

Individuele en professionele factoren geassocieerd met burn-outklachten bij psychiaters

A. Mergaert, L. Godderis, C. Bervoets

- Achtergrond** Burn-out is een werkgerelateerd syndroom gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid, maar een eenduidige definitie ontbreekt. De prevalentie van burn-out bij psychiaters varieert van 2,2% tot 72,6%, maar onderzoek naar onderliggende factoren is tamelijk beperkt en heterogeen gerapporteerd in de literatuur.
- Doel** Het identificeren van individuele en werkgerelateerde factoren geassocieerd met burn-outklachten bij psychiaters.
- Methode** We voerden een systematische review uit volgens PRISMA-richtlijnen in PubMed, Embase en Web of Science. Daarbij includeerden we empirische studies waarin men associaties tussen individuele en professionele factoren en burn-outklachten bij psychiaters onderzocht met gevalideerde meetinstrumenten.
- Resultaten** 25 studies werden geïncludeerd. Hogere burn-outscores hingen samen met de volgende individuele factoren: psychische stress, maladaptieve coping, bepaalde persoonlijkheidskenmerken en cognitieve traagheid. Werkgerelateerde factoren waren: ongunstige werkcontext en -klimaat, werkstress, hoge werkbelasting, slechte werk-privébalans, onveiligheid, geweld, klinische en relationele patiëntfactoren, gebrekkige autonomie, gebrekkige erkenning, beperkte ondersteuning en slechte professionele relaties. Beschermende factoren waren: adaptieve coping, extracurriculaire activiteiten, ondersteunende relaties, positieve werkomstandigheden, werktevredenheid, positieve werkhouding, gunstige werkinhoud, vakantie en correcte behandeling. De gerapporteerde prevalenties en associaties varieerden sterk tussen studies.
- Conclusie** Hogere burn-outscores bij psychiaters worden geassocieerd met een breed, heterogeen en aspecifiek samenspel van individuele en werkgerelateerde factoren. De interpretatie wordt bemoeilijkt door methodologische heterogeniteit en variatie in operationalisatie. Toekomstig onderzoek vereist een meer consistente conceptualisering en operationalisering van het concept burn-out.

Burn-out werd voor het eerst beschreven in 1974 als een psychologisch syndroom bij medische professionals, gekenmerkt door werkgerelateerde mentale en fysieke uitputting door chronische interpersoonlijke stressoren op de werkvloer.¹⁻³ Burn-out wordt doorgaans gedefinieerd als een werkgerelateerd fenomeen met drie kerncomponenten: emotionele uitputting (EE; overbelasting en energieverlies), depersonalisatie (DP; een cynische en afstandelijke houding ten opzichte van werk) en verminderde persoonlijke bekwaamheid (PA; verminderde professionele effectiviteit).⁴⁻⁶ Ondanks deze beschrijving ontbreekt een eenduidige, universeel aanvaarde definitie.⁷⁻⁹

Hoewel burn-out overlappende kenmerken vertoont met depressie, zoals uitputting, anhedonie, amotivatie en concentratieproblemen, verschillen beide conceptueel.

Burn-out is niet opgenomen in de DSM-5, maar is sinds 2019 wel door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) opgenomen in de ICD-11 als een syndroom dat voortkomt uit chronische werkstress. Depressie daarentegen wordt erkend als een medische aandoening, meer specifiek een stemmingsstoornis.^{5,6,10,12} Tot op heden blijft de term burn-out, evenals de overlap met depressie, controversieel in de wetenschappelijke literatuur.^{7,8} Artsen worden beschouwd als een kwetsbare groep voor het krijgen van burn-out. Het betreft een actueel en internationaal veelbesproken thema dat steeds meer aandacht krijgt. Hoewel nationale studies suggereren dat burn-outklachten bij artsen epidemische proporties bereiken, laten systematische onderzoeken zien dat de gerapporteerde cijfers sterk uiteenlopen, van 0 tot 80,5%.¹³⁻¹⁵ De prevalentie van EE, DP en verminderde PA

varieerde respectievelijk van 0 tot 86,2%, 0 tot 89,9% en 0 tot 87,1%.¹⁵ Ook bij psychiaters tonen internationale studies uiteenlopende prevalentiecijfers, van 2,2 tot 72,6%.¹⁶⁻¹⁸

Deze verschillen worden verklaard door heterogeniteit in definities, meetmethoden en afkapwaarden. Dit wijst op een gebrek aan consensus over gevalideerde criteria en diagnostische afbakening in de literatuur, waardoor voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van deze cijfers.^{7,9,12,15}

Frequent gebruikte, erkende en betrouwbare meetinstrumenten zijn de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), met subdomeinen EE, DP en PA, de *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), de *Link Burnout Questionnaire* (LBQ) en de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). In de literatuur wordt burn-out vaak geoperationaliseerd als een concept dat wordt gemeten via dergelijke gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten en niet als een klinische diagnose.^{9,12,19-22}

Wat betreft determinanten van burn-out is er uitgebreid bewijs voor verbanden met werkgerelateerde factoren, die doorgaans worden geconceptualiseerd als taakeisen (zoals werkdruk) en hulpbronnen (zoals sociale steun) of binnen het model van inspanning-beloningdisbalans (*effort-reward imbalance model*).^{12,23-25} Bij artsen worden onder andere hoge werkdruk en de voortdurende confrontatie met morbiditeit en mortaliteit beschreven als risicofactoren.^{19,26}

Binnen deze groep vormen psychiaters een specifieke kwetsbare doelgroep door uitdagingen zoals het omgaan met patiënten met agressiviteit en suïcidaliteit, de vereiste emotionele betrokkenheid, bepaalde persoonlijkheidskenmerken en het stigma rond psychische kwetsbaarheid. Desondanks is onderzoek naar onderliggende factoren en hun samenhang nogal beperkt en heterogeen gerapporteerd in de literatuur.^{17,19,27}

Met deze systematische review willen wij zowel werkgerelateerde als individuele factoren identificeren die geassocieerd zijn met burn-outklachten bij psychiaters.

METHODE

Zoekstrategie

Wij verrichtten een systematisch literatuuronderzoek in PubMed (MEDLINE), Embase en Web of Science Core Collection. De laatste zoekopdracht werd uitgevoerd op 22 februari 2026. Het protocol van deze systematische review werd opgesteld conform de richtlijnen van de *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020. Voor deze studie was geen goedkeuring van een ethische commissie vereist. Hoewel geen registratie in PROSPERO plaatsvond, gingen we wel na of er lopende of geregistreerde beoordelingen bestonden.

Voor het literatuuronderzoek maakten wij gebruik van gecontroleerde trefwoorden (MeSH- en Emtree-termen) en vrije zoektermen, waaronder auteurs sleutelwoorden

en woorden uit titel en abstract. De kernzoektermen voor de drie databanken waren *burnout* en *psychiatrist*. Gezien het probleem van de operationalisatie van het concept burn-out binnen de wetenschappelijke literatuur, namen we de belangrijkste meetinstrumenten en burn-outsuschalen ook op in de verfijnde zoekstrategieën per databank ([onlinetabel 1](#)).

Selectie van studies

Wij includeerden artikelen waarin men factoren onderzocht geassocieerd met burn-outklachten bij psychiaters. De inclusiecriteria waren: 1. empirische studies met een kwantitatief en/of kwalitatief onderzoeksdesign; 2. expliciete analyse van factoren die samenhangen met burn-outklachten bij psychiaters; 3. identificatie van burn-outklachten via een erkend, betrouwbaar en gevalideerd burn-outinstrument zoals de MBI; 4. een steekproefgrootte van minimaal 20 psychiaters bij kwantitatieve studies; en 5. een responspercentage van meer dan 20%. Artikelen werden geëxcludeerd indien 1. het reviews waren; 2. men factoren onderzocht die niet specifiek betrekking hadden op psychiaters; 3. de studie een steekproef omvatte die voor meer dan 50% bestond uit psychiaters in opleiding; 4. men burn-outklachten niet vaststelde met een erkend en betrouwbaar meetinstrument; of 5. de studie niet in het Engels was gepubliceerd.

RESULTATEN

Geïnccludeerde studies

Het systematische literatuuronderzoek, uitgevoerd conform de PRISMA-richtlijnen, resulteerde in 1108 unieke artikelen. Na screening van titels en abstracts selecteerden we 212 publicaties voor volledige tekstanalyse en kwaliteitsbeoordeling. **Figuur 1** toont het PRISMA-stroomdiagram. Uiteindelijk voldeden 25 artikelen aan de inclusiecriteria. Deze namen we op in de kwalitatieve synthese en we bespreken ze systematisch in de resultaten.^{18,28-51}

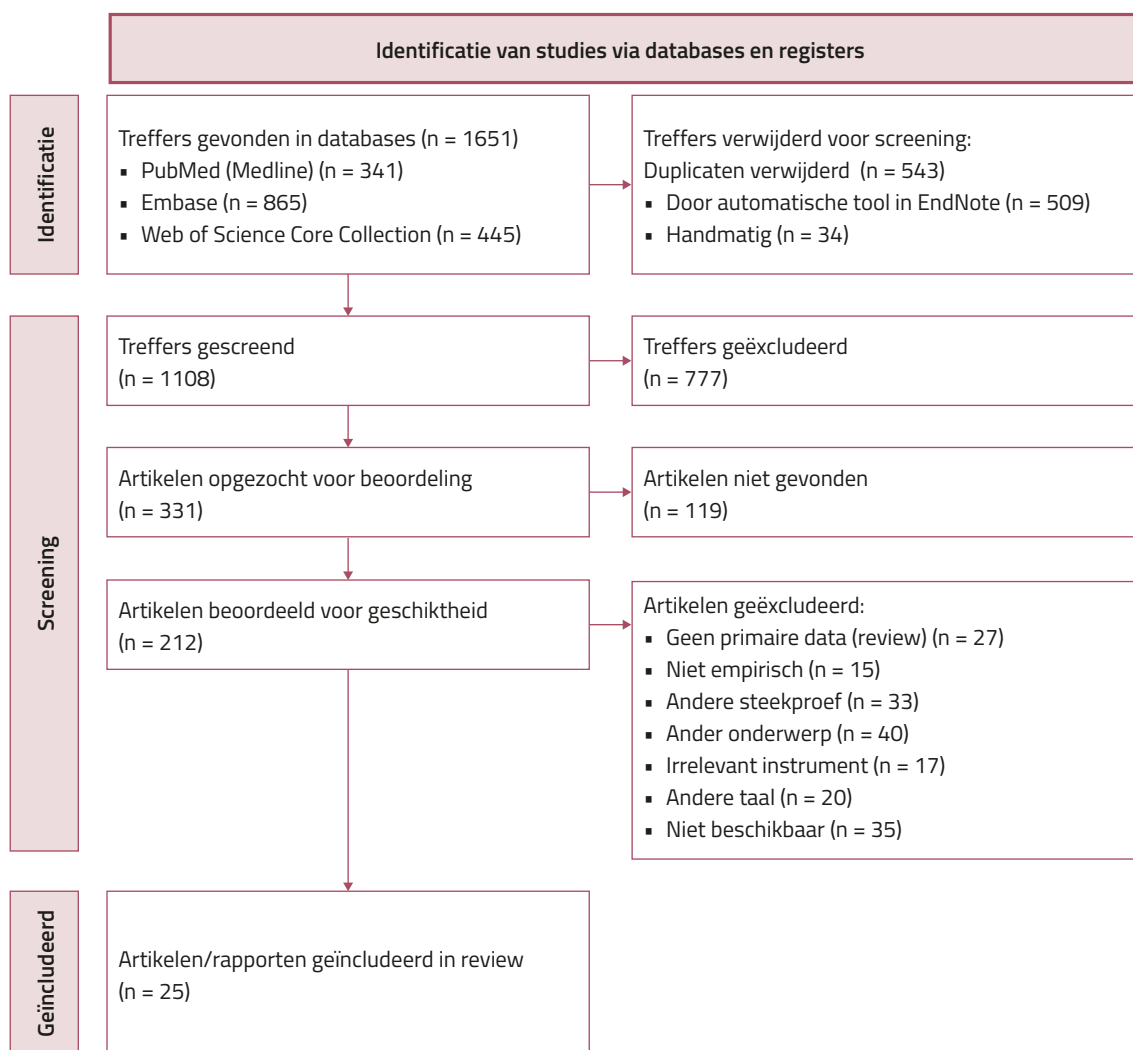
Kenmerken van geïnccludeerde studies

De geïdentificeerde studies betroffen 1 longitudinale en 24 crosssectionele studies, waarvan 1 kwalitatief, 22 kwantitatief en 1 gemengd. De steekproefkenmerken, meetinstrumenten, prevalenties en geassocieerde factoren vatten we per artikel samen in [onlinetabel 2](#). Deze factoren worden ingedeeld als risicovol of beschermend. Bij elke factor rapporteren we of deze verband houdt met totale burn-outscores of met subdomeinscores en vermelden we de p-waarde van de associatie indien deze beschikbaar was.

Gebruikte metingen en schalen

In kwantitatieve studies werd blootstelling gemeten via zelfrapportage met gestandaardiseerde of niet-gestandaardiseerde vragenlijsten over sociodemografie,

Figuur 1. PRISMA-stroomdiagram



werk, werktevredenheid, persoonlijkheid, coping, cognitie, sociale steun en stress.^{18,28-39,41-51} De kwalitatieve studie gebruikte semigestructureerde interviews.⁴⁰ Burn-outklachten werden in 20 studies gemeten met de MBI inclusief varianten.^{18,30,31,33,35-46,48-51} In 5 studies werden andere gevalideerde instrumenten gebruikt, namelijk 1 maal de OLBI en 4 maal de CBI.^{28,29,32,34,47}

Prevalentie

In 7 geïnccludeerde studies, waarvan men bij 3 gebruikmaakte van meetinstrument MBI (of variant), bij 1 van OLBI en bij 3 van CBI, rapporteerde men prevalentiecijfers voor totale burn-outscores. De prevalenties varieerden van 38,4 tot 60,0% met een uitschieter tot 78% afhankelijk van de afkapwaarde.^{28,32,34,38,45,47,49} In 4 studies rapporteerde men gemiddelde totaalscores, variërend van 31,7 tot 52,6.^{28,30,47,51} Deze vielen doorgaans in het matige bereik, met enkele hogere waarden. In 9 studies onderzocht men de prevalentie van de MBI-domeinen, met een heterogene spreiding. Voor EE varieerde de prevalentie van de hoge scores van

21 tot 59%. Voor DP lag dit tussen 12,2 en 39% en voor PA, waarbij lagere scores wijzen op ernstigere burn-outklachten, tussen 11,5 en 43,9%.^{31,32,35,42-44,46,49,50} De gemiddelde domeinscores varieerden eveneens: EE 18,9 tot 31,3, DP 4,6 tot 11,4 en PA 14,9 tot 37,4.^{30,31,33,37,41,43,44,46,48,51} Gemiddeld lag EE in de matige tot hoge range, DP in de lage tot matige range, en PA in de matige range met duidelijke variabiliteit tussen studies.

Deze prevalentiecijfers werden echter in sterke mate beïnvloed door de gebruikte meetinstrumenten, afkapwaarden, subschalen en operationalisaties van het burn-outconcept.

Factoren

In **onlinetabel 2** worden de individuele en werkgerelateerde factoren weergegeven die geassocieerd zijn met burn-out(domein)scores. Hoewel de gevonden associaties statistisch significant zijn, zijn de effectgroottes over het algemeen beperkt.^{18,28-51}

Individuele factoren

Demografische factoren

Verschillende studies rapporteerden een associatie tussen hogere leeftijd en lagere burn-out(domein-)scores.^{18,28-30,37,50} In andere studies vond men geen significant verband.^{31-34,36,38,46,49,51} In meerdere studies bleek meer ervaring geassocieerd met minder burn-outklachten.^{29-31,50} Daarentegen werden hogere burn-out(domein)scores gevonden voor 11-20 jaar en ≥ 4 jaar ervaring.^{32,49} In meerdere studies vond men geen significante relatie.^{18,33,34,36,45,46,51} In 4 studies koppelde men vrouwelijk geslacht aan hogere scores op burn-outscales.²⁸⁻³² Twee studies rapporteerden mannelijk geslacht als risicofactor voor burn-outklachten,^{35,49} maar in de meerderheid vond men geen significant verband voor geslacht.^{18,30,33,36-38,46,48,51} Getrouwd zijn of een relatie hebben werd geassocieerd met meer persoonlijke bekwaamheid en minder emotionele uitputting.^{46,48} Het hebben van meerdere kinderen correleerde met minder depersonalisatie, terwijl meer emotionele uitputting werd gevonden bij alleenstaande psychiaters met kinderen.^{31,33} Er werden vaak geen significante verbanden gevonden voor burgerlijke staat, werkende echtgenoot, aantal kinderen of familiale omstandigheden.^{30,33-36,46,48,49,51}

Psychologische factoren

Stress, zelfgerapporteerde depressie en gebruik van anxiolytica en sedativa correleerden met hogere burn-out(domein)scores.^{34,37,38,41,45} Persoonlijkheidskenmerken perfectionisme, compulsiviteit en neuroticisme waren geassocieerd met hogere scores op burn-outscales, terwijl zorgvuldigheid verband hield met meer persoonlijke bekwaamheid.^{40,41} Loopbaanadaptabiliteit was geassocieerd met lagere burn-outscores.⁵¹ Vermijdende en emotiegericht coping correleerden met een hoger risico op burn-outklachten, terwijl proactieve en taakgerichte coping en emotionele steun zoeken beschermende factoren bleken.^{33,41} Cognitieve traagheid was geassocieerd met hogere burn-out(domein)scores.³⁰

Extracurriculaire activiteiten en steun

Mensen die niet aan lichaamsbeweging deden, hadden hogere burn-outscores.³⁴ Extracurriculaire interesses en activiteiten correleerden met minder emotionele uitputting.⁴⁰ Sociale steun en goede relaties buiten het werk beschermden tegen burn-outklachten,^{33-35,40,45} wat in één studie niet als significant bevestigd werd.⁴⁶

Werkgerelateerde factoren

Werkcontext en -klimaat

Werkplekstress, maatschappelijke druk en zorgverwachtingen, veranderende neurowetenschap en richtlijnen en gebrek aan vertrouwen in management en overheid, bleken geassocieerd met hogere totale burn-outscores.^{29,47} Lange reistijd, gebrekkige administratieve ondersteuning, opgelegde administratieve veranderingen, chronisch personeelstekort en ontoereikende middelen waren gecorreleerd met meer emotionele uitputting.^{36,37,40,42} Eén studie vond geen significant

verband voor middelenvoorziening.⁴⁷ Waardig werk en goede werksfeer bleken geassocieerd met lagere burn-out(domein)scores.^{29,51} Er leek geen verschil te zijn in burn-outklachten bij psychiaters die fulltime of parttime werken.^{28,32,36,37} Bepaalde werksettings (ziekenhuis-, gemeenschaps-, overheidsinstelling, psychiatrische opnameafdeling en zorginstelling) bleken geassocieerd met hogere burn-outscores dan andere settings (polikliniek, academisch, multidisciplinair en privésector).^{28,29,50} Meerdere onderzoeken vonden geen significant verband voor werksetting.^{30,33,36,45,46,47}

Werkinhoud

Afwezigheid van spoeddiensten, belang van de taak, taakidentiteit, variatie in vaardigheden, voldoende tijd naast patiëntenzorg en tijd voor direct patiëntcontact, huisbezoek en uitdagingen zoals onderzoek, studie en audit, bleken beschermende factoren gecorreleerd met burn-outsdomainen.^{36,37,40,43,50} Tijd besteed aan lesgeven was geassocieerd met minder persoonlijke effectiviteit.³⁶ Meer psychotherapeutische begeleiding was gecorreleerd met minder emotionele uitputting en depersonalisatie, maar deze correlatie was in een ander onderzoek niet duidelijk aanwezig.^{30,45}

Werkbelasting

In een aantal studies kon hoge werkbelasting (werkintensiteit- en druk, wachtdiensten, klinische taken, administratieve druk, emotionele eisen en waardeconflict) wel in verband worden gebracht met hogere burn-out(domein)scores.^{29,30,32,33,35,36,39,40,46,48,49} maar in een aantal studies niet.^{28-30,35,38,41,44,46} Een slechtere werk-privébalans (weinig vakantie, vrije weekends of vrije nachten en impact van werk op privéleven) was geassocieerd met hogere burn-out(domein)scores.^{34,35,40,46,48}

Werkattitude

Werktevredenheid, positieve werkhouding en werkplezier correleerden met lagere burnout(domein-)scores.^{18,31,33-35,39,40,44,49,51} In één onderzoek bleek dit verband voor werktevredenheid niet significant.⁴⁶ Werkbetrokkenheid, werkstress en de intentie om van baan te veranderen bleken risicofactoren voor burn-outklachten.^{37,38,41,47}

Patiëntgerelateerde factoren

Dreiging van geweld, onveiligheid en behandeling van schizofrenie/psychose, patiënten bij wie men dacht aan simulatie en veeleisende patiënten en families leken hogere burn-outdomeinscores te geven.^{29,32,36,38,44} Behandeling van patiënten met bipolaire of andere stemmingsstoornissen en van mensen die beter werden daarentegen gaven lagere scores.^{29,36} In verschillende studies vond men geen significante verbanden voor relatie met patiënten of families, chronisch zieke patiënten en suïcide van patiënten.^{18,29,32,33}

Autonomie, functiestatus en erkenning

Gebrek aan controle over werk en planning, gebrek aan autonomie en verantwoordelijkheid zonder evenredige controle waren geassocieerd met hogere burn-out(domein)scores.^{28,32,36,40,43} In één studie vond men geen significante correlatie voor overmatige ver-

Tabel 1. Samenvatting geïdentificeerde factoren al dan niet geassocieerd met burn-outklachten

	Individuele factoren	Werkgerelateerde factoren
Risico	depressie- en stressklachten persoonlijkheidskenmerken zoals neuroticisme maladaptieve coping cognitieve traagheid	ongunstige werkcontext en -klimaat hoge werkbetrokkenheid en -stress hoge werkbelasting slechte werk-privébalans onveiligheid en dreiging van geweld klinische en relationele patiëntfactoren gebrek aan controle en autonomie gebrekkige appreciatie en erkenning beperkte ondersteuning slechte professionele relaties
Beschermend	persoonlijkheidskenmerken zoals adaptabiliteit adaptieve coping extracurriculaire activiteiten sociale steun	waardig werk goede werksfeer werktevredenheid positieve werkhouding gunstige werkinhoud vakantie en vrije tijd gunstige patiëntfactoren promotie en eerlijke behandeling ondersteunende relaties
Inconsistentie tussen studies	leeftijd jaren ervaring geslacht burgerlijke staat ouderlijke status	werksetting middelenvoorziening op het werk aantal patiënten dat men psychotherapeutisch begeleidt werkbelasting overmatige verantwoordelijkheid functiestatus beloning

antwoordelijkheid.⁴⁴ Een niet-leidinggevende rol ging samen met een hogere totale burn-outscore, terwijl een professionele titel op intermediair of senior niveau lagere scores gaf.^{45,49} Voor afdelingshoofd, loopbaanfase, specialisatiestatus, kwalificatie, psychiatrisch subspecialisme of opleidingsniveau werden geen significante verbanden gevonden.^{28-31,33,34,38,46,48,49,51} Gebrek aan appreciatie en erkenning van collega's, onderbenutting van talent, mismatch tussen talent en verdiensten en lage beloning waren gecorreleerd met hogere burn-out(domein)scores.^{34,39} Maandelijks inkomen, promotie en een eerlijke behandeling waren geassocieerd met lagere burn-out(domein)scores.^{30,35,36} Sommige studies vonden geen significant verband voor inkomen.^{45,49}

Professionele steun en relaties

Ondersteunende relaties met collega's, managers en senioren, goede samenwerking, samenhangend team en krijgen van feedback correleerden met lagere burn-out-domeinscores.^{18,33,36,40,43,46} Langdurigere samenwerking, afwezigheid van ondersteunende collega's, gebrekkige steun van management, afwezig ondersteuningssysteem, beperkte supervisie of raadpleegmogelijkheden bij collega's en slechte werkrelaties met collega's, zorgteams, leidinggevend, superieuren en management correleerden met hogere burn-out(domein)-scores.^{18,32,34,38,39,40,42,44} Eén studie toonde geen significante

correlatie voor relaties met samenwerkingspartners, ziekenhuismanagement of ziekenhuisadministratie.³²

Overzicht factoren

Een samenvattend overzicht van de geïdentificeerde persoonlijke kwetsbaarheden, werkgerelateerde stressoren en individuele en professionele beschermende factoren geven we in **tabel 1**. In deze tabel vermelden we ook factoren waarvoor bij vergelijking van verschillende studies inconsistente bevindingen werden gerapporteerd wat betreft de richting en significantie van de associaties.

DISCUSSIE

In deze systematische review identificeerden wij zowel individuele als werkgerelateerde factoren die grotendeels consistent geassocieerd zijn met burn-outscores bij psychiaters (**tabel 1**). Deze factoren zijn heterogeen en de sterkte van de associaties is doorgaans beperkt.^{18,28-51} Tegelijkertijd werden ook aanzienlijke inconsistenties tussen studies vastgesteld wat betreft de richting en de significantie van bepaalde associaties (**tabel 1**).

De prevalentie van zowel totale burn-outscores (circa 38-60%, tot 78%) als scores op de MBI-subdomeinen bij psychiaters vertoont een brede spreiding, afhankelijk van de gebruikte meetinstrumenten en afkapwaarden. De gemiddelde totaalscores bevinden zich doorgaans in de matige (tot hoge) range, wat wijst op een aanzienlijke mate van zelfgerapporteerde burn-outklachten. Deze prevalentiecijfers dienen met grote voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien ze in sterke mate worden beïnvloed door de gehanteerde afkapwaarden, subschalen en operationalisaties van het burn-outconcept.

Methodologische heterogeniteit

Een centrale bevinding van deze review is de aanzienlijke methodologische heterogeniteit tussen de studies. Variaties in meetinstrumenten, subschalen en afkapwaarden beïnvloeden niet alleen de gerapporteerde prevalenties, maar ook de gevonden associaties (**online-tabel 2**). Daarnaast spelen crosssectionele studieontwerpen, zelfrapportage en variatie in statistische modellen een rol. Door het ontbreken van eenduidige, gevalideerde diagnostische criteria werden burn-outklachten in de geïncludeerde studies gemeten met instrumenten zoals de MBI, CBI en OLBI. Hierdoor weerspiegelen de bevindingen voornamelijk verschillen in operationalisering en meetkeuzes, eerder dan een uniform, klinisch fenomeen met functionele uitval.

Deze vaststelling benadrukt het fundamentele probleem van constructvaliditeit en meetafhankelijkheid van het burn-outconcept, zoals ook aangehaald door Bianchi en Schonfeld en Vinkers, die pleiten voor een duidelijkere conceptuele afbakening en klinisch gevalideerde criteria.^{9,12} Deze beperkingen impliceren dat de resultaten primair geïnterpreteerd moeten worden als associaties met zelfgerapporteerde burn-outscores en niet noodzakelijk met een klinisch gedefinieerde, invaliderende aandoening.

Vragen bij concept burn-out

De geïdentificeerde factoren zoals werkstress, coping en persoonlijkheid vertonen bovendien overlap met determinanten van andere psychische stoornissen, zoals depressie en angststoornissen.⁵²⁻⁵⁴ Dit suggereert dat de gevonden associaties betrekking hebben op een breder spectrum van werkgerelateerde stress en psychische belasting en niet noodzakelijk specifiek zijn voor burn-out als afzonderlijk construct. In eerder onderzoek beschreven Bianchi e.a. een dergelijke overlap in werkgerelateerde en algemene risicofactoren tussen burn-out en depressie. Zij stellen dat deze overlap de symptomatische gelijkenis tussen burn-out en andere psychische aandoeningen weerspiegelt, de afgrensbaarheid bemoeilijkt en vragen oproept over de validiteit van burn-out als afzonderlijk construct.^{55,56}

Vinkers stelt daarnaast dat burn-out momenteel eerder een breed maatschappelijk begrip is dan een duidelijk afgebakende klinische entiteit en pleit voor integratie binnen bestaande psychopathologische kaders.⁹ Deze

bevindingen onderstrepen dat er in de huidige literatuur geen consensus bestaat over de mate waarin burn-out kan worden beschouwd als een onderscheidbaar klinisch construct. Ze wijzen tevens op een belangrijke beperking van deze review, namelijk dat de geïdentificeerde factoren mogelijk in aanzienlijke mate generiek zijn en overlappen met bredere dimensies van psychisch functioneren, eerder dan specifiek voor burn-out.

De bevinding dat burn-outscores bij psychiaters samenhangen met een breed aspectief samenspel van individuele en werkgerelateerde factoren, die elk afzonderlijk een beperkte impact hebben, sluit aan bij bestaande literatuur over burn-out. Meta-analyses tonen aan dat werkgerelateerde factoren een bescheiden bijdrage leveren en dat burn-outklachten niet uitsluitend door werkstress kunnen worden verklaard.^{12,57,58} Ook individuele en niet-werkgerelateerde factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken, psychische kwetsbaarheid, relationele problemen en levensgebeurtenissen, spelen een rol.^{9,12,59-61}

Rol psychiatriespecifieke factoren?

De geïdentificeerde factoren komen grotendeels overeen met bevindingen bij andere medische specialismen en zorgberoepen. Dit wijst op onderliggende generieke mechanismen binnen de gezondheidszorg en suggereert dat deze factoren slechts in beperkte mate specifiek zijn voor psychiaters.⁶²⁻⁶⁸ Tegelijkertijd kunnen bepaalde patiëntgebonden en emotioneel belastende aspecten die kenmerkend zijn voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz), zoals het werken met complexe casussen, een bijkomende rol spelen.⁶⁸⁻⁷⁰ Het huidige bewijs maakt het echter niet mogelijk om de relatieve bijdrage van deze psychiatriespecifieke stressoren ten opzichte van meer algemene werkgerelateerde risicofactoren duidelijk af te bakenen. Dit vormt een belangrijke beperking van deze review en benadrukt dat voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van de geïdentificeerde factoren als specifiek voor psychiaters.

Mogelijkheden voor preventie en interventie

Hoewel de resultaten aanknopingspunten bieden voor preventie en interventie, dienen ze voorzichtig te worden geïnterpreteerd, aangezien ze voornamelijk betrekking hebben op zelfgerapporteerde burn-outklachten en niet op klinisch gediagnosticeerde problematiek of functionele uitval. Interventies op individueel en organisatorisch niveau blijven desalniettemin relevant, zoals ook gesuggereerd in meerdere van de geïncludeerde studies.^{35,36,39,47,65-67} Een systematische review bevestigde dat dergelijke interventies leiden tot een klinisch relevante reductie van burn-outklachten bij artsen.⁷¹ Individuele strategieën kunnen zich richten op het versterken van zelfbewustzijn, coping en veerkracht.⁷² Werkgerelateerde maatregelen kunnen bestaan uit het identificeren en, waar mogelijk, reduceren van de risicofactoren, evenals het verbeteren van ondersteunende structuren binnen de organisatie.² Gezien de brede

waar aan geassocieerde factoren kunnen ook structurele interventie en reflectiemomenten bijdragen aan vroegtijdige signalering en preventie.

Sterke punten en beperkingen

Deze systematische review is, voor zover ons bekend, de eerste die systematisch zowel individuele als werkgerelateerde factoren geassocieerd met burn-outklachten bij psychiaters in kaart brengt. Een belangrijke sterkte is de systematische PRISMA-aanpak, met een brede en transparante zoekstrategie over meerdere databanken en inclusie van zowel kwantitatieve als kwalitatieve studies. Door studies uit diverse landen en zorgcontexten te includeren, bieden we met deze review een geïntegreerd overzicht van de complexiteit, heterogeniteit en multidimensionaliteit van burn-outklachten bij psychiaters. Daarbij hebben we de bevindingen geduid in het licht van reeds bestaande internationale literatuur.

Bij de interpretatie moeten we echter enkele beperkingen in acht nemen. Er bestaat aanzienlijke heterogeniteit tussen de geïncludeerde studies in definities, operationalisatie en meting van het concept burn-out. Hoewel enkel gevalideerde instrumenten werden gebruikt, verschillen deze in dimensies en afkapwaarden en ontbreken uniforme, klinisch gevalideerde criteria, wat de vergelijkbaarheid van prevalenties en associaties beperkt. Daarnaast werden veel factoren gemeten met niet-gestandaardiseerde of beperkt gevalideerde instrumenten en uiteenlopende analysemethoden, wat de interpretatie bemoeilijkt.

Het merendeel van de geïncludeerde studies is cross-sectioneel en gebaseerd op zelfrapportage, waardoor causale conclusies niet mogelijk zijn en bias, zoals respons- en sociale-wenselijkheidsbias, niet kan worden uitgesloten. Dit bemoeilijkt ook het onderscheid tussen predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren. Bovendien is kwalitatief onderzoek ondervertegenwoordigd, waardoor inzicht in onderliggende mechanismen en context beperkt blijft.

Verder beperken selectiebias, heterogeniteit in steekproeven, zorgsettings en culturele context, evenals de exclusie van niet-Engelstalige studies, de generaliseerbaarheid. Daarnaast blijft onduidelijk in welke mate de geïdentificeerde factoren specifiek zijn voor burn-outklachten dan wel voor psychiaters, gezien de overlap met respectievelijk depressie, angst en algemene psychische belasting, en met bevindingen bij andere zorgprofessionals.

Tot slot lieten we onze review niet registreren bij PROSPERO en verrichtten we de selectie zonder tweede beoordeelaar, wat het risico op selectiebias kan verhogen. Deze beperking ondervinden we deels door dubbele screening, duidelijke criteria en overleg met experts.

Aanbevelingen

Toekomstig onderzoek naar burn-out bij psychiaters vereist een consistentere conceptualisering en operationalisering van het construct. De huidige variabiliteit

in definities, subschalen en meetinstrumenten beperkt de vergelijkbaarheid van studies en bemoeilijkt de interpretatie. Het ontwikkelen en toepassen van gestandaardiseerde, klinisch relevante en gevalideerde criteria is daarom essentieel.

Daarnaast is er behoefte aan longitudinale en kwalitatieve studies om onderliggende mechanismen en temporele verbanden beter te begrijpen en om onderscheid te maken tussen predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren.

Gezien de overlap met andere psychische stoornissen is onderzoek naar burn-outklachten in relatie tot depressie en angststoornissen aangewezen om de conceptuele afbakening en klinische relevantie verder te verduidelijken. Vergelijkend onderzoek tussen medische specialisten en zorgberoepen is bovendien nodig om generieke en beroepsspecifieke factoren te onderscheiden.

Tot slot is onderzoek naar geïntegreerde preventiestrategieën aangewezen, waarbij individuele en werkgerelateerde interventies worden gecombineerd.

CONCLUSIE

Onze systematische review toont aan dat burn-outscores bij psychiaters samenhangen met een breed, heterogeen en grotendeels aspectueel samenspel van individuele en werkgerelateerde factoren, die elk een beperkte bijdrage leveren. Interpretatie en extrapolatie van deze bevindingen worden echter bemoeilijkt door variatie in de operationalisatie van het concept burn-out en de heterogeniteit in methoden en meetinstrumenten. De geïdentificeerde factoren vertonen overlap met determinanten van andere psychische stoornissen, wat wijst op een belangrijke mate van generaliseerbaarheid en vragen oproept over de afgrensbaarheid van burn-out als afzonderlijk construct. Daarnaast sluiten de bevindingen aan bij literatuur over burn-outklachten bij andere zorgprofessionals, maar de specificiteit voor psychiaters blijft onzeker.

De resultaten bieden aanknopingspunten voor preventie en interventie, maar suggereren vooral dat literatuur betrekking heeft op zelfgerapporteerde burn-outklachten of -scores, eerder dan op een klinisch gedefinieerde aandoening. Bij toekomstig onderzoek moet men inzetten op betere conceptualisering en operationalisering van burn-out, evenals op de klinische relevantie en specificiteit van burn-outklachten bij psychiaters.

LITERATUUR

- 1 Freudenberg HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-65.
- 2 Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* 2017; 60: 567-76.
- 3 Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262: 65-9.

- 4 Maslach C, Jackson S, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. *Eval Stress A B Resour* 1997; 3: 191-218.
- 5 World Health Organization. Burn-out an 'occupational phenomenon': International Classification of Diseases. WHO 2019.
- 6 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- 7 Schonfeld IS, Laurent E. The trouble with burnout: an update on burnout-depression overlap. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 79.
- 8 Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the 'burnout syndrome' a distinct illness? *Front Public Health* 2015; 3: 158.
- 9 Vinkers C. Burn-out: ziekte, symptoom of maatschappelijk construct? *Tijdschr Psychiatr* 2025; 67: 468-72.
- 10 Chand SP, Arif H. Depression. StatPearls Publishing 2020.
- 11 Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol* 2019; 10: 284.
- 12 Bianchi R, Schonfeld IS. Beliefs about burnout. *Work Stress* 2025; 39: 116-34.
- 13 Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, e.a. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015; 90: 1600-13.
- 14 Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, e.a. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* 2009;250:463-71.
- 15 Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, e.a. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA* 2018; 320: 1131-50.
- 16 Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Topka EO, e.a. Prevalence of burnout among psychiatrists: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2022; 308: 47-64.
- 17 Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 54-65.
- 18 Baumgardt J, Moock J, Rössler W, e.a. Cooperation, job satisfaction and burnout among Swiss psychiatrists. *Front Public Health* 2015; 3: 25.
- 19 Rotstein S, Hudaib AR, Facey A, e.a. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australas Psychiatry* 2019; 27: 249-54.
- 20 Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout. *Work Stress* 2005; 19: 208-20.
- 21 Makara-Studzinska M, Murawiec S, Matuszczyk M, e.a. Perceived life stress and the burnout syndrome in a group of Polish psychiatrists. *Psychiatria* 2019; 16: 185-92.
- 22 Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, e.a. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005; 19: 192-207.
- 23 Aronsson G, Theorell T, Grape T, e.a. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 2017; 17: 264.
- 24 Halbesleben JRB. Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *J Appl Psychol* 2006; 91: 1134-45.
- 25 Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, e.a. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion: A systematic review. *J Occup Med Toxicol* 2014; 9: 10.
- 26 Patel RS, Bachu R, Adikey A, e.a. Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behav Sci (Basel)* 2018; 8: 98.
- 27 Volpe U, Luciano M, Palumbo C, e.a. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 774-81.
- 28 Summers RF, Gorrindo T, Hwang SE, e.a. Well-being, burnout, and depression among North American psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 955-64.
- 29 Nuss P, Tessier C, Masson M, e.a. Factors associated with a higher score of burnout in 860 French psychiatrists. *Front Psychiatry* 2020; 11: 371.
- 30 Gül A, Gül H, Özkal UC, e.a. Sluggish cognitive tempo and burnout symptoms in psychiatrists. *Psychiatry Res* 2017; 252: 284-8.
- 31 Kumar S, Fischer J, Robinson E, e.a. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 306-16.
- 32 Hardy P, Costemale-Lacoste J-F, Trichard C, e.a. Burnout, anxiety and depression in hospital psychiatrists and other physicians. *Psychiatry Res* 2019; 284: 112662.
- 33 Nimmawitt N, Wannarit K, Pariwatcharakulid P. Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One* 2020; 15: e0230204.
- 34 Sarma PG. Burnout in Indian psychiatrists. *Indian J Psychol Med* 2018; 40: 156-60.
- 35 Umene-Nakano W, Kato TA, Kikuchi S, e.a. Work environment, work-life balance and burnout among psychiatrists in Japan. *PLoS One* 2013;8:e55189.
- 36 Garcia HA, McGeary CA, Finley EP, e.a. Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration. *Burn Res* 2015; 2: 108-14.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Anne-Leen Mergaert, arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, Faculteit Geneeskunde, KU Leuven; Zorgprogramma Jeugd, Psychiatrisch en Psychotherapeutisch Centrum Pittem.

Lode Godderis, bedrijfsarts, hoogleraar, Departement Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Centrum Omgeving & Gezondheid, KU Leuven; CEO IDEWE, Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, Heverlee.

Chris Bervoets, psychiater, hoogleraar, dienst Volwassenenpsychiatrie, afd. Neurowetenschappen, UPC KU Leuven; Onderzoeksgroep Psychiatrie, Leuven Brain Institute, KU Leuven; Academisch Centrum voor Neuromodulatie in de Psychiatrie, UPC KU Leuven.

Correspondentie

Anne-Leen Mergaert (anne-leen.mergaert@ppcpittem.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-6-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(08):384-391