

# Burnout bij oncologie verpleegkundigen

Resultaten van een landelijk onderzoek

Dr. P. M. Le Blanc, prof. dr. W. B. Schaufeli, drs. N.C.A. Van Heesch  
Universiteit Utrecht, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Utrecht

## Samenvatting

Uit onderzoek in onder andere Engeland en de Verenigde Staten blijkt dat zorgverleners in de oncologie een verhoogd risico lopen om 'op te branden' (burnout). In 1997 is vanuit de vakgroep Sociale en Organisationspsychologie van de Universiteit Utrecht onderzoek gedaan naar deze vorm van chronische werkstress bij 816 Nederlandse oncologische zorgverleners, waaronder 410 oncologie verpleegkundigen. Ten eerste laten de resultaten zien dat oncologische zorgverleners als totale groep inderdaad méér opgebrand zijn dan andere groepen zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg. Binnen de groep oncologische zorgverleners blijken oncologie verpleegkundigen hoger te scoren dan artsen en radiotherapeutisch laboranten op de burnout-component emotionele uitputting. Tot slot wordt ingegaan op de relatie tussen (de)motiverende aspecten van de werksituatie en gevoelens van burnout bij oncologie verpleegkundigen en worden aanbevelingen gedaan om (het risico van) burnout te verminderen.

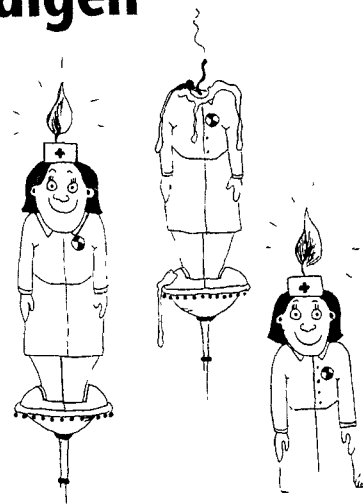
## Burnout

Burnout ('opbranden') is een vorm van chronische werkstress die zich met name voordoet bij werknemers in dienstverlenende beroepen, zoals de gezondheidszorg en het onderwijs. Het gaat hier om een toestand van geestelijke uitputting, waaraan drie aspecten onderscheiden kunnen worden. Het eerste signaal is een gevoel van emotionele uitputting, ofwel het gevoel helemaal 'leeg' te zijn doordat alle emotionele reserves zijn verbruikt. Als gevolg van deze emotionele uitputting zal de persoon zichzelf proberen te beschermen door afstand te nemen van hulpvragers (patienten, leerlingen), deze afstandelijkheid wordt depersonalisatie genoemd en maakt tevens onderdeel uit van het burnoutsyndroom. Kenmerkend hierbij is een cynische, negatieve, onverschillige houding ten aanzien van de mensen waarmee men werkt.

Tenslotte wordt ook de eigen werkprestatie negatief geëvalueerd. Men heeft het gevoel niet meer naar behoren te functioneren en geen waardevolle dingen meer te bereiken in het werk. Deze onzekerheid en twijfel over de eigen deskundigheid vormt het derde aspect van burnout: verminderde persoonlijke bekwaamheid. Burnout vormt echter niet alleen een gevaar voor het welzijn van de persoon zelf, maar kan ook negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor de organisatie waar hij of zij werkzaam is (zoals een verhoogd ziekteverzuim en personeelsverloop).

In de afgelopen jaren zijn er veel verschillende persoonlijke en werkgebonden factoren in verband gebracht met burnout. De voornaamste bevindingen kunnen als volgt samengevat worden: Factoren in de werksituatie blijken het sterkst en het meest consistent samen te hangen met burnout bij verschillende beroepsgroepen. De kans op burnout is vooral hoog in beroepen waar het contact met hulpvragers (patienten, leerlingen) bijzonder intensief en emotioneel belastend is. Op een gegeven moment kan er bij werknemers in dit soort beroepen het gevoel ontstaan dat er zoveel van hen gevraagd is dat hun emotionele reserves op zijn. Het aanvankelijke enthousiasme voor het werk slaat dan om in gevoelens van frustratie en vermoeidheid. Daarnaast kunnen zaken als een hoge werkbelasting, onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden en een gebrek aan sociale ondersteuning van de direct leidinggevende of van collega's leiden tot burnout-klachten. Persoonsgebonden en biografische kenmerken blijken veel minder sterk samen te hangen met burnout dan de hierboven genoemde werkgerelateerde factoren.

