Gedrag & Gezondheid, 1994, 22, 4, 153-172.

Burnout, een begrip gemeten

De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)[1]

*Wilmar Schaufeli en Dirk van Dierendonck**

Summary

Burnout - The measurement of a concept: The Dutch version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)

The present study introduces the Dutch version of the Maslach Burnout Inventory, the MBI NL Psychometrical evaluation in a pooled heterogeneous sample of human services professionals (N = 4,374) revealed that: (1) the original three factor structure (emotional exhaustion - EE, depersonalization - DP, and personal accomplishment PA) was confirmed, although two weak items had to be eliminated; (2) the reliability (internal consistency and stability) was satisfactory, provided that the term 'recipients' in several items was not substituted by 'people', in which case internal consistencies of DP and PA dropped dramatically, (3) congruent validity was shown with the Burnout Measure; (4) discriminant validity was shown with self-reported mental strain and physical symptoms, although particularly EE overlaps with both variables Accordingly, the MBI-NL is a valid and reliable instrument to assess burnout in human services professions Somewhat paradoxally, however, the most prominent en robust core dimension of burnout - EE - seems to be the least specific element of the syndrome Moreover, for each scale of the MBI-NL different cut-off scores were computed for men and women, and for three different age groups The validity of this categorization was supported by the finding that mental strain, physical symptoms, as well as the proportion identified psychiatric 'cases' (based on the General Health Questionnaire) increased with the severity of burnout Some differences with the original American version of the MBI are discussed For instance, the fact that Dutch respondents score significantly lower on each burnout-dimension

Inleiding

De term 'burnout' werd in de Verenigde Staten in het midden van de jaren zeventig op twee plaatsen tegelijk geïntroduceerd, in New York door Herbert Freudenberger en in Berkeley door Christina Maslach (Maslach & Schaufeli, 1993) Kenmerkend is dat het begrip vanuit de praktijk in de wetenschap is doorgedrongen

* Beide auteurs waren tijdens het schrijven van het artikel werkzaam bij de sectie Arbeids en Organisatie Psychologie van de K U Nijmegen Momenteel zijn zij verbonden aan de vakgroepen Sociale en Organisatie Psychologie en Klinische Psychologie & Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht Correspondentieadres Postbus 80 140, 3508 TC Utrecht

Burnout deed zich in eerste instantie namelijk voor als maatschappelijk en niet als wetenschappelijk probleem. Een probleem dat met name zichtbaar werd bij werknemers uit de sociale sector, zoals de welzijns- en gezondheidszorg en het onderwijs. Het werk in deze sector wordt gekenmerkt door een zeer intensief contact met andere vaak 'moeilijke' mensen. Vandaar dat men ook wel spreekt van contactuele beroepen. Een tweede kenmerk van dergelijke beroepen is de verstrengeling van persoon en werk: de eigen persoon is het belangrijkste instrument waarover men in het werk beschikt.

Burnout is een metafoor die een psychische uitputtingstoestand weergeeft. Alhoewel er al eerder diverse gevallen van burnout 'avant-la-lettre' zijn beschreven, bijvoorbeeld in de roman 'A burnt-out case' van Graham Greene uit 1961, was de tijd er in de jaren zeventig kennelijk rijp voor, niet in de laatste plaats vanwege de grote groei van het aantal mensen werkzaam in contactuele beroepen. In de medisch psychiatrische literatuur vindt men overigens allerlei verwante termen die eveneens betrekking hebben op psychische uitputting, chronische vermoeidheid of verlies van energie, zoals surmenage, hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, neurasthenie, overspanning en vitale uitputting (Schroer, 1993).

Achtergrond van de Maslach Burnout Inventory

De eerste jaren na de introductie van burnout stonden in het teken van 'klinische' observatie: het beschrijven van de symptomen. Schaufeli (1990, p. 32) telde bijna honderd symptomen die in de loop van de tijd in verband zijn gebracht met burnout, variërend van *angst* tot zwarte humor. Toch slaagden Pearlman en Hartman (1982) er in het eerste overzichtsartikel in om op basis van een inhoudsanalyse van tientallen definities drie kernelementen van burnout te distilleren: (1) uitputting, (2) een onpersoonlijke houding jegens anderen met wie men werkt ('depersonalisatie') en (3) verminderde arbeidsproduktiviteit. Kenmerkend voor deze eerste fase is de weinig systematische en ongestandaardiseerde wijze waarop burnout werd onderzocht. Zo zijn de empirische gegevens in slechts vijf van de 48 studies die Pearlman en Hartman voor hun overzicht verzamelden statistisch getoetst.

Dit verandert radicaal in de daarop volgende periode. De plotselinge empirische wending hangt nauw samen met het beschikbaar komen van zelfbeoordelingsvragenlijsten aan het begin van de jaren tachtig. In hun overzicht beschrijven Schaufeli, Enzmann en Girault (1993) een kleine 20 van dergelijke vragenlijsten. Van deze burnout-vragenlijsten heeft de Maslach Burnout Inventory (MBI) het pleit uiteindelijk gewonnen. Wellicht dat deze vragenlijst, die zoals we later zullen zien op inductieve wijze tot stand is gekomen, inhoudelijk het beste aansloot bij de voorstelling die anderen reeds van burnout hadden. Zo is het opvallend dat de drie dimensies van de MBI een sterke verwantschap vertonen met de kernelementen van burnout die eerder door Pearlman en Hartman (1982) waren geïdentificeerd. Hoe het ook zij, de MBI is op dit moment onbetwist de meest populaire vragenlijst om burnout te meten. Dit blijkt onder andere uit het feit dat de lijst in een tiental talen beschikbaar is.

In dit artikel worden de ervaringen met de Nederlandse versie van de MBI gepresenteerd. De MBI-NL is sinds 1990 bij ruim 4.000 leden van verschillende contactuele beroepen afgenomen. Naast psychometrische eigenschappen van de MBI-NL, zoals betrouwbaarheid en validiteit, worden voorlopige normgegevens gepresenteerd. Voor we hiertoe overgaan, gaan we eerst in op de ontwikkeling van de MBI en vatten we de belangrijkste psychometrische bevindingen samen.

Constructie van de Maslach Burnout Inventory

De MBI is ontwikkeld op basis van exploratieve interviews, aanvankelijk met artsen, verpleegkundigen en werkers uit de geestelijke gezondheidszorg. In een latere fase kwamen daar ook mensen uit andere soortgelijke contactuele beroepen bij, zoals advocaten, leerkrachten, politieagenten en gevangenbewaarders (Maslach & Schaufeli, 1993). Uit deze interviews kwamen twee aspecten naar voren die kenmerkend voor burnout leken te zijn: emotionele uitputting en depersonalisatie. Onder emotionele uitputting wordt het gevoel verstaan helemaal 'leeg' of 'op' te zijn; alle reserves zijn verbruikt en de batterij kan niet meer worden opgeladen. De term depersonalisatie behoeft een nadere toelichting. Het gaat hierbij niet, zoals in de psychiatrie, om een extreme vervreemding van de *eigen* persoon, maar juist om een vervreemding ten opzichte van *anderen*. Dit uit zich in een kille, cynische en onpersoonlijke houding ten opzichte van de mensen met wie men dagelijks werkt. Bij factor-analyse van de oorspronkelijke pool van 47 items kwam echter nog een derde dimensie naar voren: verminderde persoonlijke bekwaamheid. Dit aspect van burnout heeft betrekking op het gevoel minder te presteren op het werk, hetgeen gepaard gaat met insufficiëntiegevoelens. Deze derde dimensie doet sterk denken aan de verminderde arbeidsproduktiviteit die eerder door Pearlman en Hartman (1982) als kern-element van burnout was genoemd[2].

De uiteindelijke versie van de MBI bevat drie schalen met in totaal 22 items: emotionele uitputting (9 items; bijvoorbeeld 'Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg', 'Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk'), depersonalisatie (5 items; bijvoorbeeld 'Ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel'), en persoonlijke bekwaamheid (8 gespiegelde items; bijvoorbeeld 'Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen').

De MBI is uitdrukkelijk bedoeld voor mensen uit contactuele beroepen, hetgeen tot uitdrukking komt in een aantal items waarin over 'recipients' wordt gerept, ofwel de ontvangers van hulp, advies, zorg en onderricht. Aangezien een Nederlands equivalent van deze Engelse term uit de originele versie van de MBI ontbreekt moet de doelgroep steeds specifiek omschreven worden, bijvoorbeeld – zoals hiervoor – als patiënten, cliënten, scholieren of gedetineerden.

Aanvankelijk dienden alle items dubbel te worden gescoord op een zevenpunts intensiteits- én frequentieschaal (Maslach & Jackson, 1981b). Omdat beide scoringswijzen hoog met elkaar bleken te correleren (in de regel .80 en meer) is in de tweede versie van de handleiding alleen de frequentie-scoring opgenomen (Maslach & Jackson, 1986). Bij deze scoring worden vaste ankers gebruikt variërend van 'nooit' (score 0) tot 'dagelijks' (score 6). In de handleiding worden bij iedere afzonderlijke schaal cut-off scores vermeld op grond waarvan respondenten als 'hoog', 'gemiddeld', of 'gering' geclassificeerd kunnen worden (Maslach & Jackson, 1986). Opvallend is trouwens dat bij de laatste categorie niet van de *afwezigheid* van burnout wordt gesproken. Deze cut-off scores zijn tot op heden niet klinisch gevalideerd. Overigens wordt er door de test-auteurs terecht op gewezen dat de MBI (nog) ongeschikt is voor individuele psychodiagnostiek.

De MBI levert in plaats van één enkele burnout-score dus drie scores op voor respectievelijk emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Er worden in de Amerikaanse handleiding geen aanwijzingen gegeven hoe de scores op deze drie dimensies gecombineerd kunnen worden tot één burnout score. Er zijn minstens twee redenen waarom het berekenen van een dergelijke somscore afgeraden moet worden. In de eerste plaats zijn de schalen met behulp van orthogonale factor-analyse geconstrueerd, waarbij er naar maximale onafhankelijkheid tussen de drie dimensies is gestreefd (Maslach & Jackson, 1986). In de tweede plaats is uit onderzoek gebleken dat de drie burnout-dimensies op een complexe wijze met elkaar en met andere variabelen samenhangen (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Koeske & Koeske, 1989). Bovendien zijn er aanwijzingen dat de dimensies tijdens het burnout proces een verschillende rol spelen, al naar gelang de fase waarin men verkeert (Leiter, 1993).

Psychometrisch onderzoek met de MBI

Interne consistentie

De interne consistentie (Cronbach's α) van de drie MBI-subschalen is voldoende en varieert van .71 tot .90 (voor een overzicht zie Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). Echter, voor depersonalisatie worden soms aanzienlijk lagere waarden (α < .60) gerapporteerd, met name wanneer het gaat om niet-contactuele beroepen. Dit heeft te maken met de manier waarop de items van deze schaal zijn geformuleerd. De 'depersonalisatie'-schaal is namelijk, evenals de 'persoonlijke bekwaamheid'-schaal, specifiek toegesneden op het beroepsmatig contact met andere mensen. Garden (1987) heeft erop gewezen dat vooral het veranderen van depersonalisatie-items, bijvoorbeeld door 'recipients' te vervangen door 'co-workers', leidt tot een ingrijpende verandering van betekenis. Dergelijke aanpassingen hebben in de regel tot gevolg dat vooral de depersonalisatie-schaal sterk aan betrouwbaarheid inboet

Stabiliteit

De stabiliteit van de MBI is onderzocht door de test-hertest coëfficiënten te berekenen die variëren van .60 tot .82 over korte perioden tot één maand (Kruger, Botman & Goodenow, 1991; Maslach & Jackson, 1986). Over een wat langere periode van een jaar neemt de stabiliteit uiteraard af: de coëfficiënten dalen tot een niveau tussen .33 en .67 (Jackson, Schwab & Schuler, 1986; Wade, Cooley & Savicki, 1986). Emotionele uitputting is de meest stabiele en depersonalisatie de minst stabiele dimensie van burnout. De relatief hoge mate van stabiliteit van de scores op de drie dimensies wijzen in de richting van een chronisch karakter van burnout

Factoriële validiteit

Er is een groot aantal studies verricht naar de factoriële validiteit van de MBI (zie Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). In verreweg de meeste studies wordt de oorspronkelijke drie-factor structuur teruggevonden. Het probleem met de meeste factor-analytische studies is dat ze exploratief van aard zijn. Recentelijk lijkt daar echter verandering in te komen en verschijnen steeds meer confirmatieve studies waarbij alternatieve factor-analytische modellen ten opzichte van elkaar worden *getoetst*. Het oblique drie-factor model blijkt steeds superieur te zijn (Byrne, 1991; Gold, Bachelor & Michael, 1989; Gold, Roth, Wright, Michael & Chen, 1992; Lee & Ashforth, 1990; Schaufeli & Van Dierendonck, 1993; Schaufeli, Daamen & Van Mierlo, ter perse).

Aanpassing van de MBI

Golembiewski en zijn collega's hebben een aangepaste vorm van de MBI gebruikt bij niet-contactuele beroepen (Golembiewski & Munzenrider, 1988; Golembiewski, Scherb & Boudreau, 1993). Hun aanpassing bestond uit het vervangen van 'recipients' door 'co-workers', het veranderen van het score-formaat, het toevoegen van een extra item en het veranderen van de item-samenstelling van de schalen Alhoewel de auteurs beweren dat hun aangepaste versie factor-analytisch gesproken congruent is met de oorspronkelijke MBI, moet dit toch worden betwijfeld gezien de ondoorzichtige wijze van hun statistische bewijsvoering (Leiter, 1993). Het verbaast dan ook niet dat Evans en Fisher (1993), die een minder sterk gemodificeerde versie van de MBI gebruikten, tot een andere conclusie komen Bij de leerkrachten (een contactueel beroep!) werd het bestaan van de oorspronkelijke drie-factor structuur inderdaad bevestigd, maar bij de medewerkers van de computer-firma bleek de depersonalisatie-factor zich te splitsen. Dit laatste ondersteunt dus de argumentatie van Garden (1987), dat depersonalisatie een complex begrip is dat buiten contactuele beroepen niet met behulp van aangepaste MBI-items kan worden gemeten.

Convergente validiteit

Globaal gesproken hebben de MBI-schalen ongeveer 25% van de variantie gemeen met andere burnout-vragenlijsten zoals de Staff Burnout Scale for Health Professionals (Brookings, Bolton, Brown & McEvoy, 1985), de Teacher Stress Inventory (Fimian & Blanton, 1987), de Psychologist Burnout Inventory (Ackerley, Burnell, Holder & Kurdel, 1988), en de Burnout Measure (Corcoran, 1986; Enzmann & Kleiber, 1989; Stout & Williams, 1983). De emotionele uitputtingsschaal van de MBI hangt het sterkst samen met deze alternatieve burnout-vragenlijsten. Daar staat tegenover dat slechts ongeveer 10% van de variantie van de MBI-schalen wordt gedeeld met externe criteria, zoals self-ratings (Meier, 1984), peer-ratings (Maslach & Jackson, 1986) en expert-ratings (Rafferty, Lemkau, Purdy & Rudisill, 1986). Wederom blijkt ook hier emotionele uitputting weer het sterkst met de ratings samenhangt Helaas zijn er (nog) geen validiteitsstudies verricht waarin de MBI wordt gerelateerd aan objectieve externe criteria. Wel toonden Melamed, Kushner en Shirom (1992) aan dat de scores op een zelf-geconstrueerde burnout vragenlijst, die vooral uitputting lijkt te meten, positief samenhangen met cardiovasculaire risico-factoren zoals de cholesterol-, triglyceride- en urinezuurspiegel

Discriminante validiteit

Adequaat opgezette studies naar de discriminante validiteit van de MBI zijn schaars. Meier (1984) gebruikte een multitrait-multimethod design en toonde aan dat de MBI een redelijke overlap vertoont ($r = .57$) met de depressie-schaal van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory Helaas gebruikte hij een volgens Maslach en Jackson (1986) inadequate totaal-score van de MBI In studies waarin de afzonderlijke MBI-dimensies wél zijn onderscheiden werd met name een relatie gevonden tussen emotionele uitputting en de veelgebruikte Beck's Depression Inventory (BDI). $.43 < r < .52$ (Firth, McIntee, McKeown & Britton, 1986; Glass, McKnight & Valdimarsdottir, 1993; Landsbergis, 1988) Deze relatie tussen burnout en depressie is met maximaal 27% gemeenschappelijke variantie niet sterk genoeg om van één en hetzelfde concept te spreken Bovendien maakten Glass et al. (1993) met behulp van lineaire structuurmodellen de vaak geopperde gedachte aannemelijk dat burnout voorafgaat aan depressie in plaats van andersom. Het bewijs is echter niet sluitend omdat het een cross-sectioneel onderzoek betreft

Een ander begrip waarvan is gepoogd om het af te grenzen van burnout is arbeidssatisfactie. Alhoewel in de test-handleiding van Maslach en Jackson (1986) wordt gerapporteerd dat de MBI nauwelijks correleert met maten voor arbeidssatisfactie, laat een aantal latere studies een ander beeld zien (zie Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993). Emotionele uitputting blijkt matig negatief te correleren met arbeidssatisfactie ($-.35 < r < -.45$), terwijl de samenhang met depersonalisatie beduidend zwakker is ($-.25 < r < -.35$). Persoonlijke bekwaamheid hangt positief maar niet significant met arbeidssatisfactie samen.

De conclusie met betrekking tot de psychometrische kwaliteit van de MBI is niet geheel eenduidig Enerzijds lijken de betrouwbaarheid (interne consistentie en stabiliteit) en de factoriele validiteit in orde te zijn, althans voor zover de MBI bij contactuele beroepen is afgenomen De convergente validiteit is eveneens bevredigend, zij het dat de overeenstemming met andere burnout-indicatoren dan zelfbeoordelingsvragenlijsten – voor zover aanwezig – enigszins teleurstelt. Anderzijds vertoont burnout, zoals gemeten met de MBI, een zekere overlap met depressie, en in iets mindere mate met arbeidssatisfactie

Het blijkt dat de meest robuuste en betrouwbare burnout-dimensie (emotionele

uitputting), die bovendien het sterkst convergeert met andere burnout-maten, tegelijkertijd de minst specifieke dimensie is, getuige de overlap met verwante concepten. De overlap is weliswaar beperkt maar desalniettemin toch groter dan die voor depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Het feit dat emotionele uitputting de meest overtuigende en consistente resultaten oplevert heeft sommige auteurs er overigens toe gebracht om het verschijnsel burnout te reduceren tot deze dimensie (Koeske & Koeske, 1989; Pines & Aronson, 1988; Shirom, 1989).

Doel van de studie

Het doel van deze studie is tweeledig. Enerzijds gaat het om de psychometrische evaluatie van de Nederlandse versie van de MBI: (1) interne consistentie; (2) stabiliteit; (3) factoriële validiteit; (4) convergente validiteit en (5) discriminante validiteit. Anderzijds worden er statistische normen gepresenteerd, zodat de relatieve hoogte van iemands score op iedere burnout-dimensie vergeleken kan worden met die van een bepaalde referentiegroep.

Methode

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit 4.374 personen die benaderd zijn in periode 1990-1992: algemeen verpleegkundigen (2,4%), psychiatrisch verpleegkundigen (5,7%), wijkverpleegkundigen (5%), leerling-verpleegkundigen (8,6%), Intensive Care (I.C.) verpleegkundigen (17,6%), I.C. artsen (5,4%), huisartsen (13,0%), penitentiaire inrichtingswerkers (2,7%), paramedisch personeel (3,3%), verplegend personeel van verzorgings- en verpleeghuizen (4,1%), zwakzinnigenzorgwerkers (4,1%), ziekenverzorgers (1,8%), politieagenten (4,4%) en verpleegkundigen waarvan de specialisatie niet bekend is (23,2%). Het betreft hier een gepoolde steekproef samengesteld uit vijftien hoofdzakelijk niet-representatieve steekproeven, met uitzondering van de groep huisartsen (n = 567), die representatief is voor de gehele Nederlandse populatie voor wat betreft leeftijd, geslacht en urbanisatiegraad.

De leeftijd van de totale groep varieert van 17 tot 69 jaar met een gemiddelde van 36 jaar (SD = 10,1). Er zijn 1.730 (39,6%) mannen en 2.341 (53,5%) vrouwen in de onderzoeksgroep; van 303 (6,9%) mensen is het geslacht niet bekend. Vanwege incidentele missende waarden kan de groepsgrootte per analyse verschillen.

Meetinstrumenten

Maslach Burnout Inventory

De oorspronkelijke Engelstalige versie van de MBI (Maslach & Jackson, 1986) is door de eerste auteur vertaald in het Nederlands. Deze vertaling is onafhankelijk beoordeeld door twee anglisten en door een bilinguale psycholoog. In de meeste steekproeven is voor de onvertaalbare Engelse term 'recipients', al naar gelang de beroepsgroep, een andere aanduiding gekozen: bijvoorbeeld 'patiënten' bij artsen en verpleegkundigen en 'gedetineerden' bij penitentiare inrichtingswerkers (*Versie 1*). In slechts twee steekproeven, bij politieagenten (n = 194) en bij zwakzinnigenzorgwerkers (n = 122) is de term 'mensen' gebruikt in plaats van respectievelijk 'bewoners' en 'burgers' (*Versie 2*). In de meeste steekproeven (n = 2.572) zijn de 22 items gescoord op een zevenpuntsschaal: van 0 (nooit) tot 6 (altijd). In de overige gevallen zijn de oorspronkelijke vaste ankers als antwoordcategorieën gebruikt: van 0 (nooit) tot 6 (dagelijks). De variantie van de items van de versie met vaste ankers is op twee uitzonderingen na significant *groter* dan die van de items met de minder vaste ankers. Beide versies zijn echter bij verschillende combinaties van beroepsgroepen afgenomen, hetgeen het verschil in variantie zou kunnen verklaren. Bovendien is er in de literatuur niets bekend over effecten van het gebruik van vaste en minder vaste ankers. Vandaar dat de twee versies gezamenlijk worden geanalyseerd (N=3 892). De scores op elk van de drie schalen, emotionele uitputting (EU - 9 items), depersonalisatie (DP - 5 items) en persoonlijke bekwaamheid (PB - 8 items) worden afzonderlijk gesommeerd.

Naast de MBI, die bij iedereen is afgenomen, zijn in diverse steekproeven nog vier andere zelfbeoordelingsvragenlijsten ingevuld.

Burnout Measure

Als alternatief burnout-instrument is de Burnout Measure (BM) gebruikt (Pines & Aronson, 1988). Deze vragenlijst, die geestelijke en lichamelijke uitputting meet, bestaat uit 21 items die gescoord worden op een zevenpuntsschaal, variërend van 'nooit' (score 1) tot 'altijd' (score 7). De totaal-score wordt gedeeld door het aantal items. De BM is bij 614 personen uit verplegende en verzorgende beroepen afgenomen.

Psychische klachten

Psychische klachten (PK), zoals angst, depressie, eenzaamheid en geïrriteerdheid zijn gemeten door 11 items uit de gelijknamige schaal van Vragenlijst Organisatiestress-Doetinchem (VOS-D) (Bergers, Marcelissen & De Wolff, 1986). Scoring vindt plaats op een vierpuntsschaal variërend van 1 (bijna nooit) tot 4 (zeer vaak). De totaal-score wordt gedeeld door het aantal items. Deze vragenlijst is ingevuld door 533 verpleegkundigen.

Lichamelijke klachten

Lichamelijke klachten (LK), zoals hoofdpijn, hartkloppingen en duizeligheid zijn gemeten door 14 items uit de gelijknamige schaal van de VOS-D, die op identieke wijze als de psychische klachten zijn gescoord. Naast de totaal-score zijn nog twee andere scores berekend omwille van de vergelijking met referentiegroepen uit de handleiding (Bergers, Marcelissen & De Wolff, 1986): incidentele klachten (het aantal keer dat men aangeeft 'soms' last te hebben van een klacht) en regelmatige klachten (het aantal keer dat men aangeeft 'regelmatig' of 'zeer vaak' last te hebben van een klacht). Deze vragenlijst is eveneens ingevuld door 543 verpleegkundigen.

Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid

De VOEG telt 21 items die betrekking hebben op vage lichamelijke klachten, zoals maagklachten, cardiovasculaire klachten en klachten van het bewegingsapparaat en die met 'ja' (score 1) of 'nee' (score 0) beantwoord moeten worden (Dirken, 1969). De totaal-score wordt gedeeld door het aantal items. Deze vragenlijst is bij 131 wijkverpleegkundigen afgenomen.

General Health Questionnaire

De 12-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ-12) werd gebruikt ter detectie van personen met niet-psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele stoornissen als angst en depressie (Koeter & Ormel, 1991). De scoring is dichotoom: 'minder dan gewoonlijk' of 'net zo als gewoonlijk' (score 0); 'wat meer dan gewoonlijk' en 'veel meer dan gewoonlijk' (score 1). Op basis van de gesommeerde GHQ-totaalscore kunnen psychiatrische 'cases' (score ≥ 2) van 'non-cases' (score < 2) worden onderscheiden. Deze vragenlijst is bij 228 leerling-verpleegkundigen afgenomen.

Psychometrische evaluatie

Interne consistentie

Tabel 1 geeft de interne consistentie weer (Cronbach's α) van twee versies van de MBI-NL in vergelijking met de α-waarden uit de Amerikaanse handleiding (Maslach & Jackson, 1986). Elders (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993) hebben we er, op grond van een studie naar de factoriële validiteit van de MBI-NL, voor gepleit om één item uit de EU- en één item uit de PB-schaal te verwijderen (zie ook hierna). Een dergelijke inkorting blijkt slechts een geringe daling van de interne consistentie tot gevolg te hebben. Volgens de vuistregel van Nunnaly (1978), die stelt dat de waarde van α groter dan .70 dient te zijn, is de interne consistentie van alle drie schalen van Versie 1 voldoende. Echter, het vervangen van specifieke persoonsaanduidingen ('patiënt', 'delinquent') in Versie 2 door het meer algemene 'mensen' leidt tot een dramatische afname van de interne consistentie van DP, en in iets mindere mate van PB. Beide α-waarden dalen onder de criteriumwaarde van .70. De EU-schaal bevat geen items met een concrete persoonsaanduiding, de α-waarde verandert dan ook niet. Vanwege het feit dat de interne consistentie van DP en PB van Versie 2 onacceptabel laag is, is deze versie verder geheel buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1 *Interne consistentie van de MBI-NL (coëfficient α)*

Schaal	*Versie 1 (n = 3892)* 22 *items*	20 *items*	*Versie 2 (n = 316)*	*Handleiding*[1] *(n = 1316)*
Emotionele uitputting	0 88	0 87	0 83	0 90
Depersonalisatie	0 70	0 70	0 56	0 79
Persoonlijke bekwaamheid	0.80	0 78	0.63	0 71

[1] Versie 1 met 'patiënten', 'cliënten' of 'delinquenten'; Versie 2 met 'mensen'; [1] Maslach & Jackson (1986).

Stabiliteit

Uit een onderzoek bij 64 wijkverpleegkundigen die deelnamen aan een burnout workshop bleek dat de stabiliteit van de MBI-NL overeenkomt met die van de Amerikaanse versie (Schaufeli, ter perse). De correlaties tussen de voor- en de nameting, die na één maand plaatsvond, bedroegen .77 (EU), .73 (DP) en .78 (PB). De stabiliteit van de drie MBI-NL schalen is beduidend geringer die van de Neuroticisme-schaal van de Eysenck Personality Inventory (r_t = .88) die eveneens in het onderzoek betrokken was. Zoals te verwachten blijkt de score op een persoonlijkheidsvragenlijst stabieler te zijn dan die op een burnout-schaal.

Factoriële validiteit

In de eerder genoemde studie van Schaufeli en Van Dierendonck (1993) is de factoriele validiteit van de MBI-NL onderzocht bij een groep van 667 verpleegkundigen met behulp van een confirmatieve factor-analyse. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het LISREL VII computer programma. Een viertal mogelijke factor-modellen van de MBI-NL werden met elkaar vergeleken: (1) het één-factor model dat veronderstelt dat alle MBI-items op één algemene burnout-factor laden; (2) het twee-factor model met een gecombineerde EU en DP ('core of burnout') factor en een aparte PB-factor; (3) het oorspronkelijke orthogonale drie-factor model uit de MBI-Handleiding van Maslach en Jackson (1986); (4) het drie-factor oblique model waarbij de drie factoren onderling mogen correleren. Het laatstgenoemde model bleek het beste bij de empirische gegevens te passen Daarmee is dus ook voor de MBI-NL de drie-factor structuur gevalideerd Wel bleken bij nadere analyse vier items (12, 13, 16 en 18) niet eenduidig op één factor te laden. Twee van deze items, (12-PB: 'Ik voel me vol met energie' en 16-EU: 'Het direct werken met mensen roept spanningen bij me op') leveren ook in andere factoriele validiteitsstudies met de Engelstalige versie problemen op Gezien de inhoud van de items wekt dit ook geen bevreemding Immers, item 12, indien gespiegeld, drukt een gevoel van emotionele uitputting uit. Item 16 kan met evenveel recht in termen van verminderde persoonlijke bekwaamheid worden geinterpreteerd.

In de onderhavige studie is dan ook de validiteit van het oblique drie-factor model *zonder* items 12 en 16 onderzocht door dit model wederom te toetsen met behulp van confirmatieve factor-analyse in de huidige grotere en meer heterogene onderzoeksgroep, waaruit uiteraard de 667 verpleegkundigen van de eerdere studie verwijderd zijn (n = 3 892) Het feit dat we met vrij grote steekproeven werken levert echter een complicatie op De bij LISREL gebruikelijke chi-kwadraat goodness-of-fit toetsingsstatistiek is namelijk afhankelijk van de steekproefgrootte (Marsh, Balla & McDonald, 1988) Dat wil zeggen dat bij grote steekproeven in de orde van enkele honderden subjecten praktisch nooit een passend model zal worden gevonden. Inderdaad past ook nu, evenals in de studie van Schaufeli en Van Dierendonck (1993), het model niet volgens het gebruikelijke chi-kwadraat goodness-of-fit criterium ($Chi^2_{(167)}$= 2215.36, p < .001; GFI = .93; AGFI = 91; RMSR = .051). Het is echter mogelijk om een alternatieve fit-index te berekenen die nagenoeg onafhankelijk van de steekproefgrootte is de Tucker-Lewis Index (TLI) Aangezien de waarde van de TLI met .98 ruim boven de benedengrens van 90 ligt, hetgeen als criterium geldt voor een acceptabele fit (Bentler & Bonett, 1980), kan er toch van worden uitgegaan dat het drie-factor oblique model met 20 items 'past' bij de gegevens van onze onderzoeksgroep

Dat het verwijderen van de bewuste twee items leidt tot een grotere onafhankelijkheid van de drie MBI-NL schalen wordt geillustreerd door de afname van de intercorrelaties tussen de schalen. De correlatie van PB met EU en DP daalt na verwijdering van de items 12 en 16 significant van - 42 naar - 34 (Fisher Z = 5 54, p <.05) respectievelijk van -.45 naar -.42 (Fisher Z = 2 19, p < 05) De correlatie tussen de EU- en DP-schaal blijft daarentegen praktisch onveranderd (57 in plaats van .56). De ingekorte versies van zowel EU als PB correleren .99 met de oorspronkelijke schalen.

Convergente validiteit

Uit Tabel 2 blijkt dat de scores op de andere burnout vragenlijst (BM) sterk overeenkomen met die op EU· de gemeenschappelijk verklaarde variantie is 56%. De relatie van deze lijst met DP en PB is met respectievelijk 18% en 5% gemeenschappelijke variantie veel minder sterk

Discriminante validiteit

Tabel 2 geeft eveneens aan dat de relaties van de drie MBI-NL schalen hetzelfde patroon volgen bij de vier vragenlijsten die meer algemene psychische en lichamelijke klachten meten (VOEG, beide VOS-D schalen en de GHQ) Ten eerste correleert EU het hoogst met alle vier vragenlijsten (gemiddeld 52), op afstand gevolgd door respectievelijk DP (gemiddeld 29) en PB (gemiddeld - 22) Met andere woorden, EU is dus het sterkst gerelateerd aan algemene psychische en lichamelijke

Tabel 2 *Pearson correlatie coefficienten (convergente en discriminante validiteit)*

Schaal	*n*	*M*	*SD*	*DP*	*PB*	*BM*	*VOEG*	*LK*	*PK*	*GHQ*
EU	3892	15 9	7 6	0 56	-0 34	0 75	0.52	0 56	0 68	0 33
DP	3840	7 3	4 3		-0.42	0 43	0 21	0 30	0.42	0 22
PB	3753	27 0	4 6			-0 23	-0 17	-0 18	-0 34	-0 17
BM	614	2 9	0 8					0 63	0 78	
VOEG	131	4 8	3 8							
LK	543	1 2	0 3							
Incidenteel		3 0	2 6							
Regelmatig		0 5	1 1							
PK	533	1 8	0 4					0 54		
GHQ	228	1 4	2 1							

EU = MBI-NL Emotionele uitputting, DP = MBI-NL Depersonalisatie; PB = MBI-NL Persoonlijke bekwaamheid, BM = Burnout Measure; VOEG = Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid; LK = Lichamelijke Klachten (VOS-D), PK = Psychische Klachten (VOS-D), GHQ = General Health Questionnaire-12

symptomen, zij het dat deze relaties minder sterk zijn dan die met de andere burnout-vragenlijst (BM). Ten tweede zijn de correlaties van de PK met alle drie burnout-schalen het hoogst (gemiddeld .48), gevolgd door respectievelijk LK (gemiddeld .34), VOEG (gemiddeld .30) en GHQ-12 (gemiddeld .24). Met andere woorden psychische klachten, zoals gemeten met de VOS-D, zijn het sterkst, en niet-psychotische psychiatrische klachten zijn het minst sterk aan alle drie burnout-schalen gerelateerd. Ten slotte komen de relaties die de beide maten voor lichamelijke klachten (LK en VOEG) hebben met de drie MBI-NL-schalen opvallend sterk overeen

De conclusie ten aanzien van de discriminante validiteit van de MBI-NL is afhankelijk van de schaal: DP en PB kunnen duidelijk worden onderscheiden van diverse maten voor psychische en lichamelijke klachten, terwijl EU hier juist een redelijke overlap mee vertoont. Verder blijkt dat burnout, zoals gemeten met de MBI-NL, kan worden onderscheiden van niet-psychotische psychiatrische aandoeningen en in wat mindere mate van lichamelijke klachten.

Voorlopige normgegevens

Niveau van klachten

Uit een vergelijking van onze resultaten met de referentie-gegevens van de vier algemene klachtenlijsten kan worden geconcludeerd dat de door ons onderzochte groep wat betreft lichamelijke en psychische klachten en psychiatrische symptomen nagenoeg niet verschilt van een dwarsdoorsnede van de Nederlandse (werkende) bevolking

Score-categorieën

In plaats van de tamelijk grove indeling in slechts drie tertielen, zoals in de Amerikaanse handleiding, is er gekozen voor een wat fijnere classificatie in vijf categorieen met cut-off scores gebaseerd op resp. het 5e, 25e, 75e en 95e percentiel. De 5% die het hoogste scoort wordt ingedeeld in de categorie 'zeer hoog' (score boven het 95e percentiel). Dit is, althans voor zover het EU betreft, in overeenstemming met een studie van Pick en Leiter (1991) die vonden dat verpleegkundigen die zichzelf als opgebrand beschreven, meer dan twee standaardafwijkingen boven de gemiddelde EU-score scoorden. Scores boven het 75e maar beneden of gelijk aan het 95e percentiel worden beschouwd als 'hoog', scores boven het 25e maar beneden of gelijk aan het 75e percentiel als 'gemiddeld', scores boven het 5e maar gelijk aan of beneden het 25e percentiel als 'laag', en ten slotte scores beneden of gelijk aan het 5e percentiel als 'zeer laag'.

In Tabel 3 staan (voorlopige) normgegevens van drie groepen vermeld: de totale onderzoeksgroep, de beroepsgroep waarvan de meeste MBI-NL gegevens bekend zijn (verpleegkundigen) en de enige representatieve steekproef (huisartsen). Let wel: een *lage* PB-score, dat wil zeggen *verminderde* persoonlijke bekwaamheid, is indicatief voor burnout. De normgegevens dragen een voorlopig karakter omdat ze, met uitzondering van de huisartsen, niet op representatieve steekproeven zijn gebaseerd en omdat de cut-off scores nadere klinische validering behoeven in een groep mensen die dusdanig zijn opgebrand dat ze niet meer in staat zijn te werken.

Tabel 3 *Voorlopige normtabellen MBI-NL Gehele groep, verpleegkundigen en huisartsen*

	M	*SD*	*SE*	*5%*[1]	*25%*[1]	*75%*[1]	*95%*[1]
Gehele groep (n = 3892)							
Emotionele uitputting	15 5	7 8	0 13	4	9	20	28
Depersonalisatie	7 4	4 0	0 07	0	3	10	14
Persoonlijke bekwaamheid	27 3	5 1	0 08	18	24	30	35
Verpleegkundigen (n = 2449)							
Emotionele uitputting	15 1	8 1	0 16	3	9	20	29
Depersonalisatie	6 9	4 3	0 09	0	3	9	14
Persoonlijke bekwaamheid	27 4	5.5	0 11	17	24	30	36
Huisartsen (n = 567)							
Emotionele uitputting	18 0	7 0	0 30	6	13	22	29
Depersonalisatie	9 4	3 8	0 16	2	6	12	15
Persoonlijke bekwaamheid	26 7	3 2	0 14	21	24	28	31

SE = Standaardafwijking, [1] percentielscores

Ter validering van de beide hoogste score-categorieen is bij een groep leerling-verpleegkundigen (n = 228) met behulp van de GHQ-12 het percentage psychiatrische 'cases' berekend (Tabel 4) Daarbij bleek dat 72% van de leerlingen die 'zeer hoog' scoorden op EU als psychiatrische 'case' kunnen worden aangemerkt. Voor DP en PB bedragen deze percentages respectievelijk 78 en 71 Met andere woorden: rond driekwart van de leerlingen die 'zeer hoog' op één van de schalen van de MBI-NL scoren kunnen worden aangemerkt als psychiatrische gevallen die voor behandeling in aanmerking komen. Van diegenen die 'hoog' scoren op EU is bijna tweederde (60%) een psychiatrisch 'geval', terwijl dit voor DP en PB beduidend lager ligt: respectievelijk 34% en 35%. Ter vergelijking: Koeter en Ormel (1991) troffen in 'normale' steekproeven tussen de 20% en 40% psychiatrische 'cases' aan en bij huisartspatienten tussen de 40% en 50%. Met andere woorden, het percentage psychiatrische 'cases' in de groep die 'hoog' scoort op DP en PB is vergelijkbaar met dat in de 'normale' bevolking In de groep die '(zeer) hoog' scoort op EU of 'zeer hoog' op één van de twee andere MBI-NL schalen ligt het percentage psy

chiatrische 'cases' beduidend hoger dan bij patiënten uit de eerstelijnsgezondheidszorg

Tabel 4 *Gemiddelde score referentiegegevens per MBI-NL scorings-categorie*

	Zeer laag	*Laag*	*Gemiddeld*	*Hoog*	*Zeer hoog*	*n*
Emotionele uitputting						
GHQ-12 (% cases)	0.0	12 2	25 0	60 0	72 2	228
Lichamelijke klachten	1 1	1.2	1.3	1.5	1 9	543
Psychische klachten	1 5	1 7	1.8	2.2	2 6	533
Depersonalisatie						
GHQ-12 (% cases)	14 3	25 0	28 0	34 2	77 8	227
Lichamelijke klachten	1 3	1 3	1 3	1 5	1 6	543
Psychische klachten	1 6	1 7	1 9	2 1	2 3	533
Persoonlijke bekwaamheid						
GHQ-12 (% cases)	71 4	35.7	29 9	25 0	14 3	228
Lichamelijke klachten	1 2	1 5	1 3	1 3	1 4	543
Psychische klachten	2 1	2 1	1 8	1 8	1 7	533

Een vergelijkbaar beeld geven de gemiddelde scores van de beide VOS-D schalen te zien (Tabel 4): het aantal lichamelijke en psychische klachten neemt lineair toe met de EU-score-categorieen (resp $F_{(1,504)}$ = 170 85, p < 001 en ($F_{(1,504)}$ = 359 71, p < 001) Hetzelfde geldt, zij het iets minder uitgesproken, voor DP (psychische klachten: $F_{(1,496)}$ = 99 31 p < 001, lichamelijke klachten $F_{(1,505)}$ = 28 45 p < 001) Bij PB ten slotte zijn alleen de psychische klachten op lineaire wijze gerelateerd aan de score-categorieen ($F_{(1,479)}$ = 53 14, p < 001) Kortom: de indeling in vijf score-categorieen wordt gevalideerd in zoverre dat psychische, lichamelijke en niet-psychotische psychiatrische klachten stelselmatig toenemen naarmate de score-categorie mensen met ernstiger burnout-symptomen omvat

Combinaties van schalen

Slechts circa 7% van de onderzoeksgroep scoort 'hoog' of 'zeer hoog' op *iedere* dimensie van de MBI-NL. Verder komt de combinatie van (zeer) hoge EU en DP scores bijna tweemaal zo vaak voor (ruim 6%) dan de combinaties van (zeer) hoge scores op EU en PB, respectievelijk PB en DP (beide ruim 3% elk). Te zamen genomen scoort ruim 20% van de onderzoeksgroep 'hoog' of 'zeer hoog' op twee of drie dimensies.

Voor ieder van de vier – elkaar uitsluitende – groepen die (zeer) hoog scoren op twee van de drie, of op alle drie MBI-dimensies is de gemiddelde score op beide VOS-D schalen berekend. Er blijken geen significante verschillen te bestaan in mate waarin lichamelijke klachten worden ervaren, maar diegenen die (zeer) hoog op alle drie MBI-NL dimensies scoren vertonen significant meer psychische klachten dan diegenen die (zeer) hoge scores hebben op twee van de drie MBI-dimensies ($F_{(3,78)}$ = 3.78, p < .05).

Voorlopige normtabellen

In de Appendix staan per burnout-dimensie aparte voorlopige normgegevens voor mannen en vrouwen en voor drie leeftijdscategorieen. Mannen scoren significant hoger op emotionele uitputting en depersonalisatie: EU ($F_{(1,3674)}$ = 5.10, p < 05), DP ($F_{(1,3625)}$ = 59 38, p < 001) en lager op persoonlijke bekwaamheid ($F_{(1,3543)}$ = 5 94, p < 01) Het meest uitgesproken is het verschil bij depersonalisatie; mannen ervaren meer dergelijke gevoelens dan vrouwen Ook qua leeftijd blijken de burnout-scores significant te verschillen. De EU- en DP- score neemt lineair toe naarmate de leeftijd vordert: resp $F_{(2,3558)}$ = 23 86, p < .001, $F_{(2,3513)}$ = 46 03, p < 001. Een Scheffé-test wijst uit dat de EU- en DP-scores significant verschillen tussen alle drie leeftijdsgroepen. Bij PB zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen eveneens significant ($F_{(2,3430)}$ = 12 78, p < .001). Hier blijkt echter dat de middelste groep, die tussen de 30 en de 40 jaar oud is, over het laagste gevoel van persoonlijke bekwaamheid beschikt. De jongste groep scoort het hoogst Een Scheffé-test wijst uit dat alleen het verschil tussen de jongste en de middelste groep significant is.

Conclusies en discussie

Uit ons onderzoek met de MBI-NL kan een achttal conclusies worden getrokken. In de eerste plaats is de interne consistentie van de drie burnout-schalen voldoende. Aangezien DP met 5 items de kortste schaal is en daardoor de laagste α-waarde heeft, ligt het voor hand om deze schaal met enkele items uit te breiden In lopend onderzoek wordt hiermee reeds geëxperimenteerd.

Ten tweede blijkt dat, indien concrete persoonsaanduidingen ('patiënt' of 'cliënt') worden vervangen door het wat vagere 'mensen', de interne consistentie van DP en PB daalt tot onder een als aanvaardbaar geldend minimum Het moet dan ook nadrukkelijk worden afgeraden om deze persoonsaanduidingen te vervangen door andere termen zoals 'mensen', 'collega's' of 'anderen', bijvoorbeeld met het oogmerk om de MBI-NL geschikt te maken voor afname bij niet-contactuele beroepen. Door een dergelijke ingreep verandert de factorstructuur, en daarmee ook de interne consistentie In andere studies werden eveneens soortgelijke resultaten gevonden (Evans & Fisher, 1993; Garden, 1987). De conclusie is duidelijk: de MBI-NL is alleen geschikt om afgenomen te worden bij contactuele beroepen, waarbij depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid betrekking hebben op de mensen met wie men dagelijks beroepsmatig werkt. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat burnout bij andere beroepen niet voorkomt; het doet zich daar echter in een andere vorm voor. Daaruit volgt dat er dus ook een ander instrument voor moet worden ontwikkeld Zo wordt er op dit moment bijvoorbeeld gewerkt aan een versie die geschikt is voor mensen die met 'intangibles' werken (ideeen, teksten, formules, of beelden), zoals software-ontwikkelaars, kunstenaars, onderzoekers, copywriters en journalisten. Burnout doet zich bij hen, naast emotionele uitputting, vooral gelden in de vorm van cynisme over de produkten die worden afgeleverd (analoog aan 'depersonalisatie') en van het opdrogen van de creativiteit (analoog aan 'verminderde persoonlijke bekwaamheid')

Ten derde zijn er op dit moment nog niet erg veel gegevens over de stabiliteit van de MBI-NL bekend Op korte termijn blijkt dat de MBI-NL in vergelijking met andere klachtenlijsten relatief gevoelig voor veranderingen is.

In de vierde plaats wordt de oorspronkelijk drie-factor structuur van de MBI bevestigd Daarmee is de Nederlandse – naast de Poolse versie (Schaufeli & Janczur, 1994) – de tweede, niet-Engelstalige versie waarvan de drie-dimensionele structuur is getoetst door middel van confirmatieve factor-analyse. Op grond van deze analyse wordt echter wel aanbevolen om twee zwakke items (12 en 16) te elimineren, waardoor het totale aantal items daalt tot 20 Zoals verwacht vermindert hierdoor ook de correlatie tussen de burnout-dimensies enigszins Opvallend is overigens dat PB in Nederland desondanks toch nog sterker correleert met DP en EU dan in de Amerikaanse handleiding het geval is (- 42 en - .34 tegen respectieve-

lijk -.26 en -.22 bij Maslach & Jackson, 1986). De correlatie tussen EU en DP is in beide landen exact gelijk: .56. Kortom, alhoewel dezelfde factorstructuur wordt gevonden als bij de oorspronkelijke versie, hangt PB in Nederland sterker samen met beide andere burnout-dimensies dan in Amerika. Een plausibele verklaring hiervoor ontbreekt tot nu toe.

Ten vijfde levert onderzoek naar de begripsvaliditeit van de MBI-NL gemengde resultaten op. Zoals verwacht hangt EU sterk positief samen met de score op de BM, een alternatieve burnout-vragenlijst (congruente validiteit). Voor DP en vooral PB is deze relatie veel minder sterk, hetgeen niet verwonderlijk is omdat de BM immers fysieke en mentale *uitputting* meet. Onze bevindingen met betrekking tot de congruente validiteit sluiten goed aan bij de resultaten met de Engelstalige (Corcoran, 1986; Stout & Williams, 1983) en de Duitstalige versie (Enzmann & Kleiber, 1989), waarbij eveneens een aanzienlijke overlap tussen EU- en BM-scores werd vastgesteld. Verder hangen DP en PB zwak tot matig samen met lichamelijke en psychische symptomen. EU vertoont echter een veel sterkere relatie met beide typen klachten. Ook dit komt overeen met resultaten van ander onderzoek, met name wat betreft de psychische symptomen, in het bijzonder depressie (Firth et al., 1986; Glass et al., 1993; Landsbergis, 1988; Meier, 1984). De resultaten van de construct-validiteit overziend dringt zich een wat paradoxale conclusie op: de meest uitgesproken dimensie van burnout, EU, is tegelijkertijd ook de minst specifieke. Wellicht dat de tamelijk zwakke discriminante validiteit van EU verklaard kan worden door te verwijzen naar een onderliggende algemene dimensie van subjectief onwelbevinden. Deze persoonlijkheidsfactor hebben Watson en Pennebaker (1989) aangeduid met negatieve affectiviteit ('negative affectivity'). Volgens hen weerspiegelen alle subjectieve gezondheidsmaten tot op zekere hoogte de percepties en interpretaties van de innerlijke gewaarwordingen van het individu. Overigens is de samenhang van de MBI-NL met niet-psychotische psychiatrische aandoeningen (GHQ-12) tamelijk gering. Kennelijk gaat het bij de GHQ-12 om een ander en ernstiger type symptomatologie dat veel minder sterk verwijst naar negatieve affectiviteit dan de andere subjectieve gezondheidsmaten.

Psychometrisch onderzoek naar de construct-validiteit dat zich beperkt tot het interpreteren van enkelvoudige correlaties met nevenvariabelen biedt echter onvoldoende inzicht in de complexiteit van het burnout-concept. Uit de eerste onderzoeken naar complexe modellen waarin de burnout-dimensies ten opzichte van elkaar en ten opzichte van andere variabelen zijn gespecificeerd, blijkt dat emotionele uitputting een centrale rol vervult en depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid als secundaire cognitieve aspecten van burnout beschouwd kunnen worden (Van Dierendonck, Schaufeli & Sixma, ter perse; Lee & Ashforth, 1993; Leiter, 1993).

Ten zesde blijkt bij een score-indeling in vijf categorieën, die gebaseerd is op percentielscores, dat psychische en lichamelijke symptomen toenemen naarmate de ernst van burnout toeneemt. Hetzelfde geldt voor het aantal psychiatrische 'cases'. Daarmee is echter de klinische validiteit van de score-categorieën geenszins aangetoond. Toekomstig onderzoek bij patiënten die daadwerkelijk zijn opgebrand zal moeten leren of zij inderdaad '(zeer) hoog' op alle drie burnout-dimensies scoren, zoals te verwachten is, of wellicht op slechts op één of twee van de drie. In onze steekproef scoorde 7% op alle drie schalen '(zeer) hoog', en nog eens 14% op twee van de drie schalen. Naast het feit dat de vragenlijst dusdanig is geconstrueerd dat de schalen maximaal onafhankelijk van elkaar zijn, speelt ook een rol dat ons onderzoek is uitgevoerd bij mensen die aan het werk waren en niet thuis in de ziektewet zaten, laat staan arbeidsongeschikt waren. Tot nu toe is er slechts één onderzoek gedaan naar de predictieve validiteit van de MBI. Bij deze vorm van validiteit gaat het erom in hoeverre een (zeer) hoge burnout-score de kans op ziekteverzuim, verloop, of arbeidsongeschiktheid kan voorspellen. In Groot-Brittannie toonden Firth en Britton (1989) bij verpleegkundigen aan dat depersonalisatie en emotionele uitputting een voorspellende waarde hadden voor respectievelijk het personeelsverloop en de duur van het ziekteverzuim in de twee daarop volgende jaren.

Ten zevende blijken verschillende normen te kunnen worden gehanteerd voor mannen en vrouwen en voor drie leeftijdscategorieen. Het meest uitgesproken geslachtsverschil is dat mannen een hogere DP score hebben dan vrouwen. Van Yperen, Buunk en Schaufeli (1992) betogen naar aanleiding van hun onderzoek bij verpleegkundigen dat depersonalisatie voor mannen een meer 'normale' houding is die aansluit bij hun taakgerichte zelfconcept, terwijl het bij vrouwen gezien moet worden als een manier om met stressvolle ervaringen in het werk om te gaan namelijk door psychologisch afstand te nemen. Wat leeftijdsverschillen betreft neemt de EU- en DP-score toe naarmate de leeftijd stijgt, hetgeen overeenkomt met de idee dat burnout een langetermijn stressreactie is. Verminderde persoonlijke bekwaamheid daarentegen komt het vaakst in de middengroep tussen 30 en 40 jaar voor. Wellicht dat hier gevoelens van relatieve deprivatie een rol spelen in vergelijking met beter opgeleide jongeren die net van de opleiding komen en met ouderen die over meer ervaring beschikken (Janssen, 1992).

Ten slotte is de gemiddelde score in Nederland op *alle* schalen significant lager dan in de Amerikaanse handleiding staat aangegeven (Maslach & Jackson, 1986). Het is mogelijk dat het hier gaat om een cultureel bepaalde antwoordtendentie waarbij Amerikanen een sterkere neiging vertonen om extreem te antwoorden. Ten slotte scoren zij *zowel* hoger op de negatief geformuleerde EU- en DP-items *als* op de positieve PB-items. Deze interpretatie wordt ook ondersteund door het feit dat EU- en DP-scores van verpleegkundigen in diverse Europese landen als Frankrijk (Girault, 1989), Duitsland (Bussing & Perrar, 1992; Enzmann & Kleiber, 1989), Spanje (Gil-Monte & Schaufeli, 1992), Groot Brittannie (Firth, McIntee, McKeown & Britton, 1985) en Ierland (Dolan, 1987) systematisch *lager* liggen dan die van hun collega's in de Verenigde Staten (Brown-Ceslowitz, 1989; Haack, 1988, Topf, 1989). Let wel, het gaat hierbij ook om twee Europese landen waar de Engelstalige versie is afgenomen (Groot Brittannië en Ierland), waardoor het onwaarschijnlijk is dat de vertaling verantwoordelijk is voor de score-verschillen. De enige uitzondering wordt overigens gevormd door Polen, waar verpleegkundigen 'Amerikaanse' burnout-scores rapporteren (Schaufeli & Janczur, 1994). Dit zal nauwelijks verwondering wekken voor wie de situatie in Oosteuropese ziekenhuizen kent. Het feit dat de Amerikaanse scores systematisch lijken af te wijken van die in andere landen benadrukt overigens nog eens het belang van nationale normen. Zouden de Amerikaanse score-categorieen bij onze onderzoeksgroep zijn gebruikt dan zou niet circa 33% maar slechts 11% en 9% 'hoog' op EU respectievelijk DP hebben gescoord. Daarentegen zou niet 33% maar juist 54% 'hoog' op verminderde PB hebben gescoord. Kortom: het hanteren van Amerikaanse normen in Nederland, zoals in een studie bij psychotherapeuten is gedaan door Van Leeuwen en Van der Ploeg (1989), leidt tot een sterke *onder*schatting van het voorkomen van EU- en DP-symptomen en juist tot een aanzienlijke *over*schatting van verminderde PB.

Onze eindconclusie luidt dat de MBI-NL een veelbelovend instrument is, zowel om burnout vanuit wetenschappelijk perspectief te bestuderen, als met het oog op screening en identificatie van specifieke risicogroepen. Wat wetenschappelijk onderzoek betreft is er vooral behoefte aan inzicht in het proces van burnout. Dat wil zeggen: hoe hangen de drie elementen van burnout in de tijd met elkaar samen? Tevens zou burnout in andere beroepsgroepen onderzocht kunnen worden,

waarbij men zou dienen na te gaan of soortgelijke elementen als bij contactuele beroepen een rol spelen. Wat betreft het praktisch gebruik van de MBI-NL voor screeningsdoelenden kan gewezen worden op de verplichte inventarisatie van welzijnsrisico's die voortvloeit uit de ARBO-wet. Alhoewel de MBI-NL in principe ook voor individuele psychologische diagnostiek kan worden aangewend is verder onderzoek noodzakelijk, vooral naar de klinische en de predictive validiteit[3]. De klinische validiteit van de MBI-NL dient te worden onderzocht bij diegenen die wegens 'burnout' niet langer in staat zijn te werken en het arbeidsproces (tijdelijk) hebben verlaten. Bij de predictieve validiteit gaat het erom te bepalen in hoeverre scores op de MBI-NL een voorspellende waarde hebben, bijvoorbeeld ten aanzien van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of vermindering van de produktiviteit.

Noten

[1] Met dank aan de volgende personen voor het ter beschikking stellen van onderzoeksgegevens Gerard Bergers, Rian Boots, Luc de Clerq (LBC-NVK), Roeland Goosens, Karin van Gorp, Esther Groenestijn, Bertus Hofstra, Peter Janssen, Jan de Jonge, Anita van der Leest, Mieke Luykx, NIVEL, Maria Peeters, Dinis Reis-Miranda, Martin Spaans, Gepke van Wijk-Pals Tevens gaat onze dank uit naar Marc Leiblum, Ank Mulder en Joke Stoel voor hun hulp bij de vertaling van de MBI en naar Karin van Gorp voor haar kritische commentaar op een eerdere versie van dit manuscript

[2] Oorspronkelijk werd er ook nog een zwakke betrokkenheidsfactor geïdentificeerd met slechts drie items, die in zekere zin het spiegelbeeld vormt van depersonalisatie. Aanvankelijk werd deze vierde schaal als facultatieve uitbreiding geïntroduceerd (Maslach & Jackson, 1981a), maar in latere publikaties vindt men deze betrokkenheidsschaal echter nauwelijks nog terug

[3] De MBI-NL staat ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek Hiertoe kan men contact opnemen met de eerste auteur

Literatuur

Ackerley, G D , Burnell, J , Holder, D C & Kurdek L A. (1988). Burnout among licenced psychologists *Professional Psychology Research and Practice, 19*, 624 - 631

Bentler, P M & Bonett, D.G (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures *Psychological Bulletin, 88*, 588 - 606

Bergers, G P A , Marechissen, F H G & de Wolff, Ch J. (1986) *VOS-D Vragenlijst Organisatiestress-D. Handleiding* Nijmegen Psychologisch Laboratorium (Rapport 86 AO 3)

Brookings, J B , Bolton, B , Brown, C E & McEvoy (1985) Self-reported job burnout among female human service professionals *Journal of Occupational Behaviour, 6*, 143 - 160

Brown-Ceslowitz, S (1989) Burnout and coping strategies among hospital staff nurses *Journal of Advanced Nursing, 14*, 553 - 557

Bussing, A & Perrar, K M (1992) Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica, 38*, 328 - 353

Byrne, B M (1991) The Maslach Burnout Inventory Validating factorial invariance across intermediate, secondary, and university educators. *Multivariate Behavioral Research, 26*, 583 - 605

Corcoran, K J (1986) Measuring burnout A reliability and convergent validity study *Journal of Social Behavior and Personality, 1*, 107 - 112

Dirken, J M (1969) *Arbeid en stress* Groningen· Wolters-Noordhoff

Dolan, A (1987) The relationship between burnout and job satisfaction in nurses *Journal of Advanced Nursing, 12*, 3 - 12

Enzmann, D & Kleiber, D (1989) *Helfer-Leiden Stress und Burnout in psychosozialen Berufen.* Heidelberg Asanger-Verlag

Evans, B K & Fischer, D G (1993) The nature of burnout A study of the three-factor model of burnout in human service and non-human service samples *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66*, 29 - 38

Firman, M J & Blanton, L P (1987) Stress, burnout, and role problems among teacher trainees and first year teachers *Journal of Occupational Behaviour, 8*, 157 - 165

Firth, H , McIntee, J , McKeown, P & Britton, P (1985) Maslach Burnout Inventory Factor structure and norms for British nursing staff *Psychological Reports, 57*, 147 - 150

Firth, H , McIntee, J , McKeown, P & Britton, P (1986) Burnout and professional depression Related concepts? *Journal of Advanced Nursing, 11*, 633 - 641

Firth, H. & Britton, P. (1989) 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff *Journal of Occupational Psychology, 62*, 55 - 60

Garden, A M (1987) Depersonalization A valid dimension of burnout? *Human Relations, 40*, 545 - 560

Gil-Monte, P R & Schaufeli, W B (1992) Burnout en enfermería Un estudio comparativo España-Holanda *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 7*, 121 - 130

Girault, N (1989) *Burnout Emergence et strategies d'adaptation* Academisch Proefschrift Université René Descartes, Parijs

Glass, D C , McKnight, J D & Valdimarsdottir, H (1993) Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 147 - 155

Gold, Y , Bachelor, P & Michael, W B (1989) The dimensionality of a modified form of the Maslach Burnout Inventory for university students in a teacher training program *Educational and Psychological Measurement, 49*, 549 - 561

Gold, Y , Roth, R A , Wright, C , Micheal, W B & Chen, C Y (1992) The factorial validity of a teacher burnout measure (educators survey) administered to a sample of beginning teachers in elementary and secondary schools in California *Educational and Psychological Measurement, 52*, 761 - 768

Golembiewski, R T , Scherb, K & Boudreau, R A (1993) Burnout in cross-national settings Generic and model-specific perspectives In W B Schaufeli, C Maslach & T Marek (Eds), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp 218 - 236) Washington Taylor & Francis

Golembiewski, R T & Munzenrider, R F (1988) *Phases of burnout Developments in concepts and applications* New York Praeger

Green, G (1961) *A burnt-out case* New York Viking Press

Haack, M R (1988) Stress and impairment among nursing students *Research in Nursing and Health, 11*, 125 134

Jackson, S E , Schwab, R L & Schuler, R S (1986) Toward an understanding of the burnout phenomenon *Journal of Applied Psychology, 71*, 630 - 640

Janssen, P (1992) *Relatieve deprivatie in de middenloopbaanfase bij hoger opgeleide mannen* Academisch Proefschrift' K U Nijmegen

Koeske, G F & Koeske, R D (1989) Construct validity of the Maslach Burnout Inventory A critical review and reconceptualization *The Journal of Applied Behavioral Science, 25*, 131 - 144

Koeter, M W J & Ormel, J (1991) *General Health Questionnaire Nederlandse bewerking en handleiding* Lisse Swets Test Services

Kruger, L J , Botman, H J & Goodenow, C (1991) An investigation of social support and burnout among residential counselors *Child & Youth Care Forum, 20*, 335 - 352

Landsbergis, P A (1988) Occupational stress among health care workers A test of the job demands-control model *Journal of Organizational Behavior, 9*, 217 - 239

Lee, R T & Ashforth, B E (1990) On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout *Journal of Applied Psychology, 75*, 743 - 747

Lee, R T & Ashforth, B E (1993) A longitudinal study of burnout among supervisors and managers Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 54*, 399 - 429

Van Leeuwen, J J & van der Ploeg, H M (1989) Burnout bij psychotherapeuten In H M van der Ploeg, & J Vis (Red) *Burnout en werkstress* (pp 129 - 139), Lisse Swets & Zeitlinger

Leiter, M P (1993) Burnout as developmental process Consideration of models In W B Schaufeli, C Maslach & T Marek (Eds), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp 237 - 250) Washington Taylor & Francis

Marsh, H W , Balla, J R & McDonald, R P (1988) Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis The effects of

Sanj R. Sice Psychological Bulletin, 103, 391 - 410
Maslach, C & Jackson, S.E (1981a). *Maslach Burnout Inventory Research Edition Manual* Palo Alto Consulting Psychologists Press, Inc.
Maslach, C & Jackson, S.E (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99 - 113
Maslach, C & Jackson, S E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition* Palo Alto Consulting Psychologists Press, Inc (2nd. ed.)
Maslach, C & Schaufeli, W B. (1993). Historical and conceptual development of burnout In W B Schaufeli, C. Maslach, & T Marek (Eds.), *Professional burnout Recent developments in theory and research* (pp 1 - 16) Washington Taylor & Francis.
Meier, S T (1984) The construct validity of burnout *Journal of Occupational Psychology, 57*, 211 - 219
Melamed, S Kushner, T & Shirom, A. (1992) Burnout and risk-factors for cardiovascular diseases *Behavioral Medicine, 18*, 53 - 60.
Nunnaly, N C (1978). *Psychometric theory.* New York· McGraw-Hill
Pearlman, B. & Hartman, A.E (1982) Burnout Summary and future research. *Human Relations, 35*, 283 - 305
Pick, D & Leiter, M P. (1991). Nurses' perceptions of burnout A comparison of self-reports and standardized measures. *The Canadian Journal of Nursing Research, 23*, 33 - 48
Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout Causes and cures.* New York: The Free Press.
Rafferty, J P , Lemkau, J P., Purdy, R.R & Rudisill, J.R (1986). Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 488 - 492.
Schaufeli, W B (1990) *Opgebrand Over de achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen – het burnout-syndroom* Rotterdam Ad Donker
Schaufeli, W B , Enzmann, D & Girault, N (1993). Measurement of burnout. A review In W B Schaufeli, C. Maslach & T Marek (Eds), *Professional burnout Recent developments in theory and research*, (pp 199 - 215), Washington Taylor & Francis.
Schaufeli, W.B. & Van Dierendonck, D (1993) The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior, 14*, 631 - 647
Schaufeli, W.B , Daamen, J. & Van Mierlo, H. (ter perse). Burnout among Dutch teachers: An MBI validity study *Educational and Psychological Measurement*
Schaufeli, W B. & Janczur, B. (1994) Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 25*, 95 - 113
Schaufeli, W B. (ter perse) The evaluation of a burnout-workshop for community nurses. *Journal of Health and Human Resources Administration*
Schroer, K. (1993). *Verzuim wegens overspanning.* Universitaire Pers Maastricht
Shirom, A (1989). Burnout in work organizations. In: C.L. Cooper & I Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp 25 - 48). New York· Wiley.
Stout, J.K & Williams, J M. (1983) Comparison of two measures of burnout *Psychological Reports, 53*, 283 - 289
Topf, M. (1989) Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health, 12*, 179 - 186.
Van Dierendonck, D , Schaufeli, W B. & Sixma, H J. (1994) Burnout among general practitioners A perspective from equity theory *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 86 100.
VanYperen, N.W., Schaufeli, W B & Buunk, A P. (1992) Imbalance, communal orientation and the burnout syndrome among nurses *Journal of Applied Social Psychology, 22*, 173 - 189.
Wade, D C., Cooley, E & Savicki, V (1986). A Longitudinal study of burnout *Children and Youth Services Review, 8*, 161 - 173.
Watson, D & Pennebaker, J W (1989) Health complaints, stress and distress Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234 - 254

Appendix

Voorlopige normen van de MBI-NL

Emotionele uitputting

	M	SD	SE	5%	25%	75%	95%	n
Leeftijd < 30 jaar								
Mannen	13 9	6 8	0 36	3	8	18	24	353
Vrouwen	14 7	7 7	0 28	3	8	19	28	756
Totaal	14 4	7 5	0 22	3	8	19	26	1113
30 <= leeftijd < 40								
Mannen	16 0	7 5	0 28	4	10	21	28	745
Vrouwen	15 8	8 1	0 28	4	9	20	30	846
Totaal	15 9	7 9	0 28	4	9	21	29	1591
Leeftijd >= 40 jaar								
Mannen	17 5	7 9	0 36	4	11	22	30	485
Vrouwen	16 0	8 8	0 46	2	9	21	31	371
Totaal	16 8	8 3	0 28	3	10	22	30	856
Totale groep								
Mannen	15 9	7 6	0 19	4	10	21	28	1113
Vrouwen	15 3	8 1	0 18	3	9	20	29	2043

Depersonalisatie

	M	SD	SE	5%	25%	75%	95%	n
Leeftijd < 30 jaar								
Mannen	6 5	4 0	0 21	0	3	9	14	350
Vrouwen	6 2	3 9	0 15	0	3	8	13	743
Totaal	6 3	4 0	0 12	0	3	8	13	1097
30 <= leeftijd < 40								
Mannen	7 8	4 3	0 16	1	4	10	15	739
Vrouwen	7 2	4 3	0 15	1	3	10	14	834
Totaal	7 5	4 3	0 11	1	4	10	14	1573
Leeftijd >= 40 jaar								
Mannen	9 0	4 4	0 20	1	5	11	16	482
Vrouwen	6 8	4 6	0 24	0	3	9	14	361
Totaal	8 0	4 6	0 16	1	4	11	15	844
Totale groep								
Mannen	7 9	4 3	0 11	1	4	10	15	1622
Vrouwen	6 8	4 2	0 10	0	3	9	14	2005

Persoonlijke bekwaamheid

	M	SD	SE	5%	25%	75%	95%	n
Leeftijd < 30 jaar								
Mannen	27.7	4 5	0 24	20	24	30	34	357
Vrouwen	28 0	4 9	0 18	20	24	30	36	717
Totaal	27 9	4 8	0 15	20	24	30	36	1062
30 <= leeftijd < 40								
Mannen	26 7	4 8	0 18	18	23	29	34	730
Vrouwen	27 0	5 8	0 20	16	23	30	36	814
Totaal	26 8	5 3	0 14	17	23	29	35	1544
Leeftijd >= 40 jaar								
Mannen	27 1	4 5	0 21	19	24	29	34	476
Vrouwen	27 6	6 3	0 34	16	23	31	38	350
Totaal	27 3	5 4	0 19	17	24	30	36	827
Totale groep								
Mannen	27 0	4 6	0 12	19	24	29	34	1598
Vrouwen	27 4	5 6	0 13	17	24	30	36	1947