



Unité de Valorisation des
Ressources Humaines
Santé au Travail et Education
pour la santé



Vakgroep
Maatschappelijke
Gezondheidkunde

**Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking:
samenvatting van het eindverslag**

PARTNERS:

Université de Liège

PROF. ISABELLE HANSEZ

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

Unité de Valorisation des Ressources Humaines (ValoRH)

PROF. PHILIPPE MAIRIAUX

Faculté de Médecine

Santé au Travail et Education pour la santé (STES)

Cites Clinique du Stress

PROF. PIERRE FIRKET

ISOSL Secteur Santé Mentale

Universiteit Gent

PROF. LUTGART BRAECKMAN

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidkunde

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	1
2.	Overzicht van de internationale literatuur	2
2.1	Definities	2
2.2	Oorzaken en aanleidingen van burnout.....	2
2.2.1	Omgevingsfactoren	2
2.2.2	Individuele factoren	3
2.2.3	Integratie van de omgevings- en individuele factoren	4
2.3	Uitingen van burnout	4
2.4	Prevalentie van burnout.....	4
2.5	Verskil tussen burnout en andere vergelijkbare concepten	5
2.6	Behandeling en preventie	6
3.	Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking	8
3.1	Onderzoeksdoelstellingen.....	8
3.2	Methode.....	8
3.3	Onderzoeksresultaten	9
3.3.1	Schatting van de prevalentie in België	9
3.3.2	Klinische profielen verbonden aan een burnout	10
3.3.3	Welke gezondheidswerkers zijn betrokken bij de problematiek van burnout?	12
3.3.4	Burnout en werk.....	12
3.4	Beperkingen van het onderzoek	14
4.	Conclusie	15
5.	Bibliografie	16

1. Inleiding

De wetenschappelijke literatuur bevestigt dat burnout voorkomt in heel uiteenlopende sectoren, beroepen en bedrijven. Toch heeft nog geen enkele studie, naar wij weten, de frequentie van burnout bij de Belgische beroepsbevolking onderzocht. In antwoord op de vraag van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, hebben we een multidisciplinair consortium samengesteld met de professoren Isabelle Hansez en Philippe Mairiaux van de Université de Liège, professor Pierre Firket van Cites Pr vert en professor Lutgart Braeckman van de Universiteit Gent. Dit consortium heeft het volgende project uitgewerkt dat twee doelstellingen nastreeft:

- Een overzicht maken van de wetenschappelijke literatuur rond het thema burnout
- De omvang meten van het fenomeen burnout bij de Belgische beroepsbevolking

Het eerste deel van deze samenvatting geeft het literatuuroverzicht rond het thema burnout. Daarna, in het tweede deel, komen de resultaten van dit onderzoek aan bod.

2. Overzicht van de internationale literatuur

2.1 Definities

Bij het doornemen van de literatuur hebben we een tiental definities teruggevonden van burnout, waarbij dit fenomeen soms beschouwd wordt als een statisch of dynamisch gegeven en dan weer als een eendimensioneel of multidimensioneel concept. Ondanks de vele verschillende definities die gehanteerd worden in de literatuur, lijken sommige toch algemener te worden aanvaard en beschouwd als “synthetische” definities van burnout. Het onderzoeksteam heeft ervoor gekozen om dit onderzoek te baseren op de volgende definitie:

- ✓ “burnout is een negatieve, aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij “normale” individuen en die gekenmerkt wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk. Deze gemoedstoestand blijft vaak lange tijd verborgen voor de werknemer en vloeit voort uit een onevenwicht tussen de intenties en de realiteit op het werk. Vaak houden de werknemers deze gemoedstoestand in stand door copingstrategieën die inefficiënt zijn”. (Schaufeli & Enzmann, 1988, p.36 geciteerd in Schaufeli & Buunk, 2003).

Een belangrijk punt in deze definitie is dat burnout voortvloeit uit een onevenwicht tussen de intenties en de realiteit op het werk die ervaren wordt door de werknemers. Ze hebben een “ideaal” voor ogen, verwachtingen die niet overeenstemmen met hun dagelijkse realiteit op het werk en die leiden tot een burnout (Maslach, et al., 2001).

Deze definitie is van belang voor de diagnose van burnout op individueel niveau. Toch is het eveneens belangrijk om burnout te definiëren als een proces.

- ✓ Volgens Maslach en Leiter (1997) doen er zich drie dingen voor wanneer een persoon een burnout ontwikkelt. De persoon raakt chronisch uitgeput, wordt cynisch en voelt zich meer en meer onbekwaam op het werk.

2.2 Oorzaken en aanleidingen van burnout

De oorzaken en aanleidingen van burnout zijn zowel situationele als individuele factoren.

