

Burn-out en bevlogenheid bij kaakchirurgen

Het doel van dit onderzoek was het burn-out-risico en de rol daarbij van belastende werkomstandigheden onder Nederlandse kaakchirurgen te meten. Tevens werd nagegaan wat de mate van bevlogenheid in het werk was en welke stimulerende werkomstandigheden daarbij een rol speelden. Alle 179 bij de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde in Nederland geregistreerde, praktiserende kaakchirurgen ontvingen een vragenlijst waarmee burn-out, bevlogenheid plus belastende en stimulerende werkaspecten konden worden gemeten. Met een respons van 70% kan worden geconcludeerd dat de Nederlandse kaakchirurg een relatief laag risico van burn-out en een hoge mate van bevlogenheid heeft. Belastende werkaspecten die verschillen in burn-out-risico verklaren zijn: 'Werkdruk en praktijkorganisatie' en 'Gebrek aan variatie en perspectief'. Verschillen in mate van bevlogenheid werden daarentegen het best verklaard door 'Diversiteit van het beroep' en 'Positief effect op patiënt'. Het is opmerkelijk dat alle belastende werkaspecten relatief lage, en alle stimulerende werkaspecten relatief hoge gemiddelde scores hebben.

Gorter RC, Jacobs BLTH, Allard RHB. Burn-out en bevlogenheid bij kaakchirurgen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 41-46.

Inleiding

Burn-out of opgebrand raken is het mogelijke gevolg van chronische, werkgerelateerde stress. Het is een toestand waarbij het individu onvoldoende mogelijkheden kent om zich aan de ervaren werkdruk aan te passen en weer in een ontspannen toestand te komen. Er is een negatieve balans ontstaan tussen (werk) belasting en belastbaarheid (Schaufeli en Enzmann, 1998).

Het beschrijven en diagnosticeren van het klinisch beeld van burn-out in ziekte termen is lange tijd lastig geweest. De term burn-out komt niet voor in de gangbare diagnostische handleidingen voor psychopathologie. Momenteel wordt erkend dat burn-out kan worden opgevat als een werkgerelateerde vorm van neurasthenie, een begrip dat wél tot het diagnostische begrippenkader behoort (Hoogduin et al, 2001). Bij het klinisch beeld van burn-out komen de volgende klachten naar voren:

- * blijvende lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid;
- * minstens 2 van de volgende klachten: spierpijn, rug-, nek- en gewrichtspijn; duizeligheid; spanningshoofdpijn; slaapstoornissen; moeite met ontspannen; maag- of darmklachten; toegenomen prikkelbaarheid;
- * minstens 2 van de volgende verschijnselen: cynisme; gevoel van geestelijke afstomping; gevoel dat prestaties verminderd zijn;
- * géén angst- of depressieve stoornis.

Verder geldt dat de klachten gerelateerd zijn aan werkomstandigheden.

Wat weten we?

De werkbeleving onder Nederlands tandartsen is de laatste jaren onderwerp van onderzoek geweest. Daarbij kwam naar voren dat 1 op de 8 tandartsen een serieus risico op burn-out kent. Een meerderheid van tandartsen doet overigens met bevlogenheid het werk. Ook onder medisch specialisten is onderzoek gedaan op dit gebied, maar de resultaten daarvan zijn bijna net zo gevarieerd als de variatie aan specialismen. Voor zover bekend, heeft er onder kaakchirurgen geen onderzoek naar werkbeleving plaatsgevonden, noch in Nederland, noch daar buiten.

Wat is nieuw?

Uit dit onderzoek blijkt dat de Nederlandse kaakchirurg gemiddeld gesproken een laag risico op burn-out kent. Het gemiddeld niveau van bevlogenheid is hoog te noemen. Aspecten uit de werkomgeving die als belastend worden ervaren zijn met name werkdruk en praktijkorganisatie, gebrek aan variatie en perspectief, en de moeilijkheidsgraad van het werk. Daarentegen worden de diversiteit van het beroep en het positief effect van het werk op de patiënt als uitgesproken stimulerende aspecten van het werk benoemd.

