

## 12. BURNOUT IN DE VERPLEGING

### 1. Inleiding

Het werk in de gezondheidszorg is zowel lichamelijk als geestelijk erg zwaar. Dit blijkt niet alleen uit krantenartikelen en acties van verpleegkundigen, maar ook uit wetenschappelijk onderzoek. Enige jaren geleden is er in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een grootschalig onderzoek uitgevoerd, waarbij werknemers uit industrie en administratie werden vergeleken met werknemers uit de intra-murale gezondheidszorg (De Winters, e.a., 1988). Het ziekenhuispersoneel kwam er op een groot aantal punten slechter vanaf: het werktempo lag hoger, men klaagde vaker over rug- en hoofdpijn en over vermoeidheid. Bovendien werd de beloning niet in overeenstemming geacht met de zwaarte van het werk en met de loopbaanperspectieven. Deze bevindingen weerspiegelen zich ook in het stijgende ziekteverzuim in de intra-murale gezondheidszorg, en dit terwijl de landelijke tendens juist dalend is (Van Velthoven, 1990). In dezelfde lijn ligt het toenemend aantal arbeidsongeschiktheidsverklaringen, vooral op psychische gronden. Momenteel wordt één op de drie WAO-ers vanwege psychische redenen afgekeurd en de tendens is stijgend (Knepper, 1989). Twee beroepsgroepen springen er met name uit: leerkrachten en werknemers uit de gezondheidszorg kunnen in toenemende mate de psychische spankracht niet meer opbrengen die vereist is om hun beroep naar behoren uit te oefenen (Slot & Steinbuch, 1988). In mijn bijdrage zal ik ingaan op de rol die het geleidelijk opgebrand raken (burnout) hierbij speelt. Allereerst zal het begrip burnout kort worden besproken, daarna volgt een beknopt overzicht van de oorzaken van burnout in de verpleging en een voorzichtige schatting van het aantal burnout gevallen. Tenslotte wordt kort ingegaan op mogelijkheden voor (preventieve) interventies.

## 2. Wat is burnout?

In 1974 introduceerde de Amerikaanse psycho-analyticus van Duitse origine, Herbert Freudenberger, het begrip burnout. Het is een metafoor voor een psychische uitputtingstoestand die ontstaat als er door het werk chronisch te hoge eisen aan het individu worden gesteld. In de loop van de tijd zijn er maar liefst bijna 100 (sic!) verschillende symptomen met burnout geassocieerd, die variëren van de A van angst tot de Z van zwarte humor (Schaufeli, 1990). De belangrijkste kenmerken van burnout zijn echter emotionele uitputting (de batterij is leeg), een koude, cynische en onverschillige houding ten opzichte van de mensen waarmee men werkt (die maagzweer op kamer 34) en het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen samengaat met sterke insufficiëntiegevoelens (tegenwoordig breng ik er niets meer van terecht). Deze drie basis-elementen komen we dan ook tegen in de meest gebruikte definitie van burnout: "Burnout is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid dat voor kan komen bij diegenen die beroepsmatig met andere mensen werken" (Maslach & Jackson, 1986; blz. 1). Belangrijk is dat burnout volgens deze opvatting per definitie alleen voor kan komen in beroepen waar men professioneel met anderen werkt, zoals in het onderwijs, het welzijnswerk en de gezondheidszorg. Het is met name het tweede kenmerk van burnout, de hardvochtige houding tegenover leerlingen, klanten of patiënten (depersonalisatie), die verantwoordelijk is voor deze inperking. Veel auteurs hebben de nadruk gelegd op het geleidelijke karakter van het proces, dat zich als het ware achter de rug van de betrokkene om voltrekt. Zo is burnout wel omschreven als een progressief verlies van idealisme en betrokkenheid eindigend in berusting en apathie. Cynisch is dat burnout vaak juist hard werkende en zeer gemotiveerde werknemers treft. Dit ligt trouwens ook besloten in de metafoor burnout: om op te branden heeft men immers ooit in vuur en vlam moeten staan!