Onderzoek naar (oorzaken van) burnout in de oncologie is tot op heden relatief schaars. Een aantal



buitenlandse studies, onder andere in Engeland en de Verenigde Staten, laten zien dat zorgverleners in de oncologie een belangrijke risicogroep zijn wanneer het gaat om burnout. De kwaliteit van deze studies kan echter sterk in twijfel getrokken worden, omdat veelal gebruik is gemaakt van zeer kleine onderzoeksgroepen en niet gevalideerde instrumenten om burnout te meten.

Hoewel er vanuit de praktijk signalen kwamen die er op wezen dat burnout-problematiek ook bij zorgverleners in de Nederlandse oncologie speelt, was tot op heden in ons land nog geen systematisch onderzoek op dit terrein verricht. Om inzicht te verkrijgen in het voorkomen, de oorzaken en de preventie van burnout bij zorgverleners in de Nederlandse oncologie, is in april 1996 bij de Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie van de Universiteit Utrecht gestart met een grootschalig onderzoeksproject. Dit project, genaamd 'Burnout in de oncologische zorg', wordt gefinancierd door de Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelmina Fonds. In het eerste deel van dit project, de zogenaamde incidentie-studie, zijn in februari 1997 door middel van een schriftelijke vragenlijst gegevens verzameld die informatie geven over het voorkomen en de mogelijke oorzaken van burnout bij in totaal 816 artsen, verpleegkundigen en radiotherapeutisch laboranten die werkzaam zijn in de Nederlandse oncologische zorg. Als voorbereiding op het samenstellen van de vragenlijst zijn mondelinge interviews gehouden met twintig willekeurig gekozen oncologische zorgverleners.

## Het niveau van burnout in de oncologische zorg

De drie componenten van burnout (emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid) zijn gemeten met behulp van de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL, Schaufeli & Van Dierendonck, 1994, op basis van Maslach & Jackson, 1986). Deze schriftelijke lijst bestaat uit twintig vragen en is momenteel - ook internationaal - het meest gebruikte instrument in onderzoek naar burnout. Elke vraag in de MBI doet een uitspraak over werk-gerelateerde gevoelens. Op een schaal die loopt van 1 ('nooit') tot 7 ('dagelijks') dienen respondenten aan te geven hoe vaak zij het desbetreffende gevoel ervaren. Een voorbeeldvraag is: "Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk". Voor de subschalen emotionele uitputting en depersonalisatie geldt dat een hogere score aangeeft dat de persoon meer opgebrand is; bij de subschaal persoonlijke bekwaamheid geldt daarentegen dat een lagere score overeenkomt met een sterkere mate van opgebrand zijn.

In januari 1997 zijn de vragenlijsten verspreid onder in totaal 1585 leden van een vijftal oncologische beroepsverenigingen. De ingevulde vragenlijst kon in een antwoord-envelop worden teruggestuurd naar de Universiteit Utrecht. Twee weken na verspreiding van de vragenlijst is een herinneringsbrief verzonden. Van de in totaal 1585 benaderde zorgverleners hebben 816 personen de lijst ingevuld teruggestuurd. De respons bedroeg dus 52 procent, hetgeen voor dit type onderzoek als redelijk beschouwd kan worden. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 72 radiotherapeuten, 67 internisten, 40 chirurgen, 410 oncologie verpleegkundigen en 227 radiotherapeutisch laboranten. De groep oncologie verpleegkundigen bestond uit 47 mannen en 361 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar. Gemiddeld waren zij negen jaar werkzaam in de oncologie.

In tabel 1 worden de gemiddelde scores op de drie burnout-componenten voor de totale groep oncologische zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld vergele-

ken met die van.

- de Nederlandse normgroep, bestaande uit 3 800 zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg (Schaufeli & van Dierendonck, 1994),
- een groep van 507 Nederlandse huisartsen (Bakker & Schaufeli, 1996),
- een groep van 190 Intensive Care (IC) artsen en d) een groep van 770 Intensive Care (IC) verpleegkundigen (Reis Miranda & Spangenberg, 1992)

De gemiddelden zijn berekend op basis van individuele scores van respondenten op elk van de drie burnout-componenten

