

Een onderzoek bij Nederlandse huisartsen

Man, vrouw en burnout

“Naarmate ik ouder word en langer in het vak zit, ga ik me steeds vaker afvragen waarom die patiënt eigenlijk in mijn spreekkamer zit en wat hij of zij nou eigenlijk wil. En dan kom ik dikwijls op de deprimerende gedachte dat ik een werkstuk ben in de handen van de patiënt. Dat ik gebruikt of misschien zelfs misbruikt word. Het gebeurt steeds vaker en dat vind ik deprimerend. Deprimerend en demotiverend.”

D. VAN DIERENDONCK, psycholoog, verbonden aan de Vakgroep Arbeid en Organisatie van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

H. SIXMA, socioloog, verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), te Utrecht.

Dit citaat is afkomstig van één van de deelnemers aan een onderzoek naar de gevoelens van motivatie, demotivatie en burnout bij huisartsen in Nederland. Het geeft goed weer hoe een *opgebrande* huisarts zich voelt en sluit ook aan bij de meest gebruikte definitie van burnout¹. Deze omschrijft burnout, ofwel het gevoel opgebrand te zijn, als een *driedimensioneel syndroom* waarbij een gevoel van emotionele uitputting centraal staat². “De batterij of accu is leeg, de kaars is opgebrand”. Dit gevoel van emotionele uitputting gaat samen met een cynische houding en negatieve gevoelens ten opzichte van de patiënt (hier gedefinieerd als *depersonalisatie*) en de neiging om de eigen werkzaamheden negatief te evalueren (*verminderde persoonlijke bekwaamheid*).

Huisartsen in Nederland hebben relatief vaak te maken met een gevoel van opgebrand zijn, zo blijkt uit een inventariserend onderzoek bij een representatieve steekproef van alle praktizerende huisartsen. De wijze waarop burnout in dit onderzoek is gemeten, laat niet toe om over aantallen te spreken, maar wel kan worden vastgesteld dat de huisartsen in Nederland *meer* burnout ervaren dan andere beroepsgroepen in de welzijns- en gezondheidszorg, zoals verpleegkundigen en medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen^{3,4}.

Relatie arts-patiënt

Vanaf het moment dat de term “burnout” voor het eerst in de literatuur opdook⁵, werd het gerelateerd aan de *contacten* van hulpverleners met de personen die hulp vragen⁶. In dit geval: contacten tussen huisarts en patiënt. De mate waarin huisartsen gevoelens van opgebrand zijn ervaren, kan in verband worden gebracht met factoren die betrekking hebben op de aard van het beroep en op kenmerken van de beroepsbeoefenaars. Zo neemt de kans op burnout toe naarmate de *werkdruk* stijgt en naarmate meer contacten met patiënten als moeilijk, lastig of frustrerend worden ervaren^{7,8}. Burnout is dus zowel aan het aantal contacten van huisartsen met patiënten gerelateerd als aan de kwaliteit ervan. Naast de (ervaren) werkdruk, lijkt ook de *aard van de relatie* tussen huisarts en patiënt een rol te spelen bij burnout. De arts-patiënt relatie is per definitie complementair. De huisarts verleent aandacht, geduld, hulp en zorg, terwijl de patiënt klachten en problemen aanbrengt, advies krijgt en de huisarts het gevoel geeft zinvol bezig te zijn. Het gevoel bij huisartsen dat ze meer in de relatie met de patiënt investeren dan dat ze ervoor terugkrijgen, gaat samen met hogere scores op het meetinstrument voor burnout⁹. Er zijn nog twee andere aspecten die met burnout in verband worden gebracht: sociale steun en de wijze van probleemhantering.

Sociale steun wordt als een hulpbron gezien waardoor individuen beter in staat zijn om met stress om te gaan¹⁰. Hoewel de precieze werking van sociale steun nog onduidelijk is, wordt aangenomen dat personen die veel sociale steun ervaren in een betere fysieke en mentale gezondheid zijn. Veel sociale steun gaat samen met een verminderd gevoel van opgebrand zijn. Ook de wijze waarop artsen met stressvolle gebeurtenissen en situaties omgaan, oftewel het probleemhanteringsdrag (*coping*), speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van burnout¹¹. Een *actieve stijl* van probleemhantering vermindert de kans hierop; een passieve opstelling bij het ervaren van problemen maakt die kans echter groter.

Man/vrouw verschillen

Met betrekking tot het voorkomen van burnout wordt algemeen verondersteld dat vrouwelijke hulpverleners een groter risico lopen om opgebrand te raken dan mannen¹². Het conflict tussen de carrière en het persoonlijke leven bij vrouwen wordt hiervoor als de belangrijkste stressfactor aangekruist.

Daarnaast geldt dat vrouwen zich (te) zeer op anderen zouden richten en (te) zeer betrokken zijn bij de problemen van hun cliënten. Meisjes worden traditioneel geleerd om zich verzorgend, verantwoordelijk voor anderen en empathisch op te stellen, terwijl jongens worden aangemoedigd om te presteren en zich niet emotioneel te uiten¹³. Meer toegespitst op de medische professie is vastgesteld dat vrouwen een groter risico lopen om *depressief* te raken dan wel om zelfmoord te plegen¹⁴.

Vrouwelijke huisartsen verschillen ook van hun mannelijke collega's inzake *taakopvattingen en werkstijl*. Vrouwelijke artsen besteden gemiddeld meer tijd aan hun patiënten^{15,16}, hebben een attitude die meer is gericht op de psycho-sociale aspecten van de zorg, voorlichting en gespreksvoering¹⁷, en richten zich meer op de continuïteit in de zorg¹⁶.