Praktijktoepassing

Door het benoemen van concrete werkomstandigheden kan de individuele kaakchirurg voor zichzelf inventariseren in hoeverre deze een uitgesproken belastende dan wel stimulerende rol voor hem (of haar) vervullen. Vervolgens kan men proberen de werkomstandigheden zodanig aan te passen dat het werk meer voldoening biedt, of er voor zorgen dat deze omstandigheden een minder belastende rol in het werk vervullen. Deze thematiek leent zich zeer goed als onderwerp voor nascholingscursussen, maar ook in de reguliere opleiding heeft het zin om na te gaan welke werkomstandigheden passen bij de persoon die men is en hoe men gewoonlijk met stress omgaat.

Voor het in getalsmatige zin in kaart brengen van burn-out, zoals doorgaans bij beschrijvend onderzoek gebeurt, maakt men meestal gebruik van de definitie zoals die door Maslach et al (1996) wordt gegeven. Daarbij is burn-out een combinatie van emotionele uitputting, een afstandelijke of zelfs cynische houding ten opzichte van degenen met wie men werkt (depersonalisatie) en het gevoel minder bekwaam te zijn dan voorheen. Het instrument bij uitstek om burn-out onder groepen mensen te meten is de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al, 1996), waarvan ook een Nederlandse versie bestaat, Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) geheten (Schaufeli en Van Dierendonck, 2000).

UBOS: De UBOS is een burn-outvragenlijst die bestaat uit 20 vragen die op een 7-punten Likert-schaal kunnen worden beantwoord:

0	1	2	3	4	5	6
nooit	sporadisch (een paar keer per jaar of minder)	af en toe (eens per maand)	regelmatig (een paar keer per maand)	dikwijls (eens per week)	zeer dikwijls (een paar keer per week)	altijd (dagelijks)

Een voorbeeld van een item uit de subschaal emotionele uitputting is:

2. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg.						
0	1	2	3	4	5	6

Hoezeer ook de risico's van werkstress moeten worden onderkend, vele hardwerkende zorgverleners lijken met onmiskenbaar plezier hun taken te vervullen. In cijfers uitgedrukt wil dat zeggen dat naast de 1 op de 10 zorgverleners voor wie de tol van het werk zo hoog is dat er sprake is van burn-out, er 1 op de 8 mensen is voor wie geldt dat hun werk zodanig bijdraagt tot persoonlijke voldoening dat men kan spreken van een bevlogen werker (Schaufeli en Bakker, 2001). Bevlogenheid in het werk wordt gekenmerkt door 3 dimensies (Schaufeli en Bakker, 2003):

1. Vitaliteit ofwel het beschikken over veel energie en veerkracht, de bereidheid om zich in te spannen, niet snel vermoeid raken, doorgaan en doorzetten als het tegenzit.
2. Toewijding ofwel een grote betrokkenheid bij en identificatie met het werk, hetgeen tot uiting komt in enthousiasme, inspiratie en trots.
3. Absorptie ofwel het op plezierige wijze geheel opgaan in het werk en er moeilijk los van kunnen komen.

Onder Nederlandse tandartsen-algemeen practici is de laatste 10 jaar intensief onderzoek gedaan naar het vóórkomen en voorkómen van burn-out, de mate van bevlogenheid en van de rol die aspecten van de werkomgeving daarbij spelen (Gorter et al, 1998; Gorter et al, 1999; Te Brake et al, 2007; Gorter et al, 2008). Net zo goed als er werkstressoren zijn die bijdragen aan burn-out bij tandartsen, zijn er werkbronnen die bijdragen aan bevlogenheid bij dezelfde beroepsgroep. Het blijkt dat tandartsen meer risico op een burn-out lopen als zij in het werk grote tijdsdruk ervaren, (te) veel moeizame patiëntencontacten hebben, veel algemene werkdruk rapporteren, veel last hebben van organisatorische besommeringen, financiële druk voelen of de balans tussen werk en privé kwijt zijn. Ook, en dat is begrijpelijk onder tandartsen, speelt het ervaren gebrek aan loopbaanperspectief een be-

langrijke rol bij het risico van een burn-out.