Wat betreft hun score op de eerste twee componenten van burnout, blijken oncologische zorgverleners méér opgebrand te zijn dan huisartsen, IC-artsen en IC-verpleegkundigen; ook scoren zij beduidend hoger dan de Nederlandse normgroep. Daarentegen is het gevoel van persoonlijke bekwaamheid aanzienlijk sterker bij oncologische zorgverleners dan bij de andere beroepsgroepen en de normgroep. Hierbij dient wel in gedachten gehouden te worden dat het gaat om de relatieve hoogte van de burnout-scores ten opzichte van die van min of meer vergelijkbare groepen zorgverleners. Hoewel de werksituatie van oncologische zorgverleners verhoudingsgewijs dus meer aanleiding lijkt te geven tot vermoeidheidsklachten en een meer afstandelijke houding ten opzichte van patiënten, zijn zij desondanks het meest positief over de kwaliteit en het nut van hun werkzaamheden. Dit alles komt goed naar voren uit het volgende citaat, afkomstig uit een interview met een oncologie verpleegkundige.

*"Je moet altijd veel geven, veel inlevingsvermogen hebben om met een zwaar ziek mens om te gaan ( ) Je leert dat dood bij het leven hoort. Het is een proces. Het is fantastisch om te zien hoe mensen daarmee omgaan. Ik kan soms een bijdrage leveren aan een 'goed afscheid'. Veel mensen komen na het overlijden van de partner nog een keer terug voor een gesprek. Maar je kunt er niet te lang bij stil blijven staan. Je bent een professional, het is geen eigen familie dus sta je er wat verder vanaf, anders houd je het ook niet vol."*

Het feit dat zorgverleners in dit specialisme toch gunstig scoren op persoonlijke bekwaamheid zou ook verklaard kunnen worden door het feit dat zij werkzaam zijn in hooggekwalificeerde, specialistische beroepen, die ook maatschappelijk gezien in een hoog aanzien staan ('de strijd tegen kanker').

### Oncologische zorgverleners onderling vergeleken

In Tabel 2 staan de gemiddelde burnout-scores voor elk van de drie oncologische beroepsgroepen afzonderlijk vermeld.

In vergelijking met de twee andere beroepsgroepen, blijken verpleegkundigen significant<sup>1</sup> hoger te scoren op de schaal die emotionele uitputting meet. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren, doordat de verpleegkundige beroepsgroep de enige van de drie beroepsgroepen is die dag en nacht 'belast' is met de zorg voor de patiënt en diens familie. Als zodanig hebben zij verhoudingsgewijs het meest te

<sup>1</sup> Bij alle genoemde vergelijkingen wordt een significantie-niveau van 5% gehanteerd, hetgeen betekent dat de kans dat het verschil tussen de groepen louter op toeval berust kleiner is dan 5%

	Normgroep (n=3.800)	Zorgverleners Oncologie	Huisartsen	IC- Artsen	IC- Verpleegk
Emotionele uitputting	15,5	20,7	16,6	15,1	15,6
Depersonalisatie	7,4	9,7	9,0	7,6	7,2
Persoonlijke bekwaamheid	27,3	38,2	27,1	31,8	30,4

Tabel 1. Gemiddelde scores op de drie burnout-componenten voor de Nederlandse normgroep, oncologische zorgverleners, Nederlandse huisartsen, Nederlandse Intensive Care (IC) artsen en Nederlandse Intensive Care (IC) verpleegkundigen

	Artsen (n=179)	Verpleegkundigen (n=410)	Radioth.Laboranten (n=227)
Emotionele uitputting	20,0	21,4	19,9
Depersonalisatie	10,5	9,4	9,3
Persoonlijke bekwaamheid	39,5	38,6	36,4

Tabel 2 Gemiddelde burnout scores voor artsen, verpleegkundigen en laboranten die werkzaam zijn in de Nederlandse oncologie

maken met (emotioneel) belastende contacten met patiënten en hun familie, die uiteindelijk kunnen resulteren in gevoelens van geestelijke uitputting.

Daarentegen blijken verpleegkundigen significant *lager* te scoren dan artsen op de schaal die depersonalisatie, ofwel een afstandelijke houding ten opzichte van patiënten, meet. Vanuit hun opleiding zijn artsen sterk georiënteerd op 'cure', de medisch-technische kant van de behandeling. Hun beroepshouding zal dan ook afstandelijker zijn dan die van verpleegkundigen die meer gericht zijn op 'care', de (psychosociale) zorg voor de patiënt. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat artsen zich sterk persoonlijk verantwoordelijk voelen als een patiënt ondanks alle inspanningen niet geneest. Een mogelijkheid om zichzelf te beschermen tegen de negatieve gevoelens (schuld, frustratie) die hiermee gepaard gaan, is een wat meer afstandelijke opstelling in de relatie met de patiënt.