Freudenberger had nooit durven hopen dat de term burnout zo'n geweldige weerklank zou vinden. Binnen de kortste keren verschenen er talloze artikelen over en werden er hele congressen aan gewijd. Uit een recente bibliografie van Enzmann en Kleiber (1990) blijkt bijvoorbeeld dat er de afgelopen 15 jaar alleen al 144 artikelen verschenen zijn over burnout bij verpleegkundigen. De belangstelling voor burnout is tot nu toe echter hoofdzakelijk beperkt gebleven tot de Verenigde Staten. De aandacht voor burnout in Europa is van zeer recente datum, zo is de eerste Europese conferentie over burnout pas eind 1990 in Krakau (Polen) gehouden. In Nederland wordt onder meer aan de Universiteit van Nijmegen bij de Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie onderzoek verricht naar de achtergronden van burnout bij verpleegkundigen. Enkele onderzoeksresultaten zullen in de navolgende paragrafen besproken worden.

## 3. Wat zijn de oorzaken van burnout?

Uit de literatuur kan grofweg een negental oorzaken van burnout bij verpleegkundigen gedestilleerd worden (Schaufeli, 1990):

- Emotioneel belastende relatie met patienten. De directe omgang met zieke, gebrekkige, hulpbehoevende en stervende mensen is slopend, met name als het om chronisch lijden gaat. Een manier om hier het hoofd aan te bieden is het ontwikkelen van een meer afstandelijke houding ten opzichte van patienten. Als dit echter ten koste gaat van de betrokkenheid dan is het gevaar van depersonalisatie levensgroot.

- Idealistisch gekleurde hulpverleningsideologie. In de verpleging staat de patient centraal. Als gevolg hiervan wordt er van verpleegkundigen – vaak impliciet – een zelfopofferende houding verwacht, met alle psychologische gevolgen van dien.
- Geringe ondersteuning, met name door de leiding. Ook uit een eigen onderzoek bij twee verpleegafdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis blijkt dat burnout vaker optreedt naarmate verplegenden minder steun door de leiding ervaren.
- De persoon van de verpleegkundige Verpleegkundigen die een warme genegeheid koesteren voor hun patienten en een empathische grondhouding hebben branden eerder af dan collega's met een wat afstandelijker houding. Ook spelen individuele verschillen in stressbestendigheid een rol, zo komt uit eigen onderzoek naar voren.
- Problemen met het vervullen van de rol als verpleegkundige. In de regel moeten verpleegkundigen twee "heren" dienen, de hoofdverpleegkundige en de arts, hetgeen dikwijls aanleiding vormt voor onduidelijkheden en conflicten. Overigens doen rolproblemen zich het meest pregnant voor bij middenkader-functies in de gezondheidszorg, zo blijkt bijvoorbeeld uit een eigen onderzoek bij hoofd-wijkverpleegkundigen.
- Werkbelasting. De werkbelasting is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen ten gevolge van de bezuinigingen. De relatie tussen subjectieve belasting en burnout is in veel onderzoeken ondubbelzinnig aangetoond, onder andere ook in ons onderzoek bij psychiatrisch- en wijkverpleegkundigen. Met name tijdsdruk speelt een belangrijke rol.
- Intrinsieke werkaspecten Het gaat hier bijvoorbeeld om een gebrek aan positieve feedback, of om te weinig autonomie op de werkplek. Zo horen verpleegkundigen vaak alleen wat als het fout loopt (negatieve feedback). Verpleegkundigen die de gelegenheid hebben hun werk even te onderbreken als ze daar behoefte aan hebben (een vorm van autonomie) branden minder snel op.
- Extrinsieke werkaspecten. Het is aannemelijk dat extrinsieke aspecten van het werk zoals beloning, status en promotiekansen van invloed zijn op het ontstaan van burnout. Hier is echter nauwelijks onderzoek naar gedaan.
- Bureaucratische werkomgeving. Bepaalde bureaucratische procedures en richtlijnen kunnen sterk demotiverend werken. Het moeten verrichten van administratieve taken, die vaak ten koste gaan van de directe zorg, vergroot de frustraties. In enkele onderzoeken wordt een verband gesuggereerd tussen de grootte van het ziekenhuis en de mate van burnout bij het personeel. In grote instellingen zou meer burnout voorkomen.

Ter relativisering moet overigens worden opgemerkt dat het meeste onderzoek naar burnout afkomstig is uit de Verenigde Staten, waar de gezondheidszorg op een heel andere manier gestructureerd is dan in Nederland. Bovendien laat het meeste onderzoek het trekken van waterdichte oorzaak-gevolg relaties niet toe. Longitudinaal onderzoek, waarbij dezelfde groep meerdere malen achter elkaar wordt onderzocht, is er praktisch niet. Er zijn dan ook geen harde conclusies te trekken over de gevolgen van burnout, al wijzen sommige onderzoeksresultaten op een stijging van het verloop en een toename van het ziekteverzuim. Ander onderzoek spreekt dit echter weer tegen. Er is dus nog veel werk aan de (onderzoeks)winkel.

