

*Inzet van vragenlijsten
bij stressgerelateerde
aandoeningen*

Het verschil maken met BAT en 4DKL

Wilmar Schaufeli,
Hans De Witte,
Robin Kok

Werkgerelateerde psychische klachten komen veel voor in Nederland. Zo blijkt uit de jongste cijfers van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA¹) dat 16 procent van de Nederlandse werknemers burn-outklachten heeft. Omgerekend gaat het om ongeveer 1,3 miljoen werknemers. Bovendien valt sinds 2007 een lichte maar gestage stijging waar te nemen, in dat jaar had namelijk 'slechts' 13 procent last van dit soort klachten.²

- ▶ *prof. dr. Wilmar Schaufeli, hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie aan KU Leuven en UU, Utrecht
w.schaufeli@uu.nl*
- ▶ *prof. dr. Hans De Witte, Onderzoeksgroep Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie van KU Leuven en Optentia Research Unit, North-West University, Zuid-Afrika*
- ▶ *dr. Robin Kok, Human-TotalCare, research & business development*

Ter relativering moet daarbij wel worden opgemerkt dat burn-outklachten in de NEA tot werkgerelateerde vermoeidheidsklachten worden gereduceerd en dat er een nogal mild criterium wordt gehanteerd.³ Kijken we naar het ziekteverzuim dan worden psychische klachten met ruim 7 procent na griep of verkoudheid (44%) en buik-, maag- of darmklachten (8%) het vaakst genoemd.⁴ Voorts is het aantal meldingen van psychische aandoeningen bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) gestegen van 18 procent van het totale aantal meldingen in 2010 tot maar liefst 62 procent in 2020.⁵ In absolute aantallen gaat het in 2020 om onge-

veer 1.800 meldingen bij het NCvB, waarvan 73 procent te maken heeft met burn-out of overspanning (die tezamen één categorie vormen). Overigens is er bij het melden van beroepsziekten sprake van onderrapportage en wordt de ware omvang van psychische aandoeningen ongeveer 3,5 keer hoger geschat, op circa 6.000.² Tenslotte blijkt uit cijfers van het UWV het belang van psychische aandoeningen als reden voor arbeidsongeschiktheid. Het afgelopen decennium schommelt dit rond de 40 procent en is het daarmee de meestvoorkomende afkeuringgrond in het kader van de WGA.⁴ In 2020 was de instroom in de WGA ruim 38.000, waarbij het in 15 procent van de gevallen gaat om depressie en slechts bij 1 procent om spanningsklachten, bij 2 procent om overspanning en bij 3 procent om burn-out. Samengevat zien we dus dat milde burn-out-achtige klachten, zoals door de NEA geregistreerd, steeds vaker voorkomen bij →

Samenvatting

Er werd nagegaan in hoeverre de vragenlijsten 4DKL en BAT in staat zijn om vier diagnostische groepen (spanningsklachten, burn-out, depressieve episode en overige aanpassingsstoornissen) van elkaar te onderscheiden bij een groep van 5.791 werknemers die zich ziek hadden gemeld met psychische klachten. De groep met overige aanpassingsstoornissen kon slecht worden voorspeld en komt als een heterogene 'restcategorie' naar voren. De drie overige groepen kunnen duidelijker van elkaar worden onderscheiden, waarbij elk meetinstrument daarbij een eigen, specifieke bijdrage levert; de 4DKL voor depressie en de BAT voor burn-out. Beide meetinstrumenten vullen elkaar dus aan en kunnen daarom het beste gecombineerd worden. De verkorte 12-item-versie van de BAT kan daarbij evengoed gebruikt worden als de langere 23-item-versie.