Tenslotte zien we dat gevoelens van persoonlijke bekwaamheid bij verpleegkundigen significant hoger zijn dan bij *radiotherapeutisch laboranten*. Zaken die mogelijk samenhangen met het lagere niveau van bekwaamheid bij laboranten zijn een gebrek aan feedback over het werk en het gevoel je niet verder meer te kunnen ontwikkelen in je beroep.

### Oncologie verpleegkundigen onderling vergeleken

Wanneer we binnen de groep oncologie verpleegkundigen kijken naar verschillen tussen specifieke subgroepen (sexe, leeftijd, aantal jaren werkervaring en type aanstelling), zien we dat mannen hoger scoren op zowel emotionele uitputting als depersonalisatie. Daarnaast voelen parttime wer-

kende verpleegkundigen zich minder persoonlijk bekwaam dan fulltimers.

### (De)motiverende werkaspecten en burnout

Een vraag die logischerwijs uit het voorafgaande volgt is uiteraard welke (de)motiverende aspecten in de werksituatie samenhangen met gevoelens van burnout bij oncologische zorgverleners. Op basis van de interviewgegevens en een uitgebreide literatuurstudie is in de schriftelijke vragenlijst gevraagd naar de mate van belasting door veertien verschillende spanningsbronnen, ofwel *stressoren*, en de mate van tevredenheid over zes verschillende motiverende werkaspecten, ofwel *satisfiers* (zie bijlage 1 voor een overzicht). Hierbij is echter niet gekeken naar de afzonderlijke relaties tussen deze werkaspecten en de drie burnoutcomponenten, maar is juist nagegaan welke van deze aspecten relatief de *sterkste* samenhang hebben met burnout. In tabel 3 staan de resultaten voor oncologie verpleegkundigen weergegeven. De cijfers die vóór de aspecten van de ervaren werksituatie vermeld worden, geven de *relatieve* sterkte van de relatie tussen het betreffende

aspect en de betreffende burnout-component aan; de sterkste relatie wordt aangegeven met (1), de één-na-sterkste relatie met (2) enzovoorts.

*Werk-privé interferentie*, ofwel het feit dat het privé-leven te lijden heeft onder de belastende werkzaamheden, blijkt de sterkste samenhang te hebben met gevoelens van emotionele uitputting, ook wordt een samenhang tussen deze stressor en depersonalisatie gevonden. Oncologie verpleegkundigen hebben het gevoel dat zij te veel en te lang moeten werken en dat dit ten koste gaat van de tijd die zij aan familie en vrienden kunnen besteden. Zij geven aan onvoldoende kans te hebben om te herstellen van hun werk, hetgeen op den duur kan leiden tot gevoelens van uitputting. Om zichzelf hiertegen te beschermen, kunnen zij een meer afstandelijke houding ten opzichte van patiënten aangaan nemen. Werkroosters en -tijden zouden in verband hiermee opnieuw moeten worden bezien en waar mogelijk aangepast. Wat betreft de aanpassing van werksroosters zou gestreefd moeten worden naar zoveel mogelijk regelmaat en overzichtelijkheid, bijvoorbeeld door aaneengesloten periodes van gelijksoortige diensten. Dit wordt nog eens onderstreept door het feit dat de *onregelmatigheid* van het werk samen blijkt te hangen met gevoelens van verminderde persoonlijke bekwaamheid. Qua werktijden moet er voor gewaakt worden dat oncologie verpleegkundigen voldoende herstelmogelijkheden hebben, zowel gedurende de werkdag als tussen de verschillende diensten in.

Burnout	Ervaren werksituatie	
	Stressoren (meer burnout)	Satisfiers (minder burnout)
Emotionele uitputting	(1) Werk-privé interferentie (2) Tijdsdruk (3) Negatieve aspecten relatie collega's	(4) Positieve aspecten relatie patiënten
Depersonalisatie	(2) Tijdsdruk (3) Werk-privé interferentie (4) Gebrek aan autonomie	(1) Positieve aspecten specialisme
Verminderde persoonlijke bekwaamheid	(3) Emotionele belasting/identificatie (4) Negatieve aspecten relatie patiënten (5) Onregelmatigheid (6) Afdelingsproblemen	(1) Positieve aspecten relatie patiënten (2) Positieve aspecten specialisme

