# Psychische vermoeidheid en werk

WILMAR SCHAUFELI EN IRENE HOUTMAN

## 1.1 Inleiding

Werkgerelateerde psychische problematiek, zoals overspanning, surmenage en burnout, staat momenteel in het middelpunt van de belangstelling. De omvang van de groep werkenden die met dit type klachten uitvalt, is zeer groot: de afgelopen jaren betrof het ongeveer een kwart tot eenderde van alle WAO-ers, wat begin 2000 neerkwam op ongeveer 250.000 mensen. De uitval vanwege psychische klachten blijkt relatief vaak arbeidsgebonden, terwijl werkhervatting voor mensen met dit type klachten extra moeilijk blijkt. Ook de risico's in het werk die worden geassocieerd met psychische klachten, zoals een hoge werkdruk en grote intensiteit van het werk, nemen gestaag toe. Cijfers van het CBS geven aan dat het werktempo de afgelopen 20 jaar met gemiddeld 1,5 procent per jaar is toegenomen (Otten, 1999). De kosten van arbeidsuitval ten gevolge van stress zijn groot, niet alleen op het financiële, maar ook op het menselijke vlak.
Deze en vergelijkbare gegevens rechtvaardigen een nadere beschouwing van diverse onderzoeksgegevens op het gebied van werk en vermoeidheid die de afgelopen jaren in Nederland zijn verzameld. In het kader van het NWO-onderzoeksprogramma 'Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie' is daarom besloten om een aantal analyses op bestaand cijfermateriaal uit te voeren (zogenaamde *secundaire analyses*). Via deze oorspronkelijk met een ander doel verzamelde gegevensbestanden kan een antwoord gegeven worden op de volgende vragen:

1. Hoe vaak en in welke mate komt psychische vermoeidheid bij werkenden voor?
2. Welke groepen werkenden lopen een verhoogd risico op psychische vermoeidheid?
3. Welke factoren vergroten de kans om psychisch vermoeid te raken?

In hoofdstuk 2 van dit boek worden deze vragen beantwoord aan de hand van secundaire analyses die zijn uitgevoerd op enkele grote gegevensbestanden die de

afgelopen jaren in Nederland zijn verzameld. Een sterk punt van deze bestanden is hun representativiteit, waardoor een goede schatting kan worden gemaakt van het vóórkomen (oftewel de *incidentie*) van psychische vermoeidheid (vraag 1). Ook kunnen op basis van deze bestanden risicogroepen in de beroepsbevolking worden geïdentificeerd (vraag 2). Een zwak punt is echter de manier waarop psychische vermoeidheid is gemeten. Dikwijls is dit gebeurd aan de hand van globale vragen over *algemene* vermoeidheid, waarvan we veronderstellen dat dit sterk gerelateerd is aan psychische vermoeidheid (zie paragraaf 1.3). In hoofdstuk 3-5 van dit boek worden de resultaten besproken van analyses van kleinere, meer specifieke gegevensbestanden. Deze zijn weliswaar minder representatief voor de Nederlandse beroepsbevolking, maar daar staat tegenover dat psychische vermoeidheid beter is gemeten met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten. Hierdoor is het mogelijk om dieper in te gaan op mogelijke risicofactoren (vraag 3).
Voorafgaand aan de bespreking van de resultaten van de analyses wordt in dit hoofdstuk achtereenvolgens ingegaan op de *maatschappelijke omvang* van het probleem in termen van ziekteverzuim en WAO-intrede en de daarmee gemoeide kosten (paragraaf 1.2); het begrip *psychische vermoeidheid* en het meten daarvan (paragraaf 1.3); en, voorzover reeds bekend, het *vóórkomen van psychische vermoeidheid* (paragraaf 1.4); *risicogroepen* met betrekking tot psychische vermoeidheid (paragraaf 1.5); en *risicofactoren* met betrekking tot psychische vermoeidheid (paragraaf 1.6). Tezamen schetsen deze paragrafen een kader waarin de onderzoeksresultaten uit de volgende hoofdstukken kunnen worden geïnterpreteerd.

## 1.2 Werkgerelateerde psychische aandoeningen: een maatschappelijk probleem

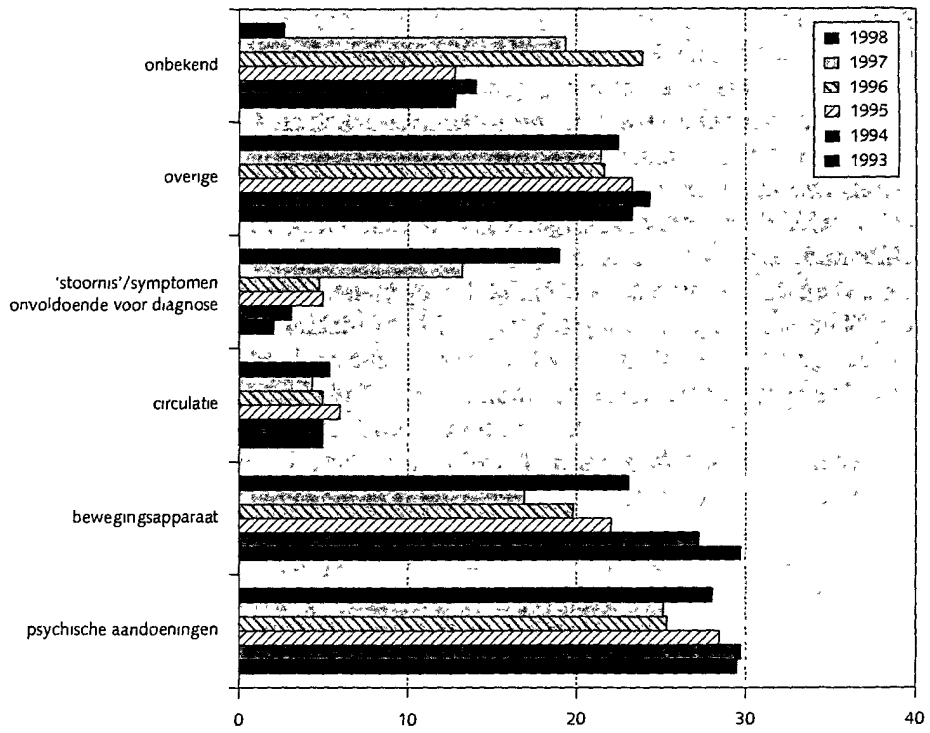
Over het algemeen zijn Nederlanders tamelijk tevreden over hun gezondheid. Uit over een reeks van jaren verzamelde CBS-cijfers blijkt dat 86% tot 89% van de Nederlanders tussen de 18 en 65 jaar zich gezond voelt (CBS. 1991-1997). Daar staat tegenover dat het CBS in haar in 1997 uitgevoerde leefsituatieonderzoek vaststelde dat 11% van alle Nederlanders last had van 'ongewone vermoeidheid'.[1] en dat 10% van de werkende bevolking zou lijden aan 'burnout'[2] (Otten, 1999). Verder gaf 24% van de werkenden aan dat het werk hen te veel wordt door de ervaren werkdruk en het werktempo, en zei 15% het afgelopen jaar te hebben verzuimd vanwege werkgerelateerde klachten (CBS, 1997).