Factoren die bijdragen aan bevlogenheid bij tandartsen zijn daarentegen het directe of langetermijnresultaat van werk, bevredigende patiëntencontacten, materiële voordelen, ambachtelijk werken en de persoonlijke waardering van het beroep tandarts. Van tandartsen is bekend dat zij gemiddeld geen ongunstige burn-outniveaus kennen in vergelijking met andere beroepsgroepen, maar dat voor 1 op de 8 een behoorlijk risico van burn-out geldt. Het grote gevaar onder tandartsen is dat zij zonder aandacht aan de ernst van de symptomen te besteden ongezond lang doorwerken zonder ingrijpen van anderen uit de directe werkomgeving. Vandaar dat, ondanks de gemiddeld niet ongunstige burn-outniveaus, onder tandartsen toch een relatief hoge incidentie van arbeidsongeschiktheid vanwege psychische redenen wordt gemeld (Hoevenaars, 2002).

Waar tandartsen regelmatig onder de loep zijn genomen wat betreft werkbeleving, kan dat van kaakchirurgen niet worden gezegd. Voor zover bekend is er geen onderzoek gepubliceerd, in Nederland of op redelijk toegankelijke wijze daarbuiten, waarbij specifiek wordt ingegaan op het risico van burn-out en werkomstandigheden die daarbij een rol zouden kunnen spelen bij kaakchirurgen. Het doel van het onderhavige onderzoek was daarom te inventariseren hoe het met het risico van burn-out onder de Nederlandse kaakchirurgen is gesteld en welke belastende werkomstandigheden daarbij mogelijk een rol spelen. Daarbij werden ook de mate van bevlogenheid en stimulerende werkaspecten geïnventariseerd.

Materiaal en methoden

Materiaal

Proefpersonen werden geselecteerd uit het bestand van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) met 209 ingeschreven kaakchirurgen. Selectiecriteria waren: een Nederlands woon- of werkadres (per november 2006) en geboortjaar vanaf 1942. Dit bracht het totaal aantal verstuurdde vragenlijsten op 179. Van de 179 verstuurdde enveloppen bleken er 2 niet bezorgbaar en 2 respondenten reageerden met de mededeling niet te willen deelnemen. Uiteindelijk reageerden 123 kaakchirurgen, wat een respons van 70% opleverde. Onder hen waren 2 vrouwen (van de in totaal 6 aangeschreven vrouwelijke kaakchirurgen). Van 12 personen werden geen nadere gegevens ingevoerd omdat zij aangaven te zijn gestopt met

Cronbach's alpha: is een veel gebruikte maat om de betrouwbaarheid van een vragenlijst vast te stellen. Onder betrouwbaarheid wordt verstaan dat de serie vragen het te meten begrip, zoals burn-out, op stabiele wijze meet. Cronbach's alpha heeft een bereik van 0 tot 1, waarbij als vuistregel geldt dat - bij sociaal-wetenschappelijk onderzoek - een waarde lager dan 0,6 als niet betrouwbaar genoeg geldt; de vragen meten niet op coherente wijze het onderliggende begrip. Waarden van 0,8 of 0,9 worden beschouwd als (zeer) goed; de serie vragen vormt een stabiel en samenhangend geheel.

UBES: De UBES is een bevlogenheidsvragenlijst die bestaat uit 15 vragen, met dezelfde antwoordmogelijkheden als de UBOS. Een voorbeeld van een item uit de subschaal vitaliteit is:

4. Als ik werk voel ik me fit en sterk.						
0	1	2	3	4	5	6

hun werk. Dit betekende dat er 111 vragenlijsten bruikbaar waren voor analyse.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 51 jaar ($sd = 7,8$). Van de respondenten had 73% als hoofdwerkplek een perifeer ziekenhuis, 17% een academisch ziekenhuis en 9% een combinatie van beide. Wat betreft werkuren en -spreiding had 18% van de respondenten 12 of meer avond- of weekenddiensten per maand. Door 44% van de respondenten werden per week 100 patiënten of meer gezien, 45% zag tussen de 50 en 100 patiënten per week en voor 12% lag dat aantal onder de 50. Bij het aantal werkuren per week werden gemiddeld 33 uur gewijd aan klinische taken, 7 uur aan administratie en 8 uur aan overige zaken, waaronder vergaderingen.

