalve Uw spreekkamer als praktijkruimte ingericht?

- wachtkamer
- onderzoekkamer
- kleedruimte
- verbandkamer (behandelkamer)
- laboratoriumruimte
- apotheekruimte
- patiententoilet
- kamer voor assistente
- koffiekamer
- studeerkamer
- donkere kamer
- magazijn

34. Had U een afspraakspreekuur en zo ja, sinds wanneer?

- nee, geen afspraakspreekuur
- ja, volledig afspraakspreekuur  
sinds .....
- ja, gedeeltelijk afspraakspreekuur  
sinds .....



35. In onderstaand lijstje hebben we een aantal werkzaamheden genoemd, waarmee de werkdag van een huisarts gewoonlijk gevuld wordt. Kunt U voor elk van de genoemde werkzaamheden aangeven hoeveel tijd ze dagelijks ongeveer in beslag nemen? Wij realiseren ons dat deze werkzaamheden soms moeilijk exact in uren uit te drukken zijn. Misschien is het voor sommige activiteiten gemakkelijker een schatting per week te maken en het aantal uren per week door vijf te delen. Het gaat alleen om door U zelf verrichte werkzaamheden.

	uren per dag	n.v.t.
directe verzorging van de patienten; spreekuur en visites		
laboratoriumwerk		
contacten met specialisten of andere hulpverleners		
werkzaamheden in de apotheek		
praktijkorganisatie en administratie		
keuringen en controles		
nevenfuncties op medisch gebied		

36. Oefende U één of meer gehonoreerde nevenfuncties uit en zo ja, waaruit bestond(en) die?

nee, geen nevenfunctie (verder naar vraag 37)

- ja, te weten: 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....

37. Indien U één of meer nevenfuncties uitoefende, sinds wanneer oefende U die uit?

1. sinds .....  
 2. sinds .....  
 3. sinds .....  
 4. sinds .....



We gaan nu over naar een ander onderwerp, namelijk lidmaatschap van beroepsverenigingen en eventuele activiteiten daarin en op het gebied van nascholing.

38. Was U lid van de LHV en zo ja, gedurende welke periode?

- ja, ik was lid van de LHV van ..... tot .....
- nee, ik was geen lid van de LHV

En van het NHG?

- ja, ik was lid van het NHG van ..... tot .....
- nee, ik was geen lid van het NHG

39. Hoe vaak bezocht U gedurende de laatste vijf jaren dat U prakti-  
zeerde de locale of regionale vergaderingen van de LHV of het NHG?  
(Als U geen lid was of als er in het geheel geen vergaderingen bij-  
een geroepen werden, kunt U dat in de laatste twee kolommen aan-  
geven).

	altijd	vaak	soms	zelden	nooit	was geen lid	geen vergaderingen
LHV							
NHG							

40. Vervulde U de laatste vijf jaar dat U praktizeerde een bestuurs-  
functie in de KNMG-districtsraad, het NHG--entrum of in de PHV?

- nee, vervulde geen bestuurs-  
functie
- ja, vervulde bestuursfunctie

41. Indien ja, welke is die functie en gedurende welke periode ver-  
vulde U hem?

42. Vervulde U gedurende de laatste vijf jaar dat U praktizeerde een  
commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau in de LHV, het  
NHG of de KNMG?

- nee, geen commissie- of bestuurs-  
functie op landelijk niveau
- ja, vervulde commissie- of be-  
stuursfunctie op landelijk niveau

43. Indien ja, welke is die functie en gedurende welke periode vervulde  
U hem?





44. Nam U gedurende de laatste vijf jaar dat U praktizeerde deel aan plaatselijke of regionale nascholingscursussen? Hieronder worden een aantal soorten genoemd. Wilt U aangeven hoe vaak U deelnam en of dat als cursist was of als (mede-) organisator?

	als cursist					als (mede-)organisator				
	al-tijd	vaak	soms	zel-den	nooit	al-tijd	vaak	soms	zel-den	nooit
NHG-centra										
plaatselijke of perifere nascholingsgroep										
klinische dagen of middagen										
regionale Warffumcursussen										
andere plaatselijke of regionale nascholingsactiviteiten, nl.: .....										
.....										
.....										
.....										

45. Was U actief betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding? En zo ja, in welk jaar bent U daarmee begonnen?

- nee, niet betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding
- ja, als part-time wetenschappelijk medewerker per .....
- ja, als huisartsenopleider per .....
- ja, als huisarts-gastheer voor co-assistenten per .....

