



## SAMENVATTEND RAPPORT

### EEN ONDERZOEK NAAR BURN-OUT EN BEVLOGENHEID BIJ ARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN

*Dr. Sofie Vandenbroeck<sup>1,2</sup>, Mevr. Els Vanbelle<sup>3</sup>, Prof. Dr. Hans De Witte<sup>3</sup>, Mevr. Evelien Moerenhout<sup>2</sup>, Dhr. Maarten Sercu<sup>2</sup>, Mevr. Hilde De Man<sup>2</sup>, Dr. Kris Vanhaecht<sup>4</sup>, Mevr. Eva Van Gerven<sup>4</sup>, Prof. Dr. Walter Sermeus<sup>4</sup>, Prof. Dr. Lode Godderis<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde, KU Leuven

<sup>2</sup> IDEWE, externe dienst voor preventie en bescherming op het werk

<sup>3</sup> Arbeids-, Organisatie-, en Personeelspsychologie, KU Leuven

<sup>4</sup> Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap, KU Leuven

## Projectmedewerkers

### **Projectleider**

Prof. Dr. Lode Godderis

### **Hoofdonderzoeker**

Dr. Sofie Vandenbroeck

### **Partners**

#### *KU Leuven, Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde*

Prof. Dr. Lode Godderis

Dr. Sofie Vandenbroeck

#### *KU Leuven, Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie*

Mevr. Els Vanbelle

Prof. Dr. Hans De Witte

#### *KU Leuven, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap*

Mevr. Eva Van Gerven

Dr. Herwig Vandijck

Dr. Kris Vanhaecht

Prof. Dr. Walter Sermeus

#### *IDEWE, externe dienst voor preventie en bescherming op het werk*

Mevr. Evelien Moerenhout

Mevr. Hilde De Man

Prof. Dr. Lode Godderis

Dhr. Maarten Sercu

Mevr. Sarina Theys

Dr. Sofie Vandenbroeck

### **Andere medewerkers IDEWE**

Dhr. Pieter Claes (Ontwikkeling website)

Mevr. Anneleen De Ridder (Opmaak vragenlijst, invoer in Socratos)

Mevr. Sisi Leemans (Ontwerpen flyers en affiches)

Mevr. Yvette Gevers (Vertalingen)

Mevr. Donatienne Jadoul (Vertalingen)

<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>4</b>
1.1	Aanleiding	4
<b>2</b>	<b>Doelstelling van het project</b>	<b>5</b>
2.1	Onderzoeksvragen	5
2.1.1	Onderzoeksvragen literatuurstudie	5
2.1.2	Onderzoeksvragen empirisch onderzoek	5
<b>3</b>	<b>Literatuurstudie</b>	<b>6</b>
3.1	Methode	6
3.2	Resultaten	6
3.2.1	Wat is burn-out?	6
3.2.2	Verschil met andere fenomenen	7
3.2.3	Prevalentie van burn-out	8
3.2.4	Wat is bevlogenheid?	10
3.2.5	Prevalentie bevlogenheid	10
3.2.6	Werkgerelateerde determinanten van burn-out	11
3.2.7	Job demands: welke werkeisen vergroten de kans op burn-out?	12
3.2.8	Job resources: welke hulpbronnen verlagen de kans op burn-out?	14
3.2.9	Gevolgen van burn-out	15
3.2.10	Wat doen aan burn-out?	17
<b>4</b>	<b>Empirisch onderzoek</b>	<b>19</b>
4.1	Methode	19
4.1.1	Studiedesign	19
4.1.2	Steekproef en setting	19
4.1.3	Vragenlijst	20
4.1.4	Procedure	21
4.1.5	Data-analyse	22
4.1.6	Ethische goedkeuring	22
4.2	Resultaten en discussie	23
4.2.1	Respons	23
4.2.2	Steekproefomschrijving	24
4.2.3	Prevalentie van burn-out en bevlogenheid	28
4.2.4	Prevalentie verloopintentie	32
4.2.5	Beïnvloedende factoren van burn-out en bevlogenheid	33
4.2.6	Gevolgen van burn-out en bevlogenheid voor het welzijn en werkgebonden gedrag	34
4.2.7	Welke zijn de meest kwetsbare groepen in het kader van burn-out?	39
<b>5</b>	<b>Algemene conclusie</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>43</b>
6.1	Maatregelen om bevlogenheid te bevorderen	43
6.2	Maatregelen om burn-out te voorkomen	44
6.3	Overkoepelende maatregelen	45
<b>7</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>47</b>
7.1	Bijlage 1: Nederlandstalige poster	47
7.2	Bijlage 2: Website: www.be-at-work.be	48
7.3	Bijlage 3: Uitbreiding van de aanbevelingen	49
7.3.1	Maatregelen om bevlogenheid te bevorderen	49
7.3.2	Maatregelen om burn-out te voorkomen	51
7.3.3	Overkoepelende maatregelen	57
<b>8</b>	<b>Referenties</b>	<b>63</b>

## 1 Introductie

---

### 1.1 Aanleiding

Een recente studie in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) door Hansez e.a. (2010) in het kader van een project van het Europees Sociaal Fonds, gaf enerzijds een overzicht van de wetenschappelijke literatuur over het thema burn-out en onderzocht anderzijds de omvang van het fenomeen in de Belgische actieve bevolking. Globaal genomen bedroeg de prevalentie van burn-out in deze studie 0,8% (Hansez e.a., 2010).

In vergelijking met andere sectoren blijkt burn-out vaker voor te komen bij hulpverleners zoals artsen en verpleegkundigen (Prins e.a., 2010; Tummers e.a., 2002). Een onderzoek van Ferdinande e.a. (2011) toonde aan dat ongeveer één derde van de Belgische intensivisten kampt met een burn-out. Een recent onderzoek naar de werkomstandigheden van verpleegkundigen in 12 Europese landen (i.e. RN4CAST-study) in de periode 2009-2011, wees uit dat 1 op 4 Belgische verpleegkundigen een risico op burn-out heeft. België schommelt hiermee rond het Europese gemiddelde (Aiken e.a., 2011; Sermeus e.a., 2011).

De voorgaande onderzoeksprojecten geven aan dat er een nood is aan verder diepgaand onderzoek over burn-out bij artsen en verpleegkundigen werkzaam in Belgische ziekenhuizen. Met het oog op de ontwikkeling van een beleid om burn-out te voorkomen en op te vangen, gaven FOD-WASO, de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid, Directie van het onderzoek over de verbetering van de arbeidsomstandigheden, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Directoraat generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen) de opdracht de omvang van burn-out te evalueren in een representatieve steekproef van artsen en verpleegkundigen actief binnen de Belgische ziekenhuissector en ook aanbevelingen te formuleren over de manier waarop dat probleem in die context kan worden aangepakt (d.i. preventie en opvang op beleids- en ziekenhuisniveau).

Bovendien wensten de opdrachtgevers ook de impact van burn-out op de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënten te evalueren. Tenslotte is het belangrijk om de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen. Daarom was het belangrijk om naast burn-out, ook bevlogenheid (of werk engagement) van een werknemer te bestuderen.

## 2 Doelstelling van het project

---

### 2.1 Onderzoeksvragen

In dit onderzoeksproject werden onderstaande onderzoeksvragen beantwoord aan de hand van 1) een literatuurstudie en 2) een multi-center cross-sectionele bevraging.

#### 2.1.1 Onderzoeksvragen literatuurstudie

In de literatuurstudie werd een korte update gemaakt van recent internationaal onderzoek. De volgende 5 aspecten zullen worden uitgediept:

- 1) Wat is de definitie van burn-out en bevlogenheid?
- 2) Wat is het verschil tussen burn-out, bevlogenheid en andere fenomenen zoals overspannenheid, depressie?
- 3) Wat is de prevalentie van burn-out bij artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen?
- 4) Wat zijn de belangrijkste oorzaken van burn-out bij artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen?
- 5) Wat zijn de gevolgen van burn-out (verzuim, psychoactieve medicatie, depressie, psychosomatische klachten, angst, fouten ...) voor artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen?
- 6) Kan burn-out bij artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen verholpen worden? Welke succesvolle acties heeft men in het verleden reeds uitgewerkt en geëvalueerd?

#### 2.1.2 Onderzoeksvragen empirisch onderzoek

Door middel van een cross-sectionele multi-center survey werden volgende vragen beantwoord:

- 1) Wat is de prevalentie van burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen in België?
- 2) Wat zijn de beïnvloedende factoren van burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen?
- 3) Wat zijn de gevolgen van burn-out en bevlogenheid voor het welzijn en het werkgebonden gedrag van artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen?

## 3 Literatuurstudie

---

### 3.1 Methode

Het is een narratieve literatuurstudie, waarbij de belangrijkste overzichtsstudies werden geconsulteerd en werden aangevuld met (a) recenter (sinds 2000) verschenen studies met een specifieke focus op artsen en verpleegkundigen en (b) studies die in België en Nederland werden uitgevoerd over deze problematiek.

### 3.2 Resultaten

Onderzoek toont aan dat de werkomgeving en de arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen bepalende factoren zijn voor het aantrekken en behouden van personeel (Van den Heede e.a., 2011), voor een kwaliteitsvolle dienstverlening (Halbesleben & Rathert, 2008) en voor het welzijn van de medewerkers (Nahrgang e.a., 2011). Onderzoek naar burn-out bij artsen en verpleegkundigen is dan ook uiterst belangrijk. Burn-out is immers een extreem negatieve arbeidsbeleving, met vergaande gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van de betrokkene, maar ook de omgeving wordt erdoor negatief beïnvloed.

#### 3.2.1 Wat is burn-out?

Burn-out is een extreme vorm van langdurige psychische vermoeidheid ten gevolge van het uitgevoerde werk (Schaufeli e.a. 2000, p. 12). Maslach & Jackson definiëren burn-out als *“a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishments that can occur among individuals who do ‘people work’ of some kind”* (Maslach & Jackson, 1986, p. 1). Burn-out is dus een werkgerelateerd syndroom dat gekenmerkt wordt door drie symptomen: emotionele/mentale uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid (Schaufeli & van Dierendonck, 2000). Werknemers met burn-out zijn emotioneel en mentaal uitgeput; ze zijn aan het einde van hun krachten; hun energie is op. Depersonalisatie verwijst naar een afstandelijke, cynische houding tegenover de mensen waarvoor men werkt. Verminderde persoonlijke bekwaamheid gaat gepaard met een gevoel onvoldoende competent te zijn om het werk nog naar behoren te kunnen uitvoeren. Aanvankelijk werd burn-out vooral verbonden met ‘contactuele beroepen’: hulpverlenende beroepen, waarbij men zorg verleent aan patiënten of cliënten. Later werd het toepassingsveld uitgebreid tot alle werkenden, ongeacht het soort werk.

### 3.2.2 Verschil met andere fenomenen

Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen burn-out en andere fenomenen. In tabel 1 wordt een differentiaaldiagnose geschetst aan de hand van drie criteria: de mate van belemmering van het dagelijkse functioneren, de aard van het fenomeen en de tijdsdimensie. De tabel werd gebaseerd op het werk van Terluin e.a. (2005) en Schaufeli en Enzmann (1998).

**Tabel 1**      **Differentiaaldiagnose van burn-out**

	Mate van belemmering	Aard	Tijdelijk / chronisch
<b>Spanningsklachten</b>	Stressklachten verstoren dagelijks functioneren <i>niet</i> in ernstige mate	Allerlei Niet systematisch door het werk	Tijdelijk
<b>Overspanning</b>	Ernstige stressklachten verstoren sociaal functioneren – onhoudbare spanningsklachten	Allerlei Niet systematisch door het werk	Tijdelijk
<b>Chronische vermoeidheid</b>	Algemene vermoeidheid, <i>geen werkgerelateerd</i> disfunctioneren, vooral lichamelijke symptomen	Allerlei Niet systematisch door het werk	Langdurig
<b>Depressie</b>	Verlies interesse en eetlust – disfunctioneren – <i>stemmingsstoornis</i>	Alle aspecten van het leven	Langdurig
<b>Burn-out</b>	Langdurige en werkgerelateerde overspanning – disfunctioneren – vooral psychische symptomen – <i>energiestoornis</i>	Werkgerelateerd	Langdurig

### 3.2.3 Prevalentie van burn-out

Beschikbare prevalentiecijfers over burn-out zijn vaak moeilijk met elkaar te vergelijken, omdat ze afhankelijk zijn van het meetinstrument, de criteria en de normgroep waarmee vergeleken wordt. De 'Maslach Burn-out Inventory' (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) en de Nederlandstalige equivalent de 'Utrechtse Burn-out Schaal' (UBOS) (Schaufeli en van Dierendonck, 2000) vormen de standaard om (de mate van) burn-out te bepalen.

Burn-out vormt het eindstadium van een continuüm dat loopt van energie, toewijding en prestatiegerichtheid tot de invaliderende kenmerken van ernstige burn-out (Kant e.a., 2004). Wanneer men echter een onderscheid wenst te maken tussen burn-out en niet burn-out, kunnen verschillende benaderingen of criteria worden gehanteerd. Een eerste mogelijke benadering betreft het stellen van de diagnose *klinische burn-out*. Hierbij wordt gekeken in welke mate men voldoet aan de criteria van werkgerelateerde overspanning volgens het internationale classificatiesysteem de ICD-10 (Kant e.a., 2004; Lavrysen, De Witte & Luyten, 2005; Schaufeli, 2007). Zo kan men ook de UBOS-scores van werknemers bepalen die gediagnosticeerd werden met werkgerelateerde overspanning (Kant e.a., 2004). De tweede benadering betreft het classificeren van burn-outcases op basis van *statistische afkappunten* (Kant e.a., 2004). In de UBOS handleiding wordt de grens gelegd bij percentiel 75. Dit statistisch afkappunt geeft enkel weer of men tot de 25% hoogst scorenden behoort en dus niet of men echt 'te hoog' scoort. De scores op de drie dimensies worden vervolgens gecombineerd. In die benadering wordt burn-out gedefinieerd als een score in het hoogste kwartiel voor uitputting in combinatie met een score in het hoogste kwartiel voor depersonalisatie of met een score in het laagste kwartiel voor persoonlijke bekwaamheid (Schaufeli & van Dierendonck, 2000).

Kant e.a. (2004) merken op dat enkel in Nederland klinisch gevalideerde afkappunten bestaan en dat het toepassen van de Amerikaanse statistische normen een vertekend beeld geeft. Het is m.a.w. aangewezen specifieke, nationale afkappunten te ontwikkelen. Voor België of Vlaanderen werden deze nog niet ontwikkeld. Tot slot zijn ook de *normgroepen* waarmee vergeleken wordt mede bepalend voor de prevalentiecijfers.

Een indicatie over de prevalentie van burn-out bij bepaalde Belgische artsen en verpleegkundigen kan afgeleid worden uit het recente Europese RN4CAST onderzoek (Aiken e.a., 2012), het onderzoek van Ferdinande e.a. (2008, 2011) bij Belgische intensivisten en het onderzoek van Moors e.a. (2001) bij verpleegkundigen in Vlaanderen.



In de RN4CAST studie werd een beroep gedaan op een eigen vertaling van de MBI. Uit dit onderzoek bleek dat 25% van de bijna 3000 respondenten in het hoogste kwartiel op emotionele uitputting scoorde. Ferdinande en collega's deden onderzoek naar depressie en burn-out bij Belgische artsen (2008) en verpleegkundigen (2011) werkzaam op intensieve zorgen aan de hand van de MBI. Ongeveer 15% van de artsen en verpleegkundigen scoorde hoog voor emotionele uitputting; 28% (verpleegkundigen) en 38% (artsen) scoorde hoog voor depersonalisatie, en 43% van de verpleegkundigen tegenover 32% van de artsen scoorde hoog voor verminderde persoonlijke bekwaamheid (gebruik Amerikaanse normen). De som van de scores werd evenwel op een andere manier ingedeeld dan in de UBOS (33% hoogst scorenden in plaats van 25%), waardoor deze cijfers niet vergelijkbaar zijn met andere prevalentiecijfers. Moors e.a. (2001) deden onderzoek naar burn-out bij 2075 Vlaamse verpleegkundigen op de afdeling oncologie, intensieve zorgen en een algemene afdeling aan de hand van de Nederlandstalige MBI. Vergeleken met de Nederlandse normen scoorde ongeveer 28% van de verpleegkundigen hoog voor emotionele uitputting, 27% hoog voor depersonalisatie en 24% hoog voor verminderde persoonlijke bekwaamheid. Niet minder dan 8,4% behaalde een hoge score op de drie schalen.

**Tabel 2** Burn-out bij verschillende groepen artsen en verpleegkundigen in Nederland. Onderscheid tussen klinische burn-out en een verhoogd risico op burn-out.