Nederlandse werknemers en ook dat psychische beroepsziekten toenemen. Daar staat tegenover dat arbeidsongeschiktheidsafkeuringen om psychische redenen stabiel en hoog blijven. Werkgerelateerde psychische problemen vormen een aanzienlijk probleem, zowel maatschappelijk als in de praktijk van de bedrijfs- en verzekerings-geneeskunde. De NVAB-richtlijn voor psychische problemen onderscheidt drie stressgerelateerde stoornissen – spanningsklachten, overspanning en burn-out.⁶ Bij spanningsklachten gaat het bijvoorbeeld om moeheid, prikkelbaarheid, piekeren en slecht slapen. Bij overspanning of surmenage zijn er naast spanningsklachten ook gevoelens van controleverlies en ernstige beroepsmatige en/of sociale functiebeperkingen. Bij burn-out, tenslotte, is er sprake van chronische overspanning, waarbij klachten langer dan zes maanden geleden zijn begonnen en gevoelens van uitputting sterk op de voorgrond staan. Verder worden depressie en angst expliciet in de richtlijn genoemd. Kernsymptomen bij depressie zijn een sombere stemming en een vermindering van interesse en plezier (anhedonie). Secundaire symptomen zijn gewichtsverandering, slaapproblemen, gedachten aan de dood en verlies van energie. Bij angst staan vanzelfsprekend angstgevoelens en daarmee samenhangende lichamelijke

klachten centraal zoals prikkelbaarheid, spierspanning en vermoeidheid.

Het is bepaald geen sinecure om deze psychische problemen uit elkaar te houden. Dat geldt met name voor stressgerelateerde stoornissen (burn-out) en depressie. Grofweg staan er twee kampen tegenover elkaar: diegenen die menen dat het bij burn-out en depressie om twee verschillende entiteiten gaat⁷ versus diegenen die vinden dat het één pot nat is. Uit onderzoek met vragenlijsten blijken de symptomen van burn-out en depressie voor 20-50 procent te overlappen⁸, hetgeen weliswaar aanzienlijk is, maar niet genoeg om van identieke begrippen te spreken. Longitudinaal onderzoek bij werknemers toont ofwel aan dat burn-out tot depressie leidt⁹, ofwel dat beide elkaar wederzijds beïnvloeden en zich gelijktijdig ontwikkelen.¹⁰ Tenslotte blijkt dat 53 procent van de mensen die een burn-outdiagnose hadden gekregen, ook voldoet aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis.¹¹ Op het eerste gezicht lijkt dat erg hoog, maar uit de NESDA (*Netherlands study of depression and anxiety*) komt naar voren dat er maar liefst in driekwart van de gevallen sprake is van co-morbiditeit bij angst- en depressieve stoornissen.¹²

Kortom, burn-out en depressie overlappen, maar lijken toch te verschillen. Tot op heden is er naar ons weten geen systematisch onderzoek gedaan naar de overlap, c.q. het verschil tussen de drie soorten stressgerelateerde stoornissen, waarbij het in feite om eenzelfde type stoornis gaat waarvan de ernst en de duur verschilt. Ook hier is een differentiaaldiagnose van belang, niet alleen gelet op het behandelings- en re-integratiebeleid⁶, maar ook in verband met een adequate registratie en het daarop gebaseerde statistische onderzoek.

De onderzoeksvraag in deze bijdrage luidt daarom: in hoeverre zijn twee verschillende vragenlijsten in staat om een onderscheid te maken tussen de drie stressgerelateerde stoornissen onderling, aangevuld met depressie. De Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) is ontwikkeld voor gebruik in de huisartsenpraktijk¹³, maar kan – en wordt – ook in de bedrijfsgezondheidszorg gebruikt.¹⁴ Daarnaast is de Burnout Assessment Tool (BAT) afgenomen, die recentelijk is ontwikkeld, ondermeer op basis van interviews met bedrijfsartsen.¹⁵ Anders dan bij de verouderde UBOS

(Utrechtse Burn-Out Schaal¹⁶) bevat de BAT naast uitputting en mentale distantie ook cognitieve en emotionele ontregeling, waarbij het eerstgenoemde betrekking heeft op onder meer aandachts- en concentratieproblemen en het laatstgenoemde op plotseling opkomende woede of verdriet. Daarentegen maakt verminderde persoonlijke bekwaamheid, anders dan bij de UBOS, geen onderdeel uit van het burn-out-concept dat aan de BAT ten grondslag ligt omdat dit een gevolg in plaats van een constituerend element van burn-out is.¹⁷ Er zal worden nagegaan in hoeverre de 4DKL en de BAT afzonderlijk, dan wel in combinatie met elkaar een onderscheid kunnen maken tussen spanningsklachten, surmenage, burn-out en depressie.