2.2.1 Omgevingsfactoren

Het werk situeert zich in een organisatorische context die een sterke invloed heeft op de ervaring van de werknemers en dus op de burnout die ze voelen. Bepaalde kenmerken die eigen zijn aan het werk, zoals de verplichtingen op de werkvloer (werkdruk, rollenconflicten ...), hebben een directe invloed op de burnout die veroorzaakt wordt door het werk.

De studies naar het *Job Demands-Resources Model* wijzen op het gunstige effect van de hulpmiddelen die aangereikt kunnen worden aan de werknemers (sociale steun, gevoel van controle over het werk, autonomie ...) om deze verplichtingen aan te kunnen en de burnout die ervaren wordt door de werknemers te verlichten (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou, et al., 2007).

Aanvankelijk werd burnout in verband gebracht met beroepen in de sociale dienstensectoren en het onderwijs (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Daarna werden de studies uitgebreid naar andere sectoren en beroepen waar werknemers in contact komen met mensen en zelfs naar bepaalde beroepen waar contacten minder belangrijk zijn. Volgens Schaufeli en Taris (2005) is er geen reden waarom burnout beperkt zou zijn tot de sociale dienstensector.

2.2.2 Individuele factoren

De meeste onderzoeken suggereren dat de kenmerken van de werkomgeving een grotere rol spelen bij burnout dan de individuele kenmerken, zoals de persoonlijkheid of demografische variabelen (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2005). Toch mogen deze factoren niet uitgesloten worden bij een analyse van de oorzaken van burnout.

Dit fenomeen zou vaker voorkomen bij jongere werknemers en werknemers die dus minder beroepservaring hebben. Toch moeten we ook oog hebben voor het feit dat werknemers die vroeg in hun carrière getroffen worden door een burnout geneigd zijn om hun baan sneller op te zeggen. "Oudere" werknemers kunnen beschouwd worden als "overlevenden". Dit fenomeen wordt ook het "healthy worker effect" genoemd (Schaufeli & Buunk, 2003; Shah, 2009).

Er is een persoonlijkheidsprofiel dat meer vatbaar is voor een burnout. Dit zijn personen die in stresssituaties ontwijkende of passieve copingstrategieën ontwikkelen in plaats van strijdbare of actieve strategieën en een laag zelfbeeld hebben (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). Burnout wordt ook geassocieerd met bepaalde dimensies van diverse persoonlijkheidsmodellen, zoals neuroticisme dat overeenstemt met een angstige, vijandige en depressieve persoonlijkheid (Swider & Zimmerman, 2010).

Anderzijds hebben sommige mensen hoge verwachtingen van hun werk, zowel wat de aard van het werk als de prestaties op het werk betreft. Enkele studies hebben aangetoond dat als deze verwachtingen weinig realistisch zijn, zij kunnen leiden tot een burnout (Maslach, et al., 2001).

2.2.3 Integratie van de omgevings- en individuele factoren

Om dit fenomeen van burnout te verduidelijken, moeten deze beide types van factoren samengevoegd worden in een theoretisch kader. Maslach en Leiter (1997, geciteerd in Maslach, 2010; Maslach, et al., 2001) hebben een model uitgewerkt dat dieper ingaat op de graad van overeenstemming tussen de persoon en diverse domeinen van zijn werkomgeving. Hoe lager die overeenstemming, hoe groter de kans dat de persoon een burnout heeft. Volgens de auteurs is dit een soort “psychologisch contract” tussen de persoon en zijn werk.

2.3 Uitingen van burnout

Er werden tal van symptomen en mogelijke gevolgen van burnout opgetekend. Maar hoe worden de symptomen onderscheiden van de gevolgen? In de empirische onderzoeken lijkt dit verschil willekeurig. Daarom spreken wij, net als Schaufeli & Buunk (2003), liever over uitingen van burnout die zowel de symptomen als de gevolgen omvatten.

In tabel 1 staan de verschillende uitingen van burnout op fysiek, cognitief/affectief en gedragsmatig vlak. Al deze uitingen werden duidelijk in verband gebracht met burnout in de wetenschappelijke literatuur.

Tabel 1 – Uitingen van burnout

<i>Fysiek</i>	<i>Cognitief en affectief</i>	<i>Gedragsmatig</i>
<input type="checkbox"/> Asthenie <input type="checkbox"/> Slaapstoornissen <input type="checkbox"/> ↓ energie <input type="checkbox"/> Neurovegetatieve/functionele klachten (bv. hartkloppingen, gastro-intestinale klachten, maaglast, benauwdheid op de borst ...)	<input type="checkbox"/> ↓ controlegevoel <input type="checkbox"/> ↓ competentiegevoel <input type="checkbox"/> ↓ motivatie <input type="checkbox"/> Frustratie <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid <input type="checkbox"/> ↓ zelfwaardering <input type="checkbox"/> ↓ idealisme <input type="checkbox"/> ↓ concentratie <input type="checkbox"/> ↓ geheugen <input type="checkbox"/> Depressieve stemming <input type="checkbox"/> Dualiteit: het werk verlaten of blijven?	<input type="checkbox"/> Attitudeverandering t.o.v. anderen (cynisme, onverschilligheid, distanciëring, afstandelijkheid) <input type="checkbox"/> Zich afzonderen <input type="checkbox"/> ↓ performantie <input type="checkbox"/> Absenteïsme in het afgelopen jaar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frequent, van korte duur <input type="checkbox"/> Van lange duur (1 maand of meer) <input type="checkbox"/> Agressiviteit