Wanneer aan vrouwelijke huisartsen een meer empathische en minder prestatiegerichte houding wordt toebedacht, is het te

verwachten dat bij hen minder snel gevoelens van *onbillijkheid* optreden. Onbillijkheid moet in dit verband worden opgevat als *het verstoord zijn van de balans* tussen wat in patiënten wordt geïnvesteerd en wat van hen wordt teruggekregen. Onderzoek naar het verband tussen sexe en het ervaren van gevoelens van onbillijkheid, levert geen eenduidige resultaten op. Treden gevoelens van onbillijkheid op, dan ervaren zowel mannen als vrouwen relatief veel stress^{18,19}.

Vraagstelling

In een onderzoek naar burnout onder verpleegkundigen bleek dat vooral bij vrouwen gevoelens van onbillijkheid aan depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid gerelateerd zijn²⁰. Met betrekking tot het ervaren van sociale steun is vastgesteld, dat vrouwelijke artsen zich significant *vaker eenzaam* voelen²¹. In deze door mannen gedomineerde professie — het aantal vrouwelijke huisartsen in Nederland groeit gestaag, maar komt ook in 1992 nog niet boven de 15% uit²² — zou het voor vrouwen moeilijk zijn om sociale steun te verwerven voor de specifieke problemen die zij ervaren. Voor mannen is steun vanuit de *werksituatie* van belang als buffer tussen het optreden van stress en gevoelens van burnout, terwijl voor vrouwen deze steun vooral vanuit de *thuisituatie* kan komen²³.

Over de vraag of mannen en vrouwen *verschillende stijlen van probleemhantering* toepassen, wordt in de geraadpleegde literatuur tegenstrijdig gerapporteerd. Bij een onderzoek onder 141 maatschappelijke werkers werden geen verschillen gevonden²⁴, maar ander onderzoek maakt hier wel melding van; zo bleken vrouwen vaker probleemhanteringsstijlen te gebruiken die gericht zijn op anderen¹⁶ en een meer passieve, indirecte stijl te hanteren²⁵.

In het vervolg van dit artikel staan verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen met betrekking tot *burnout* centraal. Het is gebaseerd op de volgende tweeledige vraagstelling:

- Zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in het niveau van burnout en in de kenmerken die hiermee samenhangen, zoals werkdruk, de arts-patiënt relatie, sociale steun en de wijze van probleemhantering?
- Zijn er verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in de samenhang tussen het niveau van burnout en de in het eerste deel van de vraag genoemde beroeps- en persoonsgebonden aspecten?

Methode

In het kader van een onderzoek naar motivatie en demotivatie bij huisartsen in Nederland, werden in augustus 1991 aan 801 Nederlandse huisartsen vragenlijsten toegestuurd. Het ging om een naar praktijkvorm gestratificeerde steekproef, getrokken uit het registratiebestand van het *Nederlands Instituut van de Eerstelijnsgezondheidszorg* (NIVEL). Uiteindelijk hebben 567 huisartsen (ofwel ruim 70%) de vragenlijst ingevuld teruggestuurd. Bij de respondenten waren 82 vrouwen, dit is ongeveer 15%. Als aanvulling op deze, vooral kwantitatieve onderzoeksgegevens werden *vraaggesprekken* gevoerd met twintig huisartsen: dit waren tien huisartsen die hoog scoorden op elk van de *drie burnoutdimensies* en tien die relatief laag scoorden. In de vraaggesprekken kon uitgebreider worden ingegaan op de motivatie, het motivatieverlies en de factoren die daarmee in verband worden gebracht. De citaten die in dit artikel ter illustratie zijn opgenomen, zijn afkomstig uit deze vraaggesprekken.

Vrouwelijke huisartsen zijn, in vergelijking met hun mannelijke collega's, gemiddeld jonger en hebben minder jaren praktijkervaring. Bovendien werken zij minder uren per week, oefenen hun praktijk vaker in verstedelijkt gebied uit en zijn meer aan groepspraktijken en gezondheidscentra verbonden. Omdat al deze factoren mogelijk de resultaten van de analyse beïnvloeden, is gekozen voor een opzet waarbij een *groep* van mannelijke huisartsen werd vergeleken met een *groep* vrouwelijke huisartsen van dezelfde grootte. De groep van 82 vrouwelijke respondenten werd aldus vergeleken met 82 mannelijke huisartsen uit de totale groep van 567.

Beide groepen verschillen niet significant van elkaar qua gemiddelde leeftijd, werkerervaring, urbanisatiegraad en praktijkvorm. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen in de analyse is 40 jaar met een werkervaring van 7 jaar als huisarts. Het aantal uren dat gemiddeld per week aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed, bedraagt 37 uur, wat opvallend minder is dan de bijna 50 uur per week die de doorsnee Nederlandse huisarts maakt. Bij deze aantallen gewerkte uren per week zijn de nacht- en weekenddiensten niet meegerekend.

Operationalisering

De belangrijkste afhankelijke variabele, het niveau van burnout, werd gemeten met de Nederlandse versie van de *Maslach Burnout Inventory*^{2,26}. Deze bestaat uit drie subschalen: *emotionele uitputting* (negen

items: bijvoorbeeld "*aan het eind van de dag voel ik mij leeg*"), depersonalisatie (vijf items: bijvoorbeeld "*ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel*"); "*het kan me echt niet schelen wat er met sommige patiënten gebeurt*") en *persoonlijke bekwaamheid* (acht items: bijvoorbeeld "*met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen*"). De interne consistentie of betrouwbaarheid (Cronbachs α) bedraagt respectievelijk 0,88, 0,64 en 0,74.