[1] Personen gelden als 'ongewoon moe' wanneer zij ten minste drie van de volgende vier vragen met 'ja' beantwoorden: (1) Hebt u last van slapeloosheid?; (2) Hebt u vaak een gevoel van moeheid?; (3) Voelt u zich nogal eens lusteloos?; en (4) Voelt u zich gauwer moe dan u normaal acht?
[2] Burnout werd gemeten met behulp van een verkorte versie van de Uitputtingsschaal van de UBOS (zie paragraaf 2.3).

*Ziekteverzuim*
Helaas is er op landelijk niveau weinig bekend over het *type* klachten op grond waarvan men verzuimt. Formeel moeten werknemers die dertien weken ziek zijn, door de werkgever bij de uitvoeringsinstelling (uvi, zoals GAK, Cadans en Uszo) worden gemeld. Ook moet, naast een voorlopig reïntegratieplan, een *diagnose* volgens een bepaald classificatiesysteem worden aangeleverd. Ten aanzien van dat laatste blijkt men ernstig in gebreke te blijven. Wel is bekend dat ongeveer de helft van de langdurig zieken aangeeft dat hun werk (mede) oorzaak is van hun ziekte (Van der Giezen e.a., 1999). Bij dit zogenaamde *arbeidsgebonden ziekteverzuim* blijken de diagnosecategorieën 'psychische ziekten' en 'aandoeningen van het bewegingsapparaat' een hoofdrol te spelen. Naar schatting speelt bij 20% van het ziekteverzuim psychische klachten een rol (Koningsveld en Mossink, 1997). Uit ander onderzoek kwam naar voren dat ruim 30% van het arbeidsgebonden ziekteverzuim door de betrokkenen werd geweten aan 'het soort werk dat ik doe' (dat wil zeggen, vooral fysiek belastend werk), gevolgd door 'te hoge werkdruk' (ruim 20%), 'onenigheid met chef, baas, of collega's' (13%) en 'bedrijfsongeval' (12%. Kunnen e.a., 1997) Met andere woorden, een groot deel van het ziekteverzuim is arbeidsgebonden, psychisch van aard en heeft te maken met fysieke belasting, werkdruk en conflicten op het werk.

*WAO-intrede*
Wanneer men na één jaar uitval nog steeds verzuimt wegens ziekte, wordt men beoordeeld, en bepalen een verzekeringsgeneeskundige en een arbeidsdeskundige of (en zo ja, met welk percentage) men arbeidsongeschikt wordt verklaard. Bij deze gelegenheid wordt ook een diagnose gesteld en wordt bepaald of men geheel dan wel gedeeltelijk recht heeft op een WAO-uitkering. Figuur 1.1 geeft een overzicht van de WAO-intrede naar diagnosecategorie.
Momenteel is de groep met psychische aandoeningen met 25% de grootste diagnosegroep, gevolgd door aandoeningen van het bewegingsapparaat. Opvallend is de toename van het percentage 'diagnose onbekend' van 13% in 1993 tot 19% in 1997 (sindsdien is overigens een sterke daling opgetreden). Daarnaast bedraagt in 1997 ook de restcategorie 'symptomen onvoldoende om diagnose te stellen' 13%.[3] Dit percentage is in 1998 echter weer verder gestegen naar 19%. Met andere woorden, voor 1997 en 1998 weten we dus voor circa eenderde, respectievelijk bijna een kwart van de WAO-ers niet wat hun diagnose is bij intrede. Na de opschudding over het feit dat medio 1998 in maar liefst 56% van de gevallen onbekend was welke diagnose van toepassing was (Berendsen e.a.,

[3] Het LISV stelt overigens dat het grote aantal onbekende diagnoses in het kader van de restcategorie 'symptomen onvoldoende om diagnose te stellen' slechts een tijdelijk probleem is, omdat er in deze periode een nieuw classificatiesysteem werd geïntroduceerd en het om die reden vaak voorkwam dat de arts wel een diagnose stelde, maar dat de codeur hier in het nieuwe classificatiesysteem geen raad mee wist.




**Figuur 1.1.** WAO-intrede naar diagnose 1993-1997 (bron. Ctsv, 1996, LISV, 1999c)

1998) heeft het LISV deze groep alsnog onderzocht. Bij de herbeoordeling van de betreffende dossiers kon in 81% alsnog een diagnose worden gesteld. Het betrof in relatief veel gevallen psychische aandoeningen (Hoogervorst, 1998). Op grond van de resultaten van de herbeoordeling is het dus mogelijk dat de percentages psychische aandoeningen uit figuur 1.1 een onderschatting geven, dan wel dat de groep met de diagnose 'symptomen onvoldoende om een diagnose te stellen' feitelijk niet in de WAO thuishoort.

De uitval wegens psychische aandoeningen betreft in de regel niet zozeer psychiatrische aandoeningen als wel klachten als overspanning, (subklinische) depressie en burnout, waarvoor de psychische arbeidsbelasting op het werk in belangrijke mate medeverantwoordelijk kan worden geacht. Dit is overigens een belangrijk punt, omdat we primair zijn geïnteresseerd in *psychische* vermoeidheid (zie ook paragraaf 1.3.1). Onderzoek uit het begin van de jaren negentig laat zien dat 93% van diagnosecategorie V – 'psychische klachten' – in de categorie 'overige stoornissen' valt (Van Eck, 1991). De resterende 7% bevat psychiatrische stoornissen zoals neuroses, psychoses, persoonlijkheidsstoornissen of mentale retardatie. Van deze 93% is weer 90% geclassificeerd als 'situatieve of exogene reactie' oftewel 'surmenage'. Surmenage is weer synoniem aan overspannenheid, waarvan het belangrijkste kenmerk psychische vermoeidheid is (Terluin, 1993).

Dit beeld wordt bevestigd door recenter, zij het wat minder gedetailleerd onderzoek (LISV, 1998). Samenvattend kan dus worden gezegd dat diegenen die om psychische redenen in de WAO zitten, gewoonlijk *niet* lijden aan een psychiatrische stoornis, maar dat het 'normale' mensen betreft die zijn vastgelopen in hun werk. Daarbij moet overigens worden aangetekend dat er indicaties zijn dat er sprake is van een onderschatting van met name klinisch depressieve klachten in de (beroeps)bevolking (Bijl e.a., 1997; Pop en Van Heck, 1999).