2.4 Prevalentie van burnout

Uit het literatuuroverzicht blijkt dat het moeilijk is om prevalentiecijfers te vinden (1 à 48 % naargelang de onderzoeken). Dit kan verklaard worden door het ontbreken van een officieel aanvaarde definitie van burnout en van duidelijke diagnosecriteria. De verschillende

toegepaste methodes en culturele verschillen maken het moeilijk om de resultaten in de literatuur te vergelijken.

2.5 Verschil tussen burnout en andere vergelijkbare concepten

Wat het literatuuroverzicht door het onderzoeksteam onder meer heeft opgeleverd is een differentiaaldiagnose van burnout. Tabel 2 geeft een samenvatting van de verschillen en gelijkenissen, maar ook van de verbanden tussen burnout en andere vergelijkbare concepten, zoals stress, depressie, chronische vermoeidheid, fibromyalgie, workaholisme en psychosociale belasting.

Tabel 2 – Differentiaaldiagnose van burnout

Stress	Burnout
Direct gevolg van professionele stressfactoren. De zin van het werk staat niet centraal	Belangrijke rol van de zin van het werk in het opduiken van het syndroom
Is tijdelijk of chronisch	Is het gevolg van een langdurige blootstelling aan aanhoudende stress
Kan elke werknemer treffen	Treft vooral mensen die het werk heel belangrijk vinden
Gaat niet noodzakelijk gepaard met negatieve houdingen t.o.v. anderen	Negatieve houding en gedrag t.o.v. collega's, klanten, patiënten ... Cynisme
De sociale steun en copingstrategieën kunnen bemiddelen tussen stress en burnout	
Depressie	Burnout
Emotionele uitputting en prikkelbaarheid	Emotionele uitputting en prikkelbaarheid
Raakt alle aspecten van het leven	Specifiek gebonden aan het werk
Gekenmerkt door een verlies van interesse en levenslust	Behoud van interesse in de aspecten van het leven die geen verband houden met het werk
Lager zelfbeeld, doemdenken, minder vitaliteit	Beter zelfbeeld en realisme, meer vitaliteit dan bij een depressie
Een voorgeschiedenis van depressie kan een burnout in de hand werken	Een burnout kan afglijden in een depressie
Fibromyalgie	Burnout
Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress	Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress
Pijn in spieren en botten	Fysieke pijn is geen centraal symptoom
Niet veroorzaakt door het werk	Doet zich voor op het werk
Chronische vermoeidheid	Burnout

Algemene vermoeidheid	Emotionele vermoeidheid wordt geassocieerd met twee andere elementen (depersonalisatie en verlies van verwezenlijking)
Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress	Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress
Niet systematisch veroorzaakt door het werk	Gebonden aan het werk

Workaholisme	Burnout
<p>“Workaholics” brengen enorm veel tijd door op het werk, ze nemen niet gemakkelijk afstand van hun werk en leveren werk af dat verder gaat dan wat er van hen verwacht wordt, in zoverre dat hun privéleven daar onder lijdt (Schaufeli, et al., 2006)</p>	<p>Burnout treft personen die hoge verwachtingen hebben van hun werk.</p>
<p>Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft</p>	<p>Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft</p>
<p>Kan leiden tot een burnout want de overmatige betrokkenheid bij het werk kan de reserves uitputten.</p>	<p>De uitputting die typisch is voor een burnout is niet verenigbaar met een sterke betrokkenheid bij het werk (workaholisme).</p>
<p>Kan een risicofactor van burnout zijn</p>	<p>Niet noodzakelijk een verband tussen beide fenomenen</p>

PSYCHOSOCIALE BELASTING VERSUS BURNOUT?

2.6 Behandeling en preventie

Momenteel worden er twee methodes voorgesteld om burnout te voorkomen en te beperken: enerzijds acties *gericht op de organisatie van het werk* en anderzijds acties *gericht op het individu*.

Naar wij weten, bestaan er momenteel geen gevalideerde methodes die specifiek gericht zijn op de preventie of behandeling van professionele uitputting.