Opzet en methode

Werknemers die zich tussen 1 maart 2020 en 30 juni 2021 met psychische klachten ziek hebben gemeld bij ArboNed is gevraagd om een online-vragenlijst in te vullen (n = 5.791). Maximaal zes weken nadat ze zich ziekgemeld hadden, maar meestal veel eerder, zijn de respondenten door de bedrijfsarts gediagnosticeerd en voorzien van een CAS-code: burn-out (P611, n = 749; 13%), spanningsklachten (P109, n = 985; 17%), depressieve episode (P652, n = 768; 13%) en 'overige aanpassingsstoornissen of surmenage' (P619, n = 3,289; 57%). Overigens is de categorie 'overige aanpassingsstoornissen/surmenage' weinig specifiek en niet noodzakelijk gerelateerd aan arbeidsgebonden factoren.¹⁸ Voor het gemak zullen we in het onderstaande van depressie spreken in plaats van depressieve episode.

Bij de respondenten werden twee gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen: de 4DKL, die angst (12 items; $\alpha = .88$), depressie (6 items; $\alpha = .85$), *distress* (specifieke psychische spanningsklachten; 12 items, $\alpha = .92$) en somatisatie (lichamelijke spanningsklachten; 16 items; $\alpha = .88$) meet, evenals de BAT die de vier componenten van burn-out in kaart brengt: uitputting (8 items; $\alpha = .90$), mentale distantie (5 items; $\alpha = .80$) en cognitieve (5 items; $\alpha = .92$) en emotionele ontregeling (5 items; $\alpha = .90$).

Er is een discriminantanalyse uitgevoerd om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Via deze aan de regressieanalyse verwante methode kunnen twee vragen beantwoord worden: (1)

in hoeverre kan op basis van de schalen van de 4DKL en de BAT voorspeld worden tot welke van de vier diagnosegroepen men behoort, en (2) welke schalen leveren de belangrijkste bijdrage bij het onderscheiden van de groepen? De maten die bij een discriminantanalyse berekend worden zijn analoog aan die bij een regressieanalyse. Zo geven de discriminantcoëfficiënten (cf. regressiecoëfficiënten) de weging aan van de predictoren die de diverse groepen op optimale wijze van elkaar onderscheiden. Door deze te standaardiseren, kunnen ze onderling vergeleken worden. De canonische (cf. meervoudige) correlatie geeft aan hoe *goed* de groepen van elkaar kunnen worden onderscheiden ('gediscrimineerd'). De groepcentroïden geven de *richting* en de *sterkte* aan waarmee de groepen op basis van discriminantfuncties worden onderscheiden. Tot slot wordt op basis van de analyse voorspeld *tot welke groep* de respondenten behoren.

De vergelijking van de 'voorspelde' groep met de reële groep (of diagnose) van de respondenten geeft weer in hoeverre men de diagnose van de respondenten kan voorspellen op basis van de scores op de 4DKL en de BAT.

Resultaten

De discriminantanalyse werd drie keer uitgevoerd. Eerst werden de groepen vergeleken op basis van enkel de BAT-schalen (eerste twee kolommen in Tabel 1), daarna enkel de 4DKL-schalen (volgende twee kolommen), en tot slot de BAT- en 4DKL-schalen samen (laatste twee kolommen).