*Werkhervatting*

Werkenden die na het eerste ziektejaar in de WAO terechtkomen met psychische aandoeningen, worden vaker volledig (80% tot 100%) arbeidsongeschikt verklaard dan diegenen voor wie een andere diagnose werd gesteld. Zo blijkt het aandeel volledig arbeidsongeschikten bij psychische klachten 84% te bedragen, tegen 63% bij aandoeningen van het bewegingsapparaat (LISV, 1998). Werkenden die met psychische klachten in de WAO zitten, blijken ook minder makkelijk te reïntegreren dan werkenden met andere typen klachten (Nijboer, Gründemann en Andries, 1993; LISV, 1998, 1999). Eén factor die hierbij een rol speelt, is dat de werkgever veel problemen ziet bij reïntegratie van werkenden met psychische gezondheidsklachten. Zo functioneren werknemers met de diagnose 'psychische aandoeningen' volgens de directe chef vaker onvoldoende in het werk dan diegenen met een andere diagnose, vooral waar het gaat om de kwaliteit van het door hen geleverde werk (Andries e.a., 1998). Als grootste knelpunten voor reïntegratie van werknemers met psychische klachten door werkgevers worden genoemd: de verhoogde kans op uitval in de toekomst, moeite met de privacygevoelige aard van de problematiek, extra belasting die de reïntegratie voor collega's met zich meebrengt, en onduidelijkheid over de benadering van de zieke werknemer (Nieuwe Weme en Janssen, 1998).

*De kosten van uitval*

De kosten van uitval op het werk wegens psychische klachten zijn aanzienlijk. Naast uiteraard de menselijke kosten zijn er ook grote financiële kosten mee gemoeid. De financiële kosten van het ziekteverzuim ten gevolge van psychische aandoeningen worden geraamd op 1,7 miljard gulden op jaarbasis, dat is 40% van het totaal van de geschatte verzuimkosten (Koningsveld en Mossink, 1997). De kosten van de WAO-intrede wegens langdurige psychische aandoeningen worden geschat op 2,7 miljard, dat is 43% van de totale geschatte kosten van de WAO. Ten slotte worden de kosten voor medische consumptie wegens psychische klachten en aandoeningen geschat op 'slechts' 290 miljoen. In totaal gaat het dus om een bedrag van bijna 4,7 miljard dat direct gemoeid is met psychische klachten op het werk.

*Conclusie*

Werkgerelateerde psychische aandoeningen, waarvan psychische vermoeidheid naar alle waarschijnlijkheid een groot deel van uitmaakt, vormen een serieus

maatschappelijk probleem. Ongeveer 10% van de werkenden zou ernstig vermoeid zijn, terwijl naar schatting 20% van het ziekteverzuim en een kwart tot een derde van de WAO-instroom te wijten is aan psychische klachten. De groep WAO-ers met een dergelijke diagnose is relatief vaak volledig arbeidsongeschikt en heeft een kleinere kans op reïntegratie. De totale kosten van werkgerelateerde psychische aandoeningen werden in 1997 reeds geraamd op 4,7 miljard gulden op jaarbasis.

## 1.3 Psychische vermoeidheid: een plaatsbepaling

In het voorafgaande is er steeds sprake geweest van werkgerelateerde psychische klachten en aandoeningen en slechts zijdelings van psychische vermoeidheid. In deze paragraaf besteden we meer gedetailleerd aandacht aan psychische vermoeidheid en aan de manier waarop het gemeten kan worden.

### 1.3.1 Wat is psychische vermoeidheid?[4]

Vermoeidheid is een normaal gevolg van het verrichten van arbeid, omdat werken nu eenmaal energie kost. Het is een waarschuwingssignaal dat er behoedzaam moet worden omgesprongen met reserves. Iedereen kent het gevoel van vermoeidheid dat meestal aan het einde van de werkdag optreedt: of eerder, wanneer we het bijzonder druk hebben of wanneer we lange tijd met een moeilijke of vervelende klus bezig zijn. Paradoxaal genoeg kan men zich trouwens ook vermoeid voelen als men juist niets om handen heeft of als het werk erg eentonig is.
Vermoeidheid komt in velerlei soorten en gradaties voor. In zeker opzicht is vermoeidheid te vergelijken met koorts; het is een aspecifiek symptoom dat bij veel andere soorten (chronische) aandoeningen voorkomt. Zo komen gevoelens van vermoeidheid vaker voor bij mensen die lijden aan reuma, astma, bloedarmoede, depressie en angststoornissen in vergelijking tot mensen die niet aan dergelijke aandoeningen lijden. In dergelijke gevallen wordt wel gesproken van 'secundaire vermoeidheid', omdat het gaat om vermoeidheid als begeleidend verschijnsel. Vermoeidheid kan echter ook de kern van de aandoening vormen. Zo werd extreme vermoeidheid aan het einde van de vorige eeuw geïdentificeerd als kernsymptoom van 'neurasthenie' en is er recentelijk veel belangstelling voor het Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS), ook wel ME (Myalgische Encephalomyelitis) of Epstein-Barr virussyndroom genoemd. Het gaat bij het CVS om extreme en invaliderende vermoeidheid, die gepaard gaat verhoging, keelpijn, gevoelige hals- en okselklieren, spier- of gewrichtspijn, slaapklachten, concentratieproblemen en malaiseklachten (Jason e.a., 1995). Over de oorzaken van het

[4] Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op Meijman en Schaufeli (1996).

syndroom, dat naar schatting bij 0,3 tot 0,7% van de patiënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg voorkomt, tast men overigens nog in het duister.
In dit boek gaat het echter noch om secundaire vermoeidheid, noch om het CVS, maar om psychische vermoeidheid ten gevolge van arbeid. Traditioneel wordt vermoeidheid vanuit arbeidspsychologisch gezichtspunt opgevat als een afname van de werkprestatie ten gevolge van aanhoudende lichamelijke of geestelijke activiteit. In meer recente benaderingen wordt vermoeidheid, al dan niet in de arbeidssituatie, beschouwd als een uiting van een subjectief, door motivatie beïnvloed oordeel over de eigen toestand. Alhoewel er geen algemeen geaccepteerde definitie van vermoeidheid bestaat, is er wel overeenstemming over het multi-dimensionele karakter ervan. Aan vermoeidheid worden behalve een algemeen belevingsaspect tevens lichamelijke, emotionele, cognitieve, motivationele en handelingsaspecten onderscheiden. Psychische vermoeidheid kan dan als volgt worden omschreven:

> *Psychische vermoeidheid is het complexe verschijnsel dat optreedt ten gevolge van voorafgaande fysieke en/of mentale activiteit, die tot een zodanige psychische belasting is geworden dat men niet meer in staat is om adequaat te reageren op de eisen die de taaksituatie of de omgeving aan het psychisch functioneren stelt; dan wel, hiertoe slechts in staat is ten koste van toenemende mentale inspanning en het overwinnen van psychische weerstand.*

Deze omschrijving van psychische vermoeidheid sluit de hiervoor genoemde belevingsaspecten in. Alhoewel die aspecten begripsmatig van elkaar kunnen worden onderscheiden, vormen ze géén aparte belevingscategorieën; men voelt zich niet uitsluitend fysiek of psychisch moe. Integendeel, vermoeidheid wordt juist gekenmerkt door haar algemene, ongedifferentieerde karakter. Vandaar ook dat vermoeidheid dikwijls met één simpele vraag wordt gemeten in de trant van: 'Bent u vaak moe?' (zie paragraaf 1.3.2).