De **primaire preventiemethodes** op de werkvloer zijn “collectief” van aard en richten zich tot alle werknemers. Volgens het Job Demands-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2007), kunnen de eisen, dit wil zeggen de werkvereisten, de reserves van de werknemers uitputten en zo het aantal gevallen van burnout doen toenemen, terwijl de hulpmiddelen die

aan de werknemers worden aangereikt het gevoel van uitputting kunnen verminderen. Gebaseerd op dit model kunnen de methodes gericht zijn op een beperking van de werkvereisten, bijvoorbeeld door de werkdruk te verlagen en wijzigingen door te voeren in de werkprocedures, of op een verhoging van de professionele middelen, zoals autonomie, sociale steun van de oversten en collega's en deelname aan beslissingen (Awa, Plaumann, & Walter, 2010).

De **secondaire preventiemethodes** zijn voornamelijk ontwikkeld om individuen te helpen de stressfactoren op het werk te beheren en te verwerken. Deze methodes kunnen tal van aspecten omvatten, zoals bijscholingen of hulpgroepen van collega's (Laugaa, Rasclea, & Bruchon-Schweitzer, 2008; Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002; Tabary, Callanquin, & Marinelli, 2007). Deze methodes situeren zich op het niveau van de organisatie omdat deze hulpgroepen gevormd worden binnen de ondernemingen, maar ook op individueel niveau, omdat ze eerder gericht zijn op de gevoelens van de individuen dan op de organisatie van het werk.

Op individueel niveau zijn de acties ter preventie of beperking van burnout bedoeld om de individuen copingstrategieën aan te leren zodat ze beter kunnen omgaan met stress op het werk (Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001). Deze methodes gericht op de persoon kunnen de vorm aannemen van cognitieve/gedragstherapie, communicatie-opleidingen of lessen in ontspanningstechnieken. Deze technieken hebben een positieve, maar beperkte impact op burnout (Schaufeli & Buunk, 2003).

Om te komen tot een preventie en behandeling met een langdurig effect, is er nood aan een behandeling die **methodes gericht op de organisatie van het werk**, door de oorzaken van burnout aan te pakken (primaire preventie), **combineert met methodes gericht op het individu** op het vlak van de behandeling, om zo de terugkeer naar het werk te vergemakkelijken (secondaire en tertiaire preventie). Een methode die vraagt om inzet en inspraak van de betrokken werknemers is essentieel om preventie- en behandelingsmodules toe te passen.

Tot slot is het belangrijk om rekening te houden met enkele aspecten alvorens een programma toe te passen of te evalueren ter preventie of behandeling van burnout. De vroege signalen van professionele uitputting kunnen onopgemerkt blijven wat leidt tot een onderschatting van de burnout. Bovendien hebben de getroffen werknemers de neiging om te blijven werken en vormen ze dus geen ernstige bedreiging voor de werking van de onderneming (Maslach & Goldberg, 1998). Daarom speelt de bedrijfsarts een essentiële rol bij de vroegtijdige opsporing van werknemers die te kampen hebben met professionele uitputting. De ontwikkeling van een "technische" fiche, zoals die opgesteld werd in het kader van dit onderzoek, is daarbij een betrouwbaar en waardevol hulpmiddel.

3. Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking

3.1 Onderzoeksdoelstellingen

Dit onderzoek had tot doel een objectief beeld te schetsen van het fenomeen burnout en de omvang ervan in België te meten. We hebben ervoor gekozen om de prevalentie van burnout te schatten op basis van het aantal bekende gevallen in het gezondheidssysteem. We hebben dus besloten om een telling te maken van de gevallen van burnout vastgesteld door huisartsen enerzijds en door bedrijfsartsen anderzijds tijdens hun contacten met werknemers.

3.2 Methode

Bij dit onderzoek worden de gevallen geregistreerd die over een periode van drie maanden werden opgetekend door huisartsen en bedrijfsartsen.

Concreet heeft elke arts die wilde deelnemen aan de studie drie fiches gekregen om in te vullen en terug te sturen. Op basis hiervan konden wij de frequentie van burnout bij de Belgische bevolking registeren:

- *Een artsenfiche*: op deze fiche staan gegevens over de deelnemende arts om zo eventuele systematische fouten in onze steekproef te kunnen opsporen in verhouding tot de populatie van artsen waartoe hij behoort.
- *Een maandelijks fiche*: deze fiche vertelt ons hoeveel “patiëntencontacten” de deelnemende arts de voorbije maand heeft gehad.
- *Een fiche “patiënt”/fiche “werknemer”*: deze fiche wordt ingevuld voor elke patiënt/werknemer van wie de arts denkt dat die zich ziek voelt of een burnout heeft; ze bevat informatie over de patiënt en de vastgestelde symptomen.

De onderzoeksmethode was onderverdeeld in diverse stappen:

- ✓ De opstelling van de fiches op basis van het literatuuroverzicht en de diverse bestaande middelen om burnout te evalueren.
- ✓ De samenstelling van focusgroepen van deskundigen om deze fiches goed te keuren.
- ✓ De vorming van de steekproef van deelnemende artsen. Dankzij een nauwe samenwerking met huisartsenverenigingen (SSMG en DOMUS Medica) en tal van externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPBW en IDPBW) hebben 178 huisartsen en 168 bedrijfsartsen toegezegd om mee te werken aan dit onderzoek.
- ✓ Het prevalentieonderzoek dat liep van april tot augustus 2010.