Tabel 3 Relatie (de)motiverende werkaspecten en burnout (oncologie verpleegkundigen, N=410)

Voor zowel emotionele uitputting als depersonalisatie wordt daarnaast een sterke samenhang gevonden met de *tijdsdruk*. Voor depersonalisatie wordt bovendien een relatie gevonden met een *gebrek aan autonomie*, ofwel het niet kunnen (mee)beslissen over de planning en de wijze van uitvoeren van de eigen werkzaamheden. De combinatie van tijdsdruk en een gebrek aan autonomie zal uiteraard een onpersoonlijke benadering van de patienten in de hand werken. Uit arbeidspsychologisch onderzoek (Karasek & Theorell, 1990) is echter gebleken dat mensen beter in staat zijn om met een hoge werkbelasting (tijdsdruk) om te gaan naarmate ze *meer* autonomie in hun werk hebben. Het is dus een goede zaak om de mate van autonomie in het werk te vergroten door bijvoorbeeld taakverrijking (het toevoegen van meer planning, controle en evaluatie

aan zorgtaken). Daarnaast zou, voor zover mogelijk, de werkdruk beter gedoseerd kunnen worden door middel van een meer evenwichtige verdeling van de werklast over de verschillende werknemers op een afdeling (minder piekbelasting), taakrotatie (met name rotatie van vervelende of zware taken en afwisseling van administratief werk en patientenzorg) en een goede beheersing van het opnamebeleid.

*Positieve aspecten van het specialisme*, zoals multidisciplinariteit, ontwikkelingen in het vakgebied en je grenzen kunnen verleggen, blijken de sterkste samenhang te hebben met depersonalisatie; ook wordt een relatie gevonden tussen deze satisfier en gevoelens van persoonlijke bekwaamheid. Naarmate oncologie verpleegkundigen hier méér tevreden over zijn, hebben zij een minder afstandelij-

ke houding ten opzichte van patienten en voelen zij zich méér persoonlijk bekwaam. Wellicht kan het positieve effect van dit werkaspect voor verpleegkundigen versterkt worden door hen nog actiever te betrekken bij de opzet en de uitvoering van (multidisciplinaire) onderzoeksprojecten naar de zorg voor kankerpatienten.

*Positieve aspecten van de relatie met patienten*, zoals waardering en openheid, blijken de sterkste samenhang met gevoelens van persoonlijke bekwaamheid te hebben. hoe meer tevreden oncologie verpleegkundigen hierover zijn, des te bekwaamer voelen zij zich. Daarentegen voelen zij zich minder bekwaam naarmate zij meer belast worden door patientgebonden stressoren als *'emotionele belasting / identificatie met de patient'* en *'negatieve aspecten van de relatie met patienten'* (wantrouwen, verwijten etc.). Mogelijkerwijs zien oncologie verpleegkundigen een te grote betrokkenheid bij (het lijden van) de

Verkorte samenvatting van de kenmerken van Taxotere® (docetaxel) 20 en 80 mg



Taxotere® (docetaxel) concentraat voor infusievoestof wordt geleverd in flacons voor eenmalig gebruik van 20 of 80 mg in respectievelijk 0,5 of 2,0 ml polysorbaat 80, met oplosmiddel (13% ethanol in water voor injectie). Docetaxel bevordert de aanmaak en remt de afbraak van stabiele microtubuli uit tubuline /in vivo neemt docetaxel een breed spectrum van experimentele antitumoraal-waarde. Docetaxel bleek actief te zijn op sommige cellijnen, die het p-glycoproteïne (gecodeerd door het "multidrug resistance" gen) tot overexpressie brengen.

**INDICATIE** Taxotere® monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van patienten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd mammacarcinoom a) die resistent zijn of recidiveren hebben na cytostaticatherapie b) bij wie recidieven optreden tijdens adjuvante cytostaticatherapie. De cytostaticatherapie dient een anthracycline te hebben bevat.

**AAANBEVOLEN DOSEERING** 100 mg/m<sup>2</sup> toegediend als een 1 uurs intraveneus infuus elke drie weken. Alle patienten dienen tevens te worden behandeld met een oraal corticosteroid, te beginnen (als premedicatie) een dag voor elke Taxotere® toediening. Patienten met verhoogde transaminasewaarden (LFTs) B<sub>1</sub> ALT en/of AST > 1,5 maal de bovengrens van de normaalwaarde (ULN) in combinatie met een alkalische fosfatasewaarde > 2,5 maal de ULN, is de aanbevolen dosering van docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup>. Bij patienten met een serumbilirubine > ULN en/of ALT/AST waarden > 3,5 maal de ULN en alkalische fosfatasewaarde > 6 maal de ULN, dient Taxotere® niet te worden gebruikt, tenzij strikt geïndiceerd.

