

2. Stress en burnout in de geestelijke gezondheidszorg

*W.B. Schaufeli**

In deze bijdrage komen vier aspecten aan de orde. Allereerst enkele feiten en maatschappelijke achtergronden, vooral betreffende de omvang van de stressproblematiek. Vervolgens ga ik wat dieper in op het thema stress en burnout: wat betekenen deze begrippen nu precies? Ten derde enkele risicofactoren. Het is immers goed om te beseffen waar de problemen vandaan komen en waar je op moet letten om het te proberen te voorkomen. Ik besluit met kort aandacht te besteden aan mogelijke interventies. Kort, omdat deze in andere bijdragen uitvoeriger aan de orde komen.

Wat ik naar voren breng is in de eerste plaats gebaseerd op mijn werk als onderzoeker: sinds een jaar of vijf verricht ik onderzoek op dit terrein. Daarnaast heb ik ervaring als adviseur in projecten, met name bij RIAGG's. Als klinisch-psycholoog heb ik ook mensen met burnout-problemen in behandeling.

Feiten en achtergronden

Stress en burnout zijn tamelijk ongrijpbaar. Het is niet eenvoudig om daarvoor concrete indicatoren vast te stellen. Onder meer komt stressproblematiek tot uitdrukking in cijfers betreffende ziekteverzuim.

Ziekteverzuim

Ziekteverzuim-cijfers zijn slechts een hele grove indicatie maar zeggen wel iets. In de volgende tabel zijn gegevens over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vermeld. Deze worden vergeleken met de overige gezondheidszorg en met de gemiddelden die voor Nederland in het algemeen gelden. In dit onderzoek werd de verslavingszorg niet apart onderzocht.

Het ziekteverzuim in de GGZ blijkt ongeveer 1,5% boven het algemene gemiddelde voor Nederland te liggen. Volgens ruwe schatting ligt het ziekteverzuim in de verslavingszorg tussen de 6% en 8%.

* *psycholoog, hoogleraar Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidszorg aan de Universiteit van Utrecht*

Tabel 1: Ziekteverzuim in 1990 in % van het aantal mensdagen'

GGZ:	
APZ	7,8
Verpleeghuizen	8,5
RIAGG	7,9
Overige gezondheidszorg:	
Algemeen ziekenhuis	8,3
Zwakzinnigenzorg	8,2
Somatische verpleeghuizen	8,6
Nederland algemeen:	6,8

Verzuim kan natuurlijk vele oorzaken hebben. Volgens het hier aangehaalde onderzoek van Bijl & Lemmens (1993) heeft in de beleving van de werkers in de geestelijke gezondheidszorg ruim 70% van het verzuim met werkproblemen te maken. Hoewel dat wat hoger is dan gemiddeld, is het vergeleken met sommige andere sectoren relatief laag. Bij bouwvakkers is het verzuimpercentage, ook in 1990 en op dezelfde wijze geregistreerd, ruim 15%. Bij de beroepsgroep van voegers is het zelfs 20%!

Het relatief lage verzuim in de GGZ hangt onder meer samen met de grote betrokkenheid en de 'zorgattitude' van de werknemers: eerst aan de ander denken, dan pas aan jezelf.

Natuurlijk zijn er binnen werksoorten en organisaties ook verschillen in ziekteverzuim. Ter illustratie de cijfers bij de RIAGG's.

*Tabel 2: Ziekteverzuim in 1990 bij RIAGG-medewerkers (in %)*²

Management	3,8
Arts-specialist	5,8
Psycholoog	6,8
Therapeut	7,0
SP	8,3
Administratie	10,8
Maatschappelijk werk	11,1

Uit deze cijfers komt een bepaalde trend naar voren. Met enige voorzichtigheid zou je kunnen stellen dat het verzuim toeneemt, naarmate het aanzien van het beroep daalt. Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is, dat niet zozeer de hoge werkbelasting van invloed is op het verzuim maar eerder een gebrek aan regelmogelijkheden. Artsen en specialisten hebben het vermoedelijk niet minder druk dan maatschappelijk werkers maar hebben meer mogelijkheden om met die werkdruk om te gaan.