Werkbelasting is in dit onderzoek op twee manieren geoperationaliseerd. Via de door de huisarts opgegeven *praktijkgrootte* (het aantal patiënten dat volgens de huisarts in de praktijk staat ingeschreven) en via het *gemiddeld aantal patiënten* waarmee de huisarts naar eigen opgave per dag contact heeft. Beide variabelen geven weliswaar een indicatie van de *werkdruk*, maar gezien de vervuiling in de patiëntenbestanden en fouten in de schattingen van het aantal contacten, ook niet meer dan dat²⁷.

De *kwaliteit* van de patiëntencontacten, ofwel de mate waarin patiëntencontacten als moeilijk of frustrerend worden ervaren en het aantal van dergelijke contacten, werden gemeten met een door *Mechanic* ontwikkelde schaal van 14 items²⁸. De oorspronkelijke schaal is aangevuld met vier items om zo beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. Elk item omschrijft een patiëntcontact dat potentieel belastend is voor de huisarts (zie "*Mechanic Schaal*"). Gevraagd werd hoe vaak een vergelijkbare situatie voorkwam en in hoeverre deze situatie als belastend werd ervaren. De interne consistentie van beide schalen is met respectievelijk 0,79 en 0,77 vrij groot.

Billijkheid, ofwel de balans tussen investering in en opbrengst van de contacten met patiënten, werd gemeten met behulp van drie items die gecombineerd een schaal vormen met een Cronbachs α van 0,74.

Voor de operationalisering van de door de huisartsen ervaren *sociale steun* werd gebruik gemaakt van een schaal afkomstig uit de *Vragenlijst Organisatie Stress - Doetinchem* (Vos-D)²⁹. Deze schaal werd in dit onderzoek afgestemd op de situatie van huisartsen en bestaat uit drie subschalen van ieder vijf items die betrekking hebben op de ervaren steun van collega's in de praktijk (Cronbachs α = 0,82), de ondersteuning door collega's uit de waarnemingsgroep (Cronbachs α = 0,77) en de steun van de (levens)partner (Cronbachs α = 0,75).

De stijl van probleemhantering is gemeten met behulp van items afkomstig uit de *Utrechtse Coping lijst*³⁰. De in totaal 22 items zijn, na factoranalyse waarvan de resultaten goed aansluiten bij internationaal on-

Situaties	Frequentie				Belasting			
	1 Nooit	2 Zelden	3 Soms	4 Vaak	1 Niet of nau- welijks	2 Enigs- zins	3 In vrij sterke mate	4 In zeer sterke mate
Een patiënt uit uw eigen praktijk die erop stond dat u hem of haar thuis bezocht terwijl u er vrij zeker van was dat een huisbezoek niet noodzakelijk was.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die klaagde dat u hem of haar te lang hebt laten wachten.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die erop aandrong doorverwezen te worden, alhoewel u doorverwijzen onnodig vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die erop aandrong dat u een test liet uitvoeren, alhoewel u deze test onnodig vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die erop aandrong dat u een medicijn voorschreef dat u niet geschikt vond.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die een medische verklaring verlangde, die naar uw mening niet nodig was.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die bedreigd heeft naar de medische tuchtraad te stappen om over u te klagen.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die dreigde naar een andere huisarts te stappen.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die vaak op uw spreekuur komt maar uw voorschriften nauwelijks opvolgt.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die geen dankbaarheid toont, alhoewel u hem gewetensvol hebt behandeld.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die u niet met het respect en de beleefdheid benadert, die u verdient.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die u vroeg onjuiste informatie op een medisch certificaat te zetten.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een rouwende patiënt die u de dood van een familielid verwijt.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een neurotische patiënt die onophoudelijk klaagt, alhoewel u alles doet om hem of haar te helpen.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die u tijdens de waarneming raadpleegt over een probleem dat ook tot het spreekuur had kunnen wachten.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die u tijdens de waarneming laat komen voor een klacht die ook over de telefoon kan worden afgehandeld.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die uw gezin bedreigt.	1	2	3	4	1	2	3	4
Een patiënt die u fysiek bedreigt.	1	2	3	4	1	2	3	4


Mechanic-schaal: het meten van de kwaliteit van patiëntencontacten.

(vervolg op blz. 145 na Scoop)

GEWOON ANGSTIG



NATUURLIJK **SEDINAL**[®]

 SOPAR PHARMA N.V. INDONÉ POLYFAC ROSS

Vijfjaarlijkse wetenschappelijke prijzen van het NFWO en het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek

Het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek zal, in samenwerking met het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek, in 1995 voor de periode 1991-1995 volgende prijzen uitreiken:

- de Prijs Doctor A. De Leeuw-Damry-Bourlart, voor werken binnen de Wetenschappen en de Toegepaste Wetenschappen
- de Wetenschappelijke Prijs Ernest-John Solvay voor geleerden werkzaam binnen de Mens- en Maatschappijwetenschappen
- de Wetenschappelijke Prijs Joseph Maisin, ter bekroning van geleerden actief op het gebied van de Medische en Biologische Wetenschappen.

Iedere prijs bekroont twee laureaten. In totaal zullen zes prijzen worden toegekend: drie voor Nederlandstalige onderzoekers en drie voor Franstalige onderzoekers. Het bedrag van iedere prijs is vastgesteld op 2.000.000 fr.