Bijlage: [artsenfiche 1, 2 en 3](#)

3.3 Onderzoeksresultaten

Deze samenvatting geeft een overzicht van de belangrijkste onderzoeksresultaten. Om alle resultaten te kennen, kan de lezer het volledige onderzoeksverslag lezen.

Voor we de resultaten voorstellen, merken we op dat dit onderzoek tot doel had om niet alleen de gevallen van burnout te tellen, maar ook de patiënten die zich, volgens de arts, ziek voelen door het werk en zouden kunnen evolueren naar een burnout.

Het onderzoeksteam heeft besloten om dit onderscheid tussen een geval van burnout en zich ziek voelen te baseren op de klinische beoordeling van de arts die een antwoord moesten geven op de vraag “Lijdt de werknemer, volgens u, aan professionele uitputting?” Als de arts “ja” antwoordde, werd de diagnose van burnout gesteld. Als het antwoord “neen” was, betekende dit dat de medewerker zich ziek voelde door het werk en de eerste tekenen van burnout vertoonde. Dan spreken we van ziek voelen door het werk.

Alle gemelde gevallen werden dus globaal geanalyseerd en aan de hand van andere analyses werden de verschillen of gelijkenissen tussen de twee stappen in het proces verduidelijkt: zich ziek voelen door het werk, met de eerste tekenen van een burnout, en een burnout volgens de diagnose van elke deelnemende arts.

3.3.1 Schatting van de prevalentie in België

In de loop van de drie onderzoeksmaanden werden er 1089 gevallen van burnout geregistreerd in de 135.131 patiëntencontacten aangegeven door de deelnemende artsen. Algemeen genomen bedraagt de prevalentie van burnout in de steekproef dus 0,8 %.

Dit prevalentiecijfer kan uiteraard niet vergeleken worden met de cijfers verkregen in diverse onderzoeken gebaseerd op een zelfbeoordeling door de werknemer (burnoutpercentage van 30 % à 40 %). De originele methode gekozen voor dit onderzoek is gebaseerd op de diagnose door artsen om de patiënten of werknemers met een burnout te identificeren. Het is logisch dat de prevalentie gemeten op basis van contacten met het medisch kader veel lager ligt dan de prevalentie afgeleid uit zelfbeoordelingen. Voor tal van ziektebeelden weten we dat van alle patiënten die beweren aan dat ziektebeeld te lijden slechts een klein percentage ook effectief een arts raadpleegt.

De waarde van dit burnoutpercentage zal bevestigd moeten worden door een grootschaligere studie, maar we benadrukken wel de coherentie van de verkregen gegevens. Het aantal gevallen van burnout opgetekend via consultaties bij huisartsen, binnen de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts, ligt niet hoger dan het aantal gevallen vastgesteld tijdens medische onderzoeken op het werk waarbij de werknemer wordt opgeroepen en

onderzocht door een arts die hij zelf niet gekozen heeft. We moeten ook benadrukken dat de Franstalige (0,81 %) en Nederlandstalige (0,87 %) artsen evenveel fiches hebben ingevuld voor patiënten die zich ziek voelen door het werk of een burnout hebben.

De manier waarop burnout gemeten wordt in dit onderzoek is schijnbaar zo origineel dat het bibliografisch onderzoek geen soortgelijk werk heeft opgeleverd waarmee de gemeten cijfers vergeleken zouden kunnen worden. Op een uitzondering na. Op basis van een macro-economische benadering waarbij gegevens van de economische activiteit vergeleken worden met gegevens uit statistische onderzoeken zoals epidemiologische studies, heeft Trontin (2006) berekend dat 1 à 1,4 % van de beroepsbevolking in Frankrijk in 2000 leed aan een stressgebonden pathologie (RSI, cardiovasculaire aandoeningen en depressie). Dit onderzoek raamt de kosten verbonden aan stress op het werk op 10 à 20 % van de tak “arbeidsongevallen en beroepsziekten” van de sociale zekerheid. Het percentage van de bevolking dat aan een stressgebonden pathologie lijdt (en burnout hoort daar zeker bij) is volgens deze Franse studie dus vergelijkbaar met het percentage dat hier in België werd gemeten. Nog een verdienste is dat dit onderzoek aantoont hoe een gezondheidsprobleem met een relatief lage prevalentie de sociale zekerheid van een land toch veel kan kosten.

In dit kader merken we op dat de prevalentie van 0,8 % vastgesteld in de onderzochte steekproef overeenstemde, na een vergelijking met alle Belgische werknemers van wie de gezondheid regelmatig gecontroleerd wordt door een bedrijfsarts, met een totaal van ongeveer 19.000 werknemers die lijden aan een burnout of zich ziek voelen op het werk en zouden kunnen evolueren naar een burnout.