*Acute en langdurige vermoeidheid*
Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de normale vermoeidheid die optreedt aan het einde van een werkdag en de vermoeidheid die niet zomaar overgaat na een nachtje slapen of na een ontspannend weekend. In het eerste geval spreken we ook wel van acute vermoeidheid; in het tweede geval spreken we van langdurige vermoeidheid, die door de betrokkene beleefd wordt als een psychische klacht. We hebben het dan over burnout, een vorm van ernstige werkgerelateerde vermoeidheid. Alhoewel het onderscheid tussen acute en langdurige vermoeidheid gradueel van aard is, bestaan er toch belangrijke verschillen tussen beide vormen van vermoeidheid (tabel 1.1).

*Reversibiliteit*
Reeds eerder is aangegeven dat men in de regel na acute vermoeidheid zonder gezondheidsschade herstelt; met andere woorden, acute vermoeidheid is reversi-

**Tabel 1.1.** Acute versus langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie

| Acute vermoeidheid | Langdurige vermoeidheid ('burnout') |
|---|---|
| – Reversibel | – Irreversibel |
| – Taakspecifiek | – Niet taakspecifiek |
| – Functionele compensatiemechanismen | – Disfunctionele compensatiemechanismen |

bel. Werk vraagt inspanning en deze inspanning brengt kosten met zich mee, maar door rust, slaap of ontspanning kunnen deze kosten weer teniet worden gedaan. Het gaat daarbij zowel om fysiologische als om psychologische kosten.
*Fysiologische kosten* komen bijvoorbeeld tot uitdrukking in veranderingen in hormoonspiegels, hersenpotentialen en cardiovasculaire activiteit. Deze veranderingen leiden tot handelingsinsufficiëntie, oftewel het niet meer optimaal kunnen verrichten van de arbeidstaak: het werk gaat minder snel en nauwkeurig. Tijdens de herstelfase na afloop van het werk keren de fysiologische waarden terug naar hun normale basisniveau, wordt de handelingsbekwaamheid weer hersteld en kan er als vanouds gepresteerd worden. Onder bepaalde voorwaarden kan er ook 'groei' zijn opgetreden: wanneer men bijvoorbeeld herhaaldelijk wordt overbelast en daarbij het benodigde herstel krijgt, kan er sprake zijn van een trainings- of leereffect.
*Psychologische kosten* komen tot uitdrukking in een groeiende weerstand die overwonnen moet worden om de arbeidsprestatie te blijven leveren. Deze weerstand wordt groter naarmate de dag vordert, maar is na een rustperiode gewoonlijk weer verdwenen. Voor één van de grondleggers van de arbeidspsychologie – de Amerikaan Edward Thorndike – vormt deze aantasting van de handelingsbereidheid, of in zijn woorden *'the intolerance of any effort'*, de psychologische kern van de vermoeidheidsbeleving. Dus naast een aantasting van de handelings*bekwaamheid* ('Ik *kan* niet meer') treedt er bij vermoeidheid in de arbeidssituatie ook een aantasting van de handelings*bereidheid* op ('Ik *wil* niet meer'). Groeiende weerstand, desinteresse en irritatie zijn het gevolg. Vermoeid zijn betekent dus dat men geen energie meer *kan*, noch *wil* besteden aan de arbeidstaak.
Bij acute vermoeidheid is dit proces reversibel vanwege het herstel dat optreedt. Bij langdurige vermoeidheid is dat echter niet het geval. Dat wil zeggen, er vindt onvoldoende herstel plaats door te weinig slaap, rust of ontspanning, zodat er een opeenstapeling van fysiologische en psychologische kosten ontstaat met langdurige vermoeidheid als gevolg. Het gaat hier om een onomkeerbaar of irreversibel proces; langdurige vermoeidheid blijft bestaan zolang er geen zeer ingrijpende maatregelen worden genomen, zoals ander werk zoeken of professionele hulp inroepen. Langdurige vermoeidheid kan zeer ernstige gevolgen voor de gezondheid hebben. Zo heeft de Nederlandse onderzoeker Appels met zijn collega's bij ongeveer 4.000 gemeenteambtenaren in Rotterdam aangetoond dat de mate van 'vitale uitputting', de kern van het burnout-syndroom, een goede voorspeller vormt voor het krijgen van een hartinfarct ruim vier jaar na dato (Appels e.a.,

1989). Diegenen die rapporteerden dat ze zich uitgeput voelden, hadden een veel hoger risico om een hartinfarct te krijgen dan diegenen die zich niet uitgeput voelden. Dat risico bleef bestaan ook nadat er rekening was gehouden met bekende andere risicofactoren zoals leeftijd, bloeddruk, rookgedrag en cholesterolspiegel.

*Specificiteit*
Acute vermoeidheid is *taakspecifiek:* wordt er van taak gewisseld, dan verdwijnt de vermoeidheid of neemt deze sterk af. Werkenden worden moe van steeds maar hetzelfde routinematige werk, ze raken erop uitgekeken omdat het geen uitdaging meer biedt. Eentonigheid stompt af en maakt moe. Door tussendoor iets anders te doen kan vermoeidheid op het werk bestreden worden. Daarentegen biedt het wisselen van taak of bezigheid bij langdurige vermoeidheid geen soelaas meer; de vermoeidheid blijft onverminderd voortbestaan. In plaats van taakgebonden te zijn, zoals bij acute vermoeidheid, is er bij langdurige vermoeidheid sprake van een algehele vermoeidheid die niet afhankelijk is van datgene dat men concreet onder handen heeft.

*Compensatiemechanismen*
Zodra acute vermoeidheid optreedt, worden er compensatiemechanismen aangewend die bedoeld zijn als een soort zelfbescherming tegen verdere fysiologische en psychologische uitputting. Het meest voor de hand liggende is om het wat kalmer aan te gaan doen, dus om voorzichtiger met de energiereserves om te springen. Zo blijkt uit arbeidspsychologisch onderzoek dat – niet verwonderlijk – vermoeide werkenden aan het einde van de werkdag hun werktempo verlagen, minder aandacht aan details besteden en meer fouten gaan maken. Tevens passen ze andere strategieën toe die minder moeite kosten om hun doel te bereiken.
Bij acute vermoeidheid zijn dergelijke compensatiemechanismen, die eigenlijk niets anders beogen dan de manier van werken aan te passen aan de beschikbare capaciteit, functioneel. Door de manier van werken te veranderen, wordt er een minder groot beroep op de reserves gedaan en kan men dus langer doorgaan. Bij langdurige vermoeidheid is er echter iets heel anders aan de hand. Daar werken de compensatiemechanismen namelijk niet meer: noch het aanwenden van andere strategieën, noch het kalmer aandoen hebben de beoogde positieve effecten op de vermoeidheid. De compensatiemechanismen die bij acute vermoeidheid effectief zijn, hebben hun effectiviteit nu goeddeels verloren. Sterker nog, bij langdurige vermoeidheid zijn deze mechanismen zèlf het probleem geworden. Het gaat daarbij vooral om de nauwelijks meer te overwinnen weerstand tegen het leveren van inspanningen, het daarmee samenhangende motivatieverlies en de neiging zich mentaal terug te trekken. Een dergelijke negatieve psychische toestand is functioneel bij acute vermoeidheid omdat het een bescherming biedt tegen verdere uitputting, maar bij langdurige vermoeidheid vormt het chronische karakter van deze psychische toestand juist de kern van het probleem. Het zich uit zelfbescherming terugtrekken uit een veeleisende taakomgeving schiet bij

langdurige vermoeidheid als het ware zijn doel voorbij, omdat het tot een algemeen en irreversibel gedragspatroon is geworden. Psychologische distantie, oftewel het zich mentaal terugtrekken uit het werk, vormt bijvoorbeeld tezamen met uitputting de kern van het zogenaamde burnout-syndroom.