Iedere kandidaat moet door tenminste drie geleerden, maximaal vijf, worden voorgedragen. Reglement en inlichtingen kunnen worden bekomen op:

Het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek
Egmontstraat 5
1050 Brussel
tel: 02/512.91.10

Uiterste inzenddatum van de kandidaturen: 1 december 1994
(op bovenstaand adres)

SCOOP

Nieuws van de Wetenschappelijke
 Vereniging van Vlaamse Huisartsen



BELEID

Omgaan met kanker

Al geruime tijd loop ik rond met een ambigu gevoel tegenover kanker. Het is een aandoening die je de patiënten ten allen prijze wil besparen, en die ook je meest dierbaren tot jezelf, ongevraagd aanvalt. Een leuze als "Kom op tegen kanker" klinkt mij dan erg onrealistisch in de oren. Hoe kan je tegen iets zijn dat je alle dagen voor de voeten loopt? Het klinkt zoals de kreet "nooit meer oorlog" of "tegen geweld" of "geen racisme" terwijl deze dingen al sinds mensenheugenis bestaan en waarschijnlijk zolang er mensen zijn, tot de realiteit zullen behoren.

Wij zullen daarom steeds beter met kanker moeten leren omgaan. De leuze "Kom op tegen kanker" laat de mensen geloven dat kanker een aandoening is die met gepaste zorg, geld en onderzoek binnen enkele jaren tot het verleden kan behoren. Op hetzelfde spoor zit de slogan "goede preventie kan tot één derde van de kanker doden redden." Dit klinkt alsof de meeste kankers te voorkomen zijn en dat iedereen bereid is om binnen afzienbare tijd alle risicogedrag ten aanzien van kanker, op te geven. Neen, leren omgaan met kanker is geen eenvoudige boodschap. De media heeft misschien nood aan simpele slogans, maar als artsen mogen wij ons niet laten verleiden om dit spel mee te spelen. De oorsprong van kanker is *multicausaal*: ook al zijn er voor sommige soorten duidelijk vermijdbare (roken), maar ook onvermijdbare risico's (genetisch materiaal), toch is het ontstaan ervan vaak een multifactorieel gebeuren. Kanker blijft momenteel voor een aantal personen een onvermijdelijke doodsoorzaak.

Van de bejaarden overlijdt meer dan één op drie aan kanker. Vroeger dacht ik al eens: "wat zou er van deze patiënten geworden zijn, indien ze niet aan kanker waren gestor-

ven?" Het veelvuldig begeleiden van terminale kankerpatiënten heeft mij echter geleerd dat het toch beter is om op 92-jarige leeftijd van hart- en vaatlijden te sterven dan op 72 jaar aan een incurabele ziekte ten onder te gaan. Wij moeten dus allemaal met kanker leren omgaan en ons niet aanstellen alsof wij, mits nog een grote gezamenlijke spanning, de ziekte onder controle hebben.

Screening

Preventie van kanker is heel belangrijk maar geldt maar voor een beperkt aantal tumoren. *Screening* lijkt een veel grotere uitdaging. Wanneer dit door de juiste deskundigen, op het goede moment, met de ideale frequentie en bij de juiste doelgroep gebeurt, mag hiervan nog veel worden verwacht. Dit vergt nog wel heel wat epidemiologisch onderzoek en vormingswerk. Het voorkomen van *het ontstaan* van kanker is voor heel wat aandoeningen, op enkele uitzonderingen na, nog *koffiedikkijken*. Het opsporen van *de eerste tekenen* van kanker lijkt daarentegen een meer haalbare kaart, al staan wij ook hier nog maar in de kinderschoenen. Ook rond de *behandelbaarheid* van kanker is dringend coördinatie nodig, want als huisarts zie je in het bos vaak de bomen niet meer.

Kortom, de juiste aanpak lijkt niet om zich *tegen* kanker op te stellen maar wel om er in alle facetten zo deskundig mogelijk *mee* leren om te gaan. Ik ben alvast begonnen. Sinds enkele dagen rook ik weer niet meer.

C. Geens
 Voorzitter van de wvvh

De Zwarte Piet niet doorschuiven!

De oncologische patiënt

Recent is in mijn omgeving een achtendertigjarige man aan leverkanker overleden. Op zichzelf is dat al erg genoeg, maar in dit geval komt daar nog bij dat de artsen sinds meer dan een jaar op de hoogte waren van zijn ziekte en wisten dat zijn prognose somber was, maar dat ze hem of zijn familie hiervan niet op de hoogte brachten.

De diagnose werd gesteld na een ongeval; er was een vermoedelijke diagnose van leverruptuur zodat een *laparotomie* werd uitgevoerd. Tijdens deze ingreep kwam aan het licht dat de lever kankerletsel vertoonde. Aangezien het gezwel *inoperabel* was, werd de wonde weer gesloten en de patiënt naar huis gestuurd met de uitleg dat het om een ontsteking ging.

Ook de huisarts die door de specialist op de hoogte werd gebracht, vertelde hierover *niets* aan de patiënt, diens partner noch iemand uit zijn omgeving.

Labiël

Achteraf beweerde de huisarts dat deze personen te *labiël* waren om de diagnose te kunnen dragen. Boze familieleden wezen er echter op dat er op deze manier geen kans was geweest om *afscheid* te nemen of om het overlijden voor te bereiden. Uiteindelijk greep dit zeer snel plaats: de betrokkene kloeg op een gegeven moment over pijn in de buik, werd opgenomen en was binnen de 24 uur overleden.