3.3.2 Klinische profielen verbonden aan een burnout

3.3.2.1 Geslacht en leeftijd

Algemeen genomen bevat onze steekproef van gevallen meer vrouwen die lijden aan een burnout (62 % van de gevallen). Deze vaststelling kan in verband gebracht worden met de gegevens uit de literatuur waaruit blijkt dat vrouwen, in het algemeen, meer geneigd zijn om een arts te raadplegen dan mannen en, meer specifiek, dat het percentage van klachten in verband met de mentale gezondheid bij vrouwen hoger ligt. In dit onderzoek kon echter geen duidelijk geslachtsgebonden onderscheid aangetoond worden tussen het zich ziek voelen door het werk en de gevallen van burnout.

Enkele symptomen genoemd tijdens de consultatie zijn geslachtsgebonden. Mannen klagen in verhouding meer over een daling van de motivatie, een gedragsverandering en een zekere agressiviteit. Vrouwen spreken vaker over een minder goed geheugen en een absenteïsme van langere duur. In het algemeen zien we weinig verschillen in de genoemde symptomen op basis van het geslacht, vooral voor frequente symptomen, zoals slaapstoornissen, gebrek aan energie en vermoeidheid.

Wat de arbeidsfactoren en de ontbrekende middelen betreft, klagen mannen vaker over problemen met uitrusting, organisatiewijzigingen, geen inspraak hebben in de beslissingen en een gebrek aan werkzekerheid. Vrouwen hebben het dan weer moeilijker met de werkdruk (en de fysieke belasting) en hebben meer moeite om hun beroepsleven overeen te stemmen met hun privéleven.

De leeftijdscategorie waar ziekte door het werk en burnout het vaakst voorkomen in onze steekproef is die tussen 45 en 55 jaar (32 % van de gevallen). Dit is in tegenspraak met enkele studies die aantonen dat jonge werknemers vaker te kampen hebben met deze problematiek (Schaufeli & Buunk, 2003). Toch moeten we opmerken dat de verspreiding die wij verkregen hebben ook verband houdt met de leeftijd van de patiënten en werknemers die de deelnemende artsen hebben geconsulteerd. Het zou dus onvoorzichtig zijn om conclusies te trekken uit deze resultaten.

3.3.2.2 Redenen van de consultatie en symptomen

Via een grondige analyse van de gevallen die we verzameld hebben, konden we enkele essentiële symptomen aanduiden die verband houden met een burnout. In tabel 3 staan de vaakst voorkomende symptomen bij de gevallen verzameld tijdens het onderzoek.

Tabel 3 – Frequentie van de symptomen (totaal aantal fiches = 998)

	N	%
Slaapstoornissen	607	60,8
Minder energie	529	53,0
Neurovegetatieve/functionele klachten	525	52,6
Daling van de motivatie	483	48,4
Asthenie	456	45,7
Frustratie	443	44,4

We zien dat de burnout in 60 % van de gevallen gepaard gaat met slaapstoornissen. Andere belangrijke symptomen zijn minder energie (53 %), neurovegetatieve en functionele klachten (52 %), een daling van de motivatie (48 %), asthenie (45,7 %) en frustratie (44,4 %). Deze symptomen komen het vaakst voor, zowel voor gevallen van ziekte door het werk als voor de ernstigere vormen van burnout. Toch, voor de gevallen van ziekte door het werk worden neurovegetatieve en functionele klachten het vaakst genoemd, terwijl dat voor de gevallen van burnout vooral slaapstoornissen zijn.

We stellen vast dat in bijna 30 % van de gevallen de symptomen zich meer dan 12 maanden voordoen, een bevestiging van de visie op burnout als een proces dat zich langzaam ontwikkelt en lang kan aanslepen. Hoe lang deze symptomen zich voordoen is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de gevallen van ziekte door het werk en de ernstigere vormen van burnout. Omdat mensen die lijden aan een burnout gewoonlijk meer belang hechten aan hun werk, worden de symptomen in de eerste maanden enigszins ontkend. De

eerste tekenen van burnout kunnen daarom moeilijk gediagnosticeerd worden in de eerste maanden.

Stress en uitputting zijn de belangrijkste redenen waarom werknemers naar hun behandelende arts of bedrijfsarts gaan (genoemd in meer dan 50 % van de gevallen). Burnout wordt immers beschouwd als een proces dat voortvloeit uit een aanhoudende en chronische stress. Bovendien wordt uitputting in de literatuur genoemd als een centrale dimensie van dit fenomeen. Deze redenen van consultatie zijn nog dringender als de patiënt zich in een vergevorderd stadium van het burnoutproces bevindt. De combinatie van stress en uitputting is een trigger voor het burnoutproces.