46. Op grond van zijn medische deskundigheid wordt een huisarts vaak gevraagd in het bestuur van kruisverenigingen en dergelijke. Bekleedde U gedurende de laatste vijf jaar dat U praktizeerde op grond van medische deskundigheid (onbezoldigde) functies in één of meer van de volgende verenigingen of instellingen in Uw woonplaats of in de streek waar U woonde?

- kruisvereniging
- plaatselijk of regionaal ziekenfonds
- gezinszorg
- EHBO
- ziekenhuis
- verpleeghuis of bejaardenhuis
- andere vereniging of instelling, nl. ....



47. Behalve in verenigingen of instellingen, waarin een huisarts op grond van zijn medische deskundigheid actief is, zijn huisartsen ook vaak actief in verenigingen e.d. op andere terreinen. Wilt U hieronder verenigingen uit Uw woonplaats of de streek waar U woonde, noemen waarin U actief was of waarin Uw echtgeno(o)t(e) actief was?

zelf actief in	echtgeno(o)t(e) actief in
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

*Na deze vragen over bestuurs- en nascholingsactiviteiten zouden we tot slot nog wat nader willen ingaan op onze belangrijkste vraag: Waarom heeft U de praktijk neergelegd?*

48. Allereerst willen we U vragen in welke mate Uw gezondheid een rol gespeeld heeft bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten. Wilt U een kruisje zetten voor één van de vier volgende categorieën?

- gezondheid speelde een doorslaggevende rol
- gezondheid speelde een belangrijke, maar niet doorslaggevende rol
- gezondheid speelde enigszins mee, maar andere zaken waren belangrijker
- gezondheid speelde in het geheel geen rol



49. Behalve Uw gezondheid zijn er vele factoren en omstandigheden die mogelijk voor U een reden geweest zijn om de praktijk neer te leggen. Wij hebben een aantal factoren opgesomd in het onderstaande schema. Wilt U door middel van een kruisje aangeven in welke mate elk van deze factoren een rol gespeeld heeft bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten?

	door- slag- ge- vend	be- lang- rijk	speel- de enigs- zins	speel- de geen rol	
gezondheid echtgeno(o)t(e) of andere gezinsleden					<input type="checkbox"/> geen andere ge- zinsleden
huwelijksituatie					<input type="checkbox"/> niet gehuwd
onderwijsvoorzieningen voor kinderen					<input type="checkbox"/> geen kinderen in schoolgaande leeftijd
andere gezinsomstandig- heden, te weten: .....					
niveau van praktijkprij- zen					<input type="checkbox"/> geen overdracht
aantrekkelijke inhoud van het specialisme					
materiële aspecten van het specialist-zijn: a. beloning					
b. pensioenvoorziening					
bij gemeenschappelijke praktijkvoering, de sa- menwerking met collegae					<input type="checkbox"/> geen gemeenschap- pelijke praktijk- voering
discrepantie tussen finan- ciële lasten en inkomsten					
mislukte vrije vestiging					<input type="checkbox"/> was niet vrij ge- vestigd
werkbelasting					
verminderd plezier in het huisartsenwerk					

50. Als verminderd plezier in het huisartsenwerk een rol gespeeld heeft bij Uw beslissing om de praktijk te verlaten, wilt U dan aankruisen welke aspecten van het huisartsenwerk in Uw geval daartoe hebben bijgedragen? U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.

- inhoud van het huisartsenwerk
- organisatorische kant van de huisartspraktijk
- relatie met patiënten
- andere aspecten, te weten: .....
- .....



Kunt U hieronder nader omschrijven in welk opzicht de door U aangekruiste mogelijkheden hebben bijgedragen tot een verminderd plezier in het huisartsenwerk?