Uit de resultaten kwam naar voren dat de categorie 'overige aanpassingsstoornissen / surmenage' niet goed onderscheiden en voorspeld kon worden.¹ Dit is niet zo verbazingwekkend omdat dit – zoals hierboven reeds werd opgemerkt – een weinig specifieke restcategorie is. Vandaar dat dezelfde analyses nogmaals zijn uitgevoerd, maar nu *zonder* deze specifieke categorie. Omdat er drie categorieën zijn, worden er steeds twee discriminantfuncties berekend om de groepen te kunnen onderscheiden. Beide functies waren steeds significant (en leverden dus een bijdrage bij het onderscheiden van de drie groepen), maar de tweede functie was steeds veel zwakker. Tabel 1 bevat de resultaten van de drie analyses. →

▼ **Tabel 1: Discriminantanalyses (gestandaardiseerde coëfficiënten), drie groepen (spanningsklachten, burn-out en depressieve episode).**

Schalen	BAT		4DKL		BAT + 4DKL	
	Functie 1	Functie 2	Functie 1	Functie 2	Functie 1	Functie 2
▶ BAT-uitputting	0,62	-1,05			-0,17	0,70
▶ BAT-mentale distantie	-0,20	0,99			-0,03	-0,35
▶ BAT-cognitieve ontregeling	0,41	0,63			0,13	0,25
▶ BAT-emotionele ontregeling	0,25	-0,11			-0,08	0,24
▶ 4DKL-somatisatie			-0,41	0,79	-0,39	0,35
▶ 4DKL-angst			0,19	-0,38	0,20	-0,28
▶ 4DKL-distress			-0,12	0,73	-0,09	0,15
▶ 4DKL-depressie			1,08	-0,30	1,08	-0,09
Canonische correlatie	0,21	0,10	0,51	0,13	0,52	0,21
Groepcentroïde						
Burn-out	0,22	-0,11	-0,33	0,19	-0,36	0,30
Spanningsklachten	-0,26	-0,02	-0,44	-0,13	-0,43	-0,21
Depressieve episode	0,12	0,13	0,89	-0,02	0,90	-0,01
Correct geïdentificeerd (%)						
Burn-out	42,8		38,6		50,0	
Spanningsklachten	45,8		51,9		52,0	
Depressieve episode	36,4		61,5		60,5	
Totaal	42,0		50,9		54,0	

Analyse met enkel de BAT

Op basis van de BAT-schalen kunnen de drie groepen significant van elkaar worden onderscheiden, al is de kracht van de analyse bescheiden (canonische correlatie = .21 voor de eerste functie en .10 voor de tweede). In de eerste functie wordt de groep met spanningsklachten (negatieve score) onderscheiden van de twee andere groepen (positieve score). Mentale distantie komt als typerend naar voren voor spanningsklachten, terwijl uitputting, cognitieve ontregeling en (in mindere mate) emotionele ontregeling typerend blijken voor de burn-out- en depressiegroep. De tweede functie onderscheidt vervolgens de depressieve groep (positieve score) van de burn-outgroep (negatieve score). Typerend voor burn-out is daarbij uitputting, terwijl mentale distantie en cognitieve ontregeling typerend voor depressie zijn. Interessant is dus dat *alle* groepen onderling van elkaar kunnen worden onderscheiden.

In totaal kan 42 procent van de respondenten correct worden geklasseerd – dat is echter maar iets beter dan op het toeval kan worden verwacht (33.3%). Opvallend is dat de depressieve groep iets minder goed kan worden voorspeld door de BAT-schalen. De spannings- en burn-outgroepen kunnen daarentegen door de BAT-schalen beter worden voorspeld.

Analyse met enkel 4DKL

De drie diagnostische groepen kunnen beter worden onderscheiden door de 4DKL-schalen (canonische correlatie = .51 voor de eerste functie, en .13 voor de tweede). In de eerste functie wordt de depressieve groep (positieve score) onderscheiden van de twee andere groepen (burn-out én spanningsklachten, die beide negatief scoren). De depressieschaal is in sterke mate typerend voor de depressieve groep, terwijl somatisatie typerend is voor zowel de burn-out- als de spanningsgroep. In de tweede functie wordt

vervolgens de burn-outgroep onderscheiden van de spanningsgroep. Typerend voor burn-out blijken somatisatie en *distress*, terwijl angst en depressie dan weer typerend zijn voor de spanningsgroep. Ook ditmaal worden *alle* groepen dus onderling van elkaar onderscheiden. De voorspellende waarde van de analyse is iets hoger dan bij enkel de BAT. In totaal kan 51 procent van de respondenten correct worden geïdentificeerd. De depressieve groep kan het best worden voorspeld. De burn-outgroep juist minder goed: het percentage voor deze groep ligt naar maar iets hoger dan het toeval (38.6 versus 33.3%).