3.3.3 Welke gezondheidswerkers zijn betrokken bij de problematiek van burnout?

Patiënten met een burnout gaat het vaakst te rade bij een huisarts. Als de werknemer bij een bedrijfsarts komt, is hij in 67 % van de gevallen al op consultatie geweest bij zijn behandelende arts. Terwijl een patiënt die bij een huisarts zit, slechts in 13 % van de gevallen al naar de bedrijfsarts geweest is. Dit grote verschil kan echter verklaard worden door het feit dat de bedrijfsarts minder toegankelijk is dan de huisarts.

Andere gezondheidswerkers, zoals psychologen, psychosociale preventieadviseurs of psychiaters, worden in 31 % van de gevallen geraadpleegd. Dit bevestigt het belang van de individuele behandeling.

De adviserende geneesheren spelen pas een rol bij een langdurige arbeidsongeschiktheid, wat verklaart waarom zij nauwelijks voorkomen in de geregistreerde gevallen (10 % van de gevallen).

Logischerwijs spelen de adviserende geneesheren en andere gezondheidswerkers (psychologen, preventieadviseurs ...) vaker een rol bij vergevorderde gevallen van burnout dan bij gevallen van ziekte door het werk.

3.3.4 Burnout en werk

In ongeveer 95 % van de gevallen worden de symptomen genoemd door de patiënten in verband gebracht met het werk door de patiënt zelf (87 % van de gevallen) of door de geraadpleegde arts (8 %). Dit resultaat bevestigt de opvatting dat het fenomeen van burnout beperkt is tot het beroepsleven en is ook nuttig om een onderscheid te maken tussen burnout en een depressie, die dieper doordringt in het privéleven, en ook tussen burnout en fibromyalgie en chronische vermoeidheid waarvan de oorzaak niet noodzakelijk op het werk ligt.

Uit de analyse van de verzamelde gevallen konden ook de kenmerken van de werkomgeving afgebakend worden die verband houden met burnout.

De vaakst aangehaalde arbeidsfactoren staan vermeld in tabel 4. De factor die het meest in verband wordt gebracht met burnout is de werkdruk (58 % van de gevallen). Andere vaak genoemde factoren zijn tijdsdruk (41 %), organisatiewijzigingen (38 %), conflicten op het werk (37 %) en moeilijkheden om het privéleven en het professioneel leven overeen te stemmen (30 %).

Tabel 4 – Frequentie van de arbeidsfactoren in verband met burnout (totaal aantal fiches = 996)

	N	%
Werkdruk	577	57,9
Tijdsdruk	411	41,3
Organisatiewijzigingen	382	38,4
Conflict op het werk	373	37,4
Overeenstemming privéleven/professioneel leven	305	30,6

Bepaalde middelen in de werkomgeving zijn belangrijk om het hoofd te bieden aan de factoren die de werknemers een burnout zouden kunnen bezorgen. Uit de analyse van de verzamelde gevallen is gebleken aan welke middelen het de werknemers met een burnout vooral ontbreekt (tabel 5): steun van de overste (63,2 %), erkenning van het geleverde werk (47 %), steun van collega's (29 %), ontplooiingsmogelijkheden op het werk (23 %) en een goede taakdefinitie (19,6 %).

Tabel 5 – Frequentie van de middelen waarvan het de werknemer ontbreekt (totaal aantal fiches = 996)

	N	%
Steun van de overste	629	63,2
Erkenning	473	47,5
Steun van de collega's	293	29,4
Ontplooiingsmogelijkheden op het werk	233	23,4
Taakdefinitie	195	19,6

Deze resultaten bevestigen de studies naar het JD-R Model die het belang aantonen van de arbeidsfactoren, vooral de werkdruk, om een burnout te voorspellen en het belang om middelen aan te reiken aan de werknemers, in de vorm van steun van de overste en de collega's, maar ook van de erkenning van het geleverde werk (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou, et al., 2007). Hoewel het gewoonlijk moeilijk is om factoren zoals werkdruk te beperken, kunnen de middelen aangereikt aan de werknemers wel eenvoudig verbeterd worden. Dit zijn dus interessante manieren om primaire preventie maatregelen uit te werken en zo risicofactoren tegen te gaan die tot een burnout kunnen leiden.

3.4 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen die zeker vermeld moeten worden om de voorgestelde resultaten te interpreteren en elke verkeerde veralgemening te vermijden.

De definitie van de “gevallen” van burnout is gebaseerd op de symptomen en klachten geuit door de werknemer en op de diagnose gesteld door de arts. De geldigheid van de verkregen resultaten hangt dus af van de representativiteit van beide steekproeven van deelnemende artsen aan het onderzoek. De deelnemende bedrijfsartsen vertegenwoordigen zo’n 12,5 % van het totaal aantal bedrijfsartsen werkzaam in België; dit percentage is redelijk aanvaardbaar omdat de doelstelling vastgesteld werd op 20 %. De steekproef van huisartsen kan niet als bevredigend beschouwd worden: de deelnemende artsen vertegenwoordigen slechts 1,3 % van de artsen die daadwerkelijk actief zijn in België. Deze steekproef wordt, net als die van de bedrijfsartsen, gekenmerkt door een oververtegenwoordiging van de Franstalige artsen.