51. Heeft U er de afgelopen tijd wel eens over gedacht om terug te gaan in het huisartsenvak?

- nee, nooit over gedacht
- ja, wel eens over gedacht
- ja, vaak over gedacht

52. Zoudt U terug willen gaan in het huisartsenvak?

- nee, ik zou niet terug willen in het huisartsenvak
- ja, ik zou wel terug willen onder bepaalde voorwaarden, te weten: .....  
.....  
.....
- ja, ik zou graag terug willen in het huisartsenvak, maar ik heb nog geen vastomlijnde plannen
- ja, ik heb vastomlijnde plannen om terug te gaan in het huisartsenvak
- ik ben al weer huisarts





53. We hebben, zoals reeds gezegd, deze vragenlijst noodzakelijkerwijs nogal moeten structureren. Noodzakelijkerwijs, omdat voor ons de onderlinge vergelijking van de antwoorden van groot belang is. Wij zijn ons ervan bewust dat de unieke combinatie van omstandigheden die voor velen de uiteindelijke beslissing met de algemene praktijk te stoppen, heeft bewerkstelligd niet altijd even goed uit de verf is gekomen. Ook hier willen we U gaarne de gelegenheid geven, als U daaraan behoefte heeft, in Uw eigen woorden weer te geven waarom U de huisartspraktijk heeft neergelegd en niet tot Uw pensionering met praktizeren bent doorgegaan.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!





ONDERZOEK NAAR VERTREK UIT DE HUISARTSPRAKTIJK

ENQUETE VOOR PRAKTIZERENDE HUISARTSEN

Codenummer .....

1. Volgens onze informatie bent U huisarts met een algemene praktijk. Is deze informatie juist?

- ja, volledige praktijk
- ja, gedeeltelijke praktijk sinds 19 ...
- nee, geen huisarts meer sinds 19 ...
- nee, nooit huisarts geweest

*Indien U geen huisarts meer bent of nooit huisarts geweest bent, hoeft U de vragenlijst niet verder in te vullen en kunt U hem terugsturen.*

2. In welk jaar heeft U zich als huisarts in Nederland gevestigd?

- a. in de laatste praktijk in 19 ...
- b. eventuele eerdere vestigingen in 19 ...  
19 ...

*NB! Als U zich na 1970 gevestigd heeft, hoeft U de vragenlijst niet verder in te vullen en kunt U hem terugsturen.*

3. Indien U de algemene praktijk slechts gedeeltelijk uitoefent, kunt U dan omschrijven welke activiteiten nog door U worden uitgevoerd?

- heeft nog zeer kleine ziekenfonds en particuliere praktijk (... zielen)
- heeft alleen nog particuliere praktijk (... zielen)
- doet alleen nog keuringen en controles
- anders, te weten .....

4. In welk jaar bent U geboren? .....

5. Hoe groot is Uw praktijk op dit moment en hoe groot was Uw praktijk 5 jaar geleden? (In geval van praktijkvoering met meerdere collegae het aantal patiënten dat aan Uw zorg is/was toevertrouwd)

Op dit moment	vijf jaar geleden
..... ziekenfondspatiënten	..... ziekenfondspatiënten
..... particuliere patiënten (geschat)	..... particuliere patiënten (geschat)



6. De grootte van de huisartspraktijk kan in de loop der tijd variëren. Kunt U aangeven of het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patiënten sinds Uw vestiging als huisarts groter geworden is, ongeveer even groot gebleven is of kleiner geworden is?

- groter geworden
- ongeveer even groot gebleven
- kleiner geworden

7. Als het aantal aan Uw zorg toevertrouwde patiënten kleiner geworden is, op welke manier is dat dan gebeurd en wanneer is dat gebeurd?

- natuurlijk verloop
- praktijk gesloten van ... tot ...
- overdracht van een deel van de praktijk per .....
- associatie aangegegaan per .....
- anders, te weten: .....

8. Zoudt U Uw praktijk omschrijven als een solo-praktijk of is er sprake van praktijkvoering in een gemeenschappelijk gebouw met collegae of andere hulpverleners?

- solo-praktijk (verder naar vraag 11)
- associatie met gemeenschappelijk praktijkgebouw
- groepspraktijk (3 of meer huisartsen in één gebouw)
- gezondheidscentrum (huisartsen en andere disciplines in één gebouw)
- anders, te weten: .....

9. Was de praktijkvoering reeds vanaf Uw vestiging gezamenlijk, of bent U later tot een gezamenlijke praktijkvoering overgegaan?

- altijd een gezamenlijke praktijkvoering gehad (verder naar vraag 14)
- gezamenlijke praktijkvoering sinds: .....



10. Als U pas later op een gezamenlijke praktijkvoering bent overgegaan, wat was daarvan de voornaamste reden? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen).

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- om een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangs-associatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere reden, te weten .....
- .....

*Doorgaan naar vraag 14.*

11. Indien U Uw praktijk als een solo-praktijk gekarakteriseerd hebt: heeft U de afgelopen vijf jaar pogingen ondernomen om tot een gezamenlijke praktijkvoering met collegae of andere hulpverleners te komen?

