

In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsgeneeskundige praktijk bondig samen.

MEER EERSTELIJNSARTSEN, GEZONDERE PATIËNTEN



Chang CH, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. Primary care physicians workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes. *JAMA* 2011;305:2096-104.

Meer eerstelijnsartsen, gezondere patiënten: het is natuurlijk een uitdagende hypothese. Zou de bereikbaarheid, toegankelijkheid en aanwezigheid van eerstelijnsartsen een gunstig effect hebben op de volksgezondheid? Hierover bestaan maar weinig gegevens. In de Verenigde Staten, waar men ook poogt de eerste lijn te versterken en de kosten onder controle te houden, heeft een onderzoeksgroep deze uitdaging op zich genomen. Zij zochten uit of de beschikbaarheid van eerstelijnsartsen de gezondheid van individuele patiënten gunstig zou beïnvloeden.

Wie als 'eerstelijnsarts' kan worden beschouwd en in welke mate hij ook beschikbaar is voor de eerste lijn, vroeg eerst heel wat werk. Een probleem dat we in België ook kennen: niet elke erkende huisarts werkt voltijds als huisarts. Wie de lijst van het Riziv als uitgangspunt neemt om het aantal inzetbare voltijdse equivalenten (VTE's) te bepalen, zal op een veel te groot getal uitkomen.

De onderzoeksgroep bakende vervolgens de regio's zorgvuldig af. Hierdoor kregen ze een betrouwbare teller (het aantal patiënten per omschreven regio) en een betrouwbare noemer (het aantal voltijds beschikbare eerstelijnsartsen). De effecten hebben betrekking op patiënten van 65 jaar en ouder die aangesloten zijn bij een Medicare (N= 5 132 936). Het gaat om een cross-sectioneel onderzoek met formulering van de eindpunten per jaar.

Bij vergelijking van de regio's met het hoogste kwintiel VTE's eerstelijnsartsen met de regio's met het laagste kwintiel was de mortaliteit lager (5,19 vs. 5,49 per 1000 aangeslotenen; RR: 0,95 met 95%-BI: 0,93-0,96). Er waren ook minder hospitalisaties (72,53 vs. 79,48 per 1000 aangeslotenen; RR 0,91 met 95%-BI: 0,90-0,92) met een milde meerkost voor de verzekeringsorganisatie (\$ 8857 vs. 8769 per verzekerde; RR 1,01 met 95%-BI: 1004 tot 10 002). De resultaten werden aangepast voor individuele patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, ras en ziekte). Wanneer een minder ge-

voelige maat voor de teller werd gebruikt, dan bleef de daling van de mortaliteit en het aantal hospitalisaties significant verschillend, maar verdween het verschil in meerkost. Allerhande sensitiviteitsanalyses gebeurden maar de resultaten leken robuust genoeg.

De auteurs zijn in hun commentaar zeer voorzichtig. Zij beseffen dat zo'n grootschalig project blootstaat aan allerlei factoren die onbekend zijn of die men niet in rekening kan brengen. In de Verenigde Staten valt een belangrijk en wellicht meest kwetsbare deel van de bevolking buiten de verzekeringsprogramma's. Toch besluiten ze dat het belangrijk is om meer artsen met een specifieke opleiding van 'primary care clinician' de kans te geven om dit vak ook in die setting vorm te geven en niet te vlug voor een andere carrière te kiezen. Het is belangrijk dat artsen die de opleiding huisartsgeneeskunde volgen, aan de slag kunnen in een setting die hen toelaat om alles wat ze geleerd hebben in de praktijk toe te passen en op die manier te groeien in professionaliteit. De volksgezondheid kan er maar beter van worden.

M. Lemiengre

MORTALITEITSEVOLUTIE BIJ ARTSEN IN NOORWEGEN

Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health* 2011;11:173.

In Noorwegen werd het verschil in mortaliteitspatroon van 1960 tot 2000 bestudeerd tussen artsen, tewerkgestelden in de dienstensector, andere hogeschool-

den en de algemene populatie. Hiervoor werden persoonsgegevens, waaronder het studieniveau, verzameld uit de volkstelling van 1960, 1970, 1980 en 1990 en vervolgens gelinkt aan de veertien belangrijkste doodsoorzaken, bekend uit de statistische analyse in Noorwegen. Deze gegevens werden gedurende tweemaal

een vijftiaarsperiode na de volkstelling gevolgd, geanalyseerd en gestratificeerd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt naar geslacht en leeftijd. In totaal werden ongeveer anderhalf miljoen overlijdens hierbij vergeleken.