De originele methode gekozen voor dit onderzoek, waarbij we ons baseren op de diagnose van de artsen (en niet op een zelfbeoordeling door de werknemer) heeft als nadeel dat die vatbaar is voor de variabiliteit van de medische beoordelingen.

Nog een duidelijke beperking van het uitgevoerde onderzoek is de periode waarin de gegevens werden verzameld: drie maanden is wellicht te kort om een betrouwbare schatting te kunnen maken van de prevalentie van burnout. Gewoonlijk wordt aangeraden om gedurende 6 maanden tot een jaar gevallen te registeren. De systematische fout die op die manier in de schatting gemaakt wordt, houdt echter waarschijnlijk verband met de periode waarin deze 3 maanden vallen in het jaar (einde van de lente, begin van de zomer, begin van de vakantie).

Het aantal ingezamelde klinische gevallen vormt echter een interessante database omdat die gebaseerd is op de dagelijkse praktijk van 250 artsen. Het zou echter riskant zijn om de vaststellingen en conclusies die hieruit getrokken worden over het fenomeen van burnout te veralgemenen tot alle Belgische werknemers.

4. Conclusie

Dit onderzoek had tot doel om een objectief beeld te schetsen van het fenomeen burnout en de omvang ervan bij de Belgische beroepsbevolking te meten.

De belangrijkste bijdrage van het literatuuroverzicht was om een duidelijke definitie op te stellen van burnout en andere soortgelijke concepten, zoals stress, psychosociale belasting, depressie, workaholisme, chronische vermoeidheid en fibromyalgie. De aangetoonde verschillen en gelijkenissen tussen deze concepten zullen zeker van pas komen voor artsen die een differentiaaldiagnose moeten stellen.

Dit literatuuroverzicht heeft ook interessante resultaten opgeleverd over de symptomen van burnout en de kenmerken van de werkomgeving die verband houden met dit fenomeen. Geslacht lijkt geen belangrijke factor in de verklaring van burnout, hoewel bepaalde symptomen en arbeidsfactoren vaker kunnen voorkomen bij vrouwen of bij mannen.

Het onderzoeksteam heeft ervoor gekozen om de prevalentie van burnout te schatten op basis van het aantal gevallen in het Belgische gezondheidssysteem. In onze steekproef leidt dit tot een percentage van ongeveer 0,8 % als we rekening houden met alle opgetekende gevallen. Dit prevalentiecijfer wordt bevestigd als we dit analyseren op basis van de diagnose van de huisartsen enerzijds en de bedrijfsartsen anderzijds, maar ook als we de Franstalige en Nederlandstalige populaties apart bekijken.

Deze schatting kan laag lijken, maar is toch goed voor bijna 19.000 werknemers in België. We moeten ook benadrukken dat deze personen zich al slecht genoeg voelen om een arts te raadplegen. Dit is dus nog maar het topje van de ijsberg, want een deel van de werknemers vertoont bepaalde vroege tekenen van burnout zonder te rade te gaan bij een gezondheidswerker. Ze vechten ertegen om actief te kunnen blijven op de arbeidsmarkt.

Burnout is een reëel gezondheidsprobleem met ernstige gevolgen voor de gezondheid van de werknemers, de bedrijven en de maatschappij. Er moet verder onderzoek gevoerd worden om onze kennis over deze problematiek te vergroten en acties te plannen op het vlak van bewustmaking, preventie en behandeling om zo de strijd aan te gaan tegen dit fenomeen.

5. Bibliografie

- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling, 78*(2), 184-192.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309-328.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management, 30*(6), 859-879.
- Laugaa, D., Rasclea, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French elementary school teachers: A transactional approach. *European review of applied psychology, 58*(4), 241-251.
- Maslach, C. (2010). Burnout in the workplace. [Audio Recording]. Lyon.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, P. B. (2003). Burnout: An overview of 25 Years of Research on Theorising. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress, 19*(3), 256-262.
- Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian journal of industrial medicine, 13*(2), 77-79.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 263-270.
- Spickard, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA, 288*(12), 1447-1450.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*(3), 487-506
- Tabary, S., Callanquin, J., & Marinelli, D. (2007). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: Réflexions sur son existence à l'officine et sur la possibilité d'y remédier. *Bulletin de l'ordre, 396*, 371-374
- Trontin, C. (2006, 13 octobre). *Coûts du stress: éléments d'appréciation des enjeux économiques*. Communication présentée dans le cadre du Colloque CHP de Liège intitulé 'Travail et Stress : la loi sur le Bien-Etre, 10 ans déjà... et après ?', Site Agora, Liège.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., et al. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of managerial psychology 22*, 766-776.