- nee, geen pogingen ondernomen (verder naar vraag 14)
- ja, ..... maal pogingen ondernomen

12. Wat was de voornaamste reden waarom U geprobeerd heeft tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen).

- praktijk werd te groot om alleen te verzorgen
- betere vervangingsmogelijkheid
- om een soepele overgang naar opvolger mogelijk te maken (overgangs-associatie)
- wens om de praktijk niet meer aan huis te hebben
- behoefte aan samenwerking met andere hulpverleners
- behoefte aan onderlinge consultatie
- andere reden, te weten: .....
- .....





13. Kunt U ook de redenen noemen waarom deze poging(en) geen succes had(den)?

14. We hebben eerder al gevraagd hoeveel patiënten er aan Uw zorg zijn toevertrouwd. We willen ook graag weten hoeveel patiënten U ongeveer op een normale dag ziet en op een drukke dag. En hoe was dat vijf jaar geleden?

op dit ogenblik	
normale dag (totaal)	drukke dag (totaal)
..... patiënten op het spreekuur	..... patiënten op het spreekuur
..... patiënten tijdens visites	..... patiënten tijdens visites
vijf jaar geleden	
normale dag (totaal)	drukke dag (totaal)
..... patiënten op het spreekuur	..... patiënten op het spreekuur
..... patiënten tijdens visites	..... patiënten tijdens visites

5. Doet U als huisarts bevallingen en zo ja, hoeveel gemiddeld per jaar gedurende de afgelopen vijf jaar?

- ja, ..... bevallingen per jaar  
 nee, geen bevallingen sinds 19 ...  
 nee, nooit bevallingen gedaan

6. Heeft U een apotheekhoudende praktijk?

- ja, apotheekhoudend  
 nee, niet apotheekhoudend

7. Heeft U assistentie in Uw praktijk en zo ja, gedurende hoeveel uur per week? In onderstaand schema kunt U aangeven hoe de assistentie op dit ogenblik geregeld is en hoe dat vijf jaar geleden was.

	op dit ogenblik	vijf jaar geleden
geen assistentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistentie van echtgenote	... uur per week	... uur per week
doktersassistente	... uur per week	... uur per week
apothekersassistente	... uur per week	... uur per week
administratieve assistentie	... uur per week	... uur per week
arts-assistent (niet in opleiding)	... uur per week	... uur per week



18. Welke van de hieronder genoemde aparte ruimten zijn er behalve Uw spreekkamer als praktijkruimte ingericht? Ook hier willen we weer weten hoe de situatie nu is en hoe die vijf jaar geleden was

nu	vijf jaar geleden	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wachtkamer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onderzoekkamer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleedruimte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verbandkamer (behandelkamer)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laboratoriumruimte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	apotheekruimte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	patiëntentoilet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kamer voor assistente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koffiekamer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	studeerkamer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	donkere kamer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	magazijn

19. In onderstaand lijstje hebben we een aantal werkzaamheden genoemd, waarmee de werkdag van een huisarts gewoonlijk gevuld wordt. Kunt U voor elk van de genoemde werkzaamheden aangeven hoeveel tijd ze op dit ogenblik dagelijks ongeveer in beslag nemen en hoe die situatie vijf jaar geleden was? Wij realiseren ons dat deze werkzaamheden soms moeilijk exact in uren uit te drukken zijn. Misschien is het voor sommige activiteiten gemakkelijker een schatting per week te maken en het aantal uren per week door vijf te delen. Het gaat alleen om door U zelf verrichte werkzaamheden.

	op dit ogenblik		vijf jaar geleden	
	uren per dag	n.v.t.	uren per dag	n.v.t.
directe verzorging van de patiënten, zoals spreekuur en visites				
laboratoriumwerk				
contacten met specialisten of andere hulpverleners				
werkzaamheden in de apotheek				
praktijkorganisatie en administratie				
keuringen en controles				
nevenfuncties op medisch gebied				



20. Heeft U een afspraakspreekuur en zo ja, sinds wanneer?

- nee, geen afspraakspreekuur  
 ja, volledig afspraakspreekuur sinds .....  
 ja, gedeeltelijk afspraakspreekuur  
sinds .....