(vervolg op p. 2) ►

INHOUD

VOORAF	
Omgaan met kanker	1
De oncologische patiënt	1
Inhoud	1
BELEID	
De oncologische patiënt (vervolg)	2
Oncologie in de eerste lijn	2
Het antigifcentrum	3
Zinvol ouder worden	3
INTERN	
Consultatievoeren in 1994	4
Huisarts Nu, volgende maand	4
KORT	
Draag-"cultuur"	6
Zelfhulpgroepen	6
NAVORMING	
	7

Oncologie in de eerstelijns

Naarmate de opsporing, de diagnose en de therapie voor kanker verbeteren, komen er steeds meer personen die ooit kanker hebben gehad en ervan genezen zijn of in remissie verkeren. Ook zij doen een beroep op de huisartsengeneeskunde. Daarbij moet extra gelet worden op de psychologische littekens die ze vaak door hun ziekte hebben opgelopen.

Het vakgebied *oncologie* vertoont raakvlakken met tal van andere gebieden, zodat het niet toevallig is dat tijdens het planningsweekend in juni 1993 werd gekozen om de werking van de wvvh rond dit thema te groeperen. Het andere thema waar gedurende twee jaar aandacht wordt aan besteed, is —

zoals iedereen intussen weet — de taak en de functie van de huisarts. De keuze voor oncologie had onder meer te maken met het reeds gepresteerde werk omtrent palliatieve zorgen, vooral binnen de commissies *Preventie* en *Navorming* gerealiseerd. Ook was de ontwikkeling van de navormingscyclus "*Oncologie voor de huisarts*" reeds van start gegaan, die dus goed zou passen in de nieuwe optie.

Dit onderwerp is duidelijk té omvangrijk om in één jaar te voltooien; we zullen het er dan ook nog een hele tijd mee moeten doen. Het is niet de be-

doeling een *nieuwe* commissie op te richten die zich alleen met oncologie gaat bezighouden, maar veeleer om de verschil-

Publikaties

Ook *Huisarts Nu* blijft inzake oncologie niet afzijdig. Voor de publicatie van een artikelenreeks bestaan reeds gevorderde plannen. Zowel navormingsartikelen omtrent de modules van de cursus als aparte onderzoeksartikelen zullen hierbij aan bod komen.

Het project *Landschap 2000* zorgde reeds twee maal voor een bijlage bij *Huisarts Nu*, waarbij telkens een geneeskundig werkdomein vanuit de huisartsengeneeskunde kritisch werd bekeken. De opzet is vergelijkbaar, maar niet identiek, met die van de Nederlandse *NHG-standaarden*. Bedoeling is omtrent een specifiek aspect van het medisch handelen telkens tot een *consensus* op huisartsniveau te komen. Ook de "inplanting" of in gebruik name van de consensus in de realiteit wordt getoetst. De commissie *Landschap 2000* is eveneens verzocht oncologie binnen haar werkdomein op te nemen, onder meer rond de symptoomcontrole in de palliatieve zorgenverstreking.

lende geledingen van de Vereniging op elkaar af te stemmen en te laten zien wat ze omtrent oncologie in hun mars hebben.

Navormingscyclus

Van de navormingscyclus "*Oncologie voor de huisarts*", een co-productie wvvh-VHNI, zijn reeds een tiental lesmodules klaar: teksten, een netwerk van lesgevers en afspraken rond partiële sponsoring. Elke module beschikt over eigen leerdoelstellingen en een evaluatiesysteem. Tien andere modules zitten nog *in de pijplijn*, onder meer de aanbreng van preventie, prostaatcancer, coloncancer en kankerpreventie, praktijkvoering, communicatie, enzovoort. Ook het meedelen van slecht nieuws, zingeving en ethiek staan naast stervensbegeleiding op het programma.

Computer

De commissie *Computerhulp* legt zich toe op het vertalen van de werkmiddelen en ideeën die binnen de wvvh zijn ontwikkeld, naar bruikbare software voor geïnformeerde artsen. Op dit ogenblik bedraagt hun



Dr. Bart Van Den Eynden, voortrekker van het oncologie-project binnen de WVVH (momenteel afscheid nemend).

omtrent oncologie concreet worden omschreven.

Tenslotte

Het oncologie-project van de wvvh staat niet op zichzelf en het is de bedoeling tot een *gebiedsoverschrijdende* aanpak te komen, samen met andere disciplines en verenigingen die zich bijzonder voor kanker interesseren, zoals bijvoorbeeld de *Vlaamse Kankerliga*.

Bij het ter perse gaan is nog niet bekend wie er verantwoordelijk wordt voor de verdere uitbouw van het project, maar het is de bedoeling dat *één* coördinator de ontbreken-

Preventie

Over de activiteiten van de commissie *Preventie* op het gebied van de oncologie hoeven we de loftrumpet niet meer te steken. Rond de preventie van borstkanker- en baarmoederhalskanker werd een consensus uitgewerkt. Verder werden ook *werkmiddelen* ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk, waaronder de preventiekaart, de anamnese-lijst, het preventiedossier, de handleiding rookstop, de handleiding alcoholpreventie, enzovoort.

Ook wat de *lokale* preventie-initiatieven betreft, is de band met kankerpreventie intens en dat geldt eveneens voor de commissie *GVO* aangezien de cel *GVO en de media* een flinke reputatie hebben opgebouwd bij de geschreven en audiovisuele pers. *Tenslotte* mogen we niet onvermeld laten dat de commissie *Psychosociale Geneeskunde*, zoals elk jaar, een medisch-psychologisch weekend organiseert, dat deze keer geheel aan de oncologische patiënt is gewijd.

aantal 10 à 20% van de praktici. Concreet wordt er gedacht aan een databank voor *pijnmanagement*. Ook de commissie *Praktijkvoering* denkt na over praktijkorganisatie en omkadering en zal dit op oncologie betrekken.