Methodes

Burn-out werd gemeten met behulp van de UBOS (Schaufeli en van Dierendonck, 2000). De UBOS bestaat uit 20 items, die kunnen worden beantwoord op een 7-punten Likert-schaal, met een bereik van 0 (nooit) tot 6 (elke dag). Er werden 3 schalen aangehouden: emotionele uitputting (8 items, Cronbach's $\alpha = ,89$), depersonalisatie (5 items,

Cronbach's $\alpha = ,69$) en persoonlijke bekwaamheid (7 items, Cronbach's $\alpha = ,84$). Hoge scores op emotionele uitputting en depersonalisatie en lage scores op persoonlijke bekwaamheid zijn indicatief voor een burn-out.

Bevlogenheid werd gemeten met de Utrechtse Bevlogenheidschaal (UBES) (Schaufeli en Bakker, 2003). De UBES bestaat uit 15 items, die evenals de UBOS, kunnen worden beantwoord op een 7-punten Likert-schaal. Er werden ook hier 3 schalen aangehouden: vitaliteit (5 items, Cronbach's $\alpha = ,86$), toewijding (5 items, Cronbach's $\alpha = ,89$) en absorptie (5 items, Cronbach's $\alpha = ,81$).

Belastende werkaspecten werden gemeten met behulp van 25 items die diverse aspecten van de werkomgeving benoemen. De items zijn gebaseerd op de Dentist Environment Work Stress Scale (DEWSS) (Gorter et al, 1998) en werden na een serie voorgesprekken met 3 geselecteerde ervaren kaakchirurgen aangepast aan de beroepssituatie. De vragen konden worden beantwoord op een 5-punten Likert-schaal, met een bereik van 1 (niet) tot 5 (in zeer sterke mate), met extra alternatief 0 (niet van toepassing). Een factoranalyse leverde 7 factoren op die 68% van de variantie verklaarden. De factoren vertaalden zich in goed benoembare (sub)schalen met bevredigende tot goede betrouwbaarheid (tab. 1).

Stimulerende werkaspecten werden gemeten met behulp van 40 items die waren gebaseerd op de Dentist Environment Job Resources Scale (DEJRS) en eveneens werden aangepast na een serie voorgesprekken met de 3 kaakchirurgen (Gorter et al, 2008). De wijze van beantwoording was identiek als bij de Werkbelastingschaal. Een factoranalyse leverde 8 factoren op die 72% van de variantie verklaarden (tab. 1).

Over de demografische gegevens werden percentages berekend. Van de bestaande subschalen van de UBOS en de UBES werd de betrouwbaarheid in Cronbach's α aangegeven en werden rekenkundig gemiddelden berekend. Subscales van belastende en stimulerende werkaspecten werden op basis van exploratieve factoranalyse (met Varimaxrotatie, Eigenvalue > 1) en Cronbach's α 's

	Aantal items	Cronbach's alpha	Gem.	Sd
Belastende aspecten				
Regelgeving	3	,68	2,37	,99
Werkdruk en praktijkorganisatie	6	,81	2,15	,86
Personeelsproblemen	2	,76	1,99	,98
Moeilijkheidsgraad	4	,80	1,88	,71
Lastige patiënten	2	,78	1,83	,95
Intercollegiale positie	3	,68	1,45	,74
Gebrek aan variatie en perspectief	5	,82	1,26	,71
Stimulerende aspecten				
Voldoening van goede behandeling	12	,92	4,16	,54
Technische aspecten	2	,87	3,97	,77
Sociale omgang	2	,67	3,96	,66
Autonomie	4	,83	3,63	1,01
Samenwerken	2	,71	3,63	,97
Diversiteit van het beroep	9	,88	3,55	,74
Positief effect op patiënt	5	,89	3,53	,97
Materiële en immateriële beloning	4	,72	3,19	,78

Tabel 1. Belastende en stimulerende aspecten van de werkomgeving (betrouwbaarheid, gemiddelde en standaardafwijking per subschaal ($n = 111$)).

De Likert-schaal: is een meetinstrument vernoemd naar Rensis Likert, dat verwijst naar de vorm waarin vragen worden gesteld om moeilijk te kwantificeren gegevens toch te kunnen meten op ordinaal meetniveau. Aan de respondent wordt gevraagd de mate van instemming met een bepaalde uitspraak aan te geven door middel van een meerkeuze antwoordmodel. De extremen geven de mate van instemming met, danwel afwijzing van, de uitspraak aan (bijvoorbeeld 'volledig mee eens' en 'volledig mee oneens'). Veel gebruikte schaalengten zijn 5- en 7-punten Likert-schalen.