21. In onderstaand schema worden een aantal vragen gesteld over werktijden, weekenddiensten en dergelijke. Wij weten dat het niet eenvoudig is om huisartsenwerk in uren uit te drukken. Wanneer we het echter zouden uitdrukken in handelingen, dan zou deze vragenlijst te gedetailleerd en te omvangrijk worden. Achter elke vraag kunt U invullen hoe de situatie nu is en hoe die vijf jaar geleden was.

	op dit ogenblik	vijf jaar geleden
hoeveel uur werkt/werkte U gemiddeld per dag?	..... uur per dag	..... uur per dag
welke werktijden heeft/had U in het algemeen?	van .... tot ....	van .... tot ....
hoeveel weken vakantie heeft/had U per jaar?	... weken per jaar	... weken per jaar
hoeveel zaterdagen en zondagen per 3 maanden worden/werden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?		
a. weekenddiensten	..... zaterdagen ..... zondagen	..... zaterdagen ..... zondagen
b. vergaderingen, administratie studie e.d.	..... zaterdagen ..... zondagen	..... zaterdagen ..... zondagen
hoeveel doordeweekse avonden inclusief vrijdagavond, per 2 weken worden/werden in beslag genomen door zaken die met Uw werk te maken hebben?		
a. avond- nachtdienst	.. avonden per 2 weken	.. avonden per 2 weken
b. vergaderingen, administratie studie e.d.	.. avonden per 2 weken	.. avonden per 2 weken
Door het continue karakter van de zorg voor patiënten is het voor artsen niet altijd weggelegd om een ongestoorde nachtrust te genieten. Hoeveel maal per maand wordt/werd U in Uw nachtrust gestoord (nacht- en weekenddiensten meegerekend)?	.. maal per maand	.. maal per maand



24. Wij zouden U nu willen vragen op welke wijze U Uw (schaarse) vrije tijd op dit moment besteedt en hoe dat vijf jaar geleden was. Allereerst willen we U vragen welke van de onderstaande activiteiten U vaak, soms, of nooit op Uw vrije avonden uitvoert.

	op dit ogenblik			vijf jaar geleden		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
Op vrije avonden:						
naar radio luisteren						
bezoek aan vrienden, kennissen of familie						
concert-,bioscoop- of schouwburgbezoek						
muziek beoefening						
naar televisie kijken						
sportbeoefening						
bezoek aan sportwedstrijden						
lezen						
tuinieren						
met het gezin uit						
andere activiteiten, te weten						
.....						
.....						

25. Wilt U op dezelfde manier onderstaand lijstje invullen voor Uw vrije week-ends?

	op dit ogenblik			vijf jaar geleden		
	vaak	soms	nooit	vaak	soms	nooit
In weekends:						
naar radio luisteren						
bezoek aan vrienden, kennissen of familie						
concert-,bioscoop- of schouwburgbezoek						
muziek beoefening						
naar televisie kijken						
sportbeoefening						
bezoek aan sportwedstrijden						
lezen						
tuinieren						
met het gezin uit						
andere activiteiten, te weten						
.....						
.....						





*In het voorgaande schema zijn enkele vragen gesteld over avond- en weekend-waarnemingen. Wij willen hierop nader ingaan.*

22. Uit hoeveel artsen bestaat de waarnemingsgroep waarvan U deel uitmaakt?  
En uit hoeveel artsen bestond hij vijf jaar geleden?

op dit ogenblik

- maak geen deel uit van  
een waarnemingsgroep
- waarnemingsgroep bestaat  
uit ..... huisartsen

vijf jaar geleden

- maakte geen deel uit van  
een waarnemingsgroep
- waarnemingsgroep bestond  
uit ..... huisartsen

Kunt U omschrijven hoe de waarneming geregeld was? Hoe was de verhouding  
avonddienst - nachtdienst? Van wanneer tot wanneer liep de weekenddienst?

23. Indien U deel uitmaakt(e) van een waarnemingsgroep: hoe groot is (was)  
het patiëntenbestand van de waarnemingsgroep?

op dit ogenblik ..... zielen

vijf jaar geleden ..... zielen



26. Wij hebben nu een paar vragen gesteld waarin de situatie van vijf jaar geleden vergeleken wordt met Uw huidige situatie. Om vergelijkbare antwoorden te verkrijgen hebben wij de vragenlijst moeten structureren. Wij willen U graag de gelegenheid geven om de punten die hierboven ter sprake zijn gebracht nader toe te lichten of andere vergelijkingspunten die U belangrijk vindt naar voren te brengen.