Uiteindelijk dienen de twee hoofdthema's van de wvvh bij elkaar te komen en moet het functie- en takenpakket van de huisarts

de modules van de cursus helpt klaarstomen, de evaluatie van bestaande modules in goede banen leidt, de inhoud desnoods bijstuurt en contact opneemt met de universiteiten om te zien in hoeverre hun opleiding in verhouding staat tot deze navorming. Ook behoort het tot de wensen van de organisatoren de modules om te bouwen tot audiovisuele *lespakketten*. (PVB)

(vervolg van p. 1)

De oncologische patiënt, vervolg

Wie?

Hoe moeilijk het ook is een kankerdiagnose mee te delen, toch lijkt er hier een *fout* te zijn gemaakt. Maar door wie? Aan *wie* komt het toe een

fatale diagnose aan de patiënt mee te delen: aan de specialist of aan de huisarts? Hebben ze in dit geval niet de *Zwarte Piet* naar elkaar toegeschoven, zodat uiteindelijk niemand de verantwoordelijkheid opnam om de nodige informatie te verstrekken?

We schreven het al in vorige edities: de oncologische patiënt is voor de huisarts een dagelijks element op het programma en al

kunnen we vaak op de tweedelijns terugvallen voor diagnose en behandeling, toch blijven er een aantal *taken* voor de huisarts weggelegd en komen er nog voortdurend bij. Het is meer dan ooit nodig dat deze taken expliciet worden *benoemd*, om te vermijden dat patiënten zoals in deze casus, *tussen* de eerste en de tweedelijns vallen.

Peter Van Breusegem

Hip, hip hoera!

Het Antigifcentrum is jarig en dit voor de dertigste keer. Dat werd gevierd met een perscampagne ter preventie van vergiftigingen in de thuisomgeving.

Tien tips om vergiftiging te vermijden

1. Berg geneesmiddelen en gevaarlijke producten buiten het bereik van kinderen op.
2. Ga voorzichtig te werk: de meeste ongevallen gebeuren tijdens het gebruik van producten.
3. Voorkom vergissingen: giet producten nooit over.
4. Lees altijd het etiket; het bevat nuttige informatie.
5. Zorg dat u de naam kent van de planten die u thuis hebt, sommige planten zijn giftig.
6. Zorg voor een regelmatig onderhoud van kachels en waterverwarmers.
7. Verlucht het lokaal als u dergelijke toestellen gebruikt. Laat ook geregeld de schoorsteen vegen.
8. Zorg voor een goede verluchting bij inademing van irriterend en/of giftig gas.
9. Als een produkt in de ogen of op de huid is gespat, spoel dan overvloedig met stromend water.
10. Zorg dat u altijd actieve houtskool in poedervorm (30g) bij de hand hebt (verkrijgbaar in de apotheek).
11. Wacht bij een ongeval niet op de symptomen vooraleer u contact opneemt met uw huisarts of het Antigifcentrum.

Het Antigifcentrum is het meest bekend voor zijn informatieverstrekking via de telefoon waarvan iedereen 24 uur op 24 kan gebruik maken. Toch blijft het daar niet bij. Er gebeurt ook onderzoek om snel te kunnen inspelen wanneer zich kleine epidemieën van een bepaalde vergiftiging voordoen.

Campagne

Uit de gegevens van het Centrum blijkt onder meer dat kinderen het meest kwetsbaar

zijn: de aanleiding tot de oproepen betreft in iets meer dan de helft van de gevallen de vergiftiging van een kind; in 80% van deze gevallen gaat het zelfs om kinderen van minder dan 10 jaar. Dat is dan ook de focus van de campagne, zoals blijkt uit de televisiespot waarin een kind met een bokaal giftig gekleurde vloeistof speelt. Het Antigifcentrum wil ook benadrukken dat de meeste vergiftigingen logischerwijze gebeuren met de producten die het meest verspreid zijn: geneesmiddelen (40%), huishoudelijke producten (31,5%), pesticiden

(8%), planten en paddestoelen (6%), cosmetica (4,5%). Daarnaast is er een frequentie en gevaarlijke vergiftiging die nog steeds te veel voorkomt, met name deze door koolmonoxide.

Chemie

Ook houdt het Antigifcentrum een register bij van de samenstelling van de verschillende scheikundige produkten die in België op de markt zijn en dit dank zij de medewerking van de *Federatie van de Chemische Nijverheid*. Jammer genoeg heeft dit werk in 1975 plaats moeten maken voor de steeds toenemende telefonische oproepen. Toch blijft er zeer waardevolle en zelfs onvindbare informatie in dit klassieke kaartenbaksysteem beschikbaar. Sinds januari 1993 is het bovendien luidens een *Koninklijk Besluit* verplicht de samenstelling van gevaarlijke preparaten aan het Centrum op te geven.

Tegengif

Verder houdt het Centrum zich bezig met de beschikbaarheid van *antidota of tegenvergiftigen*. Die bevinden zich in noodkoffertjes die verspreid zijn in 23 ziekenhuizen over het gehele land. Het Antigifcentrum zelf kan het dichtstbijzijnde noodkoffertje aanduiden.

De verantwoordelijken van het centrum willen met klem onderstrepen dat *melk* geen tegengif is, ondanks de populariteit in deze indicatie. Het is veel beter om *actieve kool* binnen handbereik te hebben. Misschien een idee voor huisartsen om hun trousse daar op na te kijken?