### 1.3.2 Het meten van vermoeidheid

Hiervoor werd vermoeidheid opgevat als een subjectief oordeel over het eigen functioneren. Dat betekent dat vermoeidheid kan worden vastgesteld door er (schriftelijk) naar te vragen; het betreft immers een belevingsaspect dat voor de betrokkene direct toegankelijk is. In principe kan de bevraging op drie manieren geschieden. In de medische wetenschappen wordt over het algemeen gebruikgemaakt van enkelvoudige vragen van het type 'Bent u vaak moe?', zoals bijvoorbeeld in het *Periodiek Bedrijfsgezondheidkundig Onderzoek* (PBGO) (zie verder hoofdstuk 2).
Een tweede manier om vermoeidheid te kwantificeren is door gebruik te maken van ééndimensionele schalen, waarin vermoeidheid wordt opgevat als een ongedifferentieerd fenomeen waaraan geen aparte aspecten te onderscheiden zijn. Een voorbeeld hiervan is de Herstelbehoefte-schaal, die onderdeel uitmaakt van de *Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid* (VBBA, Van Veldhoven e.a., 1997). Deze schaal bevat vragen als 'Aan het einde van de werkdag ben ik echt op', 'Ik kom meestal pas op de tweede vrije dag tot rust' en 'Als ik thuiskom, moeten ze me even met rust laten'.
Een meer gedifferentieerd beeld wat betreft de *aard* van vermoeidheid bieden de vooral door psychologen ontwikkelde multidimensionele vermoeidheidsschalen. Voorbeelden van dergelijke schalen zijn de *Checklist Individuele Spankracht* (CIS, Vercoulen e.a., 1994, 1999) en de *Multidimensionele Vermoeidheidsindex* (MVI, Smets e.a., 1995a, 1995b). Beide vragenlijsten bestaan uit vier onderling samenhangende subschalen: (1) algemene vermoeidheid; (2) concentratie of cognitieve vermoeidheid; (3) lichamelijk activiteitsniveau; en (4) reductie in motivatie. Deze twee schalen maken dus onderscheid tussen enerzijds de algemene beleving van vermoeidheid, en anderzijds de cognitieve, fysieke en motivationele aspecten daarvan. Het belangrijkste verschil tussen de CIS en de MVI is dat de eerstgenoemde uitgaat van de vermoeidheid tijdens de laatste twee weken, terwijl de laatstgenoemde uitgaat van de laatste paar dagen. Beide instrumenten, die in Nederland vooral zijn gebruikt in medisch onderzoek naar respectievelijk het CVS en kanker, hebben goede psychometrische eigenschappen wat betreft betrouwbaarheid en validiteit. Beide instrumenten hebben bovendien een goed discriminerend vermogen, dat wil zeggen, met deze instrumenten kunnen mensen met vermoeidheidsklachten worden onderscheiden van gezonde mensen zonder zulke klachten.
Zowel de CIS als de MVI geven een indicatie van vermoeidheid in het *algemeen*, en niet specifiek van vermoeidheid *op het werk*. De enige, specifiek voor de werksituatie ontwikkelde multidimensionele vermoeidheidsschaal is de Maslach Burn-

out Inventory (MBI), in Nederland bekend onder de naam Utrechtse Burnout Schaal (UBOS – Schaufeli en Van Dierendonck, 2000). Oorspronkelijk was de MBI vooral bedoeld voor gebruik in beroepen waarin intensief met andere mensen wordt gewerkt, zoals in de welzijns- en gezondheidszorg en in het onderwijs. Dit komt tot uitdrukking in de drie subschalen van de MBI: (1) emotionele uitputting, oftewel het gevoel helemaal 'leeg' te zijn als gevolg van de emotionele belasting die werken met andere mensen met zich meebrengt; (2) depersonalisatie, oftewel het niet als persoon maar als object behandelen van andere mensen waarmee men dagelijks werkt; (3) verminderde persoonlijke bekwaamheid in het werken met andere mensen. Recentelijk is er een algemene versie van de MBI ontwikkeld die in iedere werksituatie kan worden afgenomen, ongeacht of er met mensen wordt gewerkt of niet. Dat houdt in dat de drie dimensies enigszins zijn verbreed en geherformuleerd in respectievelijk: (1) uitputting, oftewel het zich 'leeg' voelen, ongeacht de oorzaak; (2) distantie, oftewel een cynische en afstandelijke houding ten opzichte van het werk dat men verricht, onafhankelijk van de inhoud van het werk; (3) geringe competentie, oftewel het ervaren gebrek aan professionaliteit, alweer ongeacht het type werk dat men verricht.
Er is zowel nationaal als internationaal veel onderzoek met en naar de MBI dan wel de UBOS gedaan. Daaruit komt het instrument in technische zin goed naar voren, dat wil zeggen, de subschalen zijn voldoende betrouwbaar en valide. Bovendien is het instrument in staat om diegenen op te sporen die volgens een psychiatrisch oordeel 'burned-out' zijn. Met andere woorden, de vragenlijst discrimineert tussen gezonde werkenden en werkenden die eigenlijk voor hun burnout-klachten behandeld zouden moeten worden.
In de handleiding van de UBOS wordt een aantal studies vermeld waarin eveneens de schaal voor Herstelbehoefte of de MVI (algemene vermoeidheid) is opgenomen. De sterkte van de samenhang tussen enerzijds de Herstelbehoefte-schaal en de MVI en anderzijds de UBOS blijkt, afhankelijk van de onderzochte dimensie, te verschillen. De sterkste samenhang wordt aangetroffen met de uitputtingsschaal (correlaties van circa 0.75), gevolgd door respectievelijk distantie (correlaties van circa 0,40) en geringe competentie (correlaties van 0,30). Zoals te verwachten is de relatie van de UBOS met de Herstelbehoefteschaal sterker dan die met de MVI. Immers, zowel de Herstelbehoefteschaal als de UBOS hebben betrekking op *werkgerelateerde* vermoeidheid.

### 1.3.3 Conclusie

Psychische vermoeidheid is een complex begrip dat naast algemene belevingsaspecten ook een lichamelijke, emotionele, cognitieve, motivationele en een handelingsdimensie omvat. Bij psychische vermoeidheid is zowel sprake van aantasting van de handelings*bekwaamheid* (het niet meer aankunnen) als van de handelings*bereidheid* (het niet meer op kunnen brengen). Van groot belang is het onderscheid tussen acute of 'normale' vermoeidheid en langdurige vermoeidheid als psychische klacht. Chronische vermoeidheid wordt gekenmerkt door irrever-

sibiliteit (gaat niet vanzelf over), aspecificiteit (gaat niet over als er een andere taak wordt verricht) en het falen van compensatiemechanismen (zelfbescherming door terugtrekken werkt niet meer: in plaats daarvan is het terugtrekgedrag zélf een probleem geworden). Vermoeidheid kan worden gemeten door direct naar de beleving ervan te vragen, bijvoorbeeld via een schriftelijke vragenlijst. Er bestaan enkele betrouwbare en valide vragenlijsten waarmee (langdurige) psychische vermoeidheid kan worden vastgesteld, alhoewel slechts enkele instrumenten specifiek voor de werksituatie zijn ontwikkeld.