#### 4. Hoe vaak komt burnout voor?

Het is uitermate moeilijk om een betrouwbare schatting te maken van het aantal burnout gevallen in de verpleging. Allereerst moet men het eens zijn over de manier waarop de mate van burnout wordt vastgesteld. De meeste onderzoekers gebruiken hiervoor een Amerikaanse vragenlijst die de betrokkenen zelf kunnen invullen: de Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986). Deze lijst geeft aan in hoeverre er sprake is van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Volgens de opstellers van de vragenlijst duidt een hoge score op één of meer van deze drie aspecten op burnout. Wanneer is iemands burnout-score nu hoog te noemen? Het antwoord van de test-auteurs is even duidelijk als willekeurig: indien de score behoort tot de bovenste 33,3% van de normgroep. Met andere woorden, volgens deze test is iemand opgebrand indien hij of zij behoort tot het derde deel van de groep mensen die het hoogst scoren op de vragenlijst. Houden we dit criterium aan dan blijkt dat ongeveer 10-15% van de Amerikaanse verpleegkundigen emotioneel uitgeput is en dat 5-10% sterke gevoelens van depersonalisatie ervaart. In vergelijking met andere beroepsgroepen zoals leraren, maatschappelijk werkers en gevangenenbewaarders is dit relatief weinig (Schaufeli, 1990). Verminderde persoonlijke bekwaamheid wordt daarentegen juist bij verpleegkundigen vaker aangetroffen (40-50%). Hoe ziet het er nu in Nederland uit? In tabel 1 staan de percentages verpleegkundigen die volgens de criteria uit de Amerikaanse test-handleiding hoog op de drie aspecten van burnout scoren.

Tabel 1. *Geschat percentage burnout-gevallen in de verpleging*

Specialisatie	E	D	V
A-verpleegkundigen (N=105)	14%	4%	38%
B-verpleegkundigen (N=165)	11%	8%	65%
Wijkverpleegkundigen (N=143)	16%	5%	32%
Z-verpleegkundigen (N=58)	10%	9%	44%
Verpleeg/verzorgings tehuis (N=111)	12%	8%	40%
Totale groep (N=567)	13%	7%	53%

**Noot** E=Emotionele uitputting, D=Depersonalisatie, V=Verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Emge voorzichtigheid is op zijn plaats bij de interpretatie van deze percentages. In de eerste plaats is het niet duidelijk in hoeverre Amerikaanse normen ook in Nederland gelden. Ten tweede zijn de groepen verpleegkundigen naar alle waarschijnlijkheid niet representatief. Desalniettemin valt de grote overeenkomst op met de Amerikaanse cijfers. Wijkverpleegkundigen blijken iets meer emotioneel uitgeput, terwijl algemeen verpleegkundigen zich onderscheiden door een relatief geringe mate van depersonalisatie. B-verpleegkundigen, tenslotte, voelen zich in grote getale minder opgewassen tegen het werk.