**Doseringsaanpassingen tijdens behandeling** Taxotere® dient te worden toegediend indien het aantal neutrofielen tenminste 1.500 cellen/mm<sup>3</sup> bedraagt. Bij patienten met febrele neutropenie, aantal neutrofielen < 500 cellen/mm<sup>3</sup> gedurende meer dan 7 dagen, ernstige of toenemende huidreacties of ernstige perifere neuropathie dient de dosering met 25% te worden verlaagd. Indien deze reacties aanhouden, dient de dosering nogmaals 25% te worden verlaagd of dient de behandeling te worden gestaakt.

**CONTRAINDICATIES** Bekende ernstige overgevoelghed voor docetaxel of polysorbaat 80. Een neutrofielen aantal van < 1.500 cellen/mm<sup>3</sup>. Ernstige leverfunctiestoornissen. Zwangerschap of borstvoeding.

**WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGSMAATREGELEN** Een premedicatie met een oraal corticosteroid is noodzakelijk. Ernstige overgevoelghedreacties vereren onmiddellijke beandiging, passende behandeling en geen herbehandeling. Lichte overgevoelghedreacties vereren geen onderbreking van de therapie. **Hematologie** neutropenie is de meest frequent optradende bijwerking en kan reductie van de doose vereren, zie ook "doseringaanpassingen". Frequentie bepalingen van het totale aantal bloedcellen is vereist. **Huid en CNS** Geïsoleerd erythema of ernstige perifere neurotoxiciteit kunnen leiden tot dosisreductie, onderbreking of stoppen van de behandeling. **Vochtretentie** Corticosteroiden als premedicatie kunnen de incidentie en ernst van vochtretentie verminderen. Patientien met aurale effusie pericardiale effusie en ascites dienen nauwkeurig te worden gecontroleerd.

**Leverfunctiestoornissen** dienen bij aanvang en voor elke cyclus te worden uitgevoerd. Anticoagulatiemaatregelen dienen te worden genomen tijdens en gedurende tenminste 3 maanden na beëindiging van de behandeling. **INTERACTIES** Voorzichtigheid is geboden bij patienten die worden behandeld met geneesmiddelen die worden gemetaboleerd via cytochroom P450 3A4. **BIJWERKINGEN** (van 837 patienten) **Hematologie** de meest frequent optradende bijwerking was reversibele neutropenie. Ernstige neutropenie (< 500/mm<sup>3</sup>) trad op bij 75% van de patienten (Ptn) en hield meer dan 7 dagen aan bij ongeveer 3% van de cycli. Koorts met neutropenie (< 1.000/mm<sup>3</sup>) trad op bij 22% Ptn (7,3% van de cycli) en in infecties met neutropenie bij 5,8% Ptn (2,5% van de cycli). Infectieuzo epsooden traden op bij 19% Ptn (5,2% van de cycli) en waren fataal bij ongeveer 1,5%. Thrombocytopenie is gerapporteerd bij 7,8% Ptn waarvan een fataal als gevolg van gastro-intestinale bloeding. Anemie werd bij 89% van de patienten waargenomen.

**Overgevoelghedreacties** traden op bij 31% Ptn, ernstige symptomen verdwenen na beëindiging van de infusie en passende therapie. **Reversibele huidreacties** zijn bij 64% van de patienten waargenomen. Nagelafwijkingen (26%) Vochtretentie is gerapporteerd bij 43% Ptn (6% ernstig) met de aanbevolen ormedicatie. De mediane cumulatieve dosis voorafgaand aan ontstaan was 797 mg/m<sup>2</sup>, bij slechts 1,8% werd de behandeling gestaakt en de vochtretentie was langzaam reversibel. **Gastro-intestinaal** Milde tot matige misselijkheid (45%), braken (28%), diarree (43%) en stomatitis (41%) werden gemeld. **Neurologisch** sensorische effecten werden gemeld bij 48% Ptn (ernstig < 3,6%) en motorische effecten werden gemeld bij 14% Ptn (ernstig 3,8%). De effecten waren sportnaam reversibel binnen 3 maanden.