Wij vroegen aan de groep huisartsen die de algemene praktijk verlaten hebben hun inkomen uit de huisartspraktijk te vergelijken met hun inkomen als sociaal geneeskundige om enigszins te kunnen peilen wat de financiële konsekventies van deze verandering van werkring zijn geweest.

Wij zouden U ter vergelijking een soortgelijke vraag willen stellen maar beseffen dat het buitengewoon moeilijk is het inkomen van een beoefenaar van een vrij beroep met dat van een arts in loondienst te vergelijken. Daarom stellen we de vraag zeer globaal; het gaat ons om een indicatie van de orde van grootte van eventuele inkomensverschillen.

Stelt men het bruto-inkomen in een doorsnee (modale) sociaal-geneeskundige functie tussen 75.000 en 85.000 gulden, hetgeen na aftrek van pensioen- en sociale verzekeringspremies een belastbaar inkomen van tussen 55.000 en 65.000 oplevert, wat is dan naar Uw mening de orde van grootte van het verschil tussen bovengenoemd belastbaar inkomen en het belastbaar inkomen uit Uw huisartspraktijk (dat is dus het inkomen na aftrek van alle praktijkkosten en sociale verzekerings- en pensioenpremies)?

- inkomsten uit huisartspraktijk zijn zeer veel hoger
- inkomsten uit huisartspraktijk zijn beduidend hoger
- inkomsten uit huisartspraktijk zijn enigszins hoger
- inkomsten uit huisartspraktijk zijn even hoog
- inkomsten uit huisartspraktijk zijn lager



. Oefent U één of meer gehonoreerde nevenfuncties uit en zo ja, waaruit bestaan die?

nee, oefen geen nevenfuncties uit (doorgaan naar vraag 29)

- ja, te weten 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....

. Als U een of meer nevenfuncties uitoefent; sinds wanneer oefent U die uit?

1. sinds .....  
 2. sinds .....  
 3. sinds .....  
 4. sinds .....

*gaan nu over naar een ander onderwerp, namelijk lidmaatschap van beroepsverenigingen, en eventuele activiteiten daarin en op het gebied van nascho-  
ng.*

. Bent U lid van de L.H.V.?

- ja, ik ben lid van de L.H.V.  
 nee, maar ben wel lid van de L.H.V. geweest, van .... tot ....  
 nee, ben nooit lid van de L.H.V. geweest

En van het N.H.G.?

- ja, ik ben lid van het N.H.G.  
 nee, ik ben wel lid van het N.H.G. geweest, van .... tot ....  
 nee, ik ben nooit lid van het N.H.G. geweest

Hoe vaak bezocht U gedurende de afgelopen vijf jaar de locale of regionale vergaderingen van de L.H.V. of het N.H.G.?  
(Als U geen lid was of als er in het geheel geen vergaderingen bijeengeroepen werden kunt U dat in de laatste twee kolommen aangeven).

	altijd	vaak	soms	zelden	nooit	was geen lid	geen vergaderingen
L.H.V.							
N.H.G.							

Vervulde U de afgelopen vijf jaar een bestuursfunctie in de K.N.M.G.-districtsraad, het N.H.G.- centrum of in de P.H.V.

- nee, geen bestuursfunctie  
 ja, wel bestuursfunctie



3. Indien ja: welke is die functie en gedurende welke periode vervulde U hem?

4. Vervulde U de afgelopen vijf jaar een commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau in de L.H.V., het N.H.G. of de K.N.M.G.?

nee, geen commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau

ja, vervulde commissie- of bestuursfunctie op landelijk niveau

5. Indien ja: welke is die functie en gedurende welke periode vervulde U hem?

6. Nam U de afgelopen vijf jaar deel aan plaatselijke of regionale nascholingscursussen? Hieronder worden een aantal soorten genoemd. Wilt U aangeven hoe vaak U deelnam en of dat als cursist of als (mede-)organisator was?

	als cursist					als (mede-)organisator				
	al-tijd	vaak	soms	zelden	nooit	al-tijd	vaak	soms	zelden	nooit
N.H.G.-centra										
plaatselijke of perifere nascholingsgroep										
klinische dagen of middagen										
regionale Warffumcursussen										
andere plaatselijke of regionale nascholingsactiviteiten, nl.: .....										
.....										
.....										
.....										





37. Bent U actief betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding? En zo ja, sinds wanneer is dat het geval?