Belastende werkaspecten: Een voorbeeld van een item uit de subschaal werkdruk en praktijkorganisatie, met antwoordmogelijkheden, is:

In welke mate voelt u zich belast door...					
2. Lange werkdagen en diensten.					
0	1	2	3	4	5
niet van toepassing	niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

geconstrueerd en hiervan werden rekenkundig gemiddelden berekend. Op basis van Pearson's productmoment correlaties werden 2 regressieanalyses (volgens de methode Stepwise) uitgevoerd om de werkaspecten te determineren die de verschillen op elk van de burn-out- en bevlogenheidssubschalen het beste konden verklaren.

Resultaten

Burn-outgemiddelden van kaakchirurgen kunnen worden vergeleken met die van tandartsen-algemeen praktici en met die van zorgverleners in de gezondheidszorg in het algemeen (tab. 2) (Schaufeli en Van Dierendonck, 2000; Te Brake et al, 2007). Op zowel emotionele uitputting als depersonalisatie toonden kaakchirurgen lagere gemiddelden dan de vergelijkingsgroepen en op persoonlijke bekwaamheid waren de gemiddelden hoger (hogere gemiddelden voor emotionele uitputting en depersonalisatie en lagere gemiddelden voor persoonlijke bekwaamheid zijn indicatief voor een burn-out).

Bevlogenheid kan eveneens worden vergeleken met tandartsen-algemeen praktici en zorgverleners in de gezondheidszorg, zoals gemeten met de UBES (tab. 3) (Schaufeli en Bakker, 2003; Te Brake et al, 2007). De gemiddelden van alle 3 de subschalen waren bij kaakchirurgen hoger dan bij de 2 vergelijkingsgroepen (hogere gemiddelden zijn indicatief voor meer bevlogenheid).

De gemiddelden op de werkbelastingsschalen varieerden van 2,37 (regelgeving) tot 1,26 (gebrek aan variatie en perspectief), duidelijk onder het midden van een 5-puntenschaal (tab. 1). Bij de stimulerende werkaspecten varieerden de gemiddelden van 4,16 (voldoening van goede behandeling) tot 3,19 (materiële en immateriële beloning), alle boven het midden van een 5-puntenschaal (tab. 1).

Uit de regressieanalyse bleek dat emotionele uitputting het best kon worden voorspeld door 'werkdruk en praktijkorganisatie' ($R^2 = 0,15$, $p < 0,001$). Depersonalisatie werd het best voorspeld door 'werkdruk en praktijkorganisatie' en 'gebrek aan variatie en perspectief' ($R^2 = 0,21$, $p = 0,015$). Uit de regressieanalyse bleek eveneens dat vitaliteit het best kon worden voorspeld door 'voldoening van goede behandeling' en 'diversiteit van het beroep' ($R^2 = 0,18$, $p =$

Validiteit: Elk meetinstrument dient over voldoende validiteit te beschikken, wat inhoudt dat het te meten begrip daadwerkelijk wordt gemeten en niet iets anders. Burn-out kan bijvoorbeeld niet op valide wijze louter worden afgeleid uit iemands ziektedagen, al is het wel 1 van de variabelen die daarbij een rol kan spelen. Validiteit wordt niet in 1 getal uitgedrukt, maar wordt afgeleid uit vergelijkingen met diverse andere maten en eerdere uitkomsten van hetzelfde instrument.

Factoranalyse: Het doel van factoranalyse zoals hier gebruikt is om uit een reeks vragen een klein aantal achterliggende variabelen te extraheren, welke factoren worden genoemd, die op adequate wijze variantie in de antwoorden verklaren. Factoranalyse draagt bij aan datareductie en geeft daardoor helder inzicht in de structuur van de gegeven antwoorden. Eigenvalue verwijst naar een bepaalde minimumwaarde die een factor moet hebben en de varimaxmethode is één van de beschikbare wijzen om de interpretatie van de verschillende factoren te vergemakkelijken.