Uit dit onderzoek blijkt dat artsen voor alle doodsoorzaken behalve voor suïcide

Evolutie van de levensverwachting bij de geboorte, in jaren - België en de gewesten (1998-2009)

Jaar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
België												
Totaal	77,49	77,66	77,79	78,09	78,17	78,32	78,97	79,05	79,38	79,53	79,59	79,84
Mannen	74,31	74,37	74,58	74,92	75,08	75,35	75,97	76,14	76,51	76,74	76,77	77,15
Vrouwen	80,58	80,88	80,92	81,17	81,19	81,86	81,86	82,15	82,21	82,32	82,43	
Verskil tussen de levensverwachting bij de geboorte van vrouwen en mannen	+6,27	+6,51	+6,34	+6,25	+6,11	+5,84	+5,89	+5,72	+5,64	+5,47	+5,55	+5,28

lager scoorden dan de rest van de populatie. Ongeveer 5% van de overlijdens bij vrouwelijke artsen zou het gevolg zijn van suïcide. In een meta-analyse uitgevoerd in 2004, zou het suïciderisico bij mannelijke artsen 1,4 zijn ten opzichte van de algemene populatie en bij vrouwelijke artsen 2,3.

De verschillen tussen artsen en de algemene populatie steeg nog gedurende deze periode van veertig jaar. Artsen zouden een betere leefstijl hebben en zouden vroeger ingrijpen bij pathologie. Ze zouden hierdoor minder cardiovasculaire ziekten hebben evenals

respiratoire ziekten en metabole aandoeningen zoals diabetes. Het verschil tussen artsen en andere universitair geschoolden en mensen die werken in de dienstensector, neemt wel af in de loop van de tijd.

Ondanks het feit dat het aantal rokers bij artsen gedaald is, kan de daling van het aantal respiratoire aandoeningen daarmee niet voldoende aangetoond worden in deze studie. COPD als afzonderlijk item is moeilijk te achterhalen in deze studie. Verder was er reeds voor 1960 een duidelijke daling van het aantal rokers bij artsen.

Merkwaardig volgens deze studie is dat de gemiddelde levensverwachting bij Noorse mannen van 1960 tot 1999 gestegen is van 76 tot 81,1 jaar en bij vrouwen in dezelfde periode van 71 tot 75,5 jaar. In ons land is de levensverwachting van vrouwen hoger dan bij mannen. Volgens de sterftecijfers van de FOD Economie bedroeg de levensverwachting in België voor mannen in 2009 77,15 jaar en voor vrouwen 82,43 jaar.

Deze studie bewijst nogmaals het belang van het goed invullen van overlijdensattesten. Het is van het grootste belang om evoluties te kunnen aantonen. Uit deze cijfers blijkt dat in Noorwegen meer aandacht besteed moet worden aan de psychische en mogelijk socio-economische problemen van vrouwelijke artsen. Of de cijfers voor Belgische artsen gelijklopend zijn, is onbekend.

L. De Deken

CONFLICTEN TUSSEN WERK EN THUIS GELINKT AAN BURN-OUT



Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD. Work/home conflict and burnout among academic internal medicine physicians.

Arch Intern Med 2011;171:1207-9.

Studies suggereren dat conflicten tussen werk en thuis een centrale rol hebben bij het ontwikkelen van burn-out bij artsen. De grote verscheidenheid aan persoonlijke en beroepsgerelateerde factoren die

mogelijk bijdragen aan burn-out, werden recent uitgebreid geëvalueerd bij 7905 Amerikaanse chirurgen. Drie factoren waren onafhankelijk geassocieerd met burn-out: het aantal uren gewerkt per week, het ervaren van conflicten tussen werk en thuis tijdens de voorbije drie weken en hoe het meest recente conflict tussen werk en thuis werd opgelost. Om na te gaan of deze factoren ook relevant waren voor burn-out bij artsen met een andere specialiteit dan heelkunde, werd hun belang nagegaan in een grote steekproef van internisten van een academische instelling.

Bijna een op drie respondenten meldde zich minstens eenmaal per week opgebrand te voelen (141/465). Ongeveer drie kwart zei dat ze zich minstens eenmaal in de voorbije drie weken verscheurd voelden tussen thuis en werk (360/465). Als er conflicten waren, werden deze meestal opgelost in het voordeel van het werk (257/465; 56,6%). Minder dan 8% van de artsen zei dat ze thuis op de eerste plaats zetten wanneer ze de laatste keer moesten kiezen (36/465).

Het onderzoek had een antwoordpercentage van 82,2% (465/566). Multivariate

analyse toonde aan dat lange werkdagen (OR 1,02; 95%-BI: 1,00-1,03 voor elk extra uur werk per week), een recent conflict tussen werk en thuis (2,09; 1,10-3,97) en conflictoplossing ten voordele van het werk (1,88; 1,13-3,12), alle drie onafhankelijk geassocieerd waren met een toegenomen kans op burn-out.

Aangezien deze artsen allen werkten in een bepaalde instelling in de Verenigde Staten, is het moeilijk om te zeggen wat deze bevindingen betekenen voor artsen elders. De gevonden verbanden vertonen echter een opmerkelijke gelijkenis met de resultaten van een grotere studie bij Amerikaanse chirurgen¹. Het lijkt dus niet onwaarschijnlijk dat lange werkdagen en een onevenwicht van prioriteiten in verschillende specialiteiten gelinkt zijn aan burn-out. En huisartsgeneeskunde is onmiskenbaar een specialiteit ...

S. Coenen

1 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. Arch Surg 2011;146:211-7.