- nee, niet betrokken bij de universitaire huisartsenopleiding
- ja, als part-time wetenschappelijk medewerker sinds .....
- ja, als huisartsenopleider sinds .....
- ja, als huisarts-gastheer voor co-assistenten sinds .....

38. Op grond van zijn medische deskundigheid wordt een huisarts vaak gevraagd in het bestuur van kruisverenigingen en dergelijke. Bekleedde U gedurende de afgelopen vijf jaar op grond van medische deskundigheid functies in één of meer van de volgende verenigingen of instellingen in Uw woonplaats of in de streek waar U woont?

- kruisvereniging
- plaatselijk of regionaal ziekenfonds
- gezinszorg
- EHBO
- ziekenhuis
- verpleeghuis
- andere vereniging of instelling nl.: .....

39. Behalve in verenigingen of instellingen waarin een huisarts op grond van zijn medische deskundigheid actief is, zijn huisartsen ook vaak actief in verenigingen e.d. op andere terreinen. Wilt U hieronder verenigingen uit Uw woonplaats of de streek waar U woont, noemen waarin U actief bent of waarin Uw echtgeno(o)t(e) actief is?

zelf actief in:	echtgeno(o)t(e) actief in:
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5



Na deze vragen over bestuurs- en nascholingsactiviteiten komen we tot een belangrijke vraag: waarom zouden, naar Uw idee, collegae van ongeveer Uw leeftijd de huisartspraktijk neerleggen?

40. In het onderstaande lijstje hebben we een aantal factoren genoemd die mogelijk een rol spelen bij een beslissing om de huisartspraktijk neer te leggen.

Waarom, denkt U, zouden collegae die ongeveer van Uw leeftijd zijn, de praktijk neerleggen?

	speelt zeer be- lang- rijke rol	speelt be- lang- rijke rol	speelt enigs- zins mee	speelt geen rol
de eigen gezondheid				
gezondheid van echtgeno(o)t(e) of andere gezinsleden				
huwelijksituatie				
onderwijsvoorzieningen voor kinderen				
andere gezinsomstandigheden, zoals: .....				
niveau van praktijkprijzen				
aantrekkelijke inhoud van een nieuwe functie				
materiële aspecten van een nieuwe functie: a. beloning				
b. pensioenvoorziening				
bij gemeenschappelijke praktijkvoering de samenwerking met collegae				
discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten				
mislukte vrije vestiging				
werkbelasting				
verminderd plezier in het huisartsenvak				



41. Bovenstaande vraag is noodzakelijkerwijs erg gestructureerd, omdat het voor ons van groot belang is om vergelijkbare antwoorden te verkrijgen. Wij geven U graag de gelegenheid nadere opmerkingen te maken bij Uw antwoorden of ons opmerkzaam te maken op andere factoren die naar Uw mening een rol spelen bij de beslissing van collegae om de praktijk neer te leggen.

42. Heeft U er de afgelopen jaren zelf wel eens over gedacht om de huisartspraktijk neer te leggen?

- nee, zelden of nooit aan gedacht (verder naar vraag 44)
- ja, wel eens aan gedacht
- ja, vaak aan gedacht



43. Heeft U de afgelopen vijf jaar wel eens activiteiten ondernomen om met de huisartspraktijk op te houden? En zo ja, waaruit bestaan die activiteiten?

- nee, geen activiteiten ondernomen (verder naar vraag 44)
- ja, praktijk ter overname aangeboden
- ja, andere functie gezocht
- ja, gereageerd op advertenties
- ja, gesolliciteerd naar andere functies
- ja, speciale opleiding of cursus voor een andere functie gevolgd
- ja, andere activiteiten te weten:  
.....  
.....

44. Om welke redenen hebben deze activiteiten (nog) geen effect gehad?

45. Ook al hebt U tot nu toe geen activiteiten ondernomen om de praktijk neer te leggen, het is wel mogelijk dat U het plan heeft in de nabije toekomst de praktijk neer te leggen. Heeft U al vast omlijnde plannen om in de nabije toekomst de praktijk neer te leggen?

- nee, ik heb geen vast omlijnde plannen
- ja, ik heb vast omlijnde plannen om de praktijk neer te leggen

46. Indien U al vast omlijnde plannen hebt, op welke termijn denkt U die te realiseren en wat is Uw belangrijkste reden om de nabije toekomst de praktijk neer te leggen?