(PVB)

Symposium

Zinvol ouder worden

Door de Vereniging der Geneesheren en de Oud-studenten van de Universiteit Gent werd enkele tijd geleden een "Symposium rond de medische en sociale aspecten van het verouderen" ingericht. De nagenoeg volledige inhoud van de teksten staat integraal in het Tijdschrift voor Geneeskunde, volume 49, nummer 23 vermeld.

Als buitenbeentje op dit symposium werd L. APOSTEL, Prof. em. Universiteit Gent, uitgenodigd. Zijn toespraak over "Zinvol ouder worden" baseerde zich op een empirisch onderzoek van D. TILKIN. Deze laatste heeft recent een groep ouderen, die door verschillende bevoegde waarnemers (artsen, verpleegkundigen, psychologen, sociale werkers) als *vitaal* werden ingeschat, klinisch grondig ondervraagd. Op basis van deze interviews werden dan de meest *uitgesproken* persoonlijkheden voor een tweede selectie behouden. Daarna is TILKIN op zoek gegaan naar hun *gemeenschappelijke* eigenschappen. In een wat gewijzigde terminologie, gaf prof. APOSTEL van deze eigenschappen een overzicht:

- De geselecteerde ouderen hebben een uitgesproken coherente persoonlijke identiteit, waarvan ze zich voldoende correct bewust zijn.
- Aansluitend leiden ze een onafhankelijk en zelfstandig innerlijk en uiterlijk leven.
- Ze willen één of meer projecten in hun — nochtans vermoedelijk niet zeer lange toekomst — verwezenlijken.
- Een deel van hun projecten is gericht op doelen die het persoonlijk leven te boven en te buiten gaan.
- Ze behoren tot sociale netwerken waarin ze kunnen communiceren, geven en ontvangen, waarderen en gewaardeerd worden.
- Ze hebben de breukpunten die het be-



staan altijd meebrengt, realistisch kunnen verwerken en het onherroepelijke kunnen aanvaarden zonder zichzelf op te geven (wat insluit dat ze hun eigen eendigheid — en ook de eigen dood — hebben kunnen aanvaarden en zin geven in een min of meer coherent levensverhaal).

- Ze hebben allen een aantal praktische vaardigheden waarvan ze gebruik kunnen maken om hun doelen te bereiken en zichzelf in stand te houden en een aantal lichamelijke en geestelijke genotsbronnen waaruit ze sterkte en soepelheid putten.

Om dit doel van zinvol ouder worden te realiseren, is er volgens prof. APOSTEL nog veel individueel en collectief werk nodig. In feite is dit de start van een toekomstig onderzoek naar de *zinvolheidsvoorwaarden* van de globale levensloop; zinvol ouder worden stelt eigenlijk geen andere eisen dan zinvol leven.

L. De Deken

Quinodis® - Roche (fleroxacin) **Indicaties:** vanaf 18 jaar, behandeling van infecties door gevoelige kiemen : - infecties van de onderste luchtwegen: als de infectie te wijten is aan S. pneumoniae of S. pyogenes, is een fluoroquinolone geen uitgelezen antibioticum - verwikkelde urineweginfecties - infecties van huid en weke delen - infecties van botten en gewrichten - systemische infecties - buiktyfus. **Dosering:** 400 mg QUINODIS éénmaal per dag per os of via i.v. infuus van 1 uur. De duur van de behandeling hangt af van factoren, zoals het type infectie, de gevoeligheid van de betrokken kiemen en de toestand van het immuunstelsel van de patiënt. **Nierinsufficiëntie** (creatinineklaring < 30 ml/min., met inbegrip van hemodialyse of permanente ambulante peritoneale dialyse) of **Levercirrose** met ascites: start met de standaarddosering van 400 mg, gevolgd door een dosis van 200 mg éénmaal per dag indien nodig. **Contra-indicaties:** antecedenten van overgevoeligheid voor één van zijn componenten of voor andere quinolones. **Ongewenste effecten:** tijdens de klinische studies (> 1% van de patiënten): nausea, braken, diarree; insomnie, hoofdpijn, vertigo; vermoeidheid; jeuk; flebitis op de plaats van injectie. Bij 0,5-1% van de patiënten: droge mond, onaangename smaak, anorexie, constipatie, maagpijn, moniliasis van de vagina, hypotensie, artralgie, fotosensibiliteit, rash, zweten, abnormale dromen; pijn, branderig gevoel, jeuk, erytheem op de plaats van injectie. Convulsies werden zeer zelden waargenomen. De meeste van deze ongewenste effecten werden beschreven als licht tot matig ernstig; in de meeste gevallen verdwenen ze na enkele dagen en was geen behandeling nodig. Anafylactische reacties, soms na de eerste dosis, werden gerapporteerd bij patiënten die met quinolones behandeld werden. Afwijkingen van de laboratoriumwaarden met eventuele klinische betekenis, werden gezien bij 0,5-2% van de patiënten: stijging van de eosinofielen, van de bloedplaatjes, daling van de leukocyten; stijging van het totaal bilirubine, SGPT, SGOT, alkalische fosfatase, BUN, ureum, nuchtere glucose; stijging van het eiwitgehalte in de urine.



I
N
T
E
R
N

Werk aan de winkel!

Consultatievoeren in 1994

Na de positieve reacties op de voorbije training, worden dit najaar en het volgend voorjaar twee nieuwe trainingen "Vaardig consultatievoeren" georganiseerd. Naast deze cursussen is de Werkgroep Consultatievoeren met nog veel meer bezig.

De eerste training is kort en vooral gericht op het inoefenen van gespreksvaardigheden. Deze loopt over drie zaterdagen. Daarnaast is er een cursus van vijf zaterdagen die meer *specifieke consultatievaardigheden* traint zoals het slecht nieuwsgesprek, het aanbrengen van preventief onderzoek, het hanteren van conflictsituaties, consultatievoeren bij chronische patiënten en moeilijke patiënten. De cursussen worden door ervaren trainers gegeven: twee huisartsen en een psycholoog. Uitgebreide informatie volgt nog in Scoop!

Cursus medische besliskunde

Medische besliskunde en huisartsengeneeskunde gaan hand in hand en daarom wil de Werkgroep hier meer aandacht voor. Met welke vragen houdt de "medische besliskunde" zich bezig? Stel dat een vrouw

van 44 jaar consulteert met klachten van pijnlijke mictie, terminale dysurie, en polakisurie sinds twee dagen. Welke vragen zijn tijdens de oriëntatie zinvol? Welke klinische onderzoeken leren iets? Is de urinstick voor het opsporen van een infectie bijvoorbeeld even betrouwbaar als het sediment? Of als een telling? Is een cultuur inzetten nodig? Hoeveel vals-positieven? Vanaf wanneer als positief beoordelen? In hoeverre bepalen vraag en verwachting van de patiënt het beleid? Op welke manier kan de schade van de therapie bepaald worden ten opzichte van het benefiet voor de patiënt? Hoeveel kans heeft deze therapie dat de patiënt klachtenvrij is?

De toegenomen kennis over de epidemiologie van de ziekten in de huisartsenpraktijk en over de waarde van de testen of het klinisch onderzoek leveren de *bouwstenen* voor een typisch huisartsengeneeskundige navorming. De Werkgroep wil deze kennis *operationeel* maken om in de navorming in lokale huisartsenkringen te gebruiken. Op dit ogenblik wordt een inventaris opge maakt van de "harde" kennis en de beste didactiek. Daarnaast zullen *cursussen* aan de verantwoordelijken van de navorming in de lokale kringen worden aangeboden. Sinds ongeveer een half jaar bereidt een miniwerkgroep van vijf huisartsen deze cursus intensief voor.

Interuniversitaire meetings

Om de trainingen consultatievoeren *up to date* te houden, zowel qua inhoud als didactiek, organiseert de wvvh driemaandelijkse een interuniversitaire bijeenkomst. Hieraan participeren de vier Vlaamse universiteiten.

Op deze meetings worden *kennis* en didactische ervaringen rond consultatievoeren uitgewisseld. Daarnaast wordt er tijd gemaakt voor het opstellen van een *consensus* over de plaats en timing van het consultatievoeren in de opleiding tot arts en ook voor het schrijven van een taken- en functiepakket rond consultatievoeren voor huisartsen. De omschrijving hiervan is een *hoofdt* voor het wvvh-werkjaar '94, maar ook de Werkgroep Consultatievoeren heeft dit als prioriteit gekozen.

Dankzij de interuniversitaire werkgroep wordt aldus een uitgelezen groep gevormd om deze taak tot een goed einde te brengen. Het doel is het *omschrijven* van de taak en functie van de huisarts, met betrekking tot het consultatievoeren. Samenwerking met het *ICHO* (eindtermen) is hierbij gepland.

Tenslotte is er een module navorming in de maak over de "Communicatie met de oncologische patiënt en zijn verzorgers (familie)". Om dit goed voor te bereiden, is een literatuursearch nodig en een enquête in verband met de probleemgebieden bij de arts-patiëntcommunicatie. Daarna volgt een ontwerp voor navorming en wordt een evaluatieformulier opgesteld. Inderdaad: veel werk aan de winkel!



"Dr. L. Seuntjens en Dr. R. Remmen, boegbeelden van de Werkgroep Consultatievoeren van de wvvh."

In Huisarts Nu, volgende maand, mei:

- *Borstkankerscreening (L. Pas)*
 - consensusaanbod voor huisartsen
 - oproep tot reacties
- *Verband tussen kwaliteitskenmerken en de kans op pathologie in cervixuitstrijkje (F. Buntinx, e.a.)*
De afwezigheid van endocervicale cellen kan aanleiding geven tot een vermindering in de kans op het vinden van pathologische cellen, met een verhoogde kans op vals-negatieve uitstrijkjes tot gevolg. Ook blijkt een verband te bestaan tussen late of onvoldoende fixatie en het voorkomen van vals-positieve uitstrijkjes.
- *Het soa-spreekuur (I. Hermann)*
Voorwaarden en adviezen die dit vrij complexe gebeuren in goede banen helpen leiden.
- *Dre? Trus? Psa?... Prostaatscreening (E. Vandedrinck, e.a.)*
Welk beleid te volgen bij prostaatscreening. Meteen allerlei technische onderzoeken doen, of een eerder afwachtende houding aannemen? Alleszins van belang in het kader van het RIZIV-voorstel om vanaf 1 mei PSA als screening bij mannen ouder dan 60 jaar terugbetaalbaar te maken.

Leden van de wvvh krijgen Huisarts Nu automatisch toegezonden (10 maal per jaar, niet in juli en augustus). Inlichtingen over het lidmaatschap en abonnementen op Huisarts Nu op 03-281-16.16.

Venoruton® forte 500

Uw partner in de dialoog omtrent veneuze insufficiëntie.

Praktische informatiebrochures bestemd voor uw patiënten zijn beschikbaar bij het departement Venos Service. Bel of schrijf ons!

Zyma
Veno service

ZYMA Benelux NV - De Wandstraat, 211-213
1020 Brussel - Tel.: 02/268 1070