## 1.4 Het vóórkomen van psychische vermoeidheid

Schattingen over de omvang van vermoeidheidsklachten hangen sterk af van de wijze waarop vermoeidheid is gemeten en van de exclusiecriteria die zijn gehanteerd. Zo leveren vragenlijstonderzoeken hogere schattingen op dan onderzoeken waarin dagboeken worden gebruikt. Hetzelfde is het geval wanneer co-morbiditeit (met name psychopathologie) wordt uitgesloten. Uit een internationale overzichtsstudie met de veelzeggende titel *De epidemiologie van vermoeidheid: Meer vragen dan antwoorden* blijkt dat, afhankelijk van de meetmethode en de exclusiecriteria, tussen de 7% en 45% van de bevolking vermoeidheidsklachten rapporteert (Lewis en Wessely, 1992). Kijken we naar vermoeidheid die als psychische klacht langer dan zes maanden aanwezig is, dan blijkt uit Engels onderzoek dat dit bij 18% van de onderzochten voorkomt; bij 10-14% zijn de vermoeidheidsklachten dermate ernstig dat hiervoor professionele hulp moet worden ingeroepen (Pawlikowska e.a., 1994). Uit Nederlands onderzoek – de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk uit 1991 – blijkt dat 24% van de mannen en 38% van de vrouwen de afgelopen twee weken last heeft gehad van moeheid (Bensing en Schreurs, 1995). Daarmee neemt vermoeidheid, na hoesten en koorts, de derde plaats in op de toptien van redenen om de huisarts te bezoeken. Verder blijkt dat in Nederland moeheid naast hoofdpijn de meest gerapporteerde gezondheidsklacht is in bevolkingsonderzoek (Foets en Sixma, 1991).

*Vermoeidheid en werk*

Tot zover het vóórkomen van vermoeidheid in de algehele bevolking. Maar hoe zit het met vóórkomen van vermoeidheid op het werk? Wordt vermoeidheid door werkenden als een belangrijk probleem gezien, of komen andere klachten misschien veel vaker voor? Op deze vraag kan een omvangrijk onderzoek antwoord geven, dat in 1996 in opdracht van de Europese Commissie is uitgevoerd bij circa 16.000 werkenden in alle EG-lidstaten (Paoli, 1997). Bijna 30% van alle geënquêteerden gaf aan dat hun gezondheid te lijden heeft onder het werk dat ze doen. De drie meest genoemde gezondheidsproblemen zijn respectievelijk rugpijn (30%), stress (28%) en algehele vermoeidheid (20%). Omgerekend betekent dit dus dat 9% van alle Europese werkenden last heeft van rugpijn, ruim 8% van

stress en 6% van vermoeidheid. Daarmee is duidelijk dat het bij vermoeidheid ten gevolge van het werk om een omvangrijk probleem gaat.
In verreweg het meeste onderzoek naar vermoeidheid op het werk wordt gebruikgemaakt van het begrip 'burnout': een specifieke vorm van werkgerelateerde vermoeidheid die vooral gekenmerkt wordt door mentale uitputting. Daarnaast is er bij burnout sprake van geringe betrokkenheid of afstandelijkheid en afgenomen professionaliteit of verminderde bekwaamheid. Hier zien we dus drie eerder genoemde aspecten van vermoeidheid terug die respectievelijk betrekking hebben op de emoties, de motivatie en het handelen. Het probleem met het vaststellen van het vóórkomen van burnout is dat het gemeten wordt met behulp van een continue schaal. Daardoor is het dus nodig om ergens op deze schaal een afkappunt te bepalen, waarboven werkenden als 'opgebrand' gelden. Een tweede probleem betreft het feit dat de UBOS drie afzonderlijke dimensies onderscheidt aan burnout, waardoor het noodzakelijk is om deze op de een of andere manier te combineren.
Beide problemen kunnen het makkelijkst worden opgelost door slechts één dimensie te kiezen en het afkappunt te bepalen aan de hand van de gemiddelde score van een groep werkenden die vanwege burnout in psychotherapeutische behandeling is. Het nadeel is dan natuurlijk wel dat burnout versmald is tot gevoelens van uitputting, en dat distantie en geringe competentie geen rol meer spelen. Uit gegevens afkomstig uit de handleiding van de UBOS, komt aldus naar voren dat circa 5% van de Nederlandse werkenden zich dermate uitgeput voelt dat ze eigenlijk professionele hulp nodig hebben (Schaufeli en Van Dierendonck, 2000). Dat wil zeggen, hun scores op de uitputtingsschaal liggen op of boven het gemiddelde niveau van patiënten die onder psychotherapeutische behandeling zijn voor burnout. Met andere woorden, als dit gemiddelde als afkappunt wordt genomen op de uitputtingsschaal, dan valt 5% van de Nederlandse werkenden in de categorie 'klinische burnout'. In een recent onderzoek van het CBS (1999) naar de leefsituatie van de Nederlandse bevolking wordt een ruimer criterium gehanteerd,[5] en komt men tot een schatting van 10% van de beroepsbevolking die is opgebrand. Het hoogste percentage wordt door het CBS gevonden in het onderwijs (13%), het laagste in de agrarische sector (4%).
Een tweede manier waarop beide problemen kunnen worden opgelost, is om de drie dimensies volgens een bepaalde beslisregel te combineren, waarbij voor ieder van de dimensies een statistisch afkappunt geldt. In de handleiding van de UBOS wordt de volgende beslisregel aanbevolen om de schalen van de UBOS te combineren: er is sprake van burnout wanneer de betrokkene een hoge score heeft op uitputting *alsmede* een hoge score op distantie *óf* een lage score op competentie. Als hoog respectievelijk laag geldt het 75$^{e}$ (25$^{e}$) percentiel. Met andere woorden, uitputting is altijd een criterium dat wordt aangevuld met ofwel distantie, ofwel

[5] Gebaseerd op het 75$^{e}$ percentiel van de score op de uitputtingsschaal van de UBOS in plaats van op het 95$^{e}$ percentiel.

geringe competentie. Voordeel van deze beslisregel is dat in principe alledrie de dimensies meetellen, maar het nadeel is dat er geen klinische, maar statistische afkappunten worden gebruikt.