**Cardiovasculair** Hypotensie trad op bij 4,7% Ptn en vereste behandeling bij 0,5% Ptn. Klinisch relevante cardiovasculaire klachten traden op bij minder dan 1,8% Ptn. **Reacties op de plaats van de injectie** waren in het algemeen licht en traden op bij 6,1% Ptn. **Leverfunctietests** Verhoging van AST, ALT, bilirubine en alkalische fosfatase > dan 2,5 maal de ULN werden bij minder dan 5% Ptn waargenomen. **Overige** Alopecia werd bij 83% Ptn waargenomen en was reversibel binnen 22 weken. Ernstige Asthene (11%) ernstige mucositis (3,1%), licht tot matige arthralgie (9,5%) en myalgie (22%) werden eveneens waargenomen.

**OVERDOSERING** Er is geen antidoot bekend. Het kinetisch profiel van docetaxel is dosis onafhankelijk (halfwaardetijd = 11,1 uur, verdelingsvolume = 113 l en totale klaring = 21 l/h/m<sup>2</sup>) en docetaxel werd met name in de faeces uitgescheiden na metabolisering in de lever. Docetaxel heeft een sterke eiwitbinding (>95%). Leeftijd of sexe hebben geen invloed op de farmacokinetische eigenschappen. Bij patienten met verhoogde LFTs was de totale klaring met 27% verlaagd. **PREKLINISCH** Docetaxel is mutageen in vitro en in vivo, de carcinogeniteit van docetaxel is niet onderzocht. **HOUDBAARHEID** Flacons dienen te worden bewaard tussen 2 en 8°C in de originele verpakking en buiten invloed van licht. De houdbaarheid van TAXOTERE® 20 en 80 mg is respectievelijk 12 en 15 maanden.

**INSTRUCTIES VOOR GEBRUIK** Bereiding volgens standaardvoorschriften te geschieden. Bereiding van de premix oplossing TAXOTERE® concentraat voor infusie moet worden verouwd met de totale inhoud van de flacon. **soorten** TAXOTERE® premix oplossing (10 mg docetaxel/ml) is bij kamertemperatuur (15°-25°C) of gekoeld 8 uur houdbaar. Bereiding van intraveneuze infuus. Injecteer de benodigde hoeveelheid TAXOTERE® premix oplossing in een 250 ml infuuszak of -fles met 0,9% NaCl oplossing of 5% dextrose oplossing om de concentratie van 0,3 tot 0,9 mg/ml te bereiken. De infusievoestof direct na het bereiden gebruiken.

**REGISTRATIEHOUDER** Rhône-Poulenc Rorer S A 20 Avenue Raymond Aron 92165 Anthony Cedex Frankrijk. **VOOR INFORMATIE IN NEDERLAND** Rhône-Poulenc Rorer B V, Boventerkerweg 6-8 1185 XE Amstelveen. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** EU/1/95/002/001 en EU/1/95/002/002. **DATUM VAN GOEDKEURING** november 1995.

Zie voor meer details de volledige tekst van de "Samenvatting van de kenmerken van het produkt".

**RHÔNE-POULENC RORER**  
 POSTBUS 992 1182 AZ AMSTELVEEN  
 TELEFOON 020 547 39 22 FAX 020 645 38 16

## Bijlage 1 Satisfiers en stressoren

- Satisfiers**
- Positieve aspecten relatie patienten
  - Positieve aspecten relatie collega's
  - Positieve aspecten specialisme
  - Bijdrage wetenschap/kennis-overdracht
  - Variatie werkzaamheden
  - Ontwikkelingsmogelijkheden/groei

- Stressoren**
- Negatieve aspecten relatie patienten
  - Negatieve aspecten relatie collega's
  - Beperkingen specialisme
  - Voldoen aan wetenschappelijke 'eisen'
  - Gebrek aan autonomie
  - Tijdsdruk
  - Afdelingsgebonden problemen
  - Confrontatie met dood
  - Emotionele belasting/identificatie met patient
  - Onregelmatige diensten
  - Lichamelijk zwaar werk
  - Dalende maatschappelijke waardering
  - Werk-privé interferentie
  - Onbillijkheid salaris