	Klinische burn-out (%)*	Risico op burn-out (%)**
Verpleegkundigen	5%	18%
Hoofdverpleegkundigen	3%	13%
Tandartsen	5%	14%
Psychiaters	9%	22%
Verloskundigen	7%	23%
Arbo-artsen	11%	23%
Huisartsen	8%	41%

\*Klinische burn-out = werkgerelateerde neurasthenie (klinische diagnose) – ICD-10

\*\*Verhoogd risico op klinische burn-out wanneer in hoogste kwartiel op emotionele uitputting én hoogste kwartiel op depersonalisatie of laagste kwartiel op persoonlijke bekwaamheid (MBI)

Bron: Bakker, Schaufeli, & van Dierendonck, 2000, p.74

In Nederland werd uitvoerig onderzoek gedaan naar de prevalentie van burn-out bij verschillende groepen artsen en verpleegkundigen. Tabel 2 geeft een deel van deze gegevens weer (Bakker e.a., 2000). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het percentage klinische burn-out (werkgerelateerde overspanning volgens de ICD-10) en het risico op burn-out. De percentages klinische burn-out schommelen tussen 3 en 11% (hoogste percentage bij de arbo-artsen); de percentages risico op (klinische) burn-out variëren tussen 13 tot 41% (hoogste percentage bij de huisartsen).

### *3.2.4 Wat is bevlogenheid?*

Bevlogenheid of “engagement” wordt als positieve tegenhanger van burn-out beschouwd. Schaufeli en Bakker (Schaufeli & Bakker, 2004) definiëren bevlogenheid als ‘een positieve, affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie’. Mensen die bevlogen zijn, bruisen van energie, voelen zich sterk en fit en kunnen lang en onvermoeibaar doorgaan met werken. Vitaliteit vormt de kern van bevlogenheid. Toewijding heeft te maken met een sterke betrokkenheid bij het werk. Absorptie kan begrepen worden als het zodanig opgaan in het werk dat men er als het ware mee versmelt. Op basis van deze opvatting van bevlogenheid werd de Utrechtse Bevlogenheidsschaal (UBES) ontwikkeld om de drie dimensies in kaart te brengen.

### *3.2.5 Prevalentie bevlogenheid*

In de Nederlandse literatuur zijn er slechts enkele prevalentiecijfers over bevlogenheid terug te vinden. Prins e.a. (2010) deden recent onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij geneesheren in opleiding in Nederland. Uit hun resultaten bleek dat 27% van de 2115 respondenten bevlogen was. Net zoals bij burn-out worden de prevalentiecijfers mede bepaald door het gekozen meetinstrument en de gehanteerde criteria. In het onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de UBES (Schaufeli & Bakker, 2004) op basis van 25 studies tussen 1999-2003 in Nederland en Vlaanderen bleek dat relatief veel werknemers hoog op bevlogenheid scoren: 16% van de 6757 werknemers geeft aan zich *een paar keer per week tot dagelijks* bevlogen te voelen en slechts 2% *eens per jaar of minder* (Schaufeli & Bakker, 2004). Er wordt kort aangehaald dat Vlaamse werknemers meer bevlogen lijken te zijn dan Nederlandse werknemers. Belangrijk om op te merken is dat deze groep werknemers niet representatief is voor de Nederlandse of Belgische bevolking. Tabel 3 geeft een overzicht van de dimensies van burn-out versus de dimensies van bevlogenheid.

**Tabel 3 Burn-out versus bevlogenheid (Schaufeli & Bakker, 2007)**

Burn-out	versus	Bevlogenheid
Emotionele uitputting (leeg, energiereserves zijn uitgeput)	↔ energie	Vitaliteit (bruisend van energie)
Depersonalisatie (afstandelijkheid, cynische houding)	↔ identificatie	Toewijding (betrokkenheid, enthousiasme)
Verminderde persoonlijke bekwaamheid (gevoel onvoldoende competent te zijn)		Absorptie (volledig opgaan in, de tijd vliegt voorbij)

### 3.2.6 Werkgerelateerde determinanten van burn-out

Burn-out is een werkgerelateerd fenomeen, waarvan de oorzaken hoofdzakelijk bij het werk liggen (Schaufeli, 1990; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Salanova, 2007). Er zijn twee categorieën werkkenmerken: 'job demands' of werkeisen en 'job resources' of hulpbronnen (Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Bakker, 2004).

*Job demands* zijn fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die aanhoudende fysieke of psychische inspanningen vergen en geassocieerd zijn met bepaalde fysieke en psychologische kosten. Werkkenmerken vergen energie, putten ons uit en verhogen de kans op burn-out. *Job resources* zijn de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die ertoe bijdragen dat werkdoelen bereikt worden; die de job demands en bijbehorende kosten reduceren en de persoonlijke groei, het leren en de ontwikkeling stimuleren. Ze geven de werknemer energie en dragen bij tot het positief functioneren van het individu en de organisatie. De afwezigheid hiervan verhoogt de kans op burn-out, de aanwezigheid verlaagt de kans op burn-out (tabel 4).

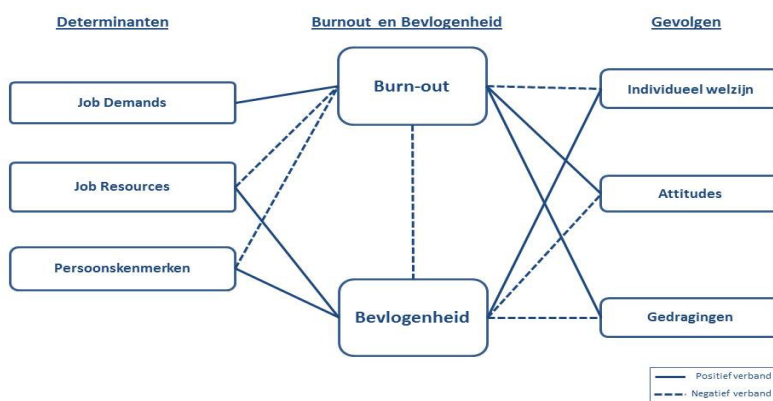
**Tabel 4 Overzicht van werkgerelateerde determinanten van burn-out**

Job Demands (werkeisen)	Job Resources (hulpbronnen)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werkdruk</li> <li>▪ Onvoldoende personeel en middelen</li> <li>▪ Rolconflict</li> <li>▪ Rolambigüiteit</li> <li>▪ Emotionele belasting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ Zeggenschap/participatie</li> <li>▪ Leer- en ontwikkelingsmogelijkheden</li> <li>▪ Erkenning en positieve feedback</li> <li>▪ Steun door collega's en leidinggevende</li> <li>▪ Relatie arts - verpleegkundige</li> </ul>

### 3.2.7 Job demands: welke werkeisen vergroten de kans op burn-out?

Men kan een onderscheid maken tussen job- en cliëntgerelateerde werkeisen. Jobgerelateerde stressoren (bv. werkdruk) zijn werkkenmerken die in *elke* job aanwezig zijn. Cliëntgerelateerde stressoren (bv. emotionele belasting) zijn typerend voor *hulpverlenende beroepen*. Schaufeli en Enzmann (1998) kwamen tot de conclusie dat *niet* de cliëntgerelateerde stressoren, maar de algemene werkstressoren een sleutelrol spelen in het ontwikkelen van burn-out.

Het Job Demands Resources (JDR) model maakt de relaties tussen jobkenmerken, jobstress en allerlei gevolgen inzichtelijk aan de hand van twee basisassumpties. Ten eerste wordt er van uitgegaan dat elk beroep zijn eigen risicofactoren heeft gerelateerd aan stress en dat die kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van burn-out enerzijds en bevlogenheid anderzijds. Deze factoren kunnen worden ingedeeld in twee categorieën, job demands en job resources. (Bakker en Demerouti, 2007). Een tweede assumptie van het JDR model is dat er twee onderliggende psychologische processen een rol spelen, d.i. een gezondheidsondermijnend proces via de ontwikkeling van *burn-out* (strain) enerzijds en een motiverend proces via de ontwikkeling van *bevlogenheid* (motivatie) anderzijds. In navolging van Schaufeli en Bakker (2004) en van Bakker en Demerouti (2007) moeten zowel individuele als organisatorische uitkomsten van burn-out en bevlogenheid in rekening worden gebracht. Verder worden de verbanden tussen job resources en burn-out en tussen burn-out en bevlogenheid opgenomen in het theoretische kader (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker e.a., 2004).



**Figuur 1. Theoretische kader gebaseerd op het Job Demands Resources model (Bakker & Demerouti, 2007)**

*Werkdruk* wordt bepaald door de *hoeveelheid werk* uit te voeren binnen een *bepaalde tijd* en hangt samen met het *beschikbare personeel* (Laschinger & Leiter, 2006). Lee en Ashforth (1996) stellen vast dat werkdruk en tijdsdruk respectievelijk 42% en 25% van de variantie inzake emotionele uitputting verklaren. De relatie met depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid is minder sterk (Schaufeli & Enzmann, 1998). Wallace e.a. (2009) stellen dat wanneer artsen op frequente basis shifts van 24u of meer werken, de resulterende vermoeidheid de kans op burn-out verhoogt en negatieve gevolgen heeft voor het professioneel functioneren (afzwakken aandacht, klinische incidenten). Ook bij verpleegkundigen is werkdruk een antecedent van burn-out. Moors e.a. (2001) vinden bij Vlaamse verpleegkundigen dat hoge tijdsdruk samenhangt met hogere emotionele uitputting en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Ook Edwards e.a. (2000) vinden evidentie over de invloed van werkdruk, tijdsdruk en administratieve verplichtingen op stress en burn-out. Laschinger en Leiter (2006) vinden dan weer een direct verband tussen adequate bestaffing en burn-out.

Verder onderscheidt men twee "*rolstressoren*": rolconflict en rolambigüiteit. Dit zijn 'algemene' werkkenmerken, typerend voor het werk van artsen en verpleegkundigen (Jourdain & Chênevert, 2010). Een *rolconflict* ontstaat wanneer men tegenstrijdige taken dient uit te voeren, omdat men tegenstrijdige opdrachten krijgt van eenzelfde persoon (intrazender conflict) of van meerdere personen (interzender conflict). *Rolambigüiteit* of rolonduidelijkheid komt voor wanneer men geen duidelijk omschreven taak krijgt. Daar waar rolconflicten resulteren in tegenstrijdige doelen, verwachtingen en gedragingen, verhindert rolambigüiteit het ontwikkelen van werkdoelen (bv. kwaliteitsvolle patiëntenzorg) en het stellen van gedragingen om deze doelen te bereiken. Beide zijn gecorreleerd met burn-out (Schaufeli & Enzmann, 1998). Uit de meta-analyse van Pfennig en Hüsck (1994) (in Schaufeli & Enzmann, 1998) blijkt dat rolconflict en rolambigüiteit respectievelijk 24% en 14% van de variantie in emotionele uitputting verklaart, 13% en 8% in depersonalisatie, 2% en 10% in persoonlijke bekwaamheid.

*Emotioneel belastend* werk verwijst naar werk waarin men frequent geconfronteerd wordt met aangrijpende situaties en is typerend voor de zorgsector. Bij verpleegkundigen en artsen wordt dan ook vaak vastgesteld dat emotionele belasting een belangrijke risicofactor is voor burn-out (Wallace e.a., 2009; Edwards e.a., 2000). Zo stellen Duquette e.a. (1997) vast dat het overlijden van patiënten en de onzekerheid over de behandeling, uitputting bij verpleegkundigen in de hand kan werken.

### 3.2.8 Job resources: welke hulpbronnen verlagen de kans op burn-out?

Werkgerelateerde hulpbronnen vertonen een opvallende overlap met de acht werkkenmerken beschreven in het concept 'magneetziekenhuizen' (Kramer & Schmalenberg, 2004; De Brouwer e.a., 2009). In ziekenhuizen waar deze kenmerken aanwezig zijn, wordt er onder de verpleegkundigen meer arbeidstevredenheid, minder burn-out, minder verloopintentie en een betere kwaliteit van de patiëntenzorg vastgesteld.

*Autonomie* of het kunnen beschikken over de nodige vrijheid en zelfstandigheid om het werk uit te voeren, is een belangrijke hulpbron op het werk (Karasek, 1979). Vanuit de magneetopvatting is autonomie de vrijheid om te handelen in het belang van de patiënt op basis van eigen kennis, competenties en professionele expertise (De Brouwer e.a., 2009). Uit het literatuuroverzicht van Wallace e.a. (2009) komt een gebrek aan autonomie naar voor als een determinant van stress en burn-out bij artsen. Hetzelfde geldt voor verpleegkundigen (Proost e.a., 2004; Jourdain & Chênevert, 2010).

*Participatie* heeft betrekking op inspraak in de besluitvorming over de eigen functie, de afdeling waarin men werkt of de ruimere organisatie en is consistent negatief gerelateerd aan burn-out (Schaufeli & Enzmann, 1998). Betrokken worden bij de besluitvorming vermindert de emotionele uitputting en depersonalisatie bij artsen (Deckard e.a., 1994). Eenzelfde vaststelling wordt gedaan bij verpleegkundigen (Laschinger & Leiter, 2006).

Er zijn twee soorten *leer- en ontwikkelingsmogelijkheden*: vaardigheidsbenutting (leermogelijkheden binnen de job) en opleidingsmogelijkheden (naast de huidige job). De mate waarin het werk op zich mogelijkheden biedt voor persoonlijke groei en ontwikkeling van vaardigheden kan burn-out reduceren (Schaufeli & Enzmann, 1998). Daarnaast vormt de ondersteuning door de organisatie voor het volgen van opleiding één van de acht 'essentials of magnetism' (Kramer & Schmalenberg; 2004). Dat geldt ook voor artsen. Het verschaffen van meer mogelijkheden tot professionele ontwikkeling hangt samen met minder emotionele uitputting en minder depersonalisatie bij artsen (Deckard e.a., 1994).

Artsen en verpleegkundigen krijgen *feedback* van patiënten, van families en door observatie en evaluatie van het resultaat van hun werk. Een gebrek aan *feedback* is gerelateerd aan een hogere score op alle dimensies van burn-out. Uit de meta-analyse van Pfennig en Hüsck (1994) (in Schaufeli en Enzmann, 1998) blijkt dat feedback 18% van de variantie in emotionele uitputting verklaart, 12% in depersonalisatie en 9% in verminderde persoonlijke bekwaamheid. Feedback blijkt ook een belangrijke hulpbron voor verpleegkundigen (De Brouwer e.a., 2009; Edwards e.a., 2000). Edwards e.a. (2000) stellen

dat een gebrek aan supervisie en een gebrek aan werken met competente multidisciplinaire teams een nadelige impact heeft op burn-out bij verpleegkundigen. Deze stressoren kunnen een gebrek aan feedback impliceren of een gebrek aan sociale steun.

Het krijgen van *sociale steun* van zowel *collega's* als *leidinggevende* is erg belangrijk om burn-out tegen te gaan. Schaufeli en Enzmann (1998) geven een positieve relatie aan tussen een gebrek aan sociale steun en burn-out, vooral een gebrek aan sociale steun van de leidinggevende. Hetzelfde wordt bevestigd in het onderzoek van Moors e.a. (2001) bij Vlaamse verpleegkundigen. Hier had sociale steun een belangrijke invloed op de persoonlijke bekwaamheid. Ook bij artsen is sociale steun een essentiële hulpbron, aangezien er evidentie is over een correlatie tussen sociale steun van collega's en respectievelijk emotionele uitputting en depersonalisatie (Deckard e.a., 1994).

Uit onderzoek bij verpleegkundigen komt ook *de relatie tussen arts en verpleegkundige* (d.i. concept magneetziekenhuis) als een belangrijke hulpbron naar voor (De Brouwer e.a., 2009; Laschinger & Leiter, 2006). Verpleegkundigen die een positieve relatie hebben met de arts lopen minder risico op burn-out, zijn meer tevreden met hun job, hebben minder de intentie om het ziekenhuis en het beroep te verlaten en een gunstigere perceptie van de kwaliteit van de zorg. Zo blijkt uit het literatuuroverzicht van Embriaco e.a. (2007) dat dergelijke goede relatie een beschermingsfactor vormt tegen burn-out.

### 3.2.9 Gevolgen van burn-out

Burn-out heeft niet alleen nefaste gevolgen voor het psychologisch en lichamelijk welzijn van het individu en voor diens omgeving. Zo kunnen in contactuele beroepen ook de personen waarmee men beroepsmatig mee in contact komt (cliënten en patiënten) negatieve gevolgen ondervinden. Verder heeft burn-out een belangrijke impact op de kwaliteit van de patiëntenzorg, op het voorkomen van klinische incidenten en op het maken van medische fouten (Laschinger & Leiter, 2006; Teng e.a., 2010; Aiken e.a., 2012). Onderstaand overzicht werd gebaseerd op bestaande literatuurstudies (Schaufeli, 1990; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Salanova, 2007) en onderzoek bij verpleegkundigen en artsen (Laschinger & Leiter, 2006; Teng e.a., 2010; Gundersen, 2001).

Er bestaat een onderscheid tussen *psychologisch welzijn* en *lichamelijke klachten*. Schaufeli & Enzmann (1998) stellen dat burn-out depressie en psychosomatische klachten veroorzaakt. Ook Schaufeli en Enzmann (1998) verwijzen naar een positief verband tussen burn-out en psychosomatische klachten. Ook het immuunsysteem kan worden aangetast door burn-out (Schaufeli en Bakker, 2007). In de literatuur wordt voornamelijk de band

gelegd met psychisch welzijn. Uit Shanafelt e.a. (2011) blijkt dat artsen een verhoogde kans hebben op zelfmoordgedachten en dat dit samenhangt met burn-out. Wallace e.a. (2009) stellen dat depressie en overlijden bij artsen gevolgen kunnen zijn van aanhoudende stress en burn-out. Moors e.a. (2001) merken op dat emotionele uitputting zowel gepaard kan gaan met fysieke uitputting als met een afname in de psychische gezondheid. Jourdain en Chênevert (2010) vonden bij verpleegkundigen een sterk positief verband tussen psychosomatische klachten en respectievelijk depersonalisatie en emotionele uitputting.

Burn-out hangt bij artsen en verpleegkundigen eveneens in sterke mate negatief samen met *arbeidstevredenheid* en de *betrokkenheid* bij de organisatie (Schaufeli en Enzmann, 1998). Uit meta-analytisch onderzoek blijkt dat burn-out sterk samenhangt met de *intentie* om de *organisatie* of de *job* te *verlaten*, zowel bij artsen (Lee & Ashforth, 1996) als bij verpleegkundigen (Jourdain en Chênevert, 2010). Ook Ashill en Rod (2011) stelden vast dat zowel emotionele uitputting als depersonalisatie een direct verband hebben met verloopintentie, net zoals bij de artsen (Embriaco e.a., 2007).

De associatie tussen burn-out en *middelengebruik* werd voornamelijk onderzocht bij artsen (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shanafelt e.a., 2011; Wallace e.a., 2009). Burn-out hangt ook positief samen met alcohol- en medicijngebruik (Schaufeli e.a., 1990). Gundersen (2001) stelt zelfs dat de neiging tot middelengebruik (waaronder zelfmedicatie) één van de meest ernstige gevolgen is van burn-out bij artsen.

*Absenteïsme* of afwezigheid op het werk omwille van ziekte wordt bij artsen en verpleegkundigen vaak genoemd als gevolg van burn-out (Wallace e.a., 2009; Embriaco e.a., 2007; Moors e.a., 2001). Zo stellen Peterson e.a. (2008) meer absentieïsme vast, maar daarnaast eveneens dubbel zoveel *presenteïsme* bij personen met burn-out. Men komt dus naar het werk, ook al is men ziek. Emotionele uitputting en presenteïsme beïnvloeden elkaar wederzijds (Demerouti e.a., 2009). Emotionele uitputting zorgt ervoor dat men ziek naar het werk komt, wat op termijn tot nog meer emotionele uitputting leidt, met een toename van het probleem tot gevolg.

Burn-out heeft ook gevolgen voor de thuissituatie. Zich thuis niet kunnen ontspannen en prikkelbaar zijn omdat het werk te hoge eisen stelt, wijst op *werk-thuis interferentie*. Dit is een inter-rolconflict, waarbij de rolverwachtingen van de werksituatie in conflict komen met deze in de thuissituatie (Geurts e.a., 2005). Burn-out brengt ook voor artsen en verpleegkundigen negatieve gevolgen voor de thuissituatie met zich mee. Zo blijkt dat de drie componenten van burn-out samengaan met negatieve gevolgen in de thuissituatie (Proost e.a., 2004). Ook Moors e.a. (2001) vinden een positieve samenhang tussen werk-



thuis interferentie en emotionele uitputting en depersonalisatie bij Vlaamse verpleegkundigen. Ringrose e.a. (2009) onderzochten burn-out bij artsen in opleiding en stelden gelijkaardige associaties vast. Ook bij huisartsen ziet men dat artsen met emotionele uitputting vaker het gevoel hebben dat er te veel geïnvesteerd moet worden in het beroepsleven ten koste van het privéleven (Jonckheer e.a., 2011).

### 3.2.10 Wat doen aan burn-out?

Omdat burn-out negatieve gevolgen inhoudt, is het belangrijk om preventiemaatregelen uit te werken om burn-out te vermijden. In wat volgt wordt een opdeling van interventie maatregelen gemaakt aan de hand van twee dimensies: de focus van de interventie en het doel ervan. Beide soorten kunnen gecombineerd worden tot een tabel, die alle mogelijke combinaties omvat.

De eerste dimensie ('*focus*') maakt een onderscheid tussen interventies op het niveau van de persoon, op het niveau van de organisatie (job) of interventies waarbij men zich zowel richt op de persoon als op de job of organisatie (Awa e.a., 2009). *Persoonsgerichte* interventies focussen o.a. op het ontwikkelen van copingvaardigheden, het geven en krijgen van sociale steun of het belang van relaxatie. Door te leren omgaan met stress kunnen negatieve gevolgen worden vermeden of gereduceerd (Schaufeli & Enzmann, 1998). *Organisatiegerichte* interventies zijn structureel van aard: ze spitsen zich toe op het veranderen van het werk, zoals het wijzigen van taken of het optimaliseren van supervisie, met als doel werkeisen te reduceren en/of hulpbronnen te verhogen. De *combinatie* van beide soorten interventies is effectiever en de effecten houden ook langer aan. Zo stellen Awa e.a. (2009) vast dat de effecten van de meeste louter persoonsgerichte interventies maximaal zes maanden aanhouden, terwijl de gecombineerde interventies tot één jaar of langer positieve resultaten opleveren.

De tweede dimensie ('*doel*') maakt een onderscheid tussen vijf interventie maatregelen, die allen onder de noemer 'preventie' vallen: primaire preventie, signalering of vroege opsporing en secundaire preventie, tertiaire preventie en rehabilitatie en terugvalpreventie. Deze interventies hebben tot doel het voorkomen, reduceren en/of behandelen van burn-out. *Primaire preventie* beoogt het 'voorkómen' van burn-out. In dit stadium van preventie is er nog geen sprake van een probleem; men richt zich op alle werknemers met als doel problemen te voorkómen door deze bij de bron aan te pakken. Op individueel niveau kan men denken aan het organiseren van sensibilisatiecampagnes,

waarbij men bewust wordt gemaakt over wat burn-out inhoudt. Daarnaast kan men functies pogen te herontwerpen door de werkeisen te verminderen en de hulpbronnen te verhogen.

*Signalering of vroege opsporing* betreft het detecteren van de eerste symptomen van burn-out. Deze fase is cruciaal als men snel en effectief wil optreden om erger te voorkomen. Op individueel niveau kan 'self-monitoring' of zelfobservatie helpen om de eerste stresssymptomen te leren opmerken. Een bewustzijn creëren over mogelijke problemen en hun oorzaak is eveneens belangrijk om er iets aan te kunnen doen. Op het niveau van de organisatie is het aangewezen regelmatige 'screenings' te organiseren naar burn-outklachten en naar de werkgerelateerde oorzaken ervan ('psychosociale risicoanalyse').

Bij *secundaire preventie* zijn de eerste symptomen van burn-out zichtbaar, maar is er nog geen schade. Men dient hier zowel op te treden tegen symptomen (curatie) als te trachten verdere schade te voorkómen (preventie). Secundaire preventie richt zich enkel tot werknemers met een verhoogd risico. Op individueel vlak heeft men cognitieve gedragstechnieken, d.i. percepties en betekenisgeving van de werksituatie wijzigen om negatieve gevoelens en gedragingen te voorkomen. Ook het streven naar 'afstandelijke betrokkenheid', waarbij de zorgverlener een goede balans vindt tussen betrokkenheid en het bewaren van afstand, valt hieronder. Relaxatieoefeningen kunnen eveneens zinvol zijn. Interventies gericht op de organisatie betreffen het herstellen van de aansluiting tussen persoon en job door bijsturing van werkeisen en hulpbronnen. De aanwezigheid van een mentor, vertrouwenspersoon en het aanbieden van coaching of consultatie zijn eveneens aangewezen. Ook het organiseren van supportgroepen en carrièreplanning is relevant.

Bij *tertiaire preventie* is er sprake van schade omwille van burn-out. Hier is behandeling noodzakelijk (curatie) en tracht men verdere schade te beperken. Daar waar de betrokkene in het stadium van secundaire preventie nog aan het werk is, is dit in het stadium van tertiaire preventie niet meer het geval. De persoon is uitgevallen, heeft ziekteverlof en lijdt onder ernstige burn-out. De laatste vorm van preventie betreft *rehabilitatie en terugvalpreventie*. Men streeft naar maatregelen die de betrokkene na herstel kunnen helpen om terug te keren naar het werk en naar maatregelen die voorkomen dat men daarna opnieuw geconfronteerd wordt met burn-out.

## 4 Empirisch onderzoek

### 4.1 Methode

#### 4.1.1 Studiedesign

Dit was een cross-sectionele multi-center survey in Belgische ziekenhuizen.

#### 4.1.2 Steekproef en setting

In België zijn er momenteel 196 ziekenhuizen en zijn er +/- 34.000 artsen (d.i. specialisten (in opleiding)) en +/- 65.000 verpleegkundigen werkzaam. In functie van de representativiteit beoogden we een steekproef van 36 ziekenhuizen variërend qua type, omvang en regionale spreiding (tabel 5) en een onderzoekspopulatie van 1000 artsen en 2000 verpleegkundigen. De studie paste een gelegenheidssteekproef toe. In fase 1 werden alle Belgische ziekenhuizen aangeschreven en in fase 2 werden alle artsen en verpleegkundigen werkzaam in de deelnemende ziekenhuizen uitgenodigd deel te nemen.

##### *In –en exclusiecriteria*

Algemene en psychiatrische ziekenhuizen kwamen in aanmerking, woon- en zorgcentra en de thuiszorg niet. Deelnemers moesten minimaal houder zijn van een diploma/brevet in de verpleegkunde of dokter/master in de geneeskunde. Ze mochten actief zijn in de praktijk of een leidinggevende functie bekleden. Zorgkundigen, vroedvrouwen, apothekers, psychologen, kinesisten en paramedici behoorden niet tot de doelpopulatie.

**Tabel 5: Beoogde aantal ziekenhuizen volgens type, regio en omvang**

TYPE	REGIO	AANTAL
<b>Universitaire ziekenhuizen</b>	Wallonië	1
	Vlaanderen	1
	Brussel	1
<b>Psychiatrische ziekenhuizen</b>	Wallonië	4
	Vlaanderen	4
	Brussel	2
<b>Algemene, universitaire en algemene ziekenhuizen met een universitair karakter</b>	Wallonië	8
	Vlaanderen	12
	Brussel	3
<b>Totaal</b>	<b>België</b>	<b>36</b>

### 4.1.3 Vragenlijst

De vragenlijst was gebaseerd op het theoretische raamwerk dat werd ontwikkeld vanuit het “Job demands resources model” (JDR, figuur 1).

De totale elektronische vragenlijst omvatte 141 items die achtergrondkenmerken, burn-out, bevlogenheid, beïnvloedende factoren (d.i. jobeisen, hulpbronnen en persoonskenmerken) en gevolgen (d.i. individueel welzijn, attitudes en gedrag) van burn-out in kaart brachten. Voor elk van deze variabelen werd een gevalideerde vragenlijst gezocht. De vragenlijst werd eerst getest op relevantie en duidelijkheid bij enkele artsen en verpleegkundigen en werd aangepast op basis van hun feedback.

Als achtergrondkenmerken werden zowel demografische karakteristieken als werkgerelateerde karakteristieken bevestigd. De job demands of jobeisen omvatten de volgende variabelen: 1) werkdruk, 2) rolconflicten, 3) rolambiguïteit, 4) emotionele belasting en 5) werk-thuis interferentie. Om de job resources of hulpbronnen in kaart te brengen werden de volgende factoren gemeten: 1) autonomie, 2) participatie, 3) vaardigheidsbenutting, 4) feedback, 5) sociale steun collega's, 6) sociale steun leidinggevende, 7) samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen en 8) patiëntgerichte cultuur. Daarnaast werd ook het persoonskenmerk “bereidheid en sociale aanvaardbaarheid om hulp te zoeken” bevestigd.

Burn-out werd gemeten via de “Utrechtse Burn-out Scale (UBOS-C)” voor contactuele beroepen. De UBOS-C bevat 20 items en is een wetenschappelijk gevalideerde vertaling van de MBI. De UBOS-C bestaat uit 3 dimensies, nl. emotionele uitputting (8 items), depersonalisatie (5 items) en persoonlijke bekwaamheid (7 items). Elk item van de UBOS-C werd gescoord op een 7-punts likertschaal gaande van (0) ‘nooit’ tot (6) ‘altijd/dagelijks’ en vervolgens werd voor elke dimensie een gemiddelde score berekend. Bestaande normen bepaalden dan vanaf welke score iemand hoog of laag scoort op een bepaalde dimensie (d.i. normscores gezondheidszorg (N=10.522)). Om het risico op burn-out te bepalen werd de volgende beslissingsregel gehanteerd: “een hoge gemiddelde score op emotionele uitputting (>2,5) en een hoge gemiddelde score op depersonalisatie (vrouw:>1,60;man:>1,80) of een lage gemiddelde score op persoonlijke bekwaamheid (<3,70). Een strengere drempelwaarde is die waarbij aan alle drie voorwaarden tegelijk wordt voldaan; d.i. een effectieve burn-out (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000).

Bevlogenheid werd gemeten met de “Utrechtse Bevlogenheidsschaal (UBES). De versie met 9 items werd gebruikt in dit onderzoeksproject. Een indicatie van de mate van

bevlogenheid kan verkregen worden door de gemiddelde score over alle items te vergelijken met cut-off scores. Indien deze gemiddelde score groter of gelijk aan 4,67 is, spreekt men van *heel erg bevlogen*. Ook voor bevlogenheid werden dezelfde antwoordmogelijkheden gehanteerd als bij de burn-out dimensies (Schaufeli en Bakker, 2004).

Om het individueel welzijn van de artsen en verpleegkundigen te bepalen werd het psychisch, lichamelijk en psychosomatisch welzijn bevroegd. Onder attitudes valt de verloopintentie, de intentie om op vervroegd pensioen te gaan, de intentie tot extra rolgedrag en de intentie om meer, evenveel of minder uren te gaan werken. Ook de gedragingen m.b.t. middelengebruik, absentisme, presenteïsme en kwaliteitsvolle patiëntenzorg werden gemeten.

#### *4.1.4 Procedure*

##### *4.1.4.1 Uitnodigen ziekenhuizen*

Alle Belgische ziekenhuizen werden uitgenodigd om te participeren aan dit onderzoek. Nadien werden er uitvoeringsafspraken afgesloten met de directie van de participerende ziekenhuizen. Hierin werd aangegeven welke beroepsgroep(en) ze wensten te bevragen en welke bevragingmethode ze verkozen. Er werd promotiemateriaal en een informatieve website gebruikt om de artsen en verpleegkundigen te motiveren tot deelname (bijlage 1 en 2).

##### *4.1.4.2 Afname vragenlijst*

De verzending van de elektronische vragenlijst gebeurde via e-mail of met een open link op intranet met behulp van het software pakket “Socratos® versie 2.1” (IVOX). Rekening houdend met de verklaring van Helsinki (1964) en het recht op een geïnformeerde toestemming werd op deze vragenlijst ook een duidelijke link voorzien naar een document met de geïnformeerde toestemming. Pas na het geven van zijn/haar geïnformeerde toestemming kon de deelnemer starten met het invullen van de vragenlijst. De antwoorden werden na het invullen en afsluiten van de vragenlijst automatisch en anoniem verstuurd naar één van de onderzoeksmedewerkers. Het invullen van de elektronische vragenlijst nam ongeveer 25 minuten in beslag. De bevraging vond plaats tussen 6 juni 2012 en 29 juli 2012. In samenspraak met het ziekenhuis werden er herinneringsmails verstuurd om de respons te verhogen.

#### 4.1.5 Data-analyse

Beschrijvende statistiek werd toegepast aan de hand van gemiddelden +/- standaard deviaties (SD), medianen (kwartiel 1 (Q1) - kwartiel 3 (Q3)) en frequenties.

De *prevalentie* van burn-out, emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid werd berekend aan de hand van frequenties.

Associaties tussen *determinanten* en respectievelijk burn-out en bevlogenheid werden bepaald aan de hand van een meervoudige lineaire regressieanalyse. Hierin werd enerzijds respectievelijk “emotionele uitputting”, “depersonalisatie”, “persoonlijke bekwaamheid” en “bevlogenheid” als afhankelijke variabelen beschouwd en anderzijds “achtergrondkenmerken”, “werkeisen”, “hulpbronnen” en “persoonskenmerken” als onafhankelijke variabelen.

Voor het nagaan van associaties tussen respectievelijk burn-out en bevlogenheid en specifieke *gevolgen* werd een tweede meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd. In deze analyse werden enerzijds respectievelijk “welzijn”, “gedrag” en “attituden” als afhankelijke variabelen beschouwd en anderzijds “achtergrondkenmerken”, “emotionele uitputting”, “depersonalisatie”, “persoonlijke bekwaamheid” als onafhankelijke variabelen.

Het significantieniveau werd gezet op 0.05 SPSS versie 19 werd gebruikt voor de uitvoering van de analyses.

#### 4.1.6 Ethische goedkeuring

Aangezien het om een multi-center studie ging werd voor de ethische goedkeuring een centrale ethische commissie aangesteld, die bevoegd is voor het enkel advies. In het geval van deze studie werd de ethische commissie van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven aangesteld. Nadat het enkel advies (ML8200) van de centrale ethische commissie werd verkregen, werden alle lokale ethische commissies van de participerende ziekenhuizen geïnformeerd over de uitvoering van deze studie.

## 4.2 Resultaten en discussie

### 4.2.1 Respons

#### 4.2.1.1 Deelnemende ziekenhuizen

196 ziekenhuizen werden uitgenodigd, waarvan 37 ziekenhuizen (+/-20%) beslisten te participeren (d.i. 22 Vlaamse, 10 Waalse en 5 Brusselse ziekenhuizen) (tabel 6).

**Tabel 6: Deelnemende ziekenhuizen**

ZIEKENHUIZEN	TYPE ZIEKENHUIS
<b>VLAANDEREN</b>	
O.l.v.z. Aalst	Algemeen ziekenhuis
Openbaar psychiatrisch zorgcentrum Rekem	Psychiatrisch ziekenhuis
AZ Vesalius Tongeren	Algemeen ziekenhuis
PC St Amandus Beernem	Psychiatrisch ziekenhuis
PC Gent Sleidinge	Psychiatrisch ziekenhuis
Sint Fransiscus Heusden-Zolder	Algemeen ziekenhuis
AZ Heilige Familie Rumst	Algemeen ziekenhuis
Imelda ziekenhuis Bonheiden	Algemeen ziekenhuis
UPC Sint Kamillus Bierbeek	Psychiatrisch ziekenhuis
AZ Alma Eeklo	Algemeen ziekenhuis
AZ Herentals	Algemeen ziekenhuis
Stedelijk ziekenhuis Roeselare	Algemeen ziekenhuis
AZ Diest	Algemeen ziekenhuis
Gezondheidszorg Heilige Familie Kortrijk	Psychiatrisch ziekenhuis
UZ Leuven	Universitair ziekenhuis
AZ Sint Lucas Gent	Algemeen ziekenhuis
AZ Monica	Algemeen ziekenhuis
Psychiatrisch centrum Bethanië	Psychiatrisch ziekenhuis
Mariaziekenhuis Noord Limburg Overpelt	Algemeen ziekenhuis
Regionaal ziekenhuis St. Trudo	Algemeen ziekenhuis
Ziekenhuis Maas en Kempen	Algemeen ziekenhuis
AZ Damiaan Oostende	Algemeen ziekenhuis
<b>BRUSSEL</b>	
PSC St Alexius Elsene	Psychiatrisch ziekenhuis

ZIEKENHUIZEN	TYPE ZIEKENHUIS
Centre Hospitalier Valida	Geriatrisch en gespecialiseerd ziekenhuis
UCL St Luc Bruxelles	Universitair ziekenhuis
Centre de Neurologie et de réadaptation	Gespecialiseerd ziekenhuis
Universitair kinderziekenhuis Koningin Fabiola	Algemeen ziekenhuis
<b>WALLONIË</b>	
Centre Hospitalier Spécialisé "l'accueil" Lierneux	Psychiatrisch ziekenhuis
CHU Charleroi	Algemeen ziekenhuis met universitair karakter
CHU Mont Godinne UCL Yvoir	Algemeen ziekenhuis met universitair karakter
Clinique Saint-Pierre Ottignies	Algemeen ziekenhuis
Clinique St Luc Bouge	Algemeen ziekenhuis
Centre Neurologique William Lennox Ottignies	Psychiatrisch ziekenhuis
CHU Ambroise Paré Bergen	Algemeen ziekenhuis met universitair karakter
CHU Liège	Universitair ziekenhuis
Centre Psychiatrique St Bernard Manage	Psychiatrisch ziekenhuis
Centre Neuropsychiatrique Saint-Martin	Psychiatrisch ziekenhuis

#### 4.2.1.2 Respons artsen en verpleegkundigen

De respons voor de totale steekproef varieerde tussen 4,5% en 93,3% met een mediane respons van 26,8% (Q1-Q3: 15,7%-44,7%). De respons bij de artsen schommelde tussen 3,5% en 75,0% met een mediane respons van 24,5% (Q1-Q3:14,3%-45,0%). De respons bij de verpleegkundigen lag tussen 3,6% en 100% met een mediane respons van 27,9% (Q1-Q3:13,6%- 33,0%).

#### 4.2.2 Steekproefomschrijving

5833 respondenten voldeden aan de vooropgestelde in- en exclusiecriteria, waaronder 79,5% verpleegkundigen (n=4635) en 20,5% artsen (n=1198), 73,8% vrouwen (n=4307) en 26,2% mannen (n=1531). De gemiddelde leeftijd (+/- SD) voor de totale steekproef was 41,3 +/-10,8 jaar, 43,7 +/- 11,3 jaar bij de artsen en 40,7 +/- 10,6 jaar bij de verpleegkundigen. Tabel 7 en 8 geeft een aantal achtergrondkenmerken weer van de totale steekproef en beide beroepsgroepen.



**Tabel 7: Socio-demografische karakteristieken steekproef (n=5833)**

Variabele	N artsen (%)	N VP (%)	N Totaal (%)
	1198 (20,5)	4635 (79,5)	5833 (100,0)
<b>Geslacht:</b>			
▪ Vrouw	565 (47,2)	3739 (80,7)	4304 (73,8)
▪ man	633 (52,8)	896 (19,3)	1529 (26,2)
<b>Thuisituatie</b>			
▪ Alleenstaand zonder kinderen	122 (10,2)	557 (12,0)	679 (11,6)
▪ Alleenstaand met kinderen	58 (4,8)	401 (8,7)	459 (7,9)
▪ Samenwonend met partner	289 (24,1)	1030 (22,2)	1319 (22,6)
▪ Samenwonend met partner + kinderen	722 (60,3)	2517 (54,3)	3239 (55,5)
▪ Samenwonend met ouders	7 (0,6)	130 (2,8)	137 (2,3)
<b>Diploma</b>			
▪ Gediplomeerd/gebrevetteerd/A2-VP	/	1076 (23,2)	1076 (18,4)
▪ Bachelor/gegradueerd/A1-VP	/	2011 (43,4)	2011 (34,5)
▪ BaNaBa/specialisatie VP	/	1165 (25,1)	1165 (20,0)
▪ Master/licentie in de gezondheidszorg.	/	381 (8,2)	381 (6,5)
▪ Doctoraat VP	/	2	2
▪ Bachelor/kandidaat in de geneeskunde	1 (0,1)	/	1
▪ Master/dokter in de geneeskunde	136 (11,4)	/	136 (2,3)
▪ MaNaMA/specialisatie geneeskunde	708 (59,1)	/	708(12,1)
▪ Doctoraat geneeskunde	353 (29,5)	/	353 (6,1)
<b>Regionale spreiding:</b>			
▪ Vlaanderen	771 (64,4)	3141 (67,8)	3912 (67,1)
▪ Wallonië	309 (25,8)	1106 (23,9)	1415 (24,3)
▪ Brussel	118 (9,8)	388 (8,4)	506 (8,7)

**Tabel 8: Werkgerelateerde karakteristieken steekproef (n=5833)**

Variabele	N Artsen (%)	N VP (%)	N Totaal (%)
	1198 (20,5)	4635 (79,5)	5833 (100,0)
<b>Functie</b>			
▪ Verpleegkundige	/	3796 (81,9)	3797 (65,1)
▪ Hoofdverpleegkundige	/	513 (11,1)	513 (8,8)
▪ Verpleegkundig diensthoofd	/	74 (1,6)	74 (1,3)
▪ Hoofd verpleegkundig departement	/	17 (0,4)	17 (0,3)
▪ Geneesheer specialist in opleiding	218 (18,2)	/	218 (3,7)
▪ Geneesheer specialist	744 (62,1)	/	744 (12,8)
▪ Medisch diensthoofd	172 (14,4)	/	172 (2,9)
▪ Hoofdgeneesheer	20 (1,7)	/	20 (0,3)
▪ Andere	44 (3,7)	234 (5,0)	278 (4,8)
<b>Specialisme</b>			
▪ Anesthesie en reanimatie	145 (12,1)	237 (5,1)	382 (6,5)
▪ Cardiologie	51 (4,3)	222 (4,8)	273 (4,7)
▪ Dermatologie en venerologie	11 (0,9)	4 (0,1)	15 (0,3)
▪ Fysische geneeskunde en revalidatie	23 (1,9)	72 (1,6)	95 (1,6)
▪ Gastro-enterologie	31 (2,6)	92 (2,0)	123 (2,1)
▪ Gerechtelijke geneeskunde	1 (0,1)	1 (0,0)	2 (0,0)
▪ Geriatrie	24 (2,0)	191 (4,1)	215 (3,7)
▪ Gynaecologie-verloskunde	65 (5,4)	145 (3,1)	210 (3,6)
▪ Algemene heelkunde	46 (3,8)	190 (4,1)	236 (4,0)
▪ Inwendige geneeskunde	87 (7,3)	153 (3,3)	240 (4,1)
▪ Kinder- en jeugdpsychiatrie	17 (1,4)	28 (0,6)	45 (0,8)
▪ Klinische biologie	30 (2,5)	3 (0,1)	33 (0,6)
▪ Medische oncologie	19 (1,6)	45 (1,0)	64 (1,1)
▪ Neurochirurgie	14 (1,2)	35 (0,8)	49 (0,8)
▪ Neurologie	35 (2,9)	127 (2,7)	162 (2,8)
▪ Nucleaire geneeskunde	15 (1,3)	12 (0,3)	27 (0,5)
▪ Oftalmologie	27 (2,3)	34 (0,7)	61 (1,0)
▪ Orthopedische heelkunde	31 (2,6)	159 (3,4)	190 (3,3)
▪ Oto-rhino-laryngologie en gelaat- en hals- chirurgie	17 (1,4)	20 (0,4)	37 (0,6)
▪ Pathologische anatomie	25 (2,1)	0	25 (0,4)
▪ Pediatrie	81 (6,8)	239 (5,2)	320 (5,5)
▪ Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	5 (0,4)	9 (0,2)	14 (0,2)

Variabele	N Artsen (%) 1198 (20,5)	N VP (%) 4635 (79,5)	N Totaal (%) 5833 (100,0)
▪ Pneumologie	35 (2,9)	76 (1,6)	111 (1,9)
▪ Psychiatrie	57 (4,8)	583 (12,6)	640 (11,0)
▪ Radiotherapie	14 (1,2)	29 (0,6)	43 (0,7)
▪ Reumatologie	5 (0,4)	37 (0,8)	42 (0,7)
▪ Röntgendiagnose	41 (3,4)	70 (1,5)	111 (1,9)
▪ Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	18 (1,5)	10 (0,2)	28 (0,5)
▪ Urgentiegeneeskunde	38 (3,2)	153 (3,3)	191 (3,3)
▪ Urologie	36 (3,0)	102 (2,2)	138 (2,4)
▪ Oncologie	7 (0,6)	166 (3,6)	173 (3,0)
▪ Andere	147 (12,3)	1391 (30,0)	1538 (26,4)
<b>Type afdeling</b>			
▪ Dagkliniek	63 (5,3)	404 (8,7)	467 (8,0)
▪ Hospitalisatie	575 (48,0)	3371 (72,7)	3946 (67,7)
▪ Consultatie	560 (46,7)	860 (18,6)	1420 (24,3)
<b>Type contract</b>			
▪ Vast Werk	529 (44,2)	4556 (98,3)	5085 (87,2)
▪ Tijdelijk werk	30 (2,5)	76 (1,6)	106 (1,8)
▪ Zelfstandige (Vrij beroep)	419 (35,0)	3 (0,1)	422 (7,2)
▪ Geneesheren specialist in opleiding	220 (18,4)	/	220 (3,8)
<b>Werkkenmerken</b>			
• Anciënniteit ziekenhuis (Gem.+/- SD)	12,1 +/- 12,0	15,0 +/- 11,1	14,6 +/- 10,9
• Beroepsanciënniteit (Gem.+/- SD)	16,6 +/- 13,1	17,3 +/- 11,0	17,2 +/- 11,0
• Werkuren contract/maand (Gem.+/- SD)	47,3 +/- 10,8	35,3 +/- 12,1	35,4 +/- 12,1
• Gem. werkuren/week (Gem.+/- SD)	56,8 +/- 10,7	36,2 +/- 10,9	40,2 +/- 13,8
• Nachten/maand (Gem.+/- SD)	2,3 +/- 3,6	2,5 +/- 4,1	2,5 +/- 3,9
• Weekends/maand (Gem.+/- SD)	2,3 +/- 1,7	2,5 +/- 1,8	2,4 +/- 1,8

### 4.2.3 Prevalentie van burn-out en bevlogenheid

Onze steekproef, bestaande uit 1198 artsen en 4635 verpleegkundigen, vertoonde enerzijds meer gevoelens van emotionele uitputting, maar rapporteerde anderzijds ook een hogere persoonlijke bekwaamheid t.o.v. de referentiegroep “gezondheidszorg” uit Nederland (tabel 9).

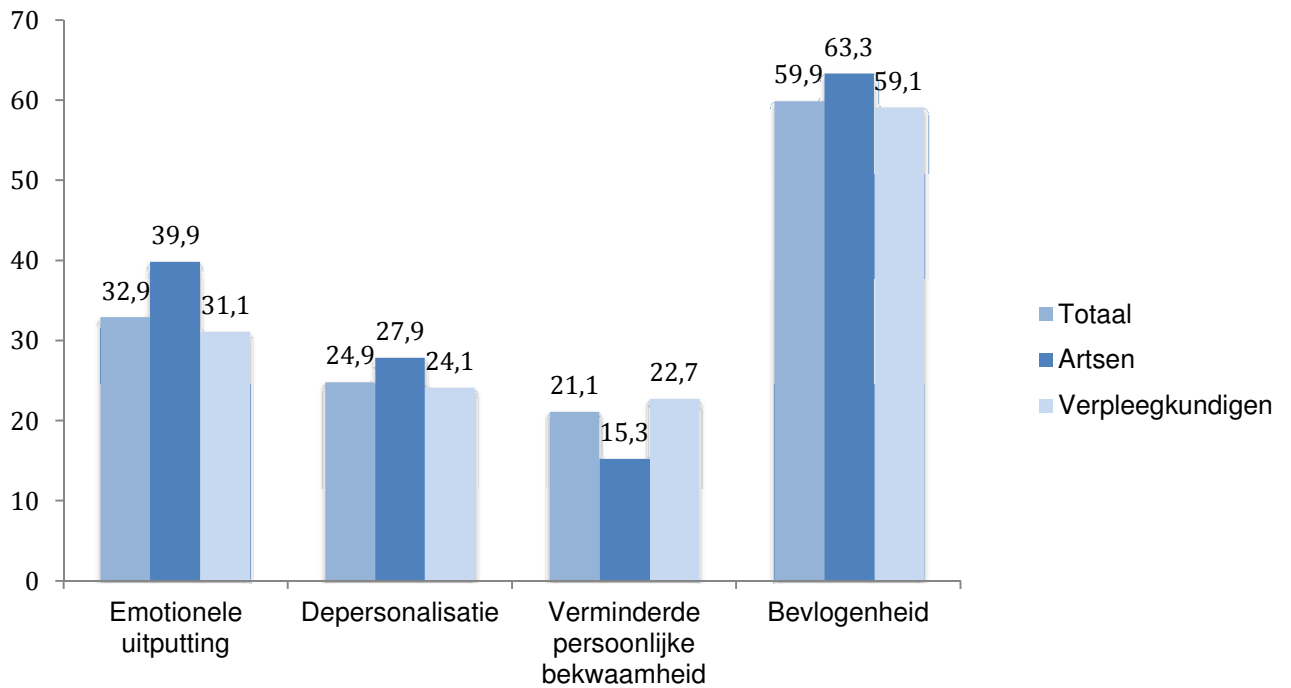
Bijna 33% en 25% van de bevroegden scoorde respectievelijk hoog op emotionele uitputting en depersonalisatie en 21% vertoonde een lage score op persoonlijke bekwaamheid. Vergelijken met verpleegkundigen rapporteerden meer artsen gevoelens van emotionele uitputting (40% versus 31,1%) en daarnaast vonden we ook meer cynisme of depersonalisatie bij het artsenkorps (27,9% versus 24,1%). De resultaten gaven ook aan dat meer verpleegkundigen (22,7%) zich competent voelen dan artsen (15,3%).

Voor burn-out wil dit dus zeggen dat in de totale steekproef 6,6% effectief te kampen had met een burn-out op het moment van de bevraging en dat 13,5% zich in de risicogroep bevond. Concreet betekent dit dat 6,6% zowel hoog scoorde op emotionele uitputting als op depersonalisatie en laag scoorde op persoonlijke bekwaamheid. De risicogroep (13,5%) scoorde hoog op emotionele uitputting en één van de 2 andere dimensies. Wanneer we differentieerden tussen artsen en verpleegkundigen, vonden we dat meer verpleegkundigen te kampen hadden met burn-out (6,9% versus 5,4%), maar dat meer artsen risico liepen om in de toekomst een burn-out te ontwikkelen (17,8% versus 12,4%). Desondanks zagen we dat ongeveer 60% van de totale steekproef aangaf erg bevlogen te zijn, meer specifiek 63,3% van de artsen en bijna 60% van de verpleegkundigen (figuur 2, tabel 10).

**Tabel 9: Gemiddelde scores per subschaal: norm versus huidige studie**

Subschalen	Huidige studiebevolking (n=5833)	Referentie gezondheidszorg (2000, n = 10.522)
Emotionele uitputting (Gem.+/- SD)	2,05 +/- 1,32	1,81 +/- 1,00
Depersonalisatie vrouwen (Gem.+/- SD)	0,99 +/- 1,03	1,14 +/- 0,77
Depersonalisatie mannen (Gem.+/- SD)	1,34 +/- 1,20	1,27 +/- 0,84
Persoonlijke bekwaamheid (Gem.+/- SD)	4,38 +/- 0,93	3,22 +/- 0,78

**Figuur 2: Prevalentie dimensies burn-out en bevlogenheid in percentages**



**Tabel 10: Prevalentie burn-out en bevlogenheid**

	TOTAAL			ARTSEN			VERPLEEGKUNDIGEN		
	Man (1529)	Vrouw (4304)	Totaal (5833)	Man (633)	Vrouw (565)	Totaal (1198)	Man (896)	Vrouw (3739)	Totaal (4635)
<b>BEVLOGENHEID</b>									
% Hoge bevlogenheid	59,1 (904)	60,2 (2591)	59,9 (3495)	66,4 (758)	59,8 (338)	63,3 (758)	54,0 (484)	60,3 (2253)	59,1 (2737)
<b>BURN-OUT</b>									
% EU	35,6 (545)	31,9 (1374)	32,9 (1919)	38,5 (478)	41,4 (234)	39,9 (478)	33,6 (301)	30,5 (1140)	31,1 (1441)
% DP	30,1 (460)	23,1 (993)	24,9 (1453)	28,3 (179)	27,4 (155)	27,9 (334)	31,4 (281)	22,4 (838)	24,1 (1119)
% VPB	20,1 (308)	21,5 (925)	21,1 (1233)	13,9 (88)	16,8 (95)	15,3 (183)	24,6 (220)	22,2 (830)	22,7 (1050)
% Burn-out *	6,9 (105)	6,5 (278)	6,6 (383)	5,2 (33)	5,7 (32)	5,4 (65)	8,0 (72)	6,6 (246)	6,9 (318)
% Risico op burn-out **	16,6 (254)	12,4 (533)	13,5 (787)	17,7 (112)	17,9 (101)	17,8 (213)	15,8 (142)	11,6 (432)	12,4 (574)
<b>% SUBTOTAAL:</b>	<b>23,5 (359)</b>	<b>18,9 (811)</b>	<b>20,1 (1170)</b>	<b>22,9 (145)</b>	<b>23,6 (133)</b>	<b>23,2 (278)</b>	<b>23,8 (214)</b>	<b>18,2 (678)</b>	<b>19,2 (892)</b>

	TOTAAL			ARTSEN			VERPLEEGKUNDIGEN		
	Man (1529)	Vrouw (4304)	Totaal (5833)	Man (633)	Vrouw (565)	Totaal (1198)	Man (896)	Vrouw (3739)	Totaal (4635)
<b>GEEN BURN-OUT</b>									
% Enkel EU	12,2 (186)	13,1 (563)	12,8 (749)	15,6 (99)	17,9 (101)	16,7 (200)	9,7 (87)	12,4 (462)	11,8 (549)
% Enkel DP	6,3 (97)	4,5 (193)	5,0 (290)	5,8 (37)	5,7 (32)	5,8 (69)	6,7 (60)	4,3 (161)	4,8 (221)
% Enkel VPB	8,3 (127)	9,6 (414)	9,3 (541)	4,7 (30)	5,8 (33)	5,3 (63)	10,8 (97)	10,2 (381)	10,3 (478)
% Enkel DP <b>EN</b> VPB	2,6 (40)	2,6 (111)	2,6 (151)	1,7 (11)	1,8 (10)	1,8 (21)	3,2 (29)	2,7 (101)	2,8 (130)
% Geen enkel symptoom	47,1 (720)	51,4 (2212)	50,3 (2932)	49,1 (311)	45,3 (256)	47,3 (567)	45,6 (409)	25,3 (1956)	51,0 (2365)
<b>% SUBTOTAAL:</b>	<b>76,5 (1170)</b>	<b>81,2 (3493)</b>	<b>79,9 (4663)</b>	<b>76,9 (488)</b>	<b>76,5 (432)</b>	<b>76,8 (920)</b>	<b>76,0 (682)</b>	<b>54,9 (3061)</b>	<b>80,8 (3743)</b>

EU: emotionele uitputting

DP: depersonalisatie

VPB: verminderde persoonlijke bekwaamheid

\* EU **EN** DP **EN** VPB

\*\* EU **EN** (DP **OF** VPB)

#### 4.2.4 Prevalentie verloopintentie

Tabel 11 geeft een overzicht van het percentage verpleegkundigen en artsen die er wel eens aan denken te veranderen van afdeling, ziekenhuis of beroep.

**Tabel 11: Prevalentie verloopintentie**

	TOTAAL			ARTSEN			VERPLEEGKUNDIGEN		
	Man (1529)	Vrouw (4304)	Totaal (5833)	Man (633)	Vrouw (565)	Totaal (1198)	Man (896)	Vrouw (3739)	Totaal (4635)
IK DENK ER WEL EENS AAN TE VERANDEREN VAN:									
% Afdeling *	19,8 (303)	21,5 (926)	21,1 (1229)	10,4 (66)	10,4 (59)	10,4 (125)	26,5 (237)	23,2 (867)	23,8 (1104)
% Ziekenhuis *	28,4 (435)	22,3 (959)	23,9 (1394)	32,7 (207)	35,0 (198)	33,8 (405)	25,4 (228)	20,4 (761)	21,3 (989)
% Beroep *	28,0 (428)	22,6 (972)	24,0 (1400)	21,5 (136)	20,9 (118)	21,2 (254)	32,6 (292)	22,8 (854)	24,7 (1146)

\* % deelnemers die akkoord of helemaal akkoord scoorden op deze vraag



#### 4.2.5 Beïnvloedende factoren van burn-out en bevlogenheid

Demografische (bv. leeftijd, geslacht) en werkgerelateerde karakteristieken (bv. functie) bleken niet significant gecorreleerd te zijn met respectievelijk burn-out en bevlogenheid. Tabel 12 geeft een overzicht van de belangrijkste determinanten van burn-out en bevlogenheid en geeft de richting en sterkte van het verband weer aan de hand van een “+”<sup>1</sup> of een “-”<sup>2</sup>. De werkeisen “werkdruk” (+++), “rolconflict” (+) en “emotionele belasting” (++) vertoonden de sterkste samenhang met zowel emotionele uitputting als depersonalisatie. Dus hoe hoger de werkdruk werd ervaren, hoe meer emotionele uitputting en depersonalisatie er werden gerapporteerd. Ook rolconflicten waren hiermee positief gecorreleerd: hoe meer rolconflicten men ervaarde op het werkterrein, hoe hoger de score voor emotionele uitputting en depersonalisatie. Meer gepercipieerde emotionele belasting ging eveneens gepaard met meer gevoelens van emotionele uitputting en depersonalisatie. De hulpbron “vaardigheidsbenutting” (-) was negatief gecorreleerd met emotionele uitputting en depersonalisatie. Meer vaardigheidsbenutting betekende minder emotionele uitputting en depersonalisatie. De belangrijkste correlaten van persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid waren “autonomie” (+) en “vaardigheidsbenutting” (“+” persoonlijke bekwaamheid, “++” bevlogenheid). Meer ervaren autonomie en vaardigheidsbenutting hingen samen met hogere mate van persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid. Deze voorgaande conclusies golden voor zowel artsen als verpleegkundigen. Artsen die meer “feedback” (+), een betere “arts-verpleegkundige relatie” (+) en meer “patiëntgerichte zorg” (+) ervaarden, bleken een hogere score te hebben op de dimensie “persoonlijke bekwaamheid”. Dit werd evenwel niet aangetoond bij de verpleegkundigen.

We kunnen dus concluderen dat “emotionele uitputting” telkens het meest verklaard werd door het model bestaande uit werkeisen en hulpbronnen. Meer specifiek werd er voor de totale groep 49,4% van de variantie verklaard in emotionele uitputting (respectievelijk 54,5% en 48,5% bij de artsen en verpleegkundigen). Daarop volgde depersonalisatie die voor 30,4% werd verklaard in de totale groep, 34,0% bij de artsen en 30,0% bij de verpleegkundigen. De modellen voor persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid vertoonden een nog lagere verklaarde variantie, met name 18,0% en 29,8% voor de totale groep, 24,7% en 29,5% bij de artsen en 16,9% en 30,8% bij de groep verpleegkundigen.

<sup>1</sup> “+” wijst op een positief verband, hoe hoger het aantal “+”, hoe sterker het verband

<sup>2</sup> “-” wijst op een negatief verband, hoe hoger het aantal “-”, hoe sterker het verband

Artsen en verpleegkundigen blijken dus slechts beperkt van elkaar te verschillen wat betreft risicofactoren voor burn-out.

#### 4.2.6 Gevolgen van burn-out en bevlogenheid voor het welzijn en werkgebonden gedrag

De belangrijkste gevolgen van burn-out en bevlogenheid worden weergegeven in tabel 13, alsook de sterkte en de richting van de correlatie d.m.v. een “+”<sup>3</sup> of een “-”<sup>4</sup>. Voor emotionele uitputting hadden ze vooral betrekking op het individueel welzijn. We vonden de sterkste relatie met psychische gezondheid (---), met daarop volgend psychosomatische klachten (+++) en fysieke gezondheid (---). Een hogere emotionele uitputting ging dus gepaard met een slechtere psychische en fysieke gezondheid en meer psychosomatische klachten. Ook observeerden we een matig positieve correlatie tussen emotionele uitputting en gedragingen zoals “medicatieverbruik” (++) , “absenteïsme” (+) en de sterkste positieve correlatie met “presenteïsme” (+++). Artsen en verpleegkundigen bleven niet enkel vaker thuis, maar bleken eveneens vaak te blijven werken wanneer ze emotioneel uitgeput waren. Verloopintentie op afdelings-, ziekenhuis- en beroepsniveau (++) was positief gecorreleerd met “emotionele uitputting”. Hoe meer emotionele uitputting men vertoonde, hoe minder men bereid was en zichzelf in staat achtte te werken tot 65 jaar (--). Er waren geen verschillen tussen artsen en verpleegkundigen. De dimensie “depersonalisatie” hing matig positief samen met bijna alle gerapporteerde klinische incidenten (+). Enkel bij artsen vonden we een matig positief verband tussen depersonalisatie en verloopintentie op afdelings-, ziekenhuis- en beroepsniveau (+). Net zoals bij de determinanten had de dimensie “emotionele uitputting” de sterkste samenhang met de gevolgen, met daarop volgend depersonalisatie. Emotionele uitputting en depersonalisatie correleerden evenwel met andere gevolgen.

We vonden dat bevlogen artsen en verpleegkundigen een betere fysieke (+) en psychische gezondheid (+) vertoonden. Bevlogenheid was eveneens sterk negatief gecorreleerd met verloopintentie op alle niveaus (artsen < verpleegkundigen) en positief met extra rolgedrag (+++). Bevlogen artsen en verpleegkundigen waren m.a.w. bereid extra taken op zich te nemen, die buiten hun takenpakket vallen. Bevlogen artsen en verpleegkundigen waren bereid en in staat te werken tot 65 jaar (++) .

We kunnen dus besluiten dat zowel emotionele uitputting als bevlogenheid onafhankelijk van elkaar samenhangen met dezelfde gevolgen, maar in omgekeerde richting.

<sup>3</sup> “+” wijst op een positief verband, hoe hoger het aantal “+”, hoe sterker het verband

<sup>4</sup> “-” wijst op een negatief verband, hoe hoger het aantal “-”, hoe sterker het verband

Dit wil m.a.w. zeggen dat het belangrijk is zowel preventiemaatregelen ter voorkoming van burn-out als maatregelen ter bevordering van bevlogenheid tegelijk te implementeren.

**Tabel 12: Belangrijkste determinanten van emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid**

	Emotionele uitputting			Depersonalisatie			Persoonlijke bekwaamheid			Bevlogenheid		
	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP
<b>Werkeisen</b>												
Werkdruk	+++	+++	+++	+	+	+						
Rolconflict	+	+	+	+	++	+						
Emotionele belasting	++	++	++	+	+	+						
<b>Hulpbronnen</b>												
Autonomie		-					+	+	+	+	+	
Feedback								+				
Vaardigheidsbenutting	-	-	-	-	-	-	+	+	+	++	++	++
Sociale steun collega's	-		-									
Relatie arts-VP								+			+	
Patiëntgerichte zorg								+				
<b>Persoonskenmerk</b>												
Hulpzoekend gedrag						-						

Legende:

VP = Verpleegkundige

“+” wijst op een positief verband, hoe hoger het aantal “+”, hoe sterker het verband

“-” wijst op een negatief verband, hoe hoger het aantal “-”, hoe sterker het verband

**Positief verband:** vb: Hoe hoger de werkdruk, hoe hoger de score op emotionele uitputting

**Negatief verband:** vb: Hoe lager de vaardigheidsbenutting, hoe hoger de score op emotionele uitputting

**Tabel 13: Belangrijkste gevolgen van burn-out en bevlogenheid**

	Emotionele uitputting			Depersonalisatie			Persoonlijke bekwaamheid			Bevlogenheid		
	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP
<b>Welzijn</b>												
Psychische gezondheid	---	---	---							+	+	+
Fysieke gezondheid	---	---	---							+	+	+
Aantal psychosomatische klachten	+++	+++	+++									
<b>Gedragingen</b>												
Medicatieverbruik	++	++	++									
Absenteïsme	+	+	+									
Presenteïsme	+++	+++	+++									
Valincidenten				+	+	+						
Nosocomiale infecties				+	+	+						
Medicatiefouten				+		+						
Klachten patiënt				+	+	++						
Decubitus					+							
Andere verwondingen				+	+	+						
Onverwacht overlijden				+	+	+						
<b>Attitudes</b>												
Verloopintentie afdeling	++	++	++		+					--	-	--

	Emotionele uitputting			Depersonalisatie			Persoonlijke bekwaamheid			Bevlogenheid		
	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP	Totaal	Arts	VP
Verloopintentie ziekenhuis	++	++	++		+			+		--	-	--
Verloopintentie beroep	++	++	++		+			+		---	-	---
Aanpassen werkuren	+++	+++	++							-		-
Extra rolgedrag										+++	++	+++
Bereid te werken tot 65 j	--	--	--							++	++	++
In staat te werken tot 65 j	--	---	--							++	++	+

Legende:

VP = Verpleegkundige

“+” wijst op een positief verband, hoe hoger het aantal “+”, hoe sterker het verband

“-” wijst op een negatief verband, hoe hoger het aantal “-”, hoe sterker het verband

**Positief verband:** vb: Hoe hoger de score op depersonalisatie, hoe hoger het aantal klinische incidenten

**Negatief verband:** vb: Hoe hoger de score op emotionele uitputting, hoe slechter de psychische en fysieke gezondheid

#### *4.2.7 Welke zijn de meest kwetsbare groepen in het kader van burn-out?*

Wat het voorkomen van burn-out betreft waren er geen significante verschillen tussen respondenten met variërende demografische karakteristieken. Het bleek dus m.a.w. niet zinvol om op basis van kenmerken zoals geslacht, leeftijd of familiale status risicogroepen te gaan bepalen onder het artsenkorps of binnen het team verpleegkundigen. Concreet heeft dit onderzoek aangetoond dat mannen en vrouwen evenveel burn-out symptomen vertoonden en dat ook de leeftijd en familiale situatie niet geassocieerd waren met het voorkomen van een burn-out. Ook het verschil tussen artsen en verpleegkundigen bleek niet significant te zijn. Wel geven de resultaten aan dat meer verpleegkundigen te kampen hadden met een burn-out (6,9% versus 5,4%) en dat meer artsen risico liepen op een burn-out (17,8% versus 12,4%). Ook het type specialisme of de afdeling waar men werkte, kon het voorkomen van een burn-out niet verklaren.

De reden hiervoor is, dat het vooral de werkkenmerken zijn die burn-out gaan verklaren en minder de kenmerken die eigen zijn aan de persoon zelf. Kwetsbare groepen kunnen dus eerder geïdentificeerd worden door de aanwezigheid van bepaalde cruciale jobkarakteristieken zoals een verhoogde werkdruk op een ziekenhuisafdeling, de confrontatie met verhoogde emotionele belasting tijdens het werk of ervaren rolconflicten. Deze kenmerken kunnen evenwel vaker voorkomen op specifieke afdelingen binnen het ziekenhuis. Bijgevolg vormen artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op dergelijke afdelingen met een hoge werkdruk, een hoge mate van emotionele belasting en veel rolconflicten, een risicogroep voor het ontwikkelen van een burn-out. Er dient dus speciale aandacht te gaan naar deze groep van werknemers.

## 5 Algemene conclusie

---

Voor de eerste maal werd een onderzoek gevoerd naar de prevalentie, risicofactoren en gevolgen van burn-out en bevlogenheid bij zowel artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen. Hiervoor werd in fase 1 een literatuurstudie en in fase 2 een survey bij 1198 artsen en 4635 verpleegkundigen uit 37 ziekenhuizen uitgevoerd.

De *literatuurstudie* beschrijft de definities van burn-out (Maslach e.a., 1986) en bevlogenheid (Schaufeli e.a., 2004), hoe dit kan worden gemeten aan de hand van respectievelijk de UBOS en de UBES en hoe men beide operationaliseert op basis van vastgelegde afkappunten. Ook worden prevalenties bij gezondheidswerkers (13%-41%) en bij Belgische artsen en verpleegkundigen weergegeven (Aiken e.a., 2012; Ferdinande e.a., 2011; Moors e.a., 2001). Hieruit blijkt dat deze cijfers sterk variëren en moeilijk te vergelijken zijn omwille van de verschillende meetmethodes, criteria en normscores. Er wordt ook duiding gegeven aan determinanten en gevolgen van burn-out en bevlogenheid en een theoretische kader ontwikkeld op basis van het Job Demands Resources model (Bakker & Demerouti, 2007). Jobkenmerken (bv. werkdruk), hulpbronnen (bv. autonomie) en persoonskenmerken (bv. bereidheid hulp te zoeken) worden als risicofactoren beschouwd en “individueel welzijn” (bv. fysieke gezondheid), “attitudes” (bv. verloopintentie) en “gedragingen” (bv. medicatieverbruik) als gevolgen. Tenslotte worden er preventiemaatregelen (d.i. primair, secundair, tertiair), zowel op individueel als organisatorisch niveau, beschreven. Deze literatuurstudie en het theoretische kader dienen dan als basis voor het onderzoek in fase 2.

Uit de *empirische studie* blijkt dat 6,6% met een burn-out te kampen heeft en dat 13,5% tot de risicogroep behoort. Er zijn geen significante verschillen tussen artsen en verpleegkundigen, maar meer verpleegkundigen hebben een burn-out (6,9% versus 5,4%), en meer artsen bevinden zich in de risicogroep (17,8% versus 12,4%). Ongeveer 60% van de totale steekproef rapporteert bevlogen te zijn. Door het gebruik van verschillende methodes zijn deze cijfers moeilijk te vergelijken met voorgaand Belgisch onderzoek. Hansez en collega's (2011) vonden een prevalentie van slechts 0,8% in de Belgische beroepsbevolking en de Europese RN4CAST studie (Aiken e.a., 2012) toonde aan dat 25% van de Belgische verpleegkundigen een hoge score had op emotionele uitputting (versus 31,1% in deze studie). Ferdinande e.a. stelden dat ongeveer 15% van de Belgische artsen (2008) en verpleegkundigen (2011), werkzaam op intensieve zorgen, emotionele uitputting vertoonde; respectievelijk 28% en 38% scoorde hoog voor depersonalisatie, en respectievelijk 43% en 32% scoorde hoog voor verminderde persoonlijke bekwaamheid. Het



huidige onderzoek toont een hogere prevalentie van emotionele uitputting, een lager voorkomen van depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. In de studie van Moors e.a. (2001) bij 2075 Vlaamse verpleegkundigen (oncologie, intensieve zorgen, algemene afdeling) scoorde ongeveer 28% hoog voor emotionele uitputting, 27% voor depersonalisatie, en 24% voor verminderde persoonlijke bekwaamheid. Een hoge score op de drie schalen werd door 8,4% gerapporteerd. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de prevalenties aangetoond in deze studie.

De belangrijkste determinanten van burn-out blijken de werkkenmerken “hoge werkdruk”, “hoge emotionele uitputting” en “rolconflicten” te zijn. De gevolgen voor burn-out situeren zich voornamelijk op het niveau van het individueel welzijn (d.i. verminderd lichamelijk, psychisch en psychosomatisch welzijn), het gedrag (d.i. toegenomen medicatieverbruik, absenteïsme, presenteïsme, klinische incidenten) en attitudes (d.i. meer verloopintentie, minder bereid en in staat zijn te werken tot 65 jaar). Een hoge mate van bevlogenheid hing dan weer samen met meer autonomie en vaardigheidsbenutting. De gevolgen van bevlogenheid waren: een goed fysieke en psychische gezondheid, een lagere verloopintentie en meer bereid of in staat zijn te werken tot 65 jaar. Deze resultaten bevestigen de determinanten en de gevolgen die werden aangetoond in voorgaand onderzoek (Schaufeli, 1990; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Salanova, 2007).

#### *Enkele kanttekeningen bij het onderzoek*

Omwille van de omvang van deze studie werd geselecteerd voor een cross-sectioneel design. Dit heeft wel als gevolg dat er geen causale verbanden kunnen worden gelegd. Toch weten we op basis van voorgaand onderzoek dat de aangetoonde correlaties ook oorzakelijk zijn.

Een gelegenheidssteekproef kan selectiebias veroorzaken. Dit betekent in deze context dat vragenlijsten mogelijk enkel werden ingevuld door de mensen die op het moment van de afname aanwezig waren in het ziekenhuis. Vooral de gezonde werknemers werden m.a.w. bereikt (d.i. “healthy worker effect”). Toch werd er in het kader van deze studie gepoogd alle werknemers te bevragen, aangezien het merendeel van de artsen en verpleegkundigen gedurende de studie toegang had tot de vragenlijst.

Om de representativiteit te waarborgen beoogden we een steekproef van 36 ziekenhuizen variërend qua type, omvang en regio (zie tabel 5). Deze doelstelling werd bereikt want de uiteindelijke steekproef bedroeg 37 ziekenhuizen (20%) en vertoonde de gewenste variabiliteit. De mediane respons van de 37 ziekenhuizen was 26,79% (Q1-Q3: 15,65%-44,71%), 24,48%(Q1-Q3:14,33%-45,02%) bij de artsen en 27,93% (Q1-Q3:13,59%-

33,01%) bij de verpleegkundigen. Ook de demografische karakteristieken (d.i. verdeling geslacht, leeftijd, regio) waren proportioneel vergelijkbaar met de algemene Belgische populatie van artsen en verpleegkundigen (Statistieken planningscommissie, 2009 & 2011).

## 6 Aanbevelingen

---

De significante risicofactoren van burn-out en beïnvloedende factoren van bevlogenheid uit de onderzoeksresultaten vormden de basis om maatregelen voor te stellen die bevlogenheid bevorderen en burn-out voorkomen. Er werd bewust voor deze gecombineerde aanpak gekozen aangezien de onderzoeksresultaten aantonen dat zowel bevlogenheid als burn-out een invloed uitoefenen op een brede range van gevolgen. We opteren ervoor om allereerst in te zoomen op maatregelen die bevlogenheid stimuleren. Bevlogenheid heeft in tegenstelling tot burn-out een gunstige invloed op gevolgen zoals gezondheid, blijfintentie en bereidheid/in staat zijn te werken tot 65 jaar. Vervolgens formuleren we maatregelen ter voorkoming van burn-out. Per risico- of beïnvloedende factor worden maatregelen voorgesteld op niveau van het beleid en het ziekenhuis en op individueel niveau. Bij sommige factoren worden enkel maatregelen voorgesteld op individueel of ziekenhuisniveau. Toch hebben deze maatregelen vaak ook implicaties voor het algemeen beleid, maar worden ze niet specifiek onder deze noemer vermeld. Tabel 14 (bijlage 3) geeft het gehanteerde raamwerk weer en een summier samenvatting van de aanbevelingen. Bijlage 3 biedt een uitbreiding van de voorgestelde maatregelen.

### 6.1 Maatregelen om bevlogenheid te bevorderen

De meest bepalende determinanten van bevlogenheid zijn vaardigheidsbenutting en autonomie. Ze vertonen bovendien ook een negatieve associatie met burn-out.

#### Vaardigheidsbenutting

Om de factor vaardigheidsbenutting te stimuleren is het belangrijk om een gedegen loopbaanbeleid op ziekenhuisniveau uit te werken en te voeren. Meer concreet gaat het over het nastreven van een goede person-job fit, het implementeren van functiedifferentiatie, het voeren van functioneringsgesprekken, het introduceren van carrièreplanning en het bieden van doorgroeiperspectieven (De Witte e.a., 2011; Zorgnet Vlaanderen, 2011).

#### Autonomie

Zowel in het design van functies als in de opvolging ervan dient de oefening gemaakt te worden in welke mate er autonomie en regelruimte ingebouwd kan worden. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen duidelijk benoemd te worden.

## 6.2 Maatregelen om burn-out te voorkomen

Samen met het stimuleren van bevlogenheid dient men ook burn-out te voorkomen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat werkdruk, rolconflict, emotionele belasting en sociale steun van collega's hiervoor de meest bepalende determinanten zijn. Er worden in het overzicht voor de factoren "werkdruk" en "emotionele belasting" maatregelen voorgesteld op het niveau van het beleid, het ziekenhuis en/of het individu. Het combineren van maatregelen op de verschillende niveaus geeft, zoals eerder werd aangegeven in de literatuurstudie, de beste resultaten.

### Werkdruk

#### Algemeen beleidsniveau

Naast maatregelen op individueel en ziekenhuisniveau moet er ook op algemeen beleidsniveau aandacht worden besteed aan het monitoren van werkdruk. Hierbij wordt vooral gedacht aan het genereren van oplossingen om het algemene bestaffingsprobleem aan te pakken. Een voor zich sprekende manier om werkdruk te verlagen is de omkadering verhogen. Investering zal initieel nodig zijn om latere verborgen kosten te voorkomen. Het beleid moet een voldoende grote omkadering voorzien om latere complicaties, zoals hoge werkdruk, burn-out, verlaagde kwaliteit te voorkomen (Aiken e.a., 2012).

#### Ziekenhuisniveau

De maatregelen op ziekenhuisniveau omvatten het invoeren of uitbreiden van de administratieve ondersteuning, het herbekijken van de mogelijkheden inzake werktijden, de werkduur en de wervingsstrategie. Om het bestaffingsprobleem aan te pakken is een geïntegreerde HR-aanpak essentieel (De Witte e.a., 2011; Nyssen e.a., 2010).

#### Individueel niveau

Deze maatregelen focussen voornamelijk op individuele opleidingen aangaande time- en stressmanagement voor zowel artsen als verpleegkundigen. Om specifiek voor de doelgroep efficiënt te zijn, dienen dergelijke cursussen gericht te zijn op de sector en mogen ze bijgevolg niet de louter algemene timemanagementtips bevatten (De Witte e.a., 2011).

### Rolconflict

Een tweede bepalende determinant voor burn-out is het rolconflict. De maatregelen op ziekenhuisniveau die hierbij van belang zijn, werden reeds hierboven aangehaald, nl.

door meer administratieve ondersteuning te voorzien vermindert men het rolconflict tussen uitvoering van zorggerichte taken en administratieve taken. Een maatregel voor het conflict inzake work-life balance is het bewaken van de werktijden en werkduur.

## Emotionele belasting

Een derde bepalende determinant voor burn-out is de emotionele belasting. Om de mate van emotionele belasting te monitoren kan men maatregelen voorstellen die zich op ziekenhuis- of individueel niveau situeren.

### Ziekenhuisniveau

Maatregelen om emotionele belasting in te dijken nemen verscheidende vormen aan. Voorbeelden zijn het invoeren van een mentorsysteem en coachingsteam (De Witte e.a., 2011). Daarnaast wordt voorgesteld om een ventilatiekwartier in te voeren, een verplicht centraal meldpunt in te richten voor feiten van agressie en ongewenst gedrag op het werk en om discrete toegang te voorzien tot een ombudspersoon of coach inzake psychosociale belasting (Wallace e.a., 2009).

### Individueel niveau

De maatregelen op individueel niveau focussen voornamelijk op individuele opleidingen aangaande assertiviteit of omgaan met eisende patiënten (De Witte e.a., 2011).

## Sociale steun van collega's

Een laatste bepalende determinant van burn-out is de ervaren sociale steun van collega's. Maatregelen hieromtrent situeren zich voornamelijk op ziekenhuisniveau. Hierbij wordt gedacht aan het invoeren van een back-up systeem bij confrontatie met eisende patiënten, het verkleinen van de afstand tussen artsen en verpleegkundigen, het bevorderen van teamvergaderingen en informele momenten en het invoeren van intervisiesessies over de afdelingen heen. Verder kan men bijkomende waardering geven voor extra inspanningen, zoals het vermelden van publicaties en speciale verdiensten.

## 6.3 Overkoepelende maatregelen

De hierboven besproken maatregelen werken in op één (of meerdere) cruciale determinant(en) van bevlogenheid en burn-out. Naast deze specifieke, gerichte maatregelen kunnen ook een aantal overkoepelende maatregelen worden voorgesteld. Op algemeen beleidsniveau kan gewerkt worden rond het stimuleren van een realistische beeldvorming

van het beroep en op schoolniveau rond het coachen van studenten wat jobkeuze of specialisatierichting betreft. Op ziekenhuisniveau kunnen deze het invoeren van een zorg- en medisch manager zijn, het organiseren van feedbacksystemen (peer reviews, 360° feedback, ...), het voeren van een leeftijdsbewust personeelsbeleid, het bekijken van de infrastructuur en het comfort van de lokalen, het betrekken van teams bij kwaliteitsprojecten en het creëren van een opvangstructuur na betrokkenheid bij klinische incidenten (De Witte e.a., 2011; Deneckere e.a., 2013; Seys e.a., 2012). Tot slot kunnen op individueel niveau sensibilisatiecampagnes gevoerd worden omtrent burn-out en gezonde levensstijl.

## 7 Bijlagen

---

### 7.1 Bijlage 1: Nederlandstalige poster

Ben je **uitgedoofd**?  
Heb je een **burnout**?  
Of ben je net erg **bevlogen**?



**Laat het ons weten!**

[www.be-at-work.be](http://www.be-at-work.be)

Een onderzoek naar bevlogenheid en burnout bij hulpverleners

Deelname aan dit onderzoeksproject is volledig gratis. Voor meer informatie kan u steeds een kijkje nemen op [www.be-at-work.be](http://www.be-at-work.be) en/of contact opnemen met Dr. Sofie Vandebroeck via [sofie.vandebroeck@med.kuleuven.be](mailto:sofie.vandebroeck@med.kuleuven.be) of 016/39.05.13.



## 7.2 Bijlage 2: Website: www.be-at-work.be

**Burnout - bevlogenheid**

Home Project Fases project Belang van preventie Referentiecijfers Praktisch Contacteer ons

**BEVLOGENHEID**

„Een positieve, werkgerelateerde psychische toestand die gekarakteriseerd wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie.”

(Schaufeli en Bakker 2004)

**In vuur en vlam ...**

Hoe voorkom je uit te doven?  
Een onderzoek naar bevlogenheid en burnout bij hulpverleners

“Artsen en verpleegkundigen ... de buitenwereld staat zich vaak blind op de ongenaakbare heersers van de gezondheidszorg. Leven en dood liggen vaak in hun handen. Een enkele beslissing kan een wereld van verschil maken en beïnvloedt rechtstreeks het leven van zowel de patiënt als diens omgeving. In moeilijke tijden fungeren ze vaak als laatste lichtpuntje. Maar wat als het lichtpunt van deze onoverwinnelijke goden zelf langzaam begint te doven? Wat als de ongenaakbare heerser opbost tegen de grenzen van het eigen bestaan?”

Hoe kunnen we de vlam van onze artsen en verpleegkundigen brandende houden? Door preventiemaatregelen uit te werken!

**Aanleiding onderzoeksproject**

Onderzoek van Groep IDEWE toonde aan dat ongeveer 22% van de werkende Vlaamse bevolking een burnout risico loopt op...

**Hoe deelnemen?**

Indien u interesse heeft om deel te nemen aan ons onderzoek kan u contact op nemen via ons [contactformulier](#).  
Voor verdere info kan u terecht bij dr. Sofie Vandenbroeck [sofie.vandenbroeck@med.kuleuven.be](mailto:sofie.vandenbroeck@med.kuleuven.be)  
Tel. 016/39.05.13

**Medewerkers**  
[Klik hier](#) voor een overzicht van de medewerkers aan dit project.

**Fases van het onderzoeksproject**

```
graph TD
    A[Uitvoering literatuurstudie] --> B[Rapportage - FOD]
    B --> C[Opmaak vragenlijst]
    C --> D[Contacteren en bezoeken ziekenhuizen]
    D --> E[Goedkeuring centrale en lokale ethische comités]
    E --> F[Maken van praktische afspraken]
    F --> G[Dataverwerking - statistische analyse]
    G --> H[Datacollectie - vragenlijstafname]
    H --> I[Gericht opzetten preventieve maatregelen mogelijk]
    I --> J[Terugkoppeling rapport met resultaten per ziekenhuis]

Binnen dit onderzoeksproject worden een aantal fases doorlopen.  
Welke stappen zijn hierbij specifiek van belang voor uw ziekenhuis?



- Indien uw ziekenhuis geïnteresseerd is om mee te werken met dit onderzoeksproject, kan u ons hiervan vrijblijvend op de hoogte brengen via sofie.vandenbroeck@med.kuleuven.be, 016/39.05.13 of via dit contactformulier.
- Een van onze medewerkers zal daarop ter plaatse komen om het onderzoeksproject toe te lichten.
- Indien het ziekenhuis aangeeft te willen deelnemen aan het onderzoek zal het ethisch comité van het ziekenhuis op de hoogte gebracht worden van het onderzoek.
- In navolging hiervan zal een uitvoeringsdocument worden opgemaakt waarin alle praktische afspraken worden opgesteld.
- Voorafgaand aan de afname van de vragenlijst zal het ziekenhuis de medewerkers sensibiliseren. De bedoeling hiervan is dat medewerkers voldoende overtuigd geraken van het nut van het invullen van de vragenlijst. Het ziekenhuis kan hiervoor gebruik maken van posters en flyers, die door ons ter beschikking worden gesteld.
- Afname van de vragenlijst is elektronisch en vindt plaats tussen mei 2012 en oktober 2012.
- Hierna zullen alle vragenlijsten van de deelnemende ziekenhuizen worden verwerkt.
- Elk deelnemend ziekenhuis zal een rapport ontvangen waarbij de resultaten van het eigen ziekenhuis vergeleken worden met de totale groep van participerende ziekenhuizen.



Hoe deelnemen?



Indien u interesse heeft om deel te nemen aan ons onderzoek kan u contact op nemen via ons contactformulier.  
Voor verdere info kan u terecht bij dr. Sofie Vandenbroeck sofie.vandenbroeck@med.kuleuven.be  
Tel. 016/39.05.13



Medewerkers  
Klik hier voor een overzicht van de medewerkers aan dit project.



Links  
Overzicht van enkele nuttige links.


```



## 7.3 Bijlage 3: Uitbreiding van de aanbevelingen

De significante risicofactoren van burn-out en beïnvloedende factoren van bevlogenheid uit de onderzoeksresultaten vormden de basis om maatregelen voor te stellen die bevlogenheid bevorderen en burn-out voorkomen. Er werd bewust voor deze gecombineerde aanpak gekozen aangezien de onderzoeksresultaten aantonen dat zowel bevlogenheid als burn-out een invloed uitoefenen op een brede range van gevolgen. We opteren ervoor om allereerst in te zoomen op maatregelen die bevlogenheid stimuleren. Bevlogenheid heeft in tegenstelling tot burn-out een gunstige invloed op gevolgen zoals gezondheid, blijfintentie en bereidheid/in staat zijn te werken tot 65 jaar. Vervolgens formuleren we maatregelen ter voorkoming van burn-out. Per risico- of beïnvloedende factor worden maatregelen voorgesteld op niveau van het beleid en het ziekenhuis en op individueel niveau. Bij sommige factoren worden enkel maatregelen voorgesteld op individueel of ziekenhuisniveau. Toch hebben deze maatregelen vaak ook implicaties voor het algemeen beleid, maar worden ze niet specifiek onder deze noemer vermeld. Tabel 14 geeft het gehanteerde raamwerk weer en een summier samenvatting van de aanbevelingen.

### 7.3.1 Maatregelen om bevlogenheid te bevorderen

De studie geeft weer dat voor bevlogenheid de meest bepalende determinanten vaardigheidsbenutting en autonomie zijn. Bovendien hebben deze factoren eveneens een negatieve associatie met burn-out.

#### Vaardigheidsbenutting

Om de factor vaardigheidsbenutting te stimuleren is het belangrijk om een gedegen loopbaanbeleid op ziekenhuisniveau uit te werken en te voeren. Meer concreet gaat het over het nastreven van een goede person-job fit, het implementeren van functiedifferentiatie, het voeren van functioneringsgesprekken en het introduceren van carrièreplanning en het bieden van doorgroeiperspectieven (De Witte e.a., 2011).

**Person-job fit:** Reeds bij de aanwerving moet men zich bewust zijn van het belang van realistische verwachtingen bij de job. Een misfit tussen de initiële verwachtingen en de realiteit heeft een aanzienlijke invloed op het ontwikkelen van een burn-out. Een belangrijke aanbeveling is dan ook om voldoende aandacht te besteden aan de jobinhoud en loopbaanplanning, ook tijdens de sollicitatieprocedure. Toets ook de verwachtingen van de medewerker en durf het aan te geven indien hierin een discrepantie schuilt met de realiteit.

Op lange termijn zal zowel de organisatie als de medewerker er baat bij hebben dat de medewerker die het best bij de organisatie past wordt aangeworven.

**Functiedifferentiatie:** Functiedifferentiatie houdt een analyse in van de opdrachten en taken die zich aandienen in een bepaald werkveld. In een tweede fase worden deze in logische pakketten opgedeeld en toegewezen aan functiehouders. Het schikken van opdrachten en taken leidt tot een functiestructuur die beantwoordt aan de meervoudige taakstelling in het verpleegkundige aandachtsgebied: patiëntenzorg, zorgmanagement, onderwijs, onderzoek en professionele ontwikkeling. Voornoemde analyse kan ook zorgen voor een taakherschikking (Zorgnet Vlaanderen, 2011).

**Functioneringsgesprekken:** Functioneringsgesprekken zijn het ideale forum voor medewerkers om hun toekomstideeën kenbaar te maken en deze te toetsen aan de visie van de leidinggevende. Bovendien kan een functioneringsgesprek duidelijkheid scheppen over de rol die men opneemt in de organisatie. Onduidelijkheid over rolopvattingen en rolverwachtingen en ook rolconflicten (bv. verpleegkundige die veel belang hecht aan de zorg voor de patiënt, maar het gevoel krijgt dit niet naar behoren te kunnen uitvoeren door de grote hoeveelheid administratief werk) kunnen hiermee worden gereduceerd. Vanuit de functioneringsgesprekken kunnen verdere stappen worden genomen, zowel op gebied van bijscholing en deskundigheidsbevordering als ten aanzien van loopbaanplanning, taakverruiming of taakwisseling. Tenslotte is het belangrijk om ook open te staan voor een apart carrièreplanninggesprek wanneer een medewerker hier om vraagt. Het stimuleren van een open-deur beleid is hiervoor een cruciale vereiste.

**Carrièreplanning en doorgroeiperspectieven:** Van bij de aanwerving dient er systematisch aandacht te worden besteed aan de loopbaanevolutie van medewerkers. Hierbij hoort een goede loopbaanplanning en -begeleiding. Naar verpleegkundigen toe zijn er voornamelijk horizontale toekomstperspectieven voorhanden, waar verticale vooruitzichten (bv. verpleegkundige die hoofdverpleegkundige wordt) eerder schaars zijn. Het is bijgevolg belangrijk om medewerkers een reëel zicht te bieden op mogelijke toekomstperspectieven en hen ook mede-eigenaar te maken van hun doorgroeitraject. Bij verpleegkundigen kan men zich bijvoorbeeld richten op de uitbouw van de expertise binnen een bepaald aspect van de job. Een verpleegkundige die bijvoorbeeld uitblinkt in wondzorg kan men benoemen en inzetten als expert waar collega's een beroep op kunnen doen.

## Autonomie

Naast de factor vaardigheidsbenutting blijkt autonomie een bepalende determinant te zijn voor bevlogenheid en heeft deze factor eveneens een negatieve associatie met burn-out.

Zowel in het design van functies als in de opvolging ervan dient de oefening gemaakt te worden in welke mate er autonomie en regelruimte kan ingebouwd worden. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen duidelijk benoemd te worden.

### 7.3.2 Maatregelen om burn-out te voorkomen

Samen met het stimuleren van bevlogenheid dient men ook burn-out te voorkomen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat werkdruk, rolconflict, emotionele belasting en sociale steun van collega's hiervoor de meest bepalende determinanten zijn.

## Werkdruk

De maatregelen die een invloed uitoefenen op de ervaren mate van werkdruk kunnen ingedeeld worden in drie niveaus, namelijk maatregelen op algemeen beleids-, ziekenhuis- en individueel niveau.

### Algemeen beleidsniveau

Naast maatregelen op individueel en ziekenhuisniveau moet er ook op algemeen beleidsniveau aandacht worden besteed aan het monitoren van werkdruk. Hierbij wordt vooral gedacht aan het genereren van oplossingen om het algemene bestaffingsprobleem aan te pakken. Een voor zich sprekende manier om werkdruk te verlagen is de omkadering verhogen. Investering zal initieel nodig zijn om latere verborgen kosten te voorkomen. Het beleid moet een voldoende grote omkadering voorzien om latere complicaties, zoals hoge werkdruk, burn-out, verlaagde kwaliteit te voorkomen (Aiken e.a. 2012).

### Ziekenhuisniveau

De maatregelen op ziekenhuisniveau omvatten het invoeren of uitbreiden van de administratieve ondersteuning, het herbekijken van de mogelijkheden inzake werktijden en werkduur en het herbekijken van de wervingsstrategie. Om het bestaffingsprobleem aan te pakken is een geïntegreerde HR-aanpak essentieel (De Witte e.a., 2011; Nyssen e.a., 2010).

**Administratieve ondersteuning:** Doorheen de jaren blijkt de werkbelasting door administratieve taken gestaag te zijn toegenomen. Deze administratieve taken komen

bovenop de zorgtaken en de kerntaken van de arts of verpleegkundige. Administratieve taken worden vaak gezien als een noodzakelijk kwaad en zijn zeker niet de zaken die zorgen voor werkvreugde of die motiverend werken. Administratieve ondersteuning waar mogelijk is bijgevolg aan te raden (De Witte e.a., 2011).

**Herbekijken van de mogelijkheden inzake werktijden en werkduur wat betreft voorspelbaarheid, flexibiliteit en begrenzing:** Binnen het zorgverlenende beroep blijken voorspelbaarheid en flexibiliteit inzake werktijden een heikel punt te zijn. Het nastreven van een evenwicht tussen het gezinsleven en het werk is nochtans een belangrijke voorwaarde om medewerkers te behouden en nieuwe medewerkers aan te trekken. Om dergelijk evenwicht te bevorderen, poneerden Nyssen e.a. (2010) een aantal aanbevelingen om zowel flexibiliteit als voorspelbaarheid inzake werktijden te optimaliseren. Deze aanbevelingen hebben een invloed op werkdruk maar werken ook in op autonomie. Mogelijke voorstellen die Nyssen e.a. (2010) aanhaalden zijn o.a.:

1. Uurroosters tijdig opmaken en deze minstens één maand op voorhand ter inzage beschikbaar stellen.
2. Uitwerken van een vervangingsprocedure om gekende afwezigheden (bv: opleiding) op te vangen.
3. Medewerkers toelaten hun voorkeur te uiten over verlofdagen en pauzes en deze voorkeur zoveel mogelijk in rekening brengen bij het opmaken van de uurroosters, mits eveneens in acht name van de regelgeving hieromtrent.
4. Uitwerking van een procedure voor eventuele omwisseling van personeel met toestemming van de betrokken personen.
5. Mogelijkheid tot deeltijds werken om langdurig en intensief contact met patiënten te doorbreken.
6. Mogelijkheden voor onbetaald verlof of geestelijke gezondheidsdagen inlassen als vrije dagen om bij te komen van uitzonderlijke inspanningen.

Naast voorspelbaarheid en flexibiliteit inzake werktijden moet er eveneens structureel aandacht zijn voor begrenzing van overmatig werken. Dit kan door een duidelijk begrensd urensysteem, maar ook door een goede taakafbakening in overleg met de betrokkene. Werkijdverantwoording door een goede registratie van werktijden en vakanties om teveel overwerken tegen te gaan, kan de basis vormen om tijdig overuren te laten compenseren.

**Herbekijken van de wervingsstrategie:** Voldoende bestaffing van het medisch en verpleegkundig corps is van groot belang om de werkdruk die steeds hoger blijkt te liggen in

te dijen. Het is echter geen geheim dat het aanwerven en behouden van artsen en verpleegkundigen een uitdaging vormt waar ieder ziekenhuis mee geconfronteerd wordt. Er heerst schaarste op de arbeidsmarkt waardoor bepaalde vacatures soms maanden openstaan en de reeds aanwezige verpleegkundigen en artsen deze overdruk dienen op te vangen (De Witte e.a., 2011).

Om aan het bestaffingsprobleem het hoofd te bieden moet men zich richten op een integrale aanpak waarbij zowel aspecten van aanwerving als behoud van medewerkers gecombineerd worden. Maatregelen die zich richten op het behouden van medewerkers werden hierboven uitgewerkt, nl. bij het gedeelte omtrent vaardigheidsbenutting. Bijkomstig kan men zich ook richten op het verloningsbeleid en het ziekenhuisimago.

### Individueel niveau

**Opleiding stress- en timemanagement:** Jones e.a. (1988) toonden aan dat stressmanagementinterventies zowel een positieve invloed hebben op de medici als op de patiënt. Er werd aangetoond dat er een sterke relatie is tussen een stresserende werkplek en het risico op slechte praktijken in ziekenhuizen. Zij stelden een sterke reductie vast in fouten met medicatie en klachten over slechte praktijken na de invoering van stressmanagementprogramma's.

De maatregelen op individueel niveau focussen voornamelijk op individuele opleidingen aangaande timemanagement en stressmanagement voor zowel artsen als verpleegkundigen. Om evenwel specifiek voor de doelgroep efficiënt te zijn, dienen dergelijke cursussen gericht te zijn op de sector en mogen ze bijgevolg niet de louter algemene timemanagementtips bevatten (De Witte e.a., 2011).

### Rolconflict

Een tweede bepalende determinant voor burn-out, naast werkdruk, is rolconflict. De maatregelen op ziekenhuisniveau die hierbij van belang zijn, werden reeds hierboven aangehaald, nl. door meer administratieve ondersteuning te voorzien vermindert men het rolconflict tussen uitvoering van zorggerichte taken en de administratieve taken. Een maatregel voor conflict inzake work-life balance is het in het oog houden van de werktijden en werkduur zoals hierboven uitgewerkt.

## Emotionele belasting

Een derde bepalende determinant voor burn-out is emotionele belasting. Om de mate van emotionele belasting te monitoren kan men maatregelen voorstellen die zich op individueel niveau of op ziekenhuisniveau situeren.

### Ziekenhuisniveau

Maatregelen op ziekenhuisniveau om emotionele belasting in te dijken, nemen verscheidende vormen aan. Hierbij wordt gedacht aan het invoeren van een mentorsysteem en een coachingsteam. Daarnaast wordt voorgesteld om een ventilatiekwartier in te voeren, een verplicht centraal meldpunt in te richten voor feiten van agressie en ongewenst gedrag op het werk en om discrete toegang te voorzien tot een ombudspersoon of coach inzake psychosociale belasting.

**Invoering van een mentorsysteem en een coachingsteam:** Binnen het onthaalbeleid moet aandacht geschonken worden aan de manier waarop nieuwe medewerkers worden ondersteund. Maar de invoering van een mentorsysteem en coachingsteam is ook een laagdrempelige manier voor huidige medewerkers om werkgerelateerde aspecten te bespreken en ondersteuning te vinden bij emotioneel belastende gebeurtenissen. Een coachingsteam bestaat uit artsen en verpleegkundigen over de verschillende disciplines heen die gecontacteerd kunnen worden wanneer een collega arts of verpleegkundige problemen ervaart met bepaalde deelgebieden van het werk. Inoefenen van bepaalde technieken, communicatiemethodieken, ... kunnen hierbij aan bod komen (De Witte e.a., 2011).

**Invoering ventilatiekwartier of time-out:** De aard van het beroep vereist veelvuldig contact met patiënten en derden. Indien dit veelvuldig contact een constante vormt waaraan geen ontsnappen mogelijk is, kan dit een bijzonder belastende factor zijn. Vaak volstaat het om de continue vraag naar contacten met patiënten/derden kortstondig te kunnen doorbreken, door zich zowel psychisch als fysisch af te zonderen. Even, zowel met gedachten als ruimtelijk weg zijn van de patiënten/derden. Vandaar wordt er aanbevolen om, liefst per dienst, een ruimte te voorzien die afgescheiden ligt van patiënten/bezoekers, waar men kortstondig de zinnen kan verzetten en tot rust kan komen.

**Verplicht centraal meldpunt voor feiten van agressie, ongewenst gedrag op het werk:** Een ervaring van bedreiging of agressie kan erg belastend zijn voor medewerkers en een onveilig gevoel creëren. Door deze feiten zichtbaar te maken en de nodige begeleiding te voorzien laat het ziekenhuis haar betrokkenheid zien en toont ze dat deze feiten

ontoelaatbaar zijn en niet als normaal beschouwd worden. Vertrouwenspersonen of preventieadviseurs kunnen hiervoor aanspreekpunten zijn.

**Mogelijkheid tot discrete toegang eigen ombudspersoon of coach inzake psychosociale belasting:** Daarnaast kan een discreet intern aanspreekpunt waarbij artsen en verpleegkundigen terecht kunnen om ruimere psychosociale problemen te bespreken, buiten de hiërarchie, om ondersteunend zijn (De Witte e.a., 2011). De mogelijkheid inbouwen om zich op een anonieme manier in vertrouwen tot een interne coach of cel psychosociaal welzijn te richten, waarbij een kortdurende begeleiding of een ondersteunend gesprek kan gevraagd worden inzake burn-outpreventie, kan zorgen voor een vroegtijdige opsporing van een risicogroep en kan ondersteunend werken. In Engeland, Canada en de US wordt reeds specifieke ondersteuning voorzien in de vorm van online-ondersteuning, gratis vertrouwelijke ombudspersonen, specifieke programma's voor gezondheidsbevordering voor artsen en verpleegkundigen, toegang tot educatief materiaal (Wallace e.a., 2009).

#### Individueel niveau

**Opleiding assertiviteit of omgaan met eisende patiënten:** Op individueel niveau kan men zich o.a. richten op het volgen van een cursus assertiviteit of omgaan met veeleisende patiënten. Zowel artsen als verpleegkundigen komen veelvuldig in contact met patiënten, familieleden of derden, wat de emotionele belasting gevoelig kan verhogen. Ondersteuning m.b.t. omgaan met 'veeleisende patiënten en eventuele anderen' in de vorm van een opleiding, gevolgd door periodieke opfrissingscursussen zijn gewenst (De Witte e.a., 2011).

#### Sociale steun van collega's

Een laatste bepalende determinant van burn-out is de ervaren sociale steun van collega's. Maatregelen hieromtrent situeren zich voornamelijk op ziekenhuisniveau. Hierbij wordt gedacht aan het invoeren van een back-up systeem bij confrontatie met eisende patiënten, het verkleinen van de afstand tussen artsen en verpleegkundigen, het bevorderen van teamvergaderingen en informele momenten en het invoeren van intervisiesessies over de afdelingen heen. Verder kan men bijkomende waardering geven voor extra inspanningen, zoals het vermelden van publicaties en speciale verdiensten.

**Invoeren back-up systeem:** Wanneer een medewerker geconfronteerd wordt met een veeleisende situatie zou men idealiter een beroep moeten kunnen doen op een back-up systeem waarbij de medewerker de kans krijgt om zich te laten ondersteunen door collega's. Het hebben van een dergelijk systeem op zich zou de medewerker een geruststellend gevoel

moeten geven: “Indien ik in een veeleisende situatie kom, sta ik er niet alleen voor en wordt de verantwoordelijkheid onder meerdere collega’s gedeeld.” De praktische uitvoering van dergelijk back-up systeem zal ziekenhuis-afhankelijk zijn. Vaak zal het reeds volstaan dat een collega gevraagd kan worden voor ondersteuning. Belangrijke vereiste bij dit back-up systeem is dat dit voorafgaandelijk uitvoerig met het team wordt besproken. Voor de praktische regeling kan best ook de expertise van het team gebruikt worden. Ten allen tijde moet duidelijk zijn hoe het systeem georganiseerd wordt, zodat het op een kritiek moment snel en efficiënt in werking kan treden. Verder moet men er eveneens op toezien dat men het systeem op regelmatige basis evalueert (bv. tijdens teamoverleg), zodat hiaten in het systeem verholpen worden.

**Afstand tussen artsen en verpleegkundigen verkleinen:** De aard van het beroep vereist veelvuldige afstemming en samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het bevorderen en optimaliseren van deze onderlinge contacten is een must. Een mogelijke piste is het organiseren van gezamenlijke activiteiten die kaderen binnen de werkcontext en focussen op gedeelde problematieken. Een opleiding ‘omgaan met eisende patiënten’ kan bijvoorbeeld georganiseerd worden voor artsen en verpleegkundigen samen. Ideeën, casestudies, ... kunnen gedeeld en besproken worden, wat de onderlinge afstemming bevordert.

**Bevorderen van teamvergaderingen en informele momenten:** Afstemmingsmomenten tussen directe collega’s binnen eenzelfde team zijn de meest laagdrempelige manier om ervaren problemen bespreekbaar te maken en onderling van ideeën te wisselen. Bovendien stimuleert het de zelfredzaamheid van het team, wat een positief effect heeft op een ervaren competentiegevoel en autonoom handelen.

**Intervisiesessies over de afdelingen heen:** Naast teamvergaderingen waarbij collega’s van eenzelfde afdeling van ideeën wisselen, wordt eveneens aanbevolen om de onderlinge communicatie tussen afdelingen te bevorderen. Onderlinge communicatie tussen afdelingen biedt een uitgelezen kans om niet alleen moeilijke situaties, maar ook good practices met elkaar te delen en de onderlinge afstemming te vergroten. Bovendien is het een opportuniteit om topics te bespreken die moeilijk liggen binnen de eigen afdeling. Hierover met een relatieve buitenstaander kunnen praten, levert een eerste en relatief veilige uitlaatklep. De praktische regeling van de intervisiesessies zal ziekenhuis-afhankelijk zijn. Er moet allereerst bepaald worden welke afdelingen in een soort solidariteits-as zetelen. Verder zijn er twee mogelijkheden. Indien er vanuit een afdeling een algemene vraag komt, kan men een vergadering beleggen waarbij de beide afdelingen uit de solidariteits-as (of enkele afgevaardigden hiervan) aanwezig zijn. Indien een medewerker een individuele vraag heeft,



kan deze zich wenden tot een collega uit de andere afdeling. Indien de collega niet meteen een antwoord kan genereren, kan deze de vraag alsnog voorleggen op zijn eigen teamvergadering om daarna een terugkoppeling te geven aan de vragende partij.

**Waardering voor extra inspanningen:** De inspanningen die de aard van het beroep met zich meebrengen, vragen een grote mate van engagement en inzet. De energie die men dient op te brengen is groot, waarmee het gevoel van waardering te krijgen voor deze inspanningen niet altijd recht evenredig is. Naast het meer klassieke ‘schouderklopje’ en de meer formele evaluatiemomenten/functioneringsmomenten, waarbij het geven van waardering zijn plaats kan krijgen, zijn er andere mogelijkheden om waardering voor de inspanningen te tonen. Denken we hierbij aan bijvoorbeeld het ‘in the picture zetten’ van speciale verdiensten, publicaties, ... via kanalen zoals intranet, ziekenhuismagazine, ... (De Witte e.a., 2011; Nyssen e.a., 2010).

### *7.3.3 Overkoepelende maatregelen*

De hierboven besproken maatregelen werken in op één (of meerdere) cruciale determinant(en) van bevlogenheid en burn-out, nl. vaardigheidsbenutting, autonomie, werkdruk, rolconflict, emotionele belasting en sociale steun van collega's. Naast deze specifieke, gerichte maatregelen kunnen ook een aantal overkoepelende maatregelen worden voorgesteld. Hierbij wordt op individueel niveau gedacht aan sensibilisatiecampagnes omtrent burn-out en sensibiliserend werken rond gezonde levensstijl. Op ziekenhuisniveau wordt gedacht aan het invoeren van een zorg- en medisch manager, het organiseren van feedbacksystemen (peer reviews, 360° feedback, ...), het voeren van een leeftijdsbewust personeelsbeleid, het bekijken van de infrastructuur en het comfort van de lokalen, het betrekken van teams bij kwaliteitsprojecten en het creëren van een opvangstructuur na betrokkenheid bij klinische incidenten. Tot slot kan er op algemeen beleidsniveau gewerkt worden rond het stimuleren van een realistische beeldvorming van het beroep en op schoolniveau rond het coachen van studenten wat jobkeuze of specialisatierichting betreft.

#### *Algemeen beleidsniveau*

**Positieve, doch realistische beeldvorming van het beroep stimuleren:** Onrealistische verwachtingen omtrent het beroepsleven is een vaak terugkomende factor die vanuit de literatuur sterk gelinkt blijkt aan een hoog risico op burn-out. Bijgevolg is het belangrijk om de beeldvorming omtrent het beroep van arts en verpleegkundige zo realistisch mogelijk te houden. Toekomstige artsen en verpleegkundigen moeten zo vroeg

mogelijk een correct beeld krijgen van wat het beroep juist inhoudt. Praktijkervaring treedt meestal pas in voege tijdens de latere stadia van de opleiding, waardoor de realiteitshock zich pas later voordoet. Voornamelijk studenten geneeskunde zijn reeds een aantal jaren bezig met hun opleiding wanneer ze merken dat de uitvoering van het beroep anders is dan wat ze zich voorstelden. Specifiek bij deze groep studenten kan het gevoel zich voordoen dat er geen weg meer terug is. Het belang van vroegtijdige praktijkervaring dient hierbij opgemerkt te worden, maar ook de rol van de media inzake beeldvorming van het beroep valt niet te onderschatten.

**Coachen van studenten wat jobkeuze of specialisatierichting betreft:** Reeds op schoolniveau begint de eerste oriëntering van studenten geneeskunde en verpleegkunde waarbij belangrijke specialisatierichtingen ingeslagen worden. Om op een degelijke manier deze keuze te kunnen maken, is het belangrijk dat hier voldoende duiding aan wordt gegeven en eveneens voorzien wordt in begeleiding. Het volgen van stages is een eerste en goede manier om de werkcontext te kunnen inschatten en om een afweging te kunnen maken of dit al dan niet de juiste richting is voor de student. Naast het volgen van stages is het aangewezen om ook nog coaching te organiseren, waarbij mee gekeken wordt naar de person-job fit en bijkomend advies kan worden gegeven.

#### Ziekenhuisniveau

**Invoeren zorg- en medisch manager:** Gezien de proporties die sommige ziekenhuizen aannemen, is het niet eenvoudig om communicatielijnen direct te laten verlopen en medewerkers te voorzien van veel inspraakmogelijkheden. Hoewel de vaak logge structuur van ziekenhuizen geenszins ideaal is om communicatie en inspraak te faciliteren, is het toch essentieel om een communicatiebeleid op te zetten waarbij rekening wordt gehouden met maximale inspraakmogelijkheden zonder de dagelijkse werking te hinderen. Mogelijke oplossingen om deze inspraak te verlenen bestaan in het doorvoeren van een kanteling van de ziekenhuisstructuur, waarbij gewerkt wordt met zorgclusters – geclusterd volgens pathologiegerelateerde disciplines – die door een zorg- en medisch manager aangestuurd worden. Dergelijke zorg- en medisch manager vervult een brugfunctie tussen enerzijds de directie en anderzijds de artsen en verpleegkundigen. Het is de taak van de zorg- en medisch manager om enerzijds de belangen van de artsen en verpleegkundigen te verdedigen bij het management en anderzijds de organisatiebelangen te vertalen naar de artsen- en verpleegkundigengroep (De Witte e.a., 2011).

**Organiseren feedbacksystemen (via peer reviews, 360° feedback):** Het verkrijgen van waardering, de opvolging van functioneren, het vroegtijdig herkennen van stresssignalen

bij collega's, ... zijn allemaal aspecten waarbij ondersteuning vanuit de directe omgeving van de medewerker soelaas kan bieden. Om de vinger aan de pols te houden en om optimaal gebruik te maken van de mogelijke communicatiekanalen wordt aangeraden om feedbacksystemen te organiseren via peer reviews en 360°-feedbacksystemen. Het geven van directe feedback op een constructieve wijze moet geactiveerd en in stand gehouden worden. De HR-afdeling kan hiertoe zijn steentje bijdragen door dit proces te faciliteren en door informatie te geven over hoe men op een constructieve wijze feedback kan verlenen (De Witte e.a., 2011).

**Leeftijdsbewust personeelsbeleid:** Vergrijzing van de bevolking dwingt enerzijds medewerkers om langer aan de slag te blijven en anderzijds werkgevers om bewust om te gaan met en actief te anticiperen op langer aan de slag houden van medewerkers. Het voeren van een leeftijdsbewust personeelsbeleid (CAO 104) staat niet op zichzelf, maar dient verweven te zitten in het globale personeelsbeleid. Ook het creëren van seniorfuncties en juniorfuncties, waarbij seniorfuncties mee kunnen ingezet worden bij de begeleiding van juniorfuncties, kan het retentiebeleid versterken.

**Bekijken van de infrastructuur en het comfort van de lokalen:** De omgeving waarbinnen men moet functioneren heeft een impact op de beleving. De infrastructuur moet hierdoor aangepast worden aan de eisen die het werk stelt. Binnen de ziekenhuiscontext zijn enkele aanbevelingen, die door Nyssen e.a. (2010) werden voorgesteld, op hun plaats. Deze aanbevelingen richten zich op een goede uitvoering van het werk, maar hebben eveneens impact op het bevorderen van sociale steun.

Ruimte die uitsluitend dienst doet als vergaderzaal waarbij verpleegkundigen en/of artsen met elkaar kunnen interageren.

Ruimte die voorzien wordt met het oog op besprekingen met familie van patiënten/derden zodat op een vertrouwelijke wijze delicate informatie kan uitgewisseld worden.

**Het betrekken van teams in kwaliteitsverbeterprojecten gericht op het verbeteren van organisatie van zorgprocessen (zoals zorgpaden):** Uit recent onderzoek blijkt dat teams betrokken bij kwaliteitsverbeterprojecten, gericht op het verbeteren van de organisatie van zorgprocessen zoals zorgpaden, significant beter scoren op parameters als conflict management, teamklimaat voor innovatie en het niveau van zorgorganisatie. In een zorgpad wordt de organisatie van de zorg voor een bepaalde groep patiënten duidelijk omschreven en gestroomlijnd op basis van onder andere klinische expertise en patiëntenverwachtingen. Een stappenplan verduidelijkt de diverse rollen en taken van het interprofessionele team gedurende het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis. Dat moet

leiden tot een betere samenwerking en een verhoogde veiligheid van de patiënt. Leden van deze teams hebben minder last van emotionele vermoeidheid en voelen zich competenter om hun job uit te oefenen. Hierdoor verlaagt het risico op een burn-out significant (Deneckere e.a., 2013).

**Het opzetten van een opvangstructuur op organisatie niveau, voor het ondersteunen van zorgverleners na een klinisch incident:** Uit onderzoek blijkt dat 1 op 7 patiënten betrokken is bij een klinisch incident. Een klinisch incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden. Wanneer er in de gezondheidszorg een klinisch incident plaatsvindt, is er echter meer dan één slachtoffer. Ook de zorgverlener heeft vaak moeite om deze traumatische gebeurtenis te verwerken. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de kans op burn-out verdubbeld na betrokkenheid bij een klinisch incident. Het is daarom van groot belang om op organisatorisch niveau opvangstructuren te voorzien om zo nieuwe incidenten te vermijden en het minder goed functioneren of zelfs uitvallen van de zorgverlener te voorkomen (Seys e.a., 2012).

#### Individueel niveau

Uit een lers onderzoek (Uallachain, 2008) blijkt dat 30% van de artsen zelf geen dokter bezocht had in de afgelopen 5 jaar, 65% zich niet in de mogelijkheid bevond om bij ziekte thuis te blijven, 92% zich zelf de nodige medicatie voorschreven had en 49% aangaf dat ze hun eigen gezondheid dreigden te verwaarlozen. Uit onderzoek (Arnetz, 2001) blijkt ook dat artsen zelf niet snel hulp zoeken of zich medisch laten begeleiden als het over hun eigen gezondheid gaat. Sensibilisatiecampagnes omtrent 'gezondheid, zelfzorg, bevlogenheid en de keerzijde ervan' lijken