



R.C. Gorter

# Burn-out bij tandartsen: een kwestie van coping?

## Samenvatting

Trefwoorden:

- Sociale tandheelkunde
- Praktijkmanagement
- Beroepsrisico

Uit de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie:

17 juli 2001.

Adres:

Dr. R.C. Gorter

ACTA

Louwesweg 1

1066 EA Amsterdam

Werkstress en burn-out worden binnen de tandheekkundige beroepsgroep terecht onderkend als reëel beroepsrisico. De vraag die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, was of er persoonsgebonden factoren zijn bij tandartsen die verschillen in burn-out kunnen verklaren. Op basis van de psychologische literatuur werd onderzocht of copingstijl hierin een rol zou kunnen spelen. Er werd verondersteld dat tandartsen die zich kenmerken door een actieve copingstijl relatief lage burn-outniveaus kennen, terwijl tandartsen met een passieve copingstijl juist relatief hoge niveaus vertonen.

Uit onderzoek bij 709 actieve tandartsen-algemeen practici, die de Maslach Burnout Inventory en de Utrechtse Coping List kregen voorgelegd, werd deze hypothese ondersteund. Het bleek dat verschillen in burn-outniveau voor een wezenlijk deel verklaard kunnen worden uit een verschil in copingstijl. Geconcludeerd wordt dat individuele feedback op de door de tandarts gehanteerde copingstijl is gewenst. Tevens wordt gewezen op de noodzaak voor de tandarts zich ervan bewust te zijn dat een actieve opstelling, bijvoorbeeld ten aanzien van loopbaanplanning, van wezenlijk belang is voor de arbeidssatisfactie.

GORTER RC. Burn-out bij tandartsen: een kwestie van coping? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 458-461.

## Inleiding

Bij de invulling van een thema als 'dentaal-mentaal' denkt men in eerste instantie aan de psyche van de patiënt in de tandartspraktijk. Men kan echter ook aan de mentale toestand van de tandarts zelf denken. Vooral ervaren werkdruk en burn-out staan de laatste jaren in de belangstelling (Gorter, 2000; Gorter *et al*, 2001). In deze bijdrage zal worden ingegaan op burn-out in relatie tot de copingstijl van de tandarts.

Burn-out wordt in de wetenschappelijke literatuur omschreven als een mogelijk gevolg van chronische werkdruk, bestaande uit drie kernaspecten: emotionele uitputting, depersonalisatie/afstandelijkheid en verminderde persoonlijke bekwaamheid (Maslach *et al*, 1996). Emotionele uitputting verwijst naar het gevoel geestelijk 'op' te raken, leeg als een accu die niet meer opgeladen wordt maar nog wel energie moet leveren. Hoewel fysieke uitputting vaak samengaat met burn-out is het met nadruk de mentale, emotionele uitputting die voorop staat. Depersonalisatie kent in de psychiatrie een geheel andere betekenis, maar dient bij burn-out te worden opgevat als het in toenemende mate afstandelijk en zelfs cynisch worden ten opzichte van patiënten. Daar waar een gezond afstand nemen van het werk overgaat in afstandelijkheid kan er een indicatie zijn voor burn-out. Een laatste kenmerk van burn-out is het gevoel minder te presteren dan voorheen.

Eén van de persoonskenmerken waarvan bekend is dat deze nauw gerelateerd is aan burn-out, is iemands copingstijl (Schaufeli en Enzmann, 1998). Binnen de tandheelkunde is copingstijl geen onbekend begrip, denk aan de invloed van coping van de patiënt op angst voor de tandheekkundige behandeling (De Jongh, 1995). Onder coping verstaat men simpel gezegd de cognitieve en emotionele adaptatie aan omstandighe-

den, of anders gesteld, de beschikbare mentale strategieën om met stress om te gaan. In navolging van Lazarus (1966) dient de interactie tussen een individu en de omgeving benadrukt te worden in het begrijpen van het omgaan met stress. Tot op zekere hoogte kent een individu een consistente copingstijl, dat wil zeggen dat iemand een niet steeds wisselende, maar meer kenmerkende stijl heeft in het omgaan met situaties. Hoewel er meerdere copingstijlen worden beschreven, is een onderscheid in vluchten of vermijden als copingstijl ('blunting' genaamd) versus een meer controlegerichte copingstijl ('monitoring') vrij gangbaar (Schreurs *et al*, 1993; Van Zuuren *et al*, 1999).

Het meeste burn-outonderzoek is verricht onder verpleegkundigen, welzijnswerkers, leerkrachten of in ieder geval beroepskrachten in loondienst (Schaufeli en Enzmann, 1998). Tandartsen kennen echter wezenlijk verschillende arbeidscondities. Hierbij moet gedacht worden aan het veelal eigenaar zijn van een praktijk, het commerciële aspect in combinatie met zorgverlening, of de belangrijke plaats van manueeltechnische vaardigheden bij de beroepsuitoefening. Uit burn-outonderzoek dat is verricht onder Nederlandse huisartsen - een beroepsgroep die zich wel tot op zeker niveau laat vergelijken met tandartsen - zijn enige interessante uitkomsten voortgekomen (Van Dieendonck *et al*, 1992). Het bleek dat burn-out bij huisartsen sterk gerelateerd was aan copingstijl: degenen met een uitgesproken passieve copingstijl en degenen die sociale steun zochten, ervoeren gemiddeld meer burn-out. Deze gegevens geven reden te veronderstellen dat ook bij tandartsen copingstijl gerelateerd is aan burn-out. Het doel van het hier besproken onderzoek was dan ook deze relaties te onderzoeken, waarbij werd uitgegaan van de volgende veronderstellingen: tandartsen die gekarakteriseerd worden door een passieve copingstijl zullen relatief hoge burn-outniveaus

**Tabel 1. Gemiddelden, standaarddeviatie, betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) en correlaties (pmcc) van schalen (n = 708).**

	gem.	sd	alpha	1	2	3	4	5	6
<b>Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)</b>									
1. Emotionele uitputting (EU)	13,7	8,6	0,89	-					
2. Depersonalisatie (D)	5,9	3,9	0,69	,61	-				
3. Persoonlijke bekwaamheid (PB)	30,8	5,9	0,79	-,22	-,38	-			
<b>Utrechtse Coping List (UCL)</b>									
4. Actieve attitude/confronteren (A)	20,3	3,2	0,80	-,22	-,24	,46	-		
5. Passief reactiepatroon (PR)	10,9	3,0	0,75	,58	,46	-,29	-,32	-	
6. Sociale steun zoeken (S)	12,9	3,2	0,83	-,16	-,22	,13**	,19	-,05*	-

\* p = 0,235

\*\* p = 0,001

alle overige pmcc's: p &lt; 0,001.

N.B.: hoge scores op EU en D, en lage scores op PB zijn indicatief voor burn-out.

kennen, terwijl dat bij tandartsen die gekarakteriseerd worden door een actieve copingstijl, juist relatief lage niveaus zullen zijn.

## Materiaal en methode

In 1997 werden 950 Nederlandse tandartsen-algemeen practici aangeschreven in verband met een onderzoek naar werkbeleving. Deze tandartsen, waaronder 150 vrouwen, waren na stratificatie op leeftijd, geslacht en regionale spreiding willekeurig geselecteerd uit het bestand van Movir-verzekeringen. Circa 90% van de Nederlandse tandartsen had op dat moment een polis lopen bij deze verzekeraar. De verzekeraar was en bleef onkundig van wie wel en niet werd benaderd. Men kon kiezen uit het invullen van een papieren vragenlijst of een identieke versie op diskette. Respondenten werden beloofd met een boek over een tandheelkundig onderwerp.

De Vragenlijst Beleving Tandheelkundig Werk (VBTW) (Gorter, 2000) werd samengesteld uit een aantal instrumenten, waaronder een maat voor burn-out: de Maslach Burnout Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL) (Schaufeli en Van Dierendonck, 1995). De MBI-NL bestaat uit 20 items die kunnen worden beantwoord op een 7-punts Likert-schaal, variërend van 0 (nooit) tot 6 (elke dag). Een voorbeeld van een item is: "Aan het eind van een werkdag voel ik mij leeg". De MBI-NL is onderverdeeld in 3 schalen: emotionele uitputting (EU) met 8 items, depersonalisatie (DP) met 5 items en persoonlijke bekwaamheid (PB) met 7 items. Hoge scores op EU en DP, en lage scores op PB zijn een indicatie voor burn-out. De MBI-NL geeft waarden per schaal; er wordt geen totaalscore berekend. De psychometrische kwaliteiten van de MBI-NL zijn voldoende en vergelijkbaar met wat in de handleiding wordt aangegeven (zie voor een uitgebreide beschrijving Gorter, 2000). De veronderstelde drie-factorstructuur kwam optimaal naar voren. In tabel 1 wordt de betrouwbaarheid van de schalen aangegeven.

Coping werd gemeten met drie schalen van de Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Schreurs *et al*, 1993). Deze schalen meten verschillende copingstijlen: actieve attitude/confronteren (A) met 7 items, passieve reactie (PR)

met 8 items en sociale steun zoeken (S) met 6 items. De items worden beantwoord op een 4-punts Likert-schaal, variërend van 1 (zelden/nooit) tot 4 (zeer vaak). Een voorbeeld van een item is: "Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn". Hoe hoger iemand op één der schalen scoort, hoe meer deze copingstijl van toepassing is. Uit factoranalyse (PCA) bleek dat de drie schalen 48% van de totale variantie verklaarden. Alle items laadden als bedoeld op de factoren. De betrouwbaarheden per schaal staan vermeld in tabel 1.

Gemiddelde scores van burn-out en coping werden berekend, waarbij eventuele man-vrouwverschillen met behulp van multivariate variantieanalyse werden nagegaan. Correlaties werden berekend tussen de diverse schalen. De hypothesen aangaande de relatie tussen burn-out en coping werden getoetst met gebruik van product-momentcorrelatiecoëfficiënten en t-toetsen ( $p = 0,05$ ), waarbij een Bonferroni-Holm-correctie werd toegepast voor de hoeveelheid van toetsen (Holland en DiPonzio Copenhaver, 1988). Additioneel werden regressieanalyses uitgevoerd teneinde na te gaan in hoeverre verschillen in burn-out te verklaren zijn uit copingstijlen.

## Resultaten

In totaal retourneerden 735 tandartsen de vragenlijst (78% respons). Bij de mannen was de respons 77% (614), bij de vrouwen was dat 81% (121). Van 3% (26 tandartsen) konden de gegevens om diverse redenen niet worden verwerkt. Zodoende bleven de antwoorden van 709 tandartsen (75%) over voor analyse, een zeer representatieve steekproef vormend van de actieve tandarts-algemeen practicus.

Gemiddelde scores voor burn-out en copingstijl staan vermeld in tabel 1. Multivariate variantieanalyse liet geen sekseverschillen zien voor burn-out:  $F(3,668) = 3,09$ , niet significant. In vergelijking met MBI-NL-normscores, zoals vermeld in de handleiding, kenden tandartsen lagere scores op emotionele uitputting en depersonalisatie, en hogere scores op persoonlijke bekwaamheid (zie voor meer details Gorter, 2000).

Bij copingstijl werden wel sekseverschillen gevonden ( $F(1,673) = 24,70$ ;  $p < 0,001$ ). Uit nadere inspectie

**Tabel 2. Toetsing van verschil in gemiddelde op de drie MBI-NL-schalen: hoog versus laag op de drie copingstijlen.**

	Emotionele uitputting:					Depersonalisatie:					Persoonlijke bekwaamheid				
	gem.	sd	df	t	p <	gem.	sd	df	t	p <	gem.	sd	df	t	p <
<b>Copingstijl</b>															
<i>Actieve attitude/confronteren:</i>															
hoog	11,61	8,5	672	3,50	,001	6,22	3,8	674	3,86	,001	34,31	4,6	670	-9,21	,001
laag	14,27	8,3				4,88	4,0				29,72	5,8			
<i>Passief reactiepatroon:</i>															
hoog	20,35	9,2	676	-13,63	,001	8,40	4,7	678	-10,48	,001	28,66	6,0	673	5,77	,001
laag	11,30	6,9				5,03	3,2				31,58	5,6			
<i>Sociale steun zoeken:</i>															
hoog	11,74	7,1	675	2,93	,005	5,48	4,0	677	1,44	,151	31,95	5,7	672	-2,55	,012
laag	14,10	8,8				6,02	3,9				30,53	5,9			

bleek dat alleen op de S-schaal (sociale steun zoeken) de verschillen statistisch significant waren, in de zin dat vrouwen hogere gemiddelden hadden:  $F(1,673) = 64,83$ ;  $p < 0,001$ ). In vergelijking de UCL-normscores volgens de handleiding hadden tandartsen hogere scores op een actieve copingstijl en op sociale steun zoeken.

Zoals te zien is in tabel 1 correleert een passieve copingstijl positief met emotionele uitputting en depersonalisatie en negatief met persoonlijke bekwaamheid. Een actieve copingstijl en sociale steun zoeken correleren positief met persoonlijke bekwaamheid en negatief met emotionele uitputting en depersonalisatie. In overeenstemming met de UCL-handleiding werden de 20% hoogst scorenden per copingstijlschaal onderscheiden van de overige 80% op dezelfde schaal. Vervolgens werden de twee groepen per schaal vergeleken op burn-out-score. Zoals in tabel 2 is te zien, toonden de uitgesproken 'passieve copers' ( $n = 176$ ) hogere gemiddelden op emotionele uitputting en depersonalisatie en lagere gemiddelden op persoonlijke bekwaamheid. De uitgesproken 'actieve copers' ( $n = 165$ ) toonden daarentegen juist lagere gemiddelden op emotionele uitputting en depersonalisatie en hogere gemiddelden op persoonlijke bekwaamheid. Tandartsen met een uitgesproken sociale steun zoekende copingstijl ( $n = 140$ ) toonden wel lagere gemiddelden op emotionele uitputting, maar met betrekking tot depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid kon geen verschil worden aangetoond in vergelijking met tandartsen zonder deze uitgesproken stijl. Dit ondersteunt de eerste hypothese wat betreft actieve en passieve copingstijl volledig, maar wat betreft sociale steun zoekende copingstijl slechts ten dele.

Teneinde na te gaan in welke mate de drie coping-

stijlen de variantie op elk der drie burn-outs schalen konden verklaren, werd additioneel een multiplere regressieanalyse uitgevoerd. Voor elk der drie afhankelijke variabelen bleek de hoeveelheid verklaarde variantie significant: copingstijlen verklaarden 42% van de variantie op EU, 8% van de variantie op D, en 18% van de variantie op PB (tab. 3).

## Discussie

In overeenstemming met de gestelde hypothesen werd gevonden dat tandartsen die gekenmerkt worden door een passieve copingstijl, hogere burn-outniveaus kennen, terwijl tandartsen die gekenmerkt worden door een actieve copingstijl, juist lagere burn-outniveaus aangeven. Tevens blijkt dat tandartsen die gekenmerkt worden door een sociale steun zoekende copingstijl, minder emotionele uitputting vertonen. Er kan derhalve geconcludeerd worden dat een aanzienlijk deel van de verschillen in burn-outniveau bij tandartsen wordt verklaard uit copingstijl.

Het gemiddeld burn-outniveau onder tandartsen verhoudt zich gunstig tot scores zoals die bekend zijn van andere beroepsgroepen. Kanttekeningen bij die bevinding, zoals het feit dat juist binnen de tandheelkunde de valkuil van het negeren van burn-outsignalen zo groot is voor de individuele tandarts, werden reeds elders gemaakt (Gorter, 2000). Binnen de context van de huidige onderzoeksvraag wordt een onderdeel van die valkuil toegelicht: het passieve copinggedrag. Voor 'passieve copers' onder tandartsen geldt dat hun burn-outgemiddelden ongunstig afsteken. Met andere woorden: er is reden tot gerichte aandacht voor deze groep als het gaat om burn-outpreventie. Deze preventie zou erop gericht moeten zijn tandartsen inzicht te geven in de eigen copingstijl. Zij die beseffen doorgaans passief te reageren op situaties of gebeurtenissen zouden zich ervan bewust moeten worden dat dit een verhoogd burn-outrisico met zich meebrengt. Er is wat voor te zeggen om, in het kader van burn-outpreventie door beroepsorganisatie, door arbeidsongeschiktheidsverzekeraar of in welk ander verband dan ook, tandartsen een copingstijl meetinstrument voor te houden en hen daarop feedback te geven. Sterker nog, opleidingen zouden zich de vraag dienen te stellen in hoeverre zij een taak weggelegd zien in het reeds voorzien van individu-

**Tabel 3. Regressieanalyse: verklaring van verschillen in burn-outscores uit copingstijl.**

Variabel in regressie	Emotionele uitputting			Depersonalisatie				Persoonlijke bekwaamheid				
	$\beta$	p	$R^2$	F	$\beta$	p	$R^2$	F	$\beta$	p	$R^2$	F
<i>Copingstijl</i>												
Actieve attitude	,85	,846			,86	,725			,43	,000		
Soc. steun zoeken	-,21	,006			1,00	,159			-,25	,801		
Passieve reactie	,60	,000			,28	,003			-1,28	,201		
			,42	38,65**			,08	8,98*			,18	23,81**

\*  $p < 0,005$

\*\*  $p < 0,001$

ele feedback aan studenten op deze personeuseigenschap. Alhoewel persoonlijkheidsstructuren doorgaans redelijk stabiel zijn, is het omgaan met omstandigheden en gebeurtenissen (wat coping in wezen is) ook een vaardigheid waarbij men mag aannemen dat gerichte training kan bijdragen tot verandering.

Het zoeken van sociale steun blijkt een copingstijl te zijn die samengaat met minder emotionele uitputting. Wat het creëren van een sociaal netwerk betreft, ligt er voor de tandheekkunde een duidelijke uitdaging. Niet alleen is het vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg van belang dat onder tandartsen een intervisiesysteem ontwikkeld wordt, ook vanuit het perspectief van burn-outpreventie is dit aan te raden. Initiatieven op dit gebied - denk aan alphasgroepen, studieclubs, intercollegiale visitatie en diverse vormen van bij- en nascholing - kunnen, mits niet alleen tandheekkundig-technisch ingevuld, een belangrijke bijdrage leveren ter voorkoming van burn-out.

Uit eerdere publicaties naar aanleiding van dit onderzoek naar burn-out in de tandheekkunde bleek dat gebrek aan loopbaanperspectief een belangrijke factor is (Gorter, 2000). Het is voor tandartsen van groot belang zich te realiseren dat zij als het ware hun eigen loopbaanmanager moeten zijn. Planning van een loopbaan begint al bij het afscheid nemen van de opleiding. Een actieve opstelling van de individuele tandarts waar bij deze bijvoorbeeld een vijfjarenplanning maakt - en evalueert - zou al een goede stap zijn. Aangezien dit in de praktijk moeilijk gerealiseerd wordt, is het een goede zaak dat tandheekkunde-opleidingen in toenemende mate aan alumni een breed nascholingsaanbod aanbieden. Dit voorziet niet alleen in de mogelijkheid ook loopbaanplanning als nascholingsmogelijkheid te bieden, maar is tevens een goede gelegenheid om bij te dragen aan sociale steun. Overigens kunnen laatstejaarsstudenten natuurlijk ook zelf al afspraken maken met studiegenoten om geregeld inhoudelijk en sociaal met elkaar contact te onderhouden.

Enkele methodologische kanttekeningen mogen niet achterwege blijven bij de gepresenteerde resultaten. In de eerste plaats: het betreft een samenhang tussen variabelen; gezien de cross-sectionele aard van het onderzoek mogen er geen causale verbanden worden gelegd. Ten tweede: hoewel de gebruikte instrumenten voldoende discriminant validiteit bezitten (zie Schaufeli en Van Dierendonck, 1995), is er aanleiding om eni-

ge overlap te veronderstellen tussen constructen als burn-out, passieve copingstijl of gebrek aan actieve copingstijl. Dit werkt uiteraard hogere correlaties in de hand. Dat neemt echter niet weg dat de huidige resultaten zeggingskracht hebben. Die zeggingskracht geldt niet in de laatste plaats vanwege de representatieve samenstelling van de groep respondenten.

In antwoord op de vraag uit de titel of het risico op burn-out een kwestie van coping is, dus van hoe je ermee omgaat, kan gesteld worden dat de sleutel inderdaad daar ligt. Blijven mokken en vinden dat 'ze' (lees: overheid, beroepsorganisatie, opleiding enz.) het anders hadden moeten doen, leidt tot niets; actief omgaan met situaties en uitgaan van de eigen mogelijkheden levert de meeste arbeidssatisfactie op.

### Literatuur

- DIERENDONCK D VAN, GROENEWEGEN PP, SIXMA H. Opgebrand: een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 1992.
- JONGH A DE. Dental anxiety: A cognitive perspective. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995. Academisch proefschrift.
- GORTER RC. Burnout among dentists: Identification and prevention. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2000. Academisch proefschrift.
- GORTER RC, EIJKMAN MAJ, BRAKE H TE. Werkdruk en gezondheid bij tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 54-58.
- HOLLAND BS, DIPONZIO COPENHAVER M. Improved Bonferroni-Type multiple testing procedures. Psychol Bull 1988; 104: 145-149.
- LAZARUS RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
- MASLACH C, JACKSON SE, LEITER M. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
- SCHAUFELI WB, DIERENDONCK D VAN. Maslach Burnout Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL). Voorlopige handleiding. Utrecht: Universiteit Utrecht/Research School Psychology & Health, 1995.
- SCHAUFELI WB, ENZMANN D. The burnout companion to study & practice. Londen: Taylor & Francis, 1998.
- SCHREURS PJG, WILLIGE G VAN DE, BROSSCHOT JF, TELLEGEN B, GRAUS GMH. De Utrechtse Coping Lijst. Herziene handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1993.
- ZUUREN FJ VAN, JONGH A DE, BEEKERS C, SWINKELS P. Coping with dental treatment: correlates of dispositional and domain specific monitoring and blunting. Psychol Health 1999; 14: 323-337.

### Dankwoord

Dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door Movir Verzekeringen.

## Burnout among dentists: a matter of coping?

Work stress and burnout are considered to be serious professional risks in dentistry. This study investigated the relation between a dentist's coping style and burnout level. It was hypothesized that dentists characterized by an active coping style would show relatively low burnout levels, whereas dentists characterized by a passive coping style would show relatively high burnout levels. From a survey among 709 active general dental practitioners, who filled out the Maslach Burnout Inventory and the Utrecht Coping List, this hypothesis was supported. It was concluded that coping style could explain differences in burnout levels to a substantial degree. In the discussion the need for feedback on one's coping style, and the importance of an individual dentist's active attitude towards career planning, among other things, are emphasized.

### Summary

Key words:

- Social dentistry
- Practice management
- Professional risk