patient als het niet goed kunnen bewaken van de eigen professionele grenzen, en beschouwen zij negatieve aspecten in de relatie met patienten (wantrouwen, gebrek aan medewerking, gebrek aan waardering etc.) als een teken dat zij hun (zorg)taken niet goed uitvoeren. Hoewel het 'beschermende' effect van de positieve aspecten in de relatie met patienten sterker is dan het 'schadelijke' effect van negatieve aspecten in deze relatie, blijft het van belang dat in de opleiding en nascholing van zorgverleners die in dit specialisme (gaan) werken ruimschoots aandacht besteed wordt aan het leren hanteren van de emotionele belasting die inherent is aan de zorg voor kankerpatienten. Ook de mogelijkheid om over emotioneel belastende ervaringen in de relatie met patienten te spreken met collega's, bijvoorbeeld door middel van vaste intervisie-bijeenkomsten, kan helpen om de negatieve effecten van dit type belasting op het welzijn van zorgverleners te verminderen. De organisatie zou hierbij een faciliterende rol kunnen vervullen, door tijd en geld beschikbaar te stellen voor dit type bijeenkomsten: gezonde werknemers vormen immers de basis voor het goed functioneren van de organisatie.

Tenslotte blijken *afdelingsgebonden problemen*, zoals een onduidelijke verdeling van de werkzaamheden, samen te hangen met een vermindering van gevoelens van bekwaamheid bij oncologie verpleegkundigen. Er dient dan ook speciale aandacht geschonken te worden aan een duidelijke en efficiënte organisatie van het werk op de afdeling.

Samengevat blijkt het risico van burnout bij oncologie verpleegkundigen dus verminderd te kunnen worden door zorg te dragen voor een goede werk- en rusttijdenregeling, een evenwichtige verdeling van de werkdruk, voldoende autonomie in het werk en een goede organisatie van het werk op de afdeling. Daarnaast blijkt een gunstige werking uit te gaan van de positieve aspecten van zowel de relatie met patienten als van het specialisme (oncologie).

Bovenstaande aandachtspunten kunnen helpen om het (organisa-

## Tijdschrift Kanker zoekt nieuw VvOV redactielid

**H**et tijdschrift Kanker verschijnt zesmaal per jaar onder auspiciën van de Nederlandse Kankerbestrijding, de Nederlandse Vereniging voor Oncologie en de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen. Ieder VvOV-lid krijgt dankzij haar lidmaatschap automatisch het tijdschrift thuisgestuurd.

De redactie is samengesteld uit verscheidene disciplines binnen de oncologie. Trude van Rees heeft geruime tijd de verpleegkundige plek ingevuld binnen de redactie als afgevaardigde vanuit de VvOV. Nu zij haar functie als redactielid neerlegt, is het bestuur op zoek naar een verpleegkundige die de VvOV en het verpleegkundig domein wil vertegenwoordigen binnen deze redactie.

tie)beleid op het gebied van kwaliteit van de arbeid vorm te geven. De voorgestelde maatregelen zijn niet alleen gunstig voor zorgverleners die nog geen (burnout-)klachten hebben, maar kunnen ook voorkomen dat reeds bestaande klachten bij zorgverleners ernstiger worden. Echter, dit type maatregelen kan alleen gedijen in een sfeer waarin psychosociale problemen van zorgverleners worden beschouwd als een 'normaal' onderdeel van hun werk, in plaats van als een persoonlijk falen.

### Literatuur

Karasek, R.A. & Theorell, T. *Healthy work*. Basic Books, New York, 1990.

Maslach, C. & Jackson, S.E. *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press Inc., Palo Alto (CA), 1986.

Reis-Miranda, D. & Spangenberg, J.F.A. *Kwaliteit, doelmatigheid en organisatie van Intensive Care Units in Nederland*. FRICE, Groningen, 1992.

Schaufeli, W.B., Enzmann, D.U. & Girault, N. *Measurement of burnout: a review*. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional burnout*

De redactie vergadert zesmaal per jaar in het gebouw van de Nederlandse Kankerbestrijding in Amsterdam; de tijdsinvestering voor een redactielid ligt rondom de deadline van ieder nummer, maar komt neer op minder dan één uur per week gemiddeld. Voor meer informatie over het inhoudelijk werk van een redactielid kunt u contact opnemen met Trude van Rees, hoofd opleidingen Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, 020-5122457.

Het bestuur vindt het belangrijk dat de VvOV vertegenwoordigd is in deze redactieraad en hoopt op enthousiaste reacties. Indien u belangstelling heeft, neem dan contact op met de VvOV.

recent developments in theory and research. Taylor & Francis, London, 1993, 199-215

Schaufeli, W.B. & Van Dierendonck, D. *Burnout, een concept gemeten*. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid*, 1994, 22, 153-172.