0,016). Toewijding werd het best voorspeld door 'diversiteit van het beroep', 'sociale omgang' en 'positief effect op patiënt' ($R^2 = 0,39$, $p = 0,012$). Absorptie, ten slotte, werd het best voorspeld door de factoren 'diversiteit van het beroep' en 'positief effect op patiënt' ($R^2 = 0,35$, $p < 0,05$).

Discussie

Uit dit, voor zover bekend eerste, onderzoek naar de werkbeleving onder Nederlandse kaakchirurgen blijkt dat het gemiddelde burn-outniveau gunstig is. Zeker in vergelijking met verwante beroepsgroepen uit de gezondheidszorg blijkt dat de kaakchirurg gemiddeld een relatief laag burn-outrisico kent. De mate van bevlogenheid is daarentegen gemiddeld hoog. De voornaamste werkaspecten die samenhangen met het burn-outniveau bij kaakchirurgen zijn: 'werkdruk en praktijkorganisatie', 'gebrek aan variatie en perspectief' en 'moeilijkheidsgraad'. De voornaamste werkaspecten die samenhangen met de mate van bevlogenheid zijn: 'diversiteit van het beroep' en 'positief effect op patiënt'. Het is

Stimulerende werkaspecten: Een voorbeeld van een item uit de subschaal sociale omgang is (antwoordmogelijkheden zijn hetzelfde als bij werkbelasting):

In welke mate haalt u voldoening uit...					
1. De omgang met mensen.					
0	1	2	3	4	5

	Emotionele uitputting	Depersonalisatie	Persoonlijke bekwaamheid
Kaakchirurgen 2007 (n = 110)			
Gem.	1,18	0,85	4,89
Sd	0,90	0,63	0,72
Tandartsen 2001 (n = 487)			
Gem.	1,75	1,34*	4,42
Sd	1,07	0,84*	0,84
Gezondheidszorg algemeen 2000 (n = 10.552)			
Gem.	1,81	1,27**	4,22
Sd	1,00	0,84**	0,78

*betreft mannen; voor vrouwen geldt: gem. = 1,00; sd = 0,68
 ** betreft mannen; voor vrouwen geldt: gem. = 1,14; sd = 0,78

Tabel 2. Burn-outgemiddelden en standaarddeviaties van kaakchirurgen, tandartsen-algemeen practici en algemene zorgverleners.

opvallend dat de belastende werkaspecten relatief lage gemiddelden kennen, terwijl de stimulerende werkaspecten juist hoge gemiddelden vertonen.

Het is verheugend te constateren dat onder de kaakchirurgen het welbevinden op het werk verhoudingsgewijs gunstig kan worden genoemd. Hoewel de werkbelastende omstandigheden wel degelijk worden benoemd en als reëel kunnen worden beschouwd, lijkt het niet zo te zijn dat deze de balans tussen belasting en belastbaarheid zodanig verstoren dat er van een ongezonde werkdruk sprake is. Deze constatering ligt in lijn met het weinige vergelijkingsmateriaal dat er op dit gebied is. Zo is van Nederlandse medisch specialisten – in al hun gevarieerdheid – bekend dat zij een relatief positieve arbeidssatisfactie kennen en eveneens gemiddeld lage burn-outniveaus (Visser et al, 2003). Vrij recent is een onderzoek gepubliceerd over Canadese orthodontisten waaruit bleek dat de arbeidssatisfactie onder deze orthodontisten hoog is (Roth et al, 2003). Factoren die daaraan bijdroegen waren het zorg verlenen, de patiëntencontacten, de team- en collegiale contacten en het deel uitmaken van een respectabele beroepsgroep. Publicaties over het risico van burn-out onder orthodontisten konden met behulp van gebruikelijke zoekmethoden (via PubMed) niet worden getraceerd.