### **5. Wat kan er aan burnout gedaan worden?**

Vanaf het allereerste begin heeft de aandacht in de literatuur zich geconcentreerd op de vraag "Wat kan er aan burnout worden gedaan?" Het antwoord hierop is weinig specifiek. In principe staat het hele arsenaal van stressmanagement technieken ter beschikking om burnout te bestrijden. Wat opvalt is dat praktisch iedere auteur benadrukt dat een combinatie van individuele en organisatie-gerichte interventies het meest vruchtbaar is, om zich vervolgens vooral op de eerstgenoemde strategieën te concentreren. Het aanbrenge van veranderingen in de manier waarop het werk is georganiseerd is namelijk veel moeilijker en tijdrovender dan het organiseren van een stressmanagement-cursus voor individuele werknemers. In de Verenigde Staten zijn vooral de zogenaamde "burnout-workshops" heel populair. In een serie bijeenkomsten wordt geleerd en geoefend hoe je effectief om kunt gaan met stress op het werk, zodat burnout tijdig onderkend en voorkomen kan worden. De doelstelling van de workshops is dus preventief en de aandacht is vooral op het individu gericht. Er worden ontspanningsoefeningen gedaan, er wordt geleerd hoe je een stressvolle situatie anders kunt interpreteren (cognitieve herstructurering), er wordt voorlichting gegeven over de achtergronden van burnout (didactische stressmanagement), sociale vaardigheden worden getraind, evenals effectief omgaan met tijd (time-management). Men propageert een gezonde levensstijl, inclusief een grotere aandacht voor dingen buiten het werk. Tenslotte worden verwachtingen die men ten aanzien van het werk heeft, alsmede het eigen beroepsbeeld, ter discussie gesteld. In hoeverre een dergelijke aanpak meetbare effecten op burnout heeft is vooralsnog onduidelijk, alhoewel de deelnemers aan de workshops over het algemeen erg enthousiast zijn (Schaufeli, 1990). Een evaluatie van een drie-daagse bijscholingscursus Gezond blijven op het werk voor Noordhollandse wijkverpleegkundigen, die expliciet was opgezet om burnout te bestrijden, leverde gedeeltelijk positieve resultaten op. Eén maand na afloop gaven de cursisten aan veel minder emotioneel uitgeput te zijn. Hun gevoelens van depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid waren echter nauwelijks verminderd.

Naast preventieve interventies is er ook een specifieke curatieve strategie ontwikkeld om burnout te bestrijden, die zich richt op diegenen die (langdurig) in de ziekteverzuim zijn (Schaufeli, 1990). Het behandelingsprogramma van burnout, dat gebaseerd is op de principes van de cognitieve gedragstherapie bestaat uit drie gedeeltes. Eerst wordt het belangrijkste symptoom aangepakt, bijvoorbeeld oververmoeidheid of depressieve gevoelens. Daarna komt de werksituatie aan de orde waarin de problemen ontstaan zijn en worden bijvoorbeeld sociale vaardigheden geoefend of bepaalde afspraken met de werkgever gemaakt. Tenslotte wordt de plaats die het werk in het leven van de betrokkene heeft besproken en worden eventuele alternatieven bediscussieerd. De tot nu toe opgedane ervaringen met het behandelingsprogramma zijn positief.

Zoals hierboven reeds is aangegeven, is het aantal op de organisatie-gerichte strategieën om burnout te bestrijden beperkt. Aan ideeën is geen gebrek, maar naar concrete voorbeelden zoekt men tevergeefs, laat staan naar onderzoek waaruit de effectiviteit van de interventie zou blijken. Er kan een aantal organisatie-gerichte anti-burnout strategieën onderscheiden worden (Schaufeli, 1990):

- Verbeteren van de werkinhoud. Dit is vooral gericht op het terugdringen van overbelasting. Het aanstellen van meer personeel is, hoe noodzakelijk ook,

vaak niet voldoende zolang er niets verandert aan de inhoud van het werk of aan de werkomgeving. Steekwoorden daarbij zijn taakwisseling, taakverruiming en taakverrijking. De mogelijkheden voor de verpleging zijn daarbij trouwens schaars. Te denken valt bijvoorbeeld aan rolatie over verschillende afdelingen en all-round vorming.

- Loopbaanbeleid. Loopbaanplanning en loopbaanbegeleiding kunnen voorkómen dat iemand vastloopt in zijn of haar carrière. Elementen van een dergelijk loopbaanbeleid kunnen zijn: het invoeren van een mentor-systeem voor leerlingen, periodieke functioneringsgesprekken waarin feedback over werkprestaties wordt gegeven en het actief begeleiden bij functiewisselingen, reorganisaties en pensionering.
- Bijscholing. Door periodieke bijscholing worden de beroepskwalificaties op peil gehouden, waardoor men inhoudelijk beter is opgewassen tegen de eisen die het werk stelt. Op deze wijze wordt kwalitatieve overbelasting tegengegaan.
- Verbetering van de communicatie, besluitvorming en conflicthantering. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden dienen duidelijk te worden vastgelegd om rolconflicten te voorkomen. Hetzelfde geldt voor procedures bij geschillen en conflicten. Besluiten moeten niet over de hoofden van de betrokkenen heen worden genomen, zoals vaak bij fusies en reorganisaties het geval is.
- Managementontwikkeling. Leidinggevenden in de gezondheidszorg dienen beter te worden opgeleid voor hun management-functie. Er wordt nog te veel van uitgegaan dat leidinggeven en besturen "gewoon" in de praktijk geleerd worden.
- Verkorten van de werktijd. Alhoewel het verminderen van het aantal productieve arbeidsuren op korte termijn geld kost, zal het op de wat langere termijn waarschijnlijk terugverdiend worden door een hogere productiviteit, minder verzuim en minder personeelsverloop. Behalve aan een structurele vermindering van de werktijd in de vorm van meer vrije dagen of een kortere werkweek, kan ook gedacht worden aan time-outs. Dat wil zeggen aan de mogelijkheid om zich gedurende een korte tijd terug te trekken om bij wijze van ontspanning iets anders te gaan doen.
- Sociale ondersteuning. De sfeer onder collega's in het team en vooral de verstandhouding met de leiding zijn uitermate belangrijk als het gaat om het voorkomen van burnout. Regelmatige bijeenkomsten waarin problemen met betrekking tot het werk worden besproken en waar ook aandacht is voor elkaars persoonlijk functioneren (staff-support groups) hebben in de Verenigde Staten hun dienst in ziekenhuizen ruimschoots bewezen.
- Persoonlijke begeleiding. De bedrijfsgeneeskundige dienst heeft behalve een signalerende ook een begeleidende functie. Bij vroegtijdig ingrijpen kan escalatie vaak voorkomen worden. Voorwaarde is natuurlijk wel dat men bij de dienst op de hoogte is met de burnout-problematiek, bijvoorbeeld door middel van het periodiek sociaal-medisch onderzoek. Belangrijk is verder dat de dienst zich tijdens de ziektewet-periode actief opstelt, anders bestaat het gevaar van een automatische afvloeiing in de WAO.

Tot zover een aantal – weinig specifieke – maatregelen die op het niveau van de organisatie getroffen kunnen worden om burnout te bestrijden. Daarmee worden zowel het individuele als organisationele welzijn gediend.

## 6. Samenvatting

Stijgende ziekteverzuimpercentages en een toenemend aantal WAO-afkeuringen op psychische gronden doen vermoeden dat burnout een belangrijke rol speelt bij verpleegkundigen. Bij burnout gaat het om een specifieke mentale uitputtingstoestand die voorkomt in beroepen waar intensief met andere mensen wordt gewerkt, zoals in de gezondheidszorg. Oorzaken van burnout kunnen zowel op het individuele als op het vlak van de organisatie liggen. Uit schattingen op basis van Amerikaanse normen kan met enige reserve geconcludeerd worden dat het percentage opgebrande verpleegkundigen in Nederland grofweg tussen de 10 en 50% ligt, afhankelijk van de dimensie van burnout. Er zijn in de loop van de tijd een aantal interventie-strategieën ontwikkeld om burnout te bestrijden. Deze zijn zowel preventief als curatief van aard en richten zich overwegend op het individu, maar soms ook op de organisatie.

## 7. Stellingen

1. Burnout vormt een belangrijke oorzaak van het ziekteverzuim en het stijgende aantal WAO-afkeuringen in de verpleging.
2. Het label "burnout" kan gemakkelijk overal opgeplakt worden en zegt dus niet zoveel.
3. Burnout interventies die uitsluitend op het individu gericht zijn leiden slechts tot een tijdelijke verbetering.
4. De verpleegkundige zou meer aan zichzelf en minder aan de patient moeten denken.

## Literatuur

- Enzmann, D. & D. Kleiber, Burnout: 15 years of research – An international bibliography; Verlag Hogrefe, Göttingen 1990.
- Knepper, S, Naar een miljoen arbeidsongeschikten? Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 44, 1989, 1065-1078.
- Maslach, C. & S. Jackson, MBI: Maslach Burnout Inventory, Manual research edition; Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1986.
- Slot, T. & H. Steinbuch, Arbeidsongeschiktheid door psychische ziekte; Gemeenschappelijk Medische Dienst, Amsterdam 1988.
- Schaufeli, W.B, Opgebrand: Over de achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen – Het burnout-syndroom; Ad. Donker: Rotterdam 1990.
- Velthoven, G.M. van, Kwaliteit van de arbeid in het geding in de gezondheidszorg. In: L. Boon (red.), Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg (blz. 27-36); Stichting Sympoz, Amstelveen 1990.
- Winters, C.R. de, J.S. Oversloot, M. Schlatman & P.G.W. Smulders, Werknemers in de intramurale gezondheidszorg over hun arbeid en gezondheid; Ministerie van SoZaWe/GDA, Voorburg 1988.