*Conclusie*
De schattingen over het vóórkomen van vermoeidheid lopen sterk uiteen. Dergelijke schattingen hangen af van de populatie die onderzocht wordt, de manier waarop vermoeidheid gemeten is en de periode die in acht wordt genomen. Zo liggen schattingen die gebaseerd zijn op patiënten uit huisartsenpraktijken hoger dan schattingen die op steekproeven zijn gebaseerd die uit de algemene of de werkende bevolking zijn getrokken. Vanzelfsprekend leiden strengere criteria, zoals hogere waarden voor het afkappunt en langere tijdsperioden, tot minder hoge schattingen. Duidelijk is in ieder geval dat vermoeidheid tot de meest voorkomende klachten behoort en dat in Nederland ten minste 5% tot 15% van de werkenden lijdt aan ernstige vermoeidheidsklachten.

## 1.5 Risicogroepen

Ten aanzien van specifieke risicogroepen wat betreft psychische vermoeidheid in de arbeidssituatie gaat onze aandacht in het bijzonder uit naar geslacht, leeftijd, bedrijfstak en beroepsgroep, omdat hierover in de statistieken gegevens te vinden zijn en omdat deze aspecten bij de analyse van met name de grotere representatieve bestanden in hoofdstuk 2 een prominente rol spelen.

*Vrouwen*
Vrouwen hebben een verhoogd risico om in de WAO terecht te komen (LISV, 1999): in 1998 was het WAO-intrederisico voor vrouwen 1,73% en voor mannen 1,17% (Van der Giezen e.a., 1999). Het risico om als vrouw met *psychische* klachten in de WAO te komen is eveneens hoger dan dat van mannen. Echter, nadere beschouwing laat zien dat man-vrouw verschillen op dit terrein uitermate complex zijn en dat het verhoogde risico van vrouwen om in de WAO te komen moet worden genuanceerd. Zo spelen seksesegregatie naar beroep (en dus blootstelling aan specifieke risico's) een rol, alsmede het feit dat mannen en vrouwen verschillende typen arbeidscontracten hebben (vrouwen werken na hun 25$^{e}$ veelal in deeltijdbanen; Houtman e.a., 1995). Deze complexiteit werd onlangs bevestigd in een onderzoek bij circa 70.000 werkenden die tussen 1995 en 1999 de VBBA hadden ingevuld (Van Veldhoven e.a., 1999). Daaruit kwam naar voren dat vermoeidheidsklachten (gemeten met de Herstelbehoefte-schaal) voor beide geslachten op het eerste gezicht gelijk waren. Nadere analyse gaf echter aan dat de vermoeidheidsscores bij hoog opgeleide vrouwen boven de 45 jaar extreem hoog waren, terwijl bij de laagst opgeleide vrouwen juist de jongeren de meeste vermoeidheid rapporteerden.

*Leeftijd*
Alhoewel blijkens het hiervoor genoemde VBBA-onderzoek oudere werkenden (ouder dan 45 jaar) meer vermoeidheidsklachten rapporteren dan jongeren (jonger dan 35 jaar), bestaat de indruk dat vooral jongeren wegens psychische aandoeningen in de WAO terechtkomen. Het is inderdaad waar dat wanneer jongeren (jonger dan 30 jaar) in de WAO terechtkomen, dit meestal is vanwege psychische aandoeningen. De oorzaak hiervan is wellicht het feit dat de andere belangrijke redenen voor uitval in de WAO (met name aandoeningen van het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten) meer dan psychische aandoeningen een gevolg zijn van slijtage, en dat de diagnosegroep psychische aandoeningen bovendien in relatief sterke mate is 'vervuild' met vroeggehandicapten (Kompier e.a., 1995). Jongeren hebben echter ook bij psychische aandoeningen een geringere kans op WAO-intrede dan ouderen. Verder blijkt dat het aandeel psychische klachten in het langdurig ziekteverzuim relatief hoog is in de leeftijd van 24 tot en met 44 jaar (Veerman en Jehoel-Gijsbers, 1998). Dit ondersteunt de redenering dat het op latere leeftijd vooral de slijtageklachten zijn die werkenden in de WAO doen belanden, terwijl de psychische klachten al eerder hun tol hebben geëist.

*Bedrijfstak en beroepsgroep*
Wat betreft bedrijfstak komt van diegenen die het einde van het eerste ziektejaar bereikt hebben, en die met de diagnosecategorie psychische klachten in de WAO komen, ongeveer een kwart uit de gezondheidszorg, een vijfde uit de banksector en een zesde uit de – relatief kleine – horecabranche (Veerman en Jehoel-Gijsbers, 1998). Onlangs rapporteerde het CBS hoge burnout-scores (in de vorm van uitputting) onder werknemers die werkzaam zijn in het onderwijs, de horeca, de industrie, de gezondheidszorg en de bouw (Otten, 1999). De resultaten van het recente VBBA-onderzoek komen hiermee overeen: vermoeidheidsklachten (gemeten met de Herstelbehoefte-schaal) kwamen het meest voor in het onderwijs en de gezondheidszorg. Wat betreft beroep blijkt uit al wat ouder onderzoek dat WAO-intreders met psychische aandoeningen relatief vaak werkzaam zijn in administratieve en commerciële functies, of wetenschappelijk (vak)specialist of hogere leidinggevende zijn (Gründemann e.a., 1991).

*Conclusie*
Er zijn verschillende risicogroepen waarbij psychische vermoeidheid relatief vaak lijkt voor te komen, zoals bij vrouwen, jongeren, bij diegenen die werkzaam zijn in de dienstensector (onderwijs, horeca, zorg) of in de bouw en de industrie. Overigens ligt de situatie tamelijk gecompliceerd omdat hier allerlei andere risicofactoren doorheen kunnen spelen (zie ook paragraaf 1.5). Zo werken vrouwen bijvoorbeeld vaker in lagere functies, waarin dergelijke vermoeidheidsklachten vaker voorkomen dan mannen.

## 1.6 Risicofactoren

Welke risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie of burnout kunnen er worden onderscheiden op grond van wetenschappelijk onderzoek? In tabel 1.2 worden de belangrijkste risicofactoren samengevat, die naar voren komen uit onderzoek naar burnout. Studies naar langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie waarbij de term burnout niet wordt gebruikt, leveren in de regel soortgelijke resultaten op (zie bijvoorbeeld Finkelman, 1994).

**Tabel 1.2.** Risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie ('burnout') (bron. Schaufeli en Enzmann, 1998)

| |
|---|
| **Persoonlijkheid** |
| – Geringe 'stressbestendigheid' |
| – Niet actief omgaan met problemen |
| **Werkinhoud en organisatie** |
| – Hoge arbeidsbelasting |
| – Geringe sturingsmogelijkheden |
| – Rolproblemen |
| – Gebrek aan sociale ondersteuning |
| – Geringe feedback |

*Persoonlijkheid*
Onderzoek op het gebied van vermoeidheid en persoonlijkheid levert een tamelijk eenduidig beeld op. Alhoewel er in de psychologie – anders dan velen denken – geen duidelijk omschreven persoonlijkheidstrek als 'stressbestendigheid' bestaat, wijst onderzoek wel in de richting van een bepaald type persoonlijkheid dat vatbaar is voor langdurige vermoeidheidsklachten. Het gaat om mensen die emotioneel labiel en angstig zijn, over weinig zelfvertrouwen beschikken, die problemen niet als een uitdaging maar als een bedreiging ervaren en die het gevoel hebben dat niet zijzelf maar factoren buiten henzelf hun leven sturen. Verder valt op dat werkenden die klagen over vermoeidheidsklachten problemen eerder vermijden en uit de weg gaan dan ze actief aan te pakken en op te lossen. Ze hebben een passieve in plaats van een actieve probleemhanteringsstijl. Overigens blijken de persoonlijkheid en de biografische achtergrond van werkenden bij het verklaren van langdurige vermoeidheid beduidend minder belangrijk te zijn dan hun werkomgeving. Niet alle typen risicofactoren zijn dus even belangrijk.

*Werkinhoud en werkorganisatie*
De belangrijkste risicofactor die met de werkinhoud en -organisatie te maken heeft, is een hoge *arbeidsbelasting*. Daaraan kan zowel een kwantitatief als een kwalitatief facet worden onderscheiden. Bij *kwantitatieve* belasting gaat het erom dat er veel werk verzet moet worden in korte tijd (werk- en tempodruk); bij *kwalitatieve* belasting gaat het vooral om (te) moeilijk en (te) ingewikkeld werk.

Alhoewel de Nederlandse werknemer in vergelijking met zijn buitenlandse collega's relatief veel autonomie en een kortere werkweek heeft (Houtman e.a., 1999), is de werkdruk in ons land toch bijzonder hoog (en voortdurend stijgende). Eerder onderzoek is opvallend eensgezind in het aanwijzen van werkdruk als hét arbeidsrisico voor de Nederlandse bevolking. Het CBS geeft aan, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk reeds is gezegd, dat de stijging in het werktempo gemiddeld 1,5% per jaar is geweest over de laatste twintig jaar. Deze stijgende werkdruk is overigens niet alleen een Nederlands verschijnsel. Ook op Europees niveau stijgt de werkdruk (Paoli, 1997). Nederland is echter topscorer van Europa als het op ervaren werkdruk aankomt. Parallel aan deze stijging van de werkdruk lijken ook uitputtingsklachten bij werkenden toe te nemen (Houtman, Zuidhof en Van den Heuvel, 1998).
Verder resulteert het feit dat werkenden weinig mogelijkheden hebben om hun (werk)omgeving naar hun hand te zetten onder meer in langdurige vermoeidheid. Met andere woorden; geringe *sturingsmogelijkheden* vormen een belangrijke risicofactor. Bij sturingsmogelijkheden kan gedacht worden aan zelf het werktempo bepalen of de volgorde van de werkzaamheden, of de manier waarop er gewerkt wordt en de plek waar dat gebeurt. Werkenden die een beperkte mate van autonomie hebben, blijken een bijna twee keer zo groot risico te lopen op burnout dan diegenen die veel autonomie op hun werk hebben (CBS, 1999). Ook recent Engels onderzoek laat zien dat de toename in psychische klachten samenhangt met zowel hoge kwantitatieve taakeisen als gebrekkige sturingsmogelijkheden in het werk (Stansfeld e.a., 1999).
*Rolproblemen* ontstaan wanneer er onvoldoende informatie aanwezig is om het werk goed te doen (je weet niet *hoe* je je werk moet doen) of wanneer er tegenstrijdige eisen worden gesteld (*wat* je ook doet, het is altijd verkeerd). In het eerste geval wordt gesproken van rolambiguïteit; in het tweede geval van rolconflict. Uit onderzoek blijkt dat dit in beide gevallen op den duur kan leiden tot langdurige vermoeidheidsklachten.
Onderzoek wijst verder uit dat gebrek aan *sociale ondersteuning* (vooral van de chef, maar ook van collega's) een belangrijke risicofactor vormt bij het ontstaan van langdurige vermoeidheidsklachten. Werknemers hebben in de regel behoefte aan hulp, steun en advies, met name van bovengeschikten omdat ze nu eenmaal niet alles op hun werk zelf kunnen oplossen. Ten slotte blijkt dat het krijgen van *feedback* over de eigen werkprestaties erg belangrijk is met het oog op het al dan niet ontwikkelen van vermoeidheidsklachten. Bovengeschikten spelen hierbij een sleutelrol; zij kunnen voor de nodige duidelijkheid en zekerheid zorgen door regelmatig aan te geven op welke punten de werknemer wel en niet aan de gestelde criteria voldoet.

Hiervoor zijn de belangrijkste afzonderlijke risicofactoren voor langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie weergegeven. Alhoewel ze gescheiden behandeld zijn, treden ze in de praktijk natuurlijk dikwijls in combinatie met elkaar op. Van sommige combinaties van risicofactoren is bekend dat ze extra ernstige gevolgen

kunnen hebben voor vermoeidheidsklachten. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de combinatie van hoge arbeidsbelasting (hard moeten werken) en weinig sturingsmogelijkheden (geen invloed hebben).

*Conclusie*
Uit wetenschappelijk onderzoek komt een aantal risicofactoren voor psychische vermoeidheid naar voren dat gedeeltelijk persoonsgebonden is, maar voor een veel groter deel te maken heeft met de arbeids*inhoud* en arbeids*organisatie*. Een hoge arbeidsbelasting (werkdruk), al dan niet in combinatie met geringe sturingsmogelijkheden (autonomie) behoort tot de belangrijkste.

## 1.7 Conclusie

Psychische vermoeidheid is een complex begrip, waarbij zowel sprake is van aantasting van de handelings*bekwaamheid* (het niet meer aankunnen) als van de handelings*bereidheid* (het niet meer op kunnen brengen). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen acute (of normale) vermoeidheid, en langdurige vermoeidheid als psychische klacht. Langdurige vermoeidheid wordt gekenmerkt door irreversibiliteit (gaat niet vanzelf over), aspecificiteit (gaat niet over als er een andere taak wordt verricht) en het falen van compensatiemechanismen (zelfbescherming door terugtrekken werkt niet meer).
De schattingen van het vóórkomen van dergelijke langdurige vermoeidheid lopen sterk uiteen. Dergelijke schattingen hangen af van de populatie die onderzocht wordt, de manier waarop vermoeidheid gemeten is en de periode die in acht wordt genomen. Duidelijk is in ieder geval dat vermoeidheid tot de meest voorkomende klachten behoort en dat ten minste 5% tot 15% van de werkende bevolking lijdt aan ernstige vermoeidheidsklachten. Daarmee vormt psychische vermoeidheid een belangrijk maatschappelijk probleem.
Psychische vermoeidheid lijkt relatief vaak voor te komen onder enkele specifieke groepen, namelijk onder vrouwen, jongeren, bij diegenen die werkzaam zijn in de dienstensector (onderwijs, horeca, zorg) of in de bouw en de industrie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat risicofactoren die met de arbeids*inhoud* en arbeids*organisatie* te maken hebben vermoedelijk minstens even belangrijk zijn bij het optreden van psychische vermoeidheid als persoonsgebonden factoren. Een hoge arbeidsbelasting (werkdruk), al dan niet in combinatie met geringe sturingsmogelijkheden (autonomie) behoren tot de belangrijkste.
In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van secundaire analyses op een aantal grootschalige gegevensbestanden dieper ingegaan op deze bevindingen.