Afkeuring op psychische gronden

Naast ziekteverzuim zijn er andere indicatoren voor het optreden van stress en burnout. Zo kan ook gekeken worden naar het aantal medewerkers dat op psychische gronden is afgekeurd. Volgens cijfers van de BVG, het uitvoeringsorgaan sociale verzekeringswetten voor de gezondheids- en welzijnszorg, ligt dit aantal afkeuringen 8% boven het landelijk gemiddelde. Het landelijk gemiddelde is overigens ook zeer hoog, zeker als je het internationaal beziet.

Tabel 3: Afkeuringspercentages op psychische gronden in 1991¹

BVG	39,4
Landelijk	31,4

Bij afkeuring op psychische gronden kan het natuurlijk om veel verschillende zaken gaan. De GMD (Gemeenschappelijke Medische Dienst) heeft dit nader onderzocht en komt tot de conclusie dat het meestal 'situatieve of exogene reactie' betreft, waarmee wordt bedoeld: stress, overspannenheid, overbelasting en burnout. Uit eigen onderzoek bij RIAGG's kwam naar voren, dat ongeveer 20% van de hulpverleners de afgelopen vijf jaar voorafgaand aan het onderzoek overspannen thuis had gezeten en in de ziektewet was beland.

Op basis van deze gegevens kunnen we enkele conclusies trekken. Ten eerste vallen de ziekteverzuimcijfers in de GGZ wel mee en zijn de afkeuringscijfers wat zorgelijker. Daaruit zou je kunnen afleiden dat mensen te lang (ziek) doorwerken totdat het echt niet meer gaat en zij dan afknappen. Ten tweede speelt stress een rol: het ziekteverzuim is aan het werk gerelateerd en afkeuring op psychische gronden komt relatief vaak voor.

Maatschappelijke factoren

Het is belangrijk even stil te staan bij de maatschappelijke achtergronden van de stress-problematiek in de GGZ. Die problematiek wordt anders gemakkelijk geïndividualiseerd.

In de eerste plaats rust op mensen, die in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg werken, een *dubbel mandaat* van de maatschappij. Enerzijds moeten zij

mensen 'beter maken', hen helpen bij hun individuele problemen en weerbaarder maken. Aan de andere kant hebben zij ook een maatschappelijke functie: er is sprake van sociale regulatie, van bescherming van de maatschappij tegen cliënten uit de GGZ (hulpverleners houden 'gevaarlijke gekken, criminele verslaafden' van de straat). Dit leidt gemakkelijk tot rolconflicten bij hulpverleners, bijvoorbeeld in gevangenissen tussen de meer individuele functie van begeleiding en de maatschappelijke functie van bewaking.

Op de tweede plaats speelt de relatief geringe maatschappelijke status van veel werk in de geestelijke gezondheidszorg een rol. Dit komt onder andere tot uiting in het niveau van salarissen.

Ten derde worden patiënten en cliënten steeds mondiger. Uit onderzoek dat ik samen met collega's van het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerste-lijnsg gezondheidszorg) heb uitgevoerd, blijkt dat bij 20% van de huisartsen het afgelopen jaar sprake is geweest van fysieke of mentale bedreiging. Naarmate huisartsen meer van dit soort bedreigingen ervaren, vertonen zij ook meer gevoelens van burn-out.

Een vierde factor is de enorme groei van de hulpvraag: bij RIAGG's is het aantal hulpvragen van 1980 tot 1990 met 265% gestegen!

Tenslotte zijn er allerlei inhoudelijke en organisatorische veranderingen. Werknemers krijgen te maken met kwaliteitszorg en protocollering maar ook met fusies en budgettering, zaken die 'van buitenaf' aan organisaties worden opgelegd.

Stress en burnout

Als je in een bibliotheek-bestand kijkt wat er de afgelopen twintig jaar over stress is gepubliceerd, dan zie je dat er alleen al in psychologische tijdschriften 24.000 artikelen zijn. Bij burnout vind je 4000 publikaties.

Een eenvoudige definitie van stress is, dat er sprake is van een discrepantie tussen de eisen van de omgeving en de verwerkingsmogelijkheden van het individu. Deze discrepantie is het resultaat van een interactie tussen persoon en omgeving. Zijn die eisen 'van buiten' groter en de verwerkingsmogelijkheden minder, dan leidt dit tot allerlei typen klachten: psychische klachten als depressie, lichamelijke klachten zoals slaapstoornissen en gedragsmatige symptomen, onder andere tot uiting komend in een verhoogd ziekteverzuim.