De ervaren werkdruk blijkt goed hanteerbaar te zijn voor de Nederlandse kaakchirurg. De gemiddelden per subschaal van belastende werkaspecten liggen duidelijk onder het schaal midden. Uit de arbeids- en organisatiepsychologie is bekend dat de 'decision latitude', met andere woorden de autonomie om invloed te kunnen uitoefenen op omstandigheden, een bepalende factor is bij het al dan niet chronisch uit balans raken bij werkdruk (Karasek en Theorell, 1990). De kern van de werkdruk in de kaakchirurgie lijkt te liggen in zaken die te maken hebben met regelgeving en met praktijkorganisatorische beslommeringen. Van deze 2 zaken kunnen vooral de organisatorische zaken worden beïnvloed. Kritische evaluatie van de organisatie van de praktijk, het ontdekken van de knelpunten en het zoeken naar oplossingen om deze op korte en langere termijn min-

	Vitaliteit	Toewijding	Absorptie
Kaakchirurgen 2007 (n = 110)			
Gem.	4,73	4,85	4,22
Sd	0,93	0,96	1,09
Tandartsen 2001 (n = 491)			
Gem.	3,95	4,32	3,86
Sd	1,13	0,09	0,09
Gezondheidszorg algemeen 2000 (n = 9.679)			
Gem.	3,99	3,91	3,58
Sd	1,10	1,31	1,18

Tabel 3. Bevlogenheidsgemiddelden en standaarddeviaties van kaakchirurgen, tandartsen-algemeen practici en algemene zorgverleners/zorgverleners in het algemeen.

der knellend te maken, verdienen aanbeveling. Regelgeving kan echter nauwelijks worden beïnvloed. Daarbij komt het vooral aan op het eigen adaptieve vermogen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden.

Uit de stimulerende werkaspecten blijken kaakchirurgen over de hele breedte van de benoemde zaken boven het schaal gemiddelde te scoren. Vooral de inhoudelijk-technische kanten van het beroep en de sociale omgang blijken bronnen van energie te zijn. Hoewel de beloning relatief het minst scoort (op het schaal midden), kan hier niet uit worden afgeleid dat deze in zijn algemeenheid als onbevredigend wordt ervaren. Vooral de kaakchirurgen die, ten opzichte van hun collega's, relatief veel werkdruk ervoeren, vonden hun uitdaging in het op actieve wijze proberen de stimulerende aspecten van het werk meer kans te geven in de feitelijke werkomgeving.

Er is zeker een aantal verklaringen te geven voor de positieve resultaten van dit onderzoek onder kaakchirurgen. Allereerst zullen kaakchirurgen een hoge motivatie voor hun werk hebben. Immers, wie aan een opleiding van 14 jaar of meer begint (tandheelkunde, geneeskunde, kaakchirurgie) moet daar goed over nagedacht hebben en er behoorlijk zeker van zijn dat een goede keuze is gemaakt. Dat wordt nog eens onderstreept door het feit dat op dit moment circa 60% van alle kaakchirurgen in opleiding als eerste universitaire opleiding de studie geneeskunde heeft gehad. Voor hen zou de keuze voor een aanpalend specialisme als keel-, neus-, en oorheelkunde of plastische chirurgie toch een aanzienlijk aantal jaren opleiding schelen. Kennelijk speelt de diversiteit van het specialisme (mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie) als motiverende kracht hierbij een belangrijke rol.

Een andere verklaring is de werkomgeving. Vrijwel alle kaakchirurgen werken in een maatschap. Hierdoor staan ze er bij moeilijke omstandigheden zelden alleen voor, is er altijd gelegenheid voor collegiaal overleg en kunnen ze – wanneer nodig – voor elkaar invallen. Ook de sociale context van de ziekenhuissetting draagt bij aan een afwisselende werkomgeving. Omgang met andere disciplines, operatiekamerassistenten en verpleegkundigen zorgt niet alleen voor een sociaaldynamische omgeving, maar ook voor een continue medisch-technische controle. Hierdoor zijn kaak-

chirurgen gewend door vele deskundigen op de vingers te worden gekeken en bij een kans op een medische misser te worden gecorrigeerd, hetgeen de werkstress en de angst voor kritiek zal verminderen. Ook neemt het ziekenhuis een belangrijk deel van de wet- en regelgeving voor zijn rekening, bijvoorbeeld de klachtencommissie. Als negatieve factor zouden de regelmatige avond- en weekenddienst genoemd moeten worden.

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen, met enige voorzichtigheid, als representatief voor de Nederlandse kaakchirurg worden genoemd. Van beschrijvend onderzoek met een zeer persoonlijke, psychologische inhoud is bekend dat het de grootste moeite kost om de respons flink boven de 50% te laten uitstijgen. De bereikte respons in dit onderzoek van 70% wordt als zeer bevredigend beschouwd. Het indiceert bovendien dat de beroepsgroep het onderwerp kennelijk uitermate relevant vindt. Van burn-outonderzoek is bekend dat de prikkel om wel of niet een vragenlijst te retourneren voor iemand met een uitgesproken burn-outrisico niet eenduidig is. Zowel het argument dat een opgebrande zorgverlener het beroep zo moe is dat deze deelname als zinloos beschouwt, als het argument dat deze zorgverlener juist een hoge mate van herkenning ervaart en om die reden wel meedoet, lijken houdbaar. Er is dan ook geen reden om te veronderstellen dat onder de non-respondenten andere gemiddelden zouden worden gevonden.

Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat Nederlandse kaakchirurgen een grote mate van welbevinden ervaren in het werk. De wel degelijk onderkende belastende werkaspecten zijn niet van dien aard dat zij de eveneens onderkende stimulerende werkaspecten overvleugelen. De Nederlandse kaakchirurgen kennen, gemiddeld gesproken, een relatief laag burn-outrisico en kenmerken zich door een grote bevlogenheid in het werk. Het is aan onder meer de betrokken opleidingen en tandheelkundig-specialistische organisaties om te bewaken dat deze gunstige situatie ook in de toekomst, wanneer er zich ongetwijfeld maatschappelijke, organisatorische en personele veranderingen zullen voordoen, kan blijven voortbestaan.

Literatuur

- * Brake H te, Bouman AM, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur J Oral Sci* 2007; 115: 180-185.
- * Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci* 1998; 106: 999-1005.
- * Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA. Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 109-116.
- * Gorter RC, Brake HJ te, Hoogstraten J, Eijkman MA. Positive engagement and job resources in dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 47-54.
- * Hoevenaars JGNM. Tandarts en arbeidsongeschiktheid: ziek van het werk? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002; 109: 207-211.

- * Hoogduin CAL, Schaap CPDR, Methorst GJ, Peters van Neyenhof CR, Griendt JMTM van de. Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. In: CAL Hoogduin, WB Schaufeli, CPDR Schaap, AB Bakker. *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- * Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- * Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *MBI manual*. Palo Alto: Consulting psychologists press, 1996.
- * Roth SF, Heo G, Varnhagen C, Glover KE, Major PW. Job satisfaction among Canadian orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 123: 695-700.
- * Schaufeli WB, Bakker AB. *Werk en welbevinding. Naar een positieve benadering in de arbeids- en gezondheidspsychologie*. Gedrag & Organisatie 2001; 5: 229-253.
- * Schaufeli WB, Bakker AB. UBES. *Utrechtse Bevlogenheidsschaal. Voorlopige handleiding*. Utrecht: Utrecht University, Section Psychology of Work, Health and Organisation, 2003.
- * Schaufeli WB, Dierendonck D van. *Utrechtse burnout schaal (UBOS). Handleiding (Dutch MBI-NL manual)* Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 2000.
- * Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.
- * Visser MR, Smets EM, Oort FJ, Haes HC de. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168: 271-275.

Summary

Burn-out and engagement among oral surgeons

The aim of this study was to measure Dutch oral surgeons' levels of burn-out risk and the contributing role of demanding working conditions. In addition, the extent of work engagement was considered, and which stimulating working conditions contributed to it. All 179 Dutch oral surgeons registered in the Dutch Dental Association's files received a questionnaire by means of which burn-out, work engagement and both demanding and stimulating aspects from the work environment could be measured. Based upon a 70% response, it can be concluded that Dutch oral surgeons have a relatively low risk of burn-out and a high degree of engagement. Demanding working conditions which explain the differences in the risk of burn-out are: 'Pressure of work and clinic organization', and 'Lack of variation and perspective in work'. Differences in enthusiasm were best explained by 'Variety in work', and 'Positive effect upon patients'. It is remarkable that the mean for all demanding aspects of work is relatively low and the mean for all stimulating aspects is relatively high.

Bron

R.C. Gorter¹, B.L.T.H. Jacobs¹, R.H.B. Allard²
 Uit ¹de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde en ²de sectie Mondziekten en Kaakchirurgie (locatie VUmc) van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 Datum van acceptatie: 8 oktober 2009
 Adres: dr. R.C. Gorter, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam
 r.gorter@acta.nl