Analyse met BAT en 4DKL samen

Het samennemen van de schalen van beide meetinstrumenten doet de verklarende kracht van de analyse maar in beperkte mate toenemen (canonische correlatie = .52 voor de eerste functie en .21 voor de tweede). Echter, de gezamenlijke analyse verhoogt wél de mate waarin de verschillende groepen correct geïdentificeerd worden (54% correcte classificatie tegenover 33.3% op basis van toeval). De resultaten lijken daarmee een synthese van beide voorgaande analyses, met enkele accentverschillen.

In de eerste functie wordt de depressieve groep (positieve score) opnieuw onderscheiden van de twee andere groepen (burn-out én spanningsklachten met telkens negatieve scores).

Opnieuw wordt de depressieve groep hoofdzakelijk getypeerd door depressie (4DKL), terwijl somatisatie (4DKL) typerend is voor zowel de burn-out- als de spanningsgroep. In de tweede functie wordt vervolgens de burn-outgroep van de spanningsgroep onderscheiden. Typerend voor burn-out is ditmaal vooral uitputting (BAT) en in mindere mate somatisatie (4DKL). Het effect van *distress* uit de vorige analyse met alleen de 4DKL verdwijnt. Typerend voor de spanningsgroep is dan weer mentale distantie (BAT) en in mindere mate angst (4DKL). Het effect van de 4DKL-depressieschaal, dat in de vorige analyse significant was, verdwijnt in deze gezamenlijke analyse. Zoals aangegeven kan ditmaal 54 procent van de totale groep correct worden geklasseerd. Opvallend is dat door het samennemen van de BAT en de 4DKL alle groepen goed kunnen worden voorspeld, met de beste voorspelling voor de depressieve groep.

Tot slot zijn de bovenstaande analyses nog eens herhaald, maar nu met de verkorte, 12-item-versie van de BAT¹⁹ om na te gaan of deze evengoed presteert als de volledige versie die uit 23 items bestaat. Dit bleek inderdaad het geval.²

Conclusie

In deze studie werd het voorspellend vermogen van de (schalen van de) BAT en 4DKL onderzocht. Nagegaan werd in hoeverre vier diagnostische groepen van elkaar konden worden onderscheiden. De groep 'overige aanpassingsstoornissen / surmenage' kon slecht worden voorspeld en komt uit de analyse als een wat ambigue 'restcategorie' naar voren.

De drie overige groepen – spanningsklachten, burn-out en depressie – konden duidelijker van elkaar worden onderscheiden.

Uit de resultaten blijkt dat elk meetinstrument daarbij een eigen, specifieke bijdrage levert. Op basis van de schalen van de BAT kon het lidmaatschap van de depressieve groep minder goed worden voorspeld. De schalen van de 4DKL konden dan weer het lidmaatschap van de burn-outgroep niet zo goed voorspellen, terwijl de depressieve groep juist wél goed kon worden herkend. Door beide meetinstrumenten te combineren werd de beste voorspelling van de drie diagnostische groepen verkregen. Dit suggereert dat het in de praktijk aanbeveling verdient om beide meetinstrumenten af te nemen. De BAT en de 4DKL vullen elkaar goed aan en lijken elk een relevante diagnostische eigenheid te hebben. De 4DKL voor depressie en de BAT voor burn-out. De verkorte 12-item-versie van de BAT kan daarbij gebruikt worden in plaats van de langere 23-item-versie. ■

Referenties

Zie tbv-online.nl/tbv-3_praktijk_Schaufeli voor de lijst met referenties.