Burnout kan worden opgevat als een specifieke stress-reactie. De term is voor het eerst gebruikt in de Verenigde Staten in het midden van de zeventiger jaren door de psychiater Herbert Freudenberger. Hij werkte in de verslavingszorg in een zogenaamde Free-clinic en zag daar hoe hulpverleners, voornamelijk vrijwilligers, opbrandden. Hij gebruikte daarvoor -met verwijzing naar de toestand van de aan drugs verslaafde patiënten- de metafoer: to be burnout on drugs.

Aanvankelijk beschikten we alleen over onsystematische, klinische observaties. Rond de jaren tachtig kwam het wetenschappelijk onderzoek op gang. Het begrip burnout komt dus uit de praktijk van hulpverleners.

Kenmerken

Burnout kenmerkt zich door de volgende verschijnselen:

- extreme vermoeidheid, emotionele uitputting, het gevoel 'de batterij niet meer te kunnen opladen',
- afstandelijkheid en cynisme, niet meer zo betrokken zijn bij het werk, cliënten meer als objecten zien dan als mensen (depersonalisatie),
- het gevoel minder te presteren, twijfel aan eigen competentie,
- vage lichamelijke klachten, die met het werk te maken hebben: hoofdpijn, maagpijn, pijnlijke spieren; meestal spelen deze klachten op de achtergrond een rol.
- het betreft mensen, die lange tijd goed hebben gefunctioneerd op het werk en ook zeer betrokken waren,
- mensen, waarbij geen sprake is van psychopathologie (zoals bv. depressie), noch in het verleden, noch op het moment van de burnout-klachten.

Proces

Burnout is, behalve als toestand, ook als proces (van geleidelijke desillusie) te beschrijven. Het kent een typisch verloop.

Aanvankelijk heeft iemand hoge verwachtingen van het werk en is erg gemotiveerd. Doordat men ervaart dat er voortdurend emotioneel een beroep op hem/haar wordt gedaan, leidt dat op den duur tot uitputting van reserves, tot het gevoel 'aan het einde van het Latijn te zijn'. Men probeert dan afstand te nemen, als een manier om die uitputting de baas te blijven.

In principe is dat een goede strategie. B. Majoor heeft in dat verband het begrip *burn through* geïntroduceerd. Dit betreft een 'normale' fase in de professionele ontwikkeling: hulpverleners zijn bij hun entree in een professionele organisatie heel geëngageerd en leren pas na verloop van tijd de realiteit beter te erkennen en te waarderen. Zij ontwikkelen dan een zekere mate van distantie ten opzichte van de cliënt. In de medische wereld wordt dit *detached concern* genoemd: weliswaar betrokken maar met een zekere afstand. Deze situatie zou je 'burn through' kunnen noemen: men moet er doorheen.

Als het maar niet omslaat naar een vorm van depersonalisatie, waarbij iemand zich gaat terugtrekken in zichzelf, soms ook fysiek. Er vindt dan verslechtering van de relatie met de cliënt plaats. Er is dan ook geen sprake meer van succes in het werk. Dit proces resulteert in twijfel aan de eigen competentie. De cirkel is daarmee rond, want deze situatie versterkt de uitputting.

Wat is hier nu psychologisch gezien aan de hand? Burnout is de verstoorde balans tussen investeringen in het werk en de opbrengst daarvan. Sociale relaties tussen mensen kunnen worden opgevat als ruil-relaties. Je investeert erin en krijgt er wat voor terug. Dat geldt ook voor de hulpverleningsrelatie. Alleen is zo'n relatie complementair (de *hulpverlener* en de *hulpvrager*) en dus asymmetrisch.

'Van nature' streven mensen naar symmetrie en wederkerigheid. In een hulpverle-

ningsrelatie ontstaat dus spanning. Deze situatie kan men volhouden als er sprake is van compensatie, bijvoorbeeld in de vorm van steun van de collega's, erkenning en perspectief. Maar als een hulpverlener gedurende langere tijd meer investeert dan dat hij terugkrijgt, treedt uitputting op. Door afstand te nemen tracht men de investering te verminderen. Ook ziekteverzuim is een manier om de balans van investering en opbrengst te herstellen.

Naast de relatie met de cliënt is er ook nog de relatie met de organisatie, waarbij in zekere zin sprake is van een psychologisch contract. Men stopt veel in het werk en verwacht daar ook van de organisatie iets voor terug, niet alleen in termen van salaris maar ook van loopbaanbegeleiding, flexibiliteit om vrije dagen op te nemen e.d. Er is dan sprake van een dubbele balans. Als er op beide niveaus, zowel interpersoonlijk als organisatorisch, geen evenwicht is dan is er een gerede kans op burnout.

In onderzoek is dit aangetoond bij verpleegkundigen, artsen, gevangenvaarders, leerkrachten en RIAGG-medewerkers. Werkers in de verslavingszorg vormen daarop vermoedelijk geen uitzondering.

Vóórkomen van burnout

Om burnout te meten is een vragenlijst ontworpen, waarin verschillende aspecten zoals uitputting, depersonalisatie en verminderde bekwaamheid aan de orde komen. Twee typen stressklachten zijn gemeten in het onderzoek van Bijl en Lemmens: lichamelijke klachten en emotionele uitputting (burnout). De volgende tabel geeft een beeld van de stress-klachten in de GGZ.

	lichamelijk	burnout
APZ	2,5	17,1
Verpleeghuizen	2,7	15,2
RIAGG's	2,3	18,2
Referentiegroep	1,7 - 2,9	17,1

De lichamelijke klachten wijken niet af van het landelijk gemiddelde. Alleen ziekenverzoekenden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en verpleeghuizen liggen daar significant boven.

Burnout (emotionele uitputting) komt bij de RIAGG's relatief iets vaker voor. Met name bij maatschappelijk werkers en psychiaters meten we een score van ongeveer 22. Ter vergelijking: bij mensen die psychotherapeutische hulp zoeken voor burnout zien we scores van gemiddeld 29.

De mate van burnout en stress in de GGZ wijkt dus niet ernstig af van het landelijk

beeld. Maar toch is er alle reden om er iets aan te doen. In de eerste plaats omdat volgens de Arboret het welzijn van werknemers actief bevorderd dient te worden en niet alleen (reactief) de stress verminderd dient te worden.

In de tweede plaats moeten we bedenken dat het bij de vermelde cijfers om gemiddelden gaat. Er zijn specifieke subgroepen die daarvan behoorlijk afwijken en die een verhoogd risico hebben; bijvoorbeeld oudere werknemers of maatschappelijk werkers en psychiaters bij RIAGG's. In de derde plaats zijn er ook bepaalde risicofactoren die de kans op burnout verhogen, zoals werkdruk. Het is dan ook altijd zinvol om daarop te letten en de vinger aan de pols te houden.

Risicofactoren

Op welke factoren moet men vooral letten? Er worden er hier zes genoemd.

Werkdruk

- te veel doen, tijdgebrek (kwantitatieve belasting),
- te moeilijk werk (kwalitatieve belasting),
- niet voldoende toekomen aan de kerntaak; de zorg voor cliënten komt in de knel; dat is erg frustrerend omdat dit het belangrijkste is.

Rolproblemen

- conflicten: bijvoorbeeld individuen behandelen en tevens verlengstuk van justitie zijn,
- ambiguïteit: niet weten waar je aan toe bent, wat nu van jou en wat van collega's wordt verwacht.

Direct contact met hulpvragers

- emotionele belasting, bijvoorbeeld doordat je weinig vooruitgang ziet,
- de energie-balans is niet in evenwicht: wat krijg je terug voor de energie die je in het werk steekt.

Sociaal klimaat

- de sfeer in het team (elkaar steunen of afkatten, competentiestrijd),
- eigen regelmogelijkheden; bureaucratie of flexibiliteit,
- loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden,
- steun van collega's en leiding (emotioneel, daadwerkelijk, informatie, gezelligheid),
- participatie in de besluitvorming; dit is zeker bij hoog opgeleide professionals een belangrijke kwestie.

Arbeidsvoorwaarden

- billijke beloning,
- werk- en rusttijden, zoals pauzes en vakantie (bij RIAGG's werkt 96% van de werkers in pauzes door en neemt 27% werk mee naar huis),

Persoon (klinische observaties)

- soms is sprake van een neurotische beroepskeuze, bijvoorbeeld men voelt zich tot het beroep aangetrokken omdat privé-problemen een rol hebben gespeeld (verslaving, seksueel misbruik),
- rigiditeit,
- hoog streefniveau,
- perfectionisme,
- vermijden in plaats van actief aanpakken.

N.B. In het algemeen kan worden gesteld dat persoonsfactoren een minder sterke rol spelen dan factoren die met de organisatie te maken hebben.

Interventies

Dit punt komt later nog uitgebreid aan de orde. Een drietal mogelijkheden wil ik vast aanstippen.

Allereerst kan men de *werkdruk* trachten te reguleren via verschillende mogelijkheden. Bijvoorbeeld door de kwalitatieve en kwantitatieve taakbelasting te verminderen. Maar ook door iemands autonomie of regelmogelijkheden te vergroten. Als mensen een hoge werkdruk hebben en tegelijk veel vrijheid, hebben zij meer mogelijkheden om het (vele) werk te reguleren. Vooral voor ondersteunend personeel -een niet te verwaarlozen categorie- is autonomie een belangrijk middel. Zij kunnen daardoor op rustiger momenten een 'buffer' opbouwen.

Ook hele concrete maatregelen kunnen een verbetering betekenen, waarbij te denken valt aan een normering van de caseload. De werkdruk is dan geen individueel probleem meer maar is een verantwoordelijkheid van de organisatie als geheel. Er kan ook gedacht worden aan een systeem van roulatie over taken of teams. Wanneer dit goed werkt, zijn mensen breder inzetbaar en heeft dit kwalificatieverhoging tot gevolg.

Een tweede reeks van mogelijkheden valt te typeren als verbetering van het sociale *klimaat*. Het mes snijdt dan aan twee kanten: de individuele werknemer wordt enerzijds minder belast en krijgt anderzijds meer steun.

Een concrete maatregel in dit kader kan zijn het bevorderen van de professionele ondersteuning door middel van deskundigheidsbevordering (aanstellen staffunctionarissen) en een intervisie- en supervisiebeleid.

Andere maatregelen zijn het versterken van informele contacten en een loopbaanbeleid. In dat kader hanteren sommige organisaties een mentorsysteem: een nieuwe medewerker wordt gecoached door een ervaren werker. Bij het loopbaanbeleid is ook aandacht voor specifieke groepen, zoals vrouwen en ouderen, gewenst. Het is van belang dat de communicatie-kanalen open zijn; niet alleen top-down. Een goed functionerende ondernemingsraad kan ook een essentiële bijdrage leveren aan het sociale klimaat.

Ten derde is *training* op het individuele vlak van belang. Daarbij verdient ook het signaleren van stress en het vergroten van het verwerkingsvermogen de aandacht. Concreete maatregelen in dat verband kunnen zijn een cursus stress signaleren voor leidinggevenden, leren grenzen stellen, time-management en training van het middle-management gericht op conflicthantering, vergadertechniek, functionerings- en verzuimgesprekken.

Dit zijn slechts voorbeelden van maatregelen. Er bestaat geen panacee. In werkelijkheid is maatwerk geboden. Voor iedere organisatie is een specifieke analyse nodig om op basis daarvan te kunnen bepalen welke maatregelen gewenst zijn. Een organisatie kan daarbij het volgende stappenplan hanteren:

Vorbereiding: projectgroep installeren, bestaand materiaal verzamelen en bestuderen, registratiesysteem voor ziekteverzuim opzetten.

Nadere probleemanalyse: nieuwe gegevens verzamelen, waarbij aandacht voor specifieke risicogroepen en -factoren.

Keuze van maatregelen: inventarisatie, kosten-baten analyse, anticipatie op weerstand, management neemt beslissing.

Uitvoering van de maatregelen: goede planning, waarbij inspraak en openheid.

Evaluatie zowel effectevaluatie als procesevaluatie. Daarbij onder meer aandacht voor de vraag of het zelflerend vermogen van de organisatie is vergroot. Dit is ook een doelstelling van de Arbowet, waar gesproken wordt van het bevorderen van de deskundigheid in de organisatie.

De belangrijkste boodschap die ik met deze schets heb willen geven is, dat de geestelijke gezondheidszorg, en ook de verslavingszorg, niet alleen aandacht moeten hebben voor de geestelijke gezondheid van de klanten, maar ook voor die van de eigen werknemers.

¹ *Bijl R en F Lemmens Aan het werk een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in geestelijke gezondheidszorg, NcGv, Utrecht 1993*