Organisatie vervanging van huisartsen in Europa:

een beschrijvend onderzoek in 28 landen

Dr Ann Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen, universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Eric Boydens, Doctors4Doctors

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSOPGAVE

Context 3

Inleiding 4

Abstract (Nederlands) 9

Artikel (Engels). 10

Title page 10

Abstract 11

Introduction 12

Methods 14

Results 16

Discussion 21

Conclusions 24

References 25

Dankwoord 27

Referenties 28

Bijlagen 30

1. Protocol 30

2. Literatuuronderzoek 34

3. Consent certificate 36

4. Questionnaire 37

5. Codeboek 40

6. Gunstig advies ethisch comité 42

CONTEXT

Recentelijk heb ik een carrièreswitch gemaakt van spoedarts naar huisarts. Mijn carrière als haio ben ik gestart met dokter Eric Boydens, die zich inzet voor Doctors4Doctors, als mijn praktijkopleider. Toen ik een onderwerp voor mijn thesis zocht, hebben we rond burn-out gebrainstormd. Na het lezen van het rapport van het Kenniscentrum rond preventie van burn-out, waar onder andere aanbevolen wordt, vervangingen van huisartsen te vergemakkelijken, kwamen we op het idee om te werken rond de organisatie van vervangingen van huisartsen.

Op spoedgevallen heb ik namelijk aan de lijve ondervonden hoe moeilijk het is, wanneer er een collega onverwachts voor langere tijd uitvalt en er geen vervanger wordt gevonden. Het werk moet dan verdeeld worden over de resterende artsen, wat leidt tot een verhoogde werkdruk met mogelijk uitputting en burn-out bij sommige collega's. Onmenselijk veel uren werken betekent ook dat de kwaliteit van zorg uit het oog verloren wordt. Vaak worden ook buitenlandse artsen aangetrokken die de taal niet beheersen en niet volgens dezelfde richtlijnen werken, waardoor de kwaliteit van de zorg nog meer in het gedrang komt.

Na een rondvraag rond de nood aan het optimaliseren van de vervanging van huisartsen, bleken zowel Doctors4Doctors, Domus Medica, ECHTT als het ICHO vragende partij voor het oprichten van een vervangingspool van huisartsen. (tabel 1) Bij ons leefde het gevoel dat de organisatie van vervangingen van huisartsen in de ons omringende landen beter georganiseerd was en we wilden daar uit leren.

INLEIDING

De prevalentie van burn-out bij artsen en zeker bij huisartsen is hoog, volgens sommige peilingen 5 tot 12% van de beroepsgroep.[1-6] Ze is dan ook hoger dan bij de algemene bevolking. Artsen werkzaam als clinicus, waaronder dus huisartsen, lopen het meeste risico.[7] Over de situatie in België, bestaan er geen goede cijfers. In 2005 werd de prevalentie door de Fédération des maisons médicales geschat op 10%.[8] Een studie van het European General Practice Research Network (EGPRN) wees erop dat burn-out bij huisartsen over heel Europa een probleem is, met hoge burn-out niveaus bij twee derde van de respondenten.[2]

Uit een Zweedse studie naar het effect van werkonderbreking na een counseling interventie rond burn-out, bleek dat het aantal weken van werkonderbreking een positief effect had op de vermindering van emotionele uitputting drie jaar later.[9] Een tijdelijke werkonderbreking lijkt dus een latere burn-out te kunnen voorkomen. Volgens een Noorse studie kan ook het verminderen van presenteïsme bij artsen leiden tot minder burn-out maar er is nog verder onderzoek nodig.[10]

In 2011 bracht het Kenniscentrum een uitgebreid rapport uit rond burn-out bij huisartsen.[8] In dit rapport worden een aantal aanbevelingen ter preventie van burn-out gedaan, niet alleen omwille van de gezondheid van de arts zelf maar ook omwille van de kwaliteit van zorg voor de patiënten. Burn-out bij artsen leidt tot het stopzetten van de werkzaamheden, tot zelfmedicatie, middelenmisbruik en depressie maar ook het risico om medische fouten te begaan stijgt.[11, 12] Er werd o.a. aanbevolen om de vervanging van huisartsen te vergemakkelijken ter preventie van burn-out, omdat de afwezigheid van een arts voor een extra werkbelasting zorgt bij zijn rechtstreekse collega's, wat dan weer bij hen het risico op burn-out verhoogt. Ierse literatuur rapporteert ook een hoge werkdruk en een gebrek aan vervangende huisartsen. In Ierland werden aanbevelingen geschreven voor de toekomst van de Ierse plattelands huisartsgeneeskunde, waaronder gegarandeerde en volledig door de overheid gefinancierde mogelijkheid tot vervanging

met de oprichting van een specifiek huisartsen interimbureau voor de plattelands gebieden, zoals in Nieuw Zeeland.[13]

Maar artsen aarzelen om zich te laten vervangen om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en ook omwille van de financiële gevolgen.[8, 14, 15] Het wegnemen van de drempels om een vervanger in te schakelen zou dus niet enkel de gezondheid van de arts ten goede komen maar ook de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeteren.[16]

We mogen wel de continuïteit van zorg niet uit het oog verliezen. Uit een onderzoek naar de associatie tussen mortaliteit en de continuïteit van zorg aan ouderen in de huisartsenpraktijk, bleek dat ouderen die het vaakst van huisarts wisselden, 20% meer kans hadden om te overlijden dan diegene die niet van huisarts wisselden.[17] De continuïteit van zorg is dus uiterst belangrijk en moet zo goed mogelijk georganiseerd worden. Het is ook zo dat chronisch zieken zich veiliger voelen wanneer ze toegang hebben tot een persoonlijke huisarts in plaats van korte termijn vervangartsen.[18]

In een recente horizon scanning, werd er een overzicht gemaakt van het huidige personeelsbestand in de eerstelijnsgeneeskunde in Europa.[19] In de testcase van België bleek dat de druk op de beschikbare mankrachten toeneemt. Vrije mobiliteit van artsen in Europa is mogelijk maar nog steeds beperkt, gezien het taalprobleem. Voor sommige landen kunnen vervangartsen één van de factoren zijn, om het huisartsen bestand up-to-date te houden en kan dit huisartsen toelaten om zich tijdelijk te laten vervangen.

In België groeit momenteel de vraag naar het oprichten van een vervangingspool van huisartsen om collega's, die op zoek zijn naar een periode van rust, te vervangen. De bedoeling is dat er op deze artsen een beroep gedaan kan worden in tijden van ziekte en zwangerschap maar ook bij uitputting, overspannenheid en burn-out. Op dit ogenblik zoeken huisartsen in België een vervanger via een zoekertje in de Artsenkrant, via het netwerkplatform van Atypische Huisartsen

(AHA) of via Domus Medica. (tabel 1) Deze laatste heeft recent een webplatform opgericht om vraag en aanbod in Vlaanderen beter op elkaar af te stellen, maar het blijft een kleinschalig initiatief. Vooraleer tijd en energie in het oprichten van een pool van vervangingsartsen te steken, is het zinvol om in kaart te brengen hoe vervangingen van huisartsen overdag in de andere Europese landen georganiseerd worden en te kijken wat we daaruit kunnen leren.

Via een literatuuronderzoek vonden we informatie over de organisatie van vervangende huisartsen in het buitenland. Enkele voorbeelden hiervan:

In de Verenigde staten worden vervangende artsen, locum tenens, vaak geplaatst via “locum placement agencies” wat uitgegroeid is tot een zeer winstgevende industrie, daarom is er in 2001 een National association of locum agencies (NALTO) opgericht, die standaarden maakt en ethische richtlijnen voorschrijft voor deze profit organisaties. [20, 21]

In Canada worden vervangende artsen zowel via een organisatie geplaatst alsook onafhankelijk. De juridische dienst van de Ontario Medical Association adviseert om voor de start van de vervanging een akkoord te ondertekenen. Dit akkoord moet duidelijk de rechten en de plichten van beide partijen omschrijven om zo beide partijen te beschermen. Het departement huisartsgeneeskunde van de universiteit van Toronto heeft aanbevelingen voor beide partijen geschreven om zo de vervanging zelf, als de tevredenheid hierover voor allen te verbeteren.[22]

In het Verenigd Koninkrijk werkt 25% van de artsen als vervangingsarts, locum of sessional GP genoemd. Zij hebben zich georganiseerd in de National Association of Sessional General Practitioners (NASGP), een vereniging die opkomt voor de rechten van de vervangende artsen en die er voor zorgt dat deze artsen ook toegang hebben tot continue bijscholing. Er is een standaard contract opgemaakt waarin, zowel de plichten als de rechten van de vervangende arts als van de arts die vervanging zoekt, staan beschreven. Eveneens is er een “locum toolkit” gemaakt met handige formulieren voor zowel de praktijk als voor de vervangende arts, om het dagelijks werk te vergemakkelijken. Recent is er ook een elektronisch portaal ontwikkeld (Standardised Practice Information Portal (Spip)), waarin alle niet-klinische informatie met betrekking tot de werkwijze van de praktijk en de interactie met locale partners kan worden samengebracht, in een gemakkelijk te

doorzoeken, gemakkelijk te updaten formaat dat toegankelijk is voor het ganse praktijkteam.[23] Dit alles moet ervoor zorgen dat de vervangende arts op een veilige en optimale manier de zorg voor de patiënten kan overnemen.

In het Verenigd Koninkrijk is er in 2010 na enkele gemediatiseerde verhalen van patiënten die schade hebben geleden door de behandeling van vervangartsen, een vraag naar meer controle van de vervangartsen ontstaan.[24, 25] Aanbevelingen houden onder andere in dat er een gecentraliseerd systeem op poten wordt gezet om de competentie te evalueren, en referenties, diploma en gevolgde opleiding standaard worden gecontroleerd. [22, 26]

Op vraag van het Royal Medical Benevolent Fund, een liefdadigheidsorganisatie voor artsen, heeft de Universiteit van Durham in 2010 een rapport geschreven over de steun die sessional GP's nodig hebben, om zo de overheid te stimuleren regels en structuren op te zetten om de kwaliteit van zorg door vervangende artsen te optimaliseren.[27] In 2014 is er een succesvolle pilootstudie uitgevoerd rond de uitwisseling van feedback tussen de vervangende arts en de arts die vervangen werd of de praktijk waarin de vervanging gebeurde om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.[28]

Over de organisatie van vervangingen van huisartsen in andere Europese landen dan het Verenigd koninkrijk, was geen literatuur te vinden. Om hier meer inzicht in te krijgen, besloten wij een beschrijvend onderzoek op te zetten met de volgende onderzoeksvraag: Hoe worden vervangingen van huisartsen bij een onverwachtse afwezigheid overdag in Europa georganiseerd? Welke lessen kunnen hieruit geleerd worden?

Omdat deze gegevens van belang zijn voor beleidsmakers werd besloten het project te rapporteren in de vorm van een artikel. Dit artikel is intussen aangeboden aan een internationaal tijdschrift, de European Journal of General Practice. Een poster van het artikel is geaccepteerd voor het EGPRN congres te Riga van 11 tot 14 Mei 2017.

De thesis die hier voorligt, bestaat verder uit een korte samenvatting in het Nederlands en vervolgens het manuscript zoals het is ingediend. In de bijlagen vindt de lezer het protocol, het literatuuronderzoek, het informed consent, de vragenlijst, het codeboek en het gunstig advies van het ethisch comité terug.

Doctors4Doctors	Een zichtbaar, laagdrempelig en herkenbaar aanspreekpunt voor de beroepsgroep rond de zorg voor artsen
Domus Medica	Belangenorganisatie van huisartsen in Vlaanderen
ECHTT	Ervaringsgericht Coachen van Huisartsen Trajecten & Teams expertise over praktijkorganisatie, zorg & welzijn van huisartsen en samenwerkingsverbanden
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding Deze vzw staat in voor de organisatie van de master huisartsgeneeskunde in Vlaanderen
Artsenkrant	Belgisch medisch vakblad
AHA	Netwerkplatform van atypische huisartsen: erkende, bevlogen, geëngageerde huisartsen zonder vaste praktijk

tabel 1: Vermelde organisaties in België

ABSTRACT

Organisatie vervanging van huisartsen in Europa: een beschrijvend onderzoek in 28 landen

Haio: Dr. Ann Verhoeven
Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen
Co-promotor: Dr. Eric Boydens
Praktijkopleider: Dr Hilde Hofkens

Context:
De prevalentie van burnout bij huisartsen is hoog, volgens sommige peilingen tussen 5 en 12%. Een van de aanbevelingen om burnout te voorkomen, is de vervanging van huisartsen te vergemakkelijken. Vooraleer het bestaand systeem te optimaliseren, is het relevant om kennis te verwerven over de organisatie in de andere Europese landen.

Onderzoeksvraag:
Het doel van deze studie is te inventariseren hoe de organisatie van vervangingen van huisartsen in de Europese landen gebeurd en te formuleren welke lessen hieruit geleerd kunnen worden.

Methode:
Gebruikmakend van het European General Practitioners Research Network (EGPRN) werd er een beschrijvend onderzoek uitgevoerd in 28 landen. Een vragenlijst werd via email rondgestuurd naar belanghebbende huisartsen. De vragenlijst werd opgesteld rond 4 hoofdthema's: het bestaan van vervangende huisartsen, de organisatie hiervan, de financiële structuur en de kwaliteitsbewaking. De verkregen informatie is geanalyseerd per thema en er is gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen de 28 landen.

Resultaten:
In 22 van de 28 landen bestaan er vervangende huisartsen. In vijf landen organiseert de overheid de vervanging van huisartsen. In drie landen hebben de vervangende huisartsen zichzelf georganiseerd. Acht landen gebruiken web-gebaseerde platvormen. In de meeste landen (15/22) worden de vervangende huisartsen betaald door de vervanging vragende arts of praktijk. In 6 landen hebben de vervangende huisartsen minder sociale rechten dan de gewone huisartsen. Tien landen rapporteren dat er geen kwaliteitsbewaking plaatsvindt en 15 landen geven aan dat vervangende huisartsen aan dezelfde professionele criteria moeten voldoen als de andere huisartsen.

Conclusie:
Er bestaat een enorme variatie in de organisatie van vervangingen van huisartsen in Europa. Gebaseerd op de resultaten van deze enquête, werden er in dit rapport een aantal 'best practices' voor een goed functionerend systeem van vervangende huisartsen geformuleerd.

Organisation of Locum GPs in Europe: a descriptive study in 28 countries

Authors:

Ann Verhoeven MD, postgraduate family medicine, University of Antwerp, annverhoeven@hotmail.com

Elke Leuridan MD PhD, Vaccine & Infectious Diseases Institute, Faculty of Medicine and Health Sciences, postgraduate family medicine, University of Antwerp, elke.leuridan@uantwerpen.be

Lieve Peremans MD PhD, General Practitioner, Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp, lieve.peremans@uantwerpen.be

Eric Boydens MD, General Practitioner, Doctors4Doctors, eric.boydens@doctors4doctors.be

Roy Remmen MD PhD, General Practitioner, Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp, roy.remmen@uantwerpen.be

Postal adress corresponding author:

Ann Verhoeven
Oedenkovenstraat 30
2140 Antwerpen

email address corresponding author:

annverhoeven@hotmail.com

Running title:

Organisation of locum GPs in Europe

Acknowledgements:

Milena Tošic, Radost Asenova, Morten Bondo Christensen, Thomas Frese, Tuomas Koskela, Le Reste Jean-Yves, Pierre Jourdren, Athina Tatsioni, Peter Torzsa, Claire Collins, Nicola Buono, Djurdjica Kasuba Lazic, Linda Saurina, Biljana Gerasimovska Kitanovska, Jean Karl Soler, Tiny van Merode, Pavlo Kolesnyk, Diana Sofia Vaz de Miranda, Claudia Iftode, Marija Petek Ster, Tugrul Biyiklioglu, Michael Harris, Sven Streit, Andreas Zeller, Sommer Johanna, Ellen Blondé, Kristin Hendrickx, Anne-Marieke Wiggers, Tanja Pekez-Pavliško, Philippe Van Eerdenbrugh are gratefully acknowledged for their participation in the collection of the data.

The authors report no conflicts of interest.

Financial resources: none

ABSTRACT

Organisation of locum GPs in Europe: a descriptive study in 28 countries

Ann Verhoeven MD, Elke Leuridan MD PhD, Lieve Peremans MD PhD, Eric Boydens MD, Roy Remmen MD PhD

Background

The prevalence of burnout among general practitioners (GPs) ranges between 5 and 12%. One of the recommendations to prevent burnout is to facilitate the temporary replacement of GPs by locum GPs. Before optimising the current locum system, it is relevant to gain insight in the organisation of locum GPs in the other European countries.

Objectives

The aim of this project is to make an inventory of the organisation of locum GPs in European countries and formulate lessons learned.

Methods

A descriptive survey was conducted in 28 countries, using the European General Practitioners Research Network (EGPRN). An email questionnaire was sent to key stakeholders, covering 4 main themes: the existence of locum GPs, the organisation, the financial structure and quality control. Using a thematic analysis, we looked for differences and similarities.

Results

Analysis shows that in 22 of the 28 countries included, locum GPs are available. Five countries have a government-driven system. In three countries locum GPs organised themselves in associations. Eight countries use web-based platforms. In six countries locum GPs have less social rights than regular GPs. Ten countries report no monitoring of quality, and only 15 countries mention that locum GPs have to fulfill the same professional criteria as the other GPs.

Conclusion

There is a large variety in the organisation of locum GPs in Europe. Based on the results of the survey, best practices for the development of a well-functioning locum system are outlined in this report.

Key words:

locum - GP - Europe

Key messages:

- large variety in the organisation of locum GPs in Europe
- best organisational practices are locum associations and the use of web platforms
- standardized criteria for performance quality would be useful

INTRODUCTION

The prevalence of burnout among general practitioners (GPs) is higher compared to the general population, ranging from 5 to 12% of the active GP workforce.[1-7] A study from the European General Practice Research Network (EGPRN) suggests that burnout among GPs is common in Europe, with high burnout levels in two thirds of the respondents.[2] Burnout leads to leaving practice, self-medication, substance abuse, depression and an increased risk of malpractice.[8]

In 2011, the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) published recommendations to prevent burnout among GPs.[9] One of the recommendations is to facilitate the temporary replacement of GPs by locum GPs. This may help the GP as a preventive measure and relieve colleague GPs from a higher workload during a leave of absence.[10] However, GPs often hesitate to take a leave, as it is difficult to find locum cover, and because of the associated financial impact.[9] Removing obstacles for a replacement by a locum GP, would not only improve GP health, but could also improve the quality of care for patients.[11] An ongoing cohort study in The Netherlands shows that low continuity of care in general practice is associated with a higher risk of mortality in the elderly, this stresses the importance of continuity of care.[12]

In a recent horizon scanning (a technique used to explore potential future developments and better anticipate risks) of the health workforce in Europe, a review of the GP workforce in Belgium was performed as a pilot study.[13] This study suggested that the strain on the available manpower is increasing. Free mobility of physicians in Europe is possible, but still limited, because of language problems. For some countries locum GPs may be one mechanism to maintain the GP workforce and to allow GPs to temporarily leave their practice.

Before efforts are made to optimise the current Belgian locum system, it is relevant to gain insight in the organisation of locum GPs in the other European countries. Literature was only found on the organisation in the United Kingdom. Therefore, an inventory of the organisation of locum GPs across Europe was made. Based on these results a set of conditions was identified to optimise the locum system.

METHODS

Study design

A descriptive survey was performed among key informants of different European countries. The national representatives of the European General Practitioner Research Network (EGPRN) were asked to participate.[14] This network includes: Austria, Bosnia and Herzegovina, Belgium, Bulgaria, Croatia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Macedonia, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, The Netherlands, Turkey, Ukraine and the United Kingdom (UK). The representatives of these 30 European countries (excl. Belgium) and Israel were invited by email to participate in a semi structured oral interview on the organisation of locum GPs. The aim was to interview one representative per country, or more, if the organisation was variable per region. None of the representatives responded. Therefore, the interview was cancelled and a written questionnaire was used instead.

Development of the questionnaire

The survey consisted of 20 questions, closed and open-ended, regarding four main themes: the existence of locum GPs, the organisation, the financial structure and quality control. We also asked about any available literature regarding locum GP organisation. The questions were formulated after a desk review and optimised for comprehensiveness with Belgian colleagues.

Data collection

Data were obtained for 28 countries (no data from Estonia, Lithuania, Austria, and Serbia), including Belgian data (provided by the authors), between October 2016 and January 2017. The representatives of 23 countries consented for participation during the EGPRN-meeting (Leipzig, Germany,13-16 October 2016); fourteen completed the questionnaire at the meeting and nine replied through email. The other representatives did not respond to our multiple emails, therefore, we gathered information on one country through a personal contact and on three more countries

with participation from the Vasco da Gama Movement, a workgroup of the World Organisation of Family Doctors (WONCA) for young and future GPs in Europe.

The research project was briefly presented in the email and an information sheet, informed consent and the questionnaire were attached. If there were any uncertainties in the answers or additional information was needed, extra information was gathered by email. Handwritten answers were typed out and sent back for approval (respondent checking).

Data analysis

The answers on the closed questions of the survey were summarised in an overview table. (Table 1) The few open-ended questions were thematically analysed, after descriptive, followed by interpretative coding, investigating differences and similarities.

The study was approved by the Ethics Committee of the Antwerp University Hospital and the University of Antwerp on 11/04/2016.

RESULTS

Countries without locum GPs (Figure 1)

In Bosnia Herzegovina, Greece, Italy, Poland, Portugal and most regions of Switzerland, no locum GP system exists. In Italy and Switzerland, GPs request a neighboring colleague to take care of their patients during an absence. Only in the region of Bern in Switzerland, private companies deploy locum GPs. In Bosnia Herzegovina and Portugal there is a global shortage of GPs.

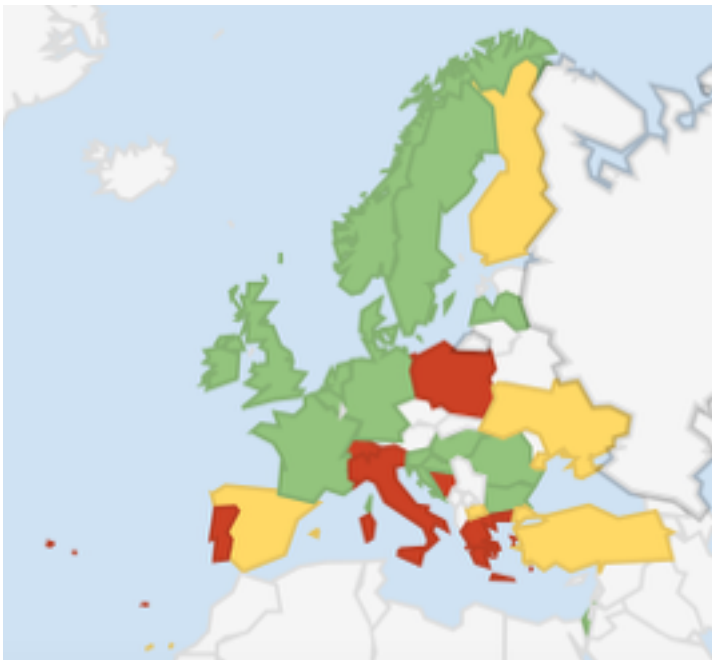

Figure 1: Overview of the organisation of Locums in European countries
- no locum GPs: red
- locum GPs organised by the government: yellow
- other types of organisation of locum GPs: green

The organisation in countries with locum GPs

Data were gathered on 22 countries where locum GPs exist. (Table 1) In some of these countries, e.g. Bulgaria, Croatia, Ireland, Norway, Romania, Slovenia, Sweden and Ukraine, however, it is very hard to find locum GPs, especially in rural areas.

		Belgium	Bulgaria	Croatia	Denmark	Finland	France	Germany	Hungary	Ireland	Israel	Latvia	Macedonia	Malta	Norway	Romania	Slovenia	Spain	Sweden	The Netherlands	Turkey	Ukraine	United Kingdom
Organisation of locums by the government						X							X					X			X	X	
Locum associations							X													X			X
Means of contact:	personal contacts	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X	X	X							X
	advertisement	X				X				X				X	X								
	webplatform	X			X	X	X		X	X							X			X			
	professional organisation	X			X			X			X	X					X					X	
	interim agency				X	X													X				
	government											X	X					X			X	X	
Matching of supply and demand																					X		
Task of the professional organisation		X			X		X	X				X			X								
Standard contract		(X)		X	X	X	X								X	X				X			(X)
Financial compensation:	per hour							X	X		X						X		X	X			
	per part of the day			X	X						X		X										
	monthly					X												X				X	
	per patient contact	X					X						X	X									
	variable		X			X				X		X			X	X					X		X
Amount determined by:	personal agreement	X	X	X	X			X		X				X	X	X							
	supply and demand			X	X		X				X	X					X			X			X
	bidding						X		X										X				
	government			X								X	X					X			X	X	
	municipality					X																	
Paid by:	requesting GP/practice	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X				X	X		X	X			X
	government											X	X					X			X	X	
	municipality					X									X								
	patient													X									
Equal social rights		X	X	X	X+	X	X					X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Governmental funding						X						X	X					X	X		X	X	
Same professional criteria as regular GPs		X	X	X		X		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X				X
Monitoring of quality			X	X		X			X	X	X	X					X	X		X		X	X
Access to continuous education		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X
Accreditation		X													X			X					
Available literature										X									X				X

Table 1: Organisation of locum GPs
X: available
(X): sample contract available
X+: available and more

Organisation of locum GPs

The organisation of locum GPs depends on the organisation of the primary health care system in the country. In Finland, Macedonia, Spain, Turkey and Ukraine, primary health care is publicly organised. All GPs, including locum GPs, are employed by the government or municipality (Finland). In Spain and Macedonia, the health administration compiles a public list with all available locum GPs. In Turkey, the government appoints specific locum GPs to replace absent GPs. In Ukraine, the demand for a locum GP is sent to the regional medical hall or municipal hall, collecting all the information about available locums.

In countries with both publicly and privately funded health care, the government employs locum GPs within public health practices. Private GPs organise replacement on their own. In Sweden, for example, 95% of the primary health care is publicly funded and two thirds is also publicly managed. In Croatia, 30% of the GPs are employed in governmental health centers. In Latvia all health care is publicly funded (but not all publicly managed), and the government organises and finances replacements for employed GPs, but also for self-employed GPs when it concerns long term replacements (e.g. maternity leave, being 1-1,5 years in Latvia). In Israel, GPs work either in family practice clinics, run by one of the 4 national Health Maintenance Organisations (HMO), or in private clinics that have signed a contract with one of the HMOs. In strategically important clinics, the HMO itself hires and pays the locum, otherwise the clinic does.

Associations of locum GPs

In three countries locum GPs have organised themselves into associations. In The Netherlands, regional locum groups offer a networking platform, organise continuous education, serve as general contact point and defend their interests. Currently, 30% of all GPs in The Netherlands work as locum or salaried GPs. A separate department within the Dutch professional GP organisation supports and represents these GPs and publishes a locum-guide with practical information.[15] France has regional associations of locum and young GPs. They facilitate contact between permanent and locum GPs, run websites with practical tools and provide access to continuous education.[16-18] In the UK, locum GPs are organised in regional locum chambers, supported by the

National Association of Sessional GPs (NASGP). This association defends the rights of sessional GPs (locum GPs and salaried GPs), provides access to continuous education and provides a locum toolkit, with tools for both the practice and the locum. Recently, they designed a Standardised Practice Information Portal (Spip) compiling all local non-clinical information about practice processes and practice interactions with local resources in an easy-to-search, easy-to-update format, accessible by the entire practice team.[19]

Means of Contact

The means of contacting the locums are diverse, including: personal contacts, advertisements, the professional organisation, an interim agency, or the government. Eight countries use web-based platforms. In France, the regional associations provide online network platforms where locums and locum seeking GPs can meet, free of charge. In Ireland, a free national GP forum has been established, featuring a locum finder.[20] In The Netherlands, various web-based platforms exist, most of them charging a member or mediation fee.[21, 22] In Hungary, the locums founded their own online platform, embedded in the homepage of the department of family medicine.

Professional organisation

In Germany, France, Norway, Slovenia and Latvia, the medical professional organisation provides a list of available locums. In Belgium, the professional GP organisation offers a small web-based platform, a locum guide, a sample contract and support. In Latvia, the professional organisation liaises between locum and requesting GPs and protects the rights of locum GPs. In Denmark the professional organisation officially approves each locum GP.

Financial structure

In most countries (15/22), locum GPs are paid by the requesting GP or practice. The amount of compensation is most often determined by supply and demand or personal agreement. In Norway, the municipality pays the locum GPs, but they have to pay a percentage to the requesting GP. In Malta, the patient pays the locum and no compensation to the regular GP is necessary, because it

is regarded as a favour. Locum GPs have the same social rights as regular GPs in 15 out of 22 countries. In Israel, Ireland, the UK and Sweden this is not the case, because locums work as free-lancers. In Denmark, it is the opposite, locums have more employment rights because they work as employees, while regular GPs are self-employed.

Quality control

In 10 out of 22 countries, the quality of the locum GP is not monitored. Finland mentions that quality is monitored during recruitment, Bulgaria and Hungary report that the requesting GP or owner of the practice monitors quality. In The Netherlands, locums have to be approved by the organisation responsible for the out of hour duties, in Israel by the HMO. Fifteen countries mention that locums have to fulfill the same professional criteria as regular GPs.

DISCUSSION

This study adds to the scarce literature regarding the organisation of locum GPs in Europe, and shows an enormous variety. Some countries have no locum GPs at all, while others have a well-developed system. Some have a government-driven system, others a privately organised or dual system. Several good practices are observed, which can be used to develop recommendations for an efficient locum system. (Text box 1)

A first, obvious good practice is the formation of regional associations by locum GPs, serving as a network-platform, a contact point and a spokesperson. These associations receive organisational support from either a separate association of sessional GPs (e.g. UK), a professional organisation of GPs (e.g. The Netherlands) or syndicates (e.g. France).

A second good practice is the development of web-based platforms, connecting locum and locum seeking GPs, with interactive tools (e.g. in France) or as part of a national, free of charge, GP forum, where locum availability status can be set (e.g. in Ireland).

Third, locum guides with guidelines for both the requesting GP or practice and the locum GP can also optimise the locum experience and improve the continuity of care. The NASGP developed a practice tool kit for this purpose.[19] In Canada, for example, recommendations for both parties were established.[23]

Fourth, the hiring physician can check references and must ensure the locum meets the professional criteria, including having a GP license and a liability insurance. An additional feature for web-based platforms where locum and locum requesting GPs both have to fill in contact information of previous practices and locums could facilitate reference checks and contribute to the quality of care. In the UK, a pilot study was performed with a tool developed specifically to obtain quality improvement suggestions to the general practice from the locum GP and vice versa, but quality monitoring remains an issue.[24]

Locum GPs can only render quality of care when they have to meet the same professional criteria as the regular GPs, receive the same professional support and have the same access to continuous education. UK research has outlined the problems sessional GPs face and the support

they need.[25] Benefits of sessional GP groups, locum chambers and self-directed learning groups (SDLGs) have been identified. Facilitating access to education and information sharing between GP networks would also be of value.

Several national representatives shared spontaneously that it is very hard to find locum GPs in their countries. Irish literature reports a high GP workload with a lack of availability of locum coverage.[26] Recommendations have therefore been made for the future of Irish rural general practice, including guaranteed and fully funded locum support, and the establishment of a specific locum agency to supply locums for rural areas.[27] This is the current approach in New Zealand, where a completely free, government funded organisation recruits doctors to work in rural general practices, to ensure access to quality health care for all citizens.[28] This could possibly be another best practice for rural areas.

Strengths and weaknesses

The strength of this study is that data from 28 countries were obtained, offering a large database on existing practices in Europe regarding locum GP organisation.

A few limitations are recognised. Due to the initial difficulties in receiving responses from the intended participants, the original semi-structured interview design was changed into a written questionnaire. An interview would have brought more complete information in a more effective way. The different European languages were also a limitation to this study, although not for the written survey, but for the (grey) literature search. Another limitation is that we only addressed countries with representatives in one network: Iceland, Luxembourg, Czech Republic, Cyprus, Slovakia, Kosovo, Albania and Montenegro, were not included. This study gives an overview of locum systems and identified conditions for an optimal functioning locum system, but does not examine in-depth the experiences of locums and GPs, nor is the patient's perspective considered. Chronically ill patients feel more secure when they have access to a personal doctor rather than short-term locum doctors, but there are few studies on patient satisfaction especially in case of palliative and chronic care.[29]

LESSONS LEARNED

Based on the obtained information in this descriptive study, the following conditions for an optimal functioning locum system, that delivers quality of care, could be identified:

- Locum GPs organise themselves in regional locum associations which:
    - ✓ meet up regularly
    - ✓ exchange information
    - ✓ organise education
    - ✓ act as spokesperson
    - ✓ are supported by an existing professional association (GP, government, syndicate…)
- Locum GPs have equal social rights as regular GPs
- Locum GPs have to meet the same professional criteria as other GPs
- Locum GPs have access to continuous education
- A user-friendly, dynamic, national or regional, online forum, where all GPs have access to, free of charge
- A locum finder application, where locum and locum seeking GPs can meet and both fill in their desired data and the contact details of previous practices and locums
- A locum guide to advise both locum and locum seeking GPs
- A standardised contract, provided by the medical association
- A system of feedback in both directions

Text box 1

CONCLUSIONS

Descriptive data from 28 European countries, showed that the organisation of locum GPs is not uniform throughout Europe and lessons can be learned from each other. More thought should be spend on how quality of care by locum GPs can be ensured and monitored. Further studies should investigate whether the proposed best practices can be implemented in all European countries. An evaluation of these best practices in the existing systems by the users in the field (satisfaction survey), should be done, before recommendations can be made.

REFERENCES

1. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. Presse Med. 2004;33(22):1569-74.
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Kati*f*á M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008;25(4):245-65.
3. Arigoni F, Bovier P, Sappino A. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Medical Weekly. 2010;140:w13070.
4. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-85.
5. Pederson AF, Andersen C, Oleson F, Vedsted P. Stress and burnout increase among general practitioners in Denmark. Ugeskrift for laeger. 2014;176(2):135-8.
6. Lee YY, Medford AR, Halim AS. Burnout in physicians. J R Coll Physicians Edinb. 2015;45(2):104-7.
7. O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. Irish Journal of Medical Science. 2016;Jan 23(epub ahead of print).
8. Devi S. Doctors in distress. The Lancet. 2011;377(9764):454-5.
9. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampeleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. 2011.
10. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. Scand J Public Health. 2012;40(3):278-85.
11. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. Journal of Public Health. 1997;19(3): 295-300.
12. Maarsingh O, Henry Y, van de Ven P, Deeg D. Continuity of care in primary care and association with survival in the elderly: a 17-year cohort study. British Journal of General Practice. 2016;66:e531-9.
13. Edwards, et, al. Pilot study experiences in Belgium using horizon scanning and the delphi method as part of a national review of the national general practitioner workforce. www.healthworkforce.eu; 2016.
14. EGPRN [Internet]: European General Practitioner Network; 2017 [Available from: http:// www.egprn.org.
15. LHV [Internet] Utrecht: Landelijke huisartsenvereniging; 2017 [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://www.lhv.nl.
16. Association des médecins Remplaçants de Normandie [Internet] Caen: ARN; [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://infos.rempla-normandie.org.

17. Urbreizh - Union dés remplaçants et jeunes généralistes de Brétagne [Internet] Rennes: Association Urbreizh; [cited 2017 Feb 23]. Available from: www.urbreizh.fr.
18. ReAGJIR [Internet] Neuilly-sur-Seine: Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants; 2015 [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://www.reagjir.fr.
19. National Association of Sessional GPs [Internet] West Sussex: NASGP; 2017 [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://www.nasgp.org.uk.
20. National GP forum [Internet]: Analytical Medical Insigth Ltd.; 2016 [cited 2017 Feb 26]. Available from: www.nationalgpforum.com.
21. Waarneemwerk [Internet] Amsterdam: Huisartsenhulp; [cited 2017 Feb 23]. Available from: www.waarneemwerk.nl.
22. Waarneembemiddeling.nl [Internet]: waarneembemideling.nl; 2017 [cited 2017 Feb 23]. Available from: www.waarneembemiddeling.nl.
23. Pariser P, Biancucci C, Shaw SN, Chernin T, Chow E. Maximizing the locum experience. Canadian Family Physician. 2012;58(12):1326-8.
24. Weatherburn C, Hasan S. General Practice Locum Improvement Tool. BMJ Quality Improvement Reports. 2014;3(1):u202980.w1397.
25. Morrow G, Wright P, Kergon C. Support for Sessional GPs. Final report to the Royal Medical Benevolent Fund.; 2010.
26. Collins C, O'Riordan M. The Future of Irish General Practice: ICGP Member Survey 2015. 2015.
27. O'Riordan M. ICGP vision for the future of Irish rural general practice. 2015.
28. NZLocums [Internet] Wellington: NZLocums; [cited 2017 Feb 23]. Available from: www.nzlocums.com.
29. von Bültzingslöwen I, Eliassin G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. Family Practice. 2006;23:210-9.

DANKWOORD

Ik wil graag iedereen, die heeft bijgedragen aan deze thesis bedanken. In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor Professor Dr. Roy Remmen bedanken voor zijn geduld, vertrouwen, zeer snelle antwoorden en deskundige begeleiding. Mijn toekomstige collega Dr. Elke Leuridan, wil ik bedanken voor haar eindeloze geduld en niet aflatende steun en hulp. Professor Dr. Lieve Peremans wil ik bedanken voor haar kritische blik en haar hulp bij het aanspreken van het EGPRN-netwerk. Mijn beide PO's Dr. Eric Boydens en Dr. Hilde Hofkens, maar ook de andere artsen van huisartsenpraktijk de Koraalberg, Dr. Jozefien De Rooze en Dr. Jos Gobert ben ik enorm dankbaar voor hun steun en luisterende oren.
Bovenal gaat mijn dank ook uit naar mijn partner Dirk Carens, kinderen Artuur en Louis, alsook mijn ouders, zonder wie dit allemaal niet mogelijk was geweest.

Graag wil ik ook alle artsen bedanken die geholpen hebben om de informatie te verzamelen: Dr. Milena Tošic, Dr. Radost Asenova, Dr. Morten Bondo Christensen, Dr. Thomas Frese, Dr. Tuomas Koskela, Dr. Jean-Yves Le Reste, Dr. Pierre Jourdren, Dr. Athina Tatsioni, Dr. Peter Torzsa, Dr. Claire Collins, Dr. Nicola Buono, Dr. Djurdjica Kasuba Lazic, Dr. Linda Saurina, Dr. Biljana Gerasimovska Kitanovska, Dr. Jean Karl Soler, Dr. Tiny van Merode, Dr. Pavlo Kolesnyk, Dr. Diana Sofia Vaz de Miranda, Dr. Claudia Iftode, Dr. Marija Petek Ster, Dr. Tugrul Biyiklioglu, Dr. Michael Harris, Dr. Sven Streit, Dr. Andreas Zeller, Dr. Johanna Sommer, Dr. Ellen Blondé, Dr. Kristin Hendrickx, Dr. Anne-Marieke Wiggers, Dr. Tanja Pekez-Pavliško en Dr. Philippe Van Eerdenbrugh.

REFERENTIES

1. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. Presse Med. 2004;33(22):1569-74.
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katiƒá M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008;25(4):245-65.
3. Arigoni FB, PA, Sappino, AP. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Medical Weekly. 2010;140:w13070.
4. Pederson AF, Andersen C, Oleson F, Vedsted P. Stress and burnout increase among general practitioners in Denmark. Ugeskrift for laeger. 2014;176(2):135-8.
5. Lee YY, Medford AR, Halim AS. Burnout in physicians. J R Coll Physicians Edinb. 2015;45(2):104-7.
6. O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. Irish Journal of Medical Science. 2016(epub ahead of print 2016 Jan 23).
7. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-85.
8. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampeleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2010. KCE Reports 165A. D/2011/10.273/53.
9. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. Scand J Public Health. 2012;40(3):278-85.
10. Thun S, Fridner A, Minucci D, Tevik Lovseth L. Sickness present with signs of burnout. Scandinavian Psychologist. 2014;1:e5.
11. Devi S. Doctors in distress. The Lancet. 2011;377(9764):454-5.
12. Doran N, Fox F, Rodham K, Gordon T, Harris M. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. British Journal of General Practice. 2016;66(643):e128-e35.
13. O'Riordan M. ICGP vision for the future of Irish rural general practice. 2015 Sep 28.
14. Garelick AI. Doctors' health: stigma and the professional discomfort in seeking help. The Psychiatrist. 2012;36:81-4.

15. Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham C, Gerada C, Kessler D, Legett N, et al. Who cares for the clinicians? The mental health crisis in the GP workforce. British Journal of General Practice. 2016;66(648):344-5.
16. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. Journal of Public Health. 1997;19(3):295-300.
17. Maarsingh O, Henry Y, van de Ven P, Deeg D. Continuity of care in primary care and association with survival in the elderly: a 17-year cohort study. British Journal of General Practice. 2016;66:e531-9.
18. von Bültzingslöwen I, Eliassin G, Sarvimaki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. Family Practice. 2006;23:210-9.
19. Edwards, et al. Pilot study experiences in Belgium using horizon scanning and the delphi method as part of a national review of the national general practitioner workforce. www.healthworkforce.eu; 2016.
20. Maniscalco MM. A Physician's Guide to Working as a Locum Tenens. The Journal of the American Board of Family Practice. 2003;16(3):242-5.
21. Childress K. Locum tenens: How to get started, what to expect. Optometry Times [Internet]. 2013.
22. Pariser P, Biancucci C, Shaw SN, Chernin T, Chow E. Maximizing the locum experience. Canadian Family Physician. 2012;58(12):1326-8.
23. National Association of Sessional GPs [Internet] West Sussex: NASGP; 2017 [cited 2017 Feb 23]. Available from: https://www.nasgp.org.uk.
24. Dyer C. Locum GP from Germany is struck off medical register. BMJ. 2010;340:c3326.
25. Godlee F. Time to face up to the locums scandal. BMJ. 2010;340:c3519.
26. Christie B. Scotland needs tighter controls on locum doctors, audit shows. BMJ. 2010;340:c3308.
27. Morrow G, Wright P, Kergon C. Support for Sessional GPs. Final report to the Royal Medical Benevolent Fund. 2010.
28. Weatherburn C, Hasan S. General Practice Locum Improvement Tool. BMJ Quality Improvement Reports. 2014;3(1):u202980.w1397.

Organisatie vervanging van huisartsen bij onverwachtse afwezigheid in Europa.

INLEIDING

De prevalentie van burn-out bij artsen en zeker bij huisartsen is hoog, volgens sommige peilingen 5 tot 12% van de beroepsgroep.[1, 2, 6] Ze is dan ook hoger dan bij de algemene bevolking. Artsen werkzaam als clinicus, waaronder dus huisartsen, lopen het meeste risico.[4] Over de situatie in België bestaan er geen goede cijfers. In 2005 werd de prevalentie door de Fédération des maisons médicales geschat op 10 %.[9] Een studie van het European General Practice Research Network (EGPRN) wees erop dat burn-out bij huisartsen over heel Europa een probleem is, met hoge burn-out niveaus bij twee derde van de respondenten.[2]

In 2011 bracht het kenniscentrum een uitgebreid rapport uit rond burn-out bij huisartsen.[9] In dit rapport doen zij een aantal aanbevelingen ter preventie, niet alleen omwille van de gezondheid van de arts zelf maar ook omwille van de kwaliteit van zorg voor de patiënten. Burn-out bij artsen leidt tot stopzetten van de werkzaamheden, tot zelfmedicatie, middelenmisbruik en depressie maar ook het risico om medische fouten te begaan stijgt.[8] Er werd aanbevolen om de vervanging van huisartsen te vergemakkelijken ter preventie van burn-out omdat de afwezigheid van een arts voor een extra werkbelasting zorgt bij zijn rechtstreekse collega's wat dan weer bij hen het risico op burn-out verhoogt.

Uit een Zweedse studie naar het effect van werkonderbreking na een counseling interventie rond burn-out bleek zelfs dat het aantal weken van werkonderbreking een positief effect had op de vermindering van emotionele uitputting drie jaar later.[10] Een tijdelijke werkonderbreking lijkt dus een latere burn-out te kunnen voorkomen.
Maar artsen aarzelen om zich te laten vervangen om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en ook omwille van de financiële gevolgen.[9] Het wegnemen van de drempels om een vervanger in te schakelen zou dus niet enkel de gezondheid van de arts ten goede komen maar ook de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeteren.[11]

In België groeit momenteel de vraag naar het oprichten van een vervangingspool van huisartsen om collega's, die op zoek zijn naar een periode van rust, te vervangen. De bedoeling is dat er op deze artsen een beroep gedaan kan worden in tijden van ziekte en zwangerschap maar ook bij uitputting, overspannenheid en burn-out. Zowel Doctors4Doctors, Domus Medica, ECHTT als het ICHO zijn vragende partij voor zo een vervangingspool. (tabel 1)
Op dit ogenblik zoeken huisartsen een vervanger via een zoekertje in de Artsenkrant, via het Aspecifieke Huisartsen (AHA) platform of via Domus Medica. Deze laatste heeft recent een webplatform opgericht om vraag en aanbod in Vlaanderen beter op elkaar af te stellen, maar het blijft een kleinschalig initiatief.

In het buitenland bestaan er reeds uitgebouwde initiatieven voor een vervangingsgroep van huisartsen. Enkele voorbeelden hiervan:

In de Verenigde staten worden vervangende artsen, locum tenens, geplaatst via "locum placement agencies" wat uitgegroeid is tot een zeer winstgevende industrie, daarom is er in 2001 een National association of locum agencies (NALTO) opgericht, die standaarden maakt en ethische richtlijnen voorschrijft voor deze profit organisaties. [30]
In Canada worden vervangende artsen zowel via een organisatie geplaatst alsook onafhankelijk. De juridische dienst van de Ontario Medical Association adviseert om voor de start van de vervanging een akkoord te ondertekenen. Dit akkoord moet duidelijk de rechten en de plichten van beide partijen omschrijven om zo beide partijen te beschermen. Het departement huisartsgeneeskunde van de universiteit van Toronto heeft aanbevelingen voor beide partijen geschreven om zo de vervanging zelf als de tevredenheid hierover voor allen te verbeteren. [23]

In het Verenigd Koninkrijk werkt 25% van de artsen als vervangingsarts, locum of sessional GP genoemd. Zij hebben zich georganiseerd in de National Association of Sessional General Practitioners (NASGP), een vereniging die opkomt voor de rechten van de vervangende artsen maar die er ook voor zorgt dat deze artsen toegang hebben tot continue bijscholing. Zij hebben een standaard contract opgemaakt waarin zowel de plichten als de rechten van de vervangende arts als van de arts die vervanging zoekt staan beschreven. Dit moet ervoor zorgen dat de vervangende arts op een veilige en optimale manier de zorg voor de patiënten kan overnemen. Er staat in vastgelegd dat de vervangende arts gebruik kan maken van het medisch materiaal, voldoende tijd krijgt per patiënten contact, maar ook dat er moet gezorgd worden voor een “locum pack.” Zo een locum pack is een gestandaardiseerde folder met praktijk protocols, een lijst van specialisten, ziekenhuizen en andere diensten waarnaar verwezen wordt om kwalitatieve zorg te kunnen bieden.(23) Op vraag van het Royal Medical Benevolent Fund, een liefdadigheidsorganisatie voor artsen, heeft de Universiteit van Durham een rapport geschreven over de steun die sessional GP’s nodig hebben om zo de overheid te stimuleren regels en structuren op te zetten om de kwaliteit van zorg door vervangende artsen te optimaliseren.(31) In 2014 is er een succesvolle pilootstudie uitgevoerd rond de uitwisseling van feedback tussen de vervangende arts en de arts die vervangen werd of de praktijk waarin de vervanging gebeurde om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. (24)

Over de organisatie van vervangingen van huisartsen in andere Europese landen is geen literatuur te vinden. Om meer inzicht te krijgen in de uitwerking en de organisatie van deze vervangingen besloten wij een beschrijvend onderzoek te doen. Het is alleszins zinvol om de organisatie van vervangingen van huisartsen in Europa, in kaart te brengen zodat we eruit kunnen leren vooraleer we in België de vervanging van huisartsen organiseren. Vandaar onze onderzoeksvraag: hoe worden vervangingen van huisartsen bij een onverwachtse afwezigheid overdag in Europa georganiseerd?
We willen niet enkel weten hoe je ermee in contact komt, hoe vraag en aanbod op elkaar worden afgestemd en onder welke voorwaarden maar evenzeer hoe dit financieel geregeld wordt. Praktijken zoals in de Verenigde staten waar enerzijds bedrijven grof geld verdienen aan interim artsen maar anderzijds ook per opbod artsen worden ingehuurd, moeten ten stelligst vermeden worden. De kwaliteit van zorg moet voorop staan en daarom willen we weten hoe men dit in andere Europese landen bewaakt, of vervangende artsen toegang hebben tot continue medische bijscholing en of zij aan bepaalde criteria moeten voldoen. Kwaliteit van zorg is niet enkel belangrijk voor de patiënten maar ook voor de arts die vervanging zoekt, dit verlaagt de drempel om zich te laten vervangen en komt zowel zijn gezondheid als die van zijn patiënten ten goede.

tabel 1: Vermelde organisaties in België

Doctors4Doctors	Een zichtbaar, laagdrempelig en herkenbaar aanspreekpunt voor de beroepsgroep rond de zorg voor artsen
Domus Medica	Belangenorganisatie van huisartsen in Vlaanderen
ECHTT	Ervaringsgericht Coachen van Huisartsen Trajecten & Teams expertise over praktijkorganisatie, zorg & welzijn van huisartsen en samenwerkingsverbanden
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding Deze vzw staat in voor de organisatie van de master huisartsgeneeskunde in Vlaanderen
Artsenkrant	Belgisch medisch vakblad
AHA	Netwerkplatform van atypische huisartsen: erkende, bevlogen, geëngageerde huisartsen zonder vaste praktijk

ONDERZOEKSVRAAG

Hoe wordt de vervanging van huisartsen door een andere huisarts bij onverwachte afwezigheid gedurende een langere periode overdag georganiseerd in Europese landen?

METHODE

Populatie

We proberen informatie te verkrijgen over zo veel mogelijk Europese landen en indien de organisatie variabel is per regio, proberen we over elke regio afzonderlijk informatie te verzamelen. Via het European General Practice Research Network (EGPRN) contacteren we huisartsen uit de verschillende Europese landen*, die een nationaal vertegenwoordiger in het netwerk hebben. Vervolgens maken we gebruik van de sneeuwbalmethode om huisartsen uit de verschillende regio's te contacteren. De artsen moeten werkzaam zijn als huisarts maar eveneens verbonden zijn aan een universiteit of beroepsorganisatie, opdat ze onze vragen zouden kunnen beantwoorden. De selectie van de huisartsen, waarvan we het interview gaan afnemen, zal gebeuren na overleg tussen onderzoeker, promotor en copromotor.

Vragenlijsten

Via mail zullen de artsen uitgenodigd worden om deel te nemen aan een semi-gestructureerd interview. In deze mail stel ik mezelf en het onderzoeksproject voor en vraag ik naar hun medewerking.
Als zij geïnteresseerd zijn om mee te werken, spreken we een geschikt moment af waarop we contact zullen opnemen. Ofwel via een videoconferentie tussen Juli en December 2016 ofwel tijdens de EGPRN meeting in Leipzig, te Duitsland, van 13 tot 16 Oktober 2016. Ter voorbereiding mail ik hen de vragenlijst reeds door met in bijlage een toestemmingsformulier, een informed consent dat zij ondertekend terug dienen te mailen. Met dat formulier geven zij hun akkoord om de verzamelde data te gebruiken en ook hun naam te vermelden in het dankwoord. In de rapporten zullen de individuele antwoorden niet gematched zijn met de namen.
Eveneens in bijlage mail ik een document waarin ik mijn project meer in detail beschrijf, een informatie formulier.
Het semi-gestructureerde interview bestaat uit vragen rond verschillende thema's betreffende de organisatie van vervangingen van huisartsen, bij werkonbekwaamheid door ziekte, zwangerschap en/of overspanning. De thema's betreffen het bestaan van vervangingsartsen, de organisatie hiervan, de financiële structuur, de kwaliteitsbewaking, en of er verzamelde gegevens zijn of studies rond dit thema. De vragen zijn voorgelegd aan collega artsen en alzo geoptimaliseerd.
Na het interview maak ik een verslag op met de antwoorden op de vragen, dat ter ondertekening en goedkeuring voor gebruik wordt teruggestuurd naar de geïnterviewde arts. De arts kan er de nodige verbeteringen in aan laten brengen. In de rapporten zullen de antwoorden niet rechtstreeks gelinkt zijn aan hun naam wel aan het land of de regio die ze vertegenwoordigen.

Analyse van de verkregen resultaten

We analyseren de verkregen informatie per thema en we kijken naar overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende landen. Verder kijken we naar best practices maar ook naar struikelblokken.

* België, Bulgarije, Bosnië Herzegovina, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Macedonië, Malta, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Servië, Slovenië, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland.

Bibliografie

1. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. Presse Med. 2004;33(22):1569-74.

2. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Kati*ƒ*á M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008;25(4):245-65.

3. Lee YY, Medford AR, Halim AS. Burnout in physicians. J R Coll Physicians Edinb. 2015;45(2):104-7.

4. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-85.

5. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampeleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. 2011.

6. Devi S. Doctors in distress. The Lancet. 2011;377(9764):454-5.

7. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. Scand J Public Health. 2012;40(3):278-85.

8. McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. Journal of Public Health. 1997;19(3):295-300.

9. Maniscalco MM. A Physician,Äôs Guide to Working as a Locum Tenens. The Journal of the American Board of Family Practice. 2003;16(3):242-5.

10. Pariser P, Biancucci C, Shaw SN, Chernin T, Chow E. Maximizing the locum experience. Canadian Family Physician. 2012;58(12):1326-8.

11. Morrow G, Wright P, Kergon C. Support for Sessional GPs. 2010.

12. Weatherburn C, Hasan S. General Practice Locum Improvement Tool. BMJ Quality Improvement Reports. 2014;3(1):u202980.w1397.

LITERATUURONDERZOEK

In December 2015, werd via CEBAM en PubMed de literatuur gescreend op relevante publicaties rond dit onderwerp. Met de mesh terms “GP Burnout”, “burnout general practitioner”, “physician burnout”, “physician burnout PCP”, “locum”, “locum GP”, “locum tenens”, “locum tenens GP”, “sessional GP”, “locum organisation”, “locum GP organisation”, “Europe locum”, “vervangarts”, “vervanger”, “vervanger huisarts” werden in CEBAM 3 relevante artikels gevonden en 1 rapport. Via PubMed werden er nog 18 extra artikels gevonden, alsook 1 rapport. Het doel van dit literatuuronderzoek was niet een systematische review, maar een screening van de literatuur om de reeds bestaande data rond dit onderwerp te beschrijven. De artikels werden gescreend op relevantie van de titel en het abstract.

In Januari werden er op basis van de verkregen referenties vanuit de vragenlijst en een sneeuwbaleffect vanuit de referenties, nog 5 bijkomende artikels, 2 thesissen en 2 rapporten weerhouden

Het literatuuronderzoek werd herhaald op 24 Maart 2017. Dezelfde Mesh terms werden gebruikt met dit keer wel een ingestelde limiet, enkel artikels gepubliceerd na 1 Januari 2010. Meer zoekmachines werden gebruikt: CEBAM, Pubmed en Google Scholar. De artikels werden opnieuw gescreend naar relevantie van titel en abstract. Dit leverde in Cebam en PubMed geen extra relevante artikels meer op. Via google scholar werden er 11 extra weerhouden maar vooral rond burnout bij huisartsen, geen enkel rond de organisatie van vervangingsartsen in Europa.

Resultaten

In December 2015 bleven er 21 artikels en 1 rapport over na selectie op basis van titel en abstract.

In Januari 2017 werden er op basis van de verkregen informatie uit de vragenlijsten, nog 5 bijkomende artikels geselecteerd, 2 thesissen en 2 rapporten.

In Maart 2017 werden er in Pub Med en Google Scholar, via gebruik van de reeds vermelde mesh termen, na screening nog 11 extra artikels weerhouden, aangezien het geen systematisch literatuuronderzoek betrof. Deze artikels bevestigden de reeds verkregen informatie uit de vorige

artikels wat burnout bij huisartsen betreft. Over de organisatie van vervangingen van huisartsen in de Europese landen is er geen informatie te vinden, buiten de reeds gevonden informatie aangaande het Verenigd Koninkrijk.

Uiteindelijk bleven er 39 artikels over, alsook 5 rapporten en 2 thesissen. Naar 27 hiervan werd er gerefereerd in de inleiding, naar 19 in het artikel.

Centrum Huisartsgeneeskunde
Vakgroep Eliza
Universiteit Antwerpen

Consent certificate

This informed consent is printed twice:
one copy for the participating medical doctor
one copy for the investigator

Title: **Organization in Europe of replacement of general practitioners when unexpectedly absent.**

Investigator: Ann Verhoeven, MD
Promoter: Roy Remmen, MD, PhD

I, Dr. ……

attached to the University …….. of ……..

- confirm that I have read the written information sheet: Organization in Europe of replacement of general practitioners when unexpectedly absent.
- confirm that I have had the opportunity to ask more questions regarding this project and that I am satisfied with the received answers.
- confirm that I will answer the questions truthfully.
- understand that I have the right to access all data gathered through me and that I can have the necessary corrections made.
- understand that I give my consent to use the information, I provide, for this research project.
- have received the time to reflect upon my participation.
- understand that I have the right to withdraw at any time, even after I have signed the consent form

I consent voluntarily to participate in this research project.

Name of Researcher	Signature Date :

Name of Participating medical doctor	Signature Date :

I consent to the use of my name in the acknowledgements.

Name of Researcher	Signature Date :

Name of Participating medical doctor	Signature Date :

Centrum Huisartsgeneeskunde
Vakgroep Eliza
Universiteit Antwerpen

Organization of locum GPs in Europe.

NAME:					
UNIVERSITY:					
DEPARTMENT:					
COUNTRY:					
E-MAIL ADDRESS:					
1. Are there replacement, called locum, GPs who you can appeal upon?		☐	YES	☐	NO
2. Have these locum GPs organized themselves?		☐	YES	☐	NO
	If YES: how?				
3. How can you contact these GPs?		☐	ads in professional magazines		
		☐	webplatform		
		☐	professional organization		
		☐	government		
		☐	interim agency		
		☐	other means:		
4. Are supply and demand matched?		☐	YES	☐	NO
	If YES: how?				
5. What are the conditions to use such a matching service?					
	a. for the requesting locum GP?				
	b. for the locum GP?				
6. Does there exist a standard contract that both parties can sign?		☐	YES	☐	NO

7. Does the GP that requests replacement has:					
	a. obligations?	☐	YES	☐	NO
	If YES: which?				
	b. rights?	☐	YES	☐	NO
	If YES: which?				
8. Does the locum GP have:					
	a. obligations?	☐	YES	☐	NO
	If yes: which?				
	b. rights?	☐	YES	☐	NO
	If yes: which?				
9. How is the locum GP financially compensated?		☐	per hour		
		☐	per patient contact		
		☐	per daypart		
		☐	other:		
10. How is the amount of compensation determined?		☐	by the government		
		☐	supply and demand		
		☐	bidding		
		☐	other:		
11. By whom is the locum GP paid?		☐	by the requesting GP		
		☐	by the practice		
		☐	by the patient		
		☐	by the government		
		☐	other		
12. Is there any funding from the government or another organization?		☐	YES	☐	NO
	If YES: how?				

13. Does the professional organization play a role in the replacement?	☐	YES	☐	NO
If YES: which?				
14. Do the locum GPs have the same social rights as the other GPs?	☐	YES	☐	NO
If YES: which? If NO: which differences?				
15. Is the quality of the locum GP monitored?	☐	YES	☐	NO
If YES: how?				
16. Are there criteria that have to be met by the locum GP?	☐	YES	☐	NO
If YES: which?				
17. Do the locum GPs have access to continuous education?	☐	YES	☐	NO
18. Are the locum GPs financially rewarded for life long learning (accreditation)?	☐	YES	☐	NO
19. Are there studies/data published on the organization of replacement of GPs? Ordered by the government? Does there exist any gray literature that you know of?				
20. Is this organization representative for the whole country? or just for one region? If so, which one?				

CODEBOEK

1. code: No = 0 - Yes = 1
2. code: No = 0 - Yes = 1
   1: how? local associations/ regular meetings/ website/ homepage
   ———> local associations/website
3. code: advertisements = 1 - webplatform = 2 - professional organisation = 3 - government = 4 - interim agency = 5
   other: personal contacts/ ask colleagues ———> personal contacts: code 6
4. code: No = 0 - Yes = 1
   1: how? government/staffing agency
5. -
6. code: No = 0 - Yes = 1
7. a. code: No = 0 - Yes = 1
   which? inform national health insurance/payment/guarantee access to the practice/pay tax/pay insurance/secretarial services
   b. code: No = 0 - Yes = 1
   which? choice/financial compensation/replacement/payed leave/quality control
8. a. code: No = 0 - Yes = 1
   which? work/official requirements/tax/professional competence/as other GPs/being submitted to control/pay compensation/depends on contract/insurance
   b. code: No = 0 - Yes = 1
   which? as other GP/insurance/payment/payed holidays/education/no home visits/minimum patient contacts or payment/depends on contract
9. code: hour = 1 - patient contact = 2 - daypart = 3
   other: variable/ personal agreement = 4
   monthly = 5
10. code: government = 1 - supply and demand = 2 - bidding = 3
    other: personal agreement/by the GP/ same as usual GP——> personal agreement = 4
    interim company = 5
    municipality = 6
11. code: requesting GP = 1 - practice = 2 - patient = 3 - government = 4
    other: municipality = 5
12. code: No = 0 - Yes = 1
    1: how? government/municipality/public ———> publicly funded

13. code: No = 0 - Yes = 1
    1. which? approval/list/webplatform/locum guide/sample contract/help with search/defend locum rights
14. code: No = 0 - Yes = 1
    1. which? pension/sick leave/disability fee/holiday pay/insurance/education
    0. which? locum = employee/locum = free lance
15. code: No = 0 - Yes = 1
    1: how? during recruitment/by requesting GP or practice/same criteria as other GPs/ same exams as other GPs/same objectives and incentives as other GPs/registration as GP
    ———> same as other GPs/during recruitment/requesting GP or practice
16. code: No = 0 - Yes = 1
    1. which? GP internship/as other GPs/GP license/accreditation/approval of HMO/contract with national health insurance/approval by out of hours
    ———> as other GPs/approval by HMO or out of hours
17. code: No = 0 - Yes = 1
18. code: No = 0 - Yes = 1
19. code: No = 0 - Yes = 1
20. code: No = 0 - Yes = 1

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. R. Remmen
UA
Huisartsgeneeskunde
gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Organisatie vervanging van huisartsen bij onverwachtse afwezigheid in Europa. (manama huisartsgeneeskunde Ann Verhoeven)

Belgisch Registratienummer: B300201628375

datum	ons kenmerk	contactpersoon
11/04/2016	16/10/109	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 11/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Verhoeven
- Informatie- en toestemmingsformulier ENG aangepaste versie dd. 7/04/2016
  versie 2
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 7/04/2016
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 7/04/2016
  versie 2
- Vragenlijst(en)
  versie 1, dd. 23/02/2016, NL - ENG
- Diverse dd. 23/02/2016
  email participating medical doctor, versie 1, ENG

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
11/04/2016

ons kenmerk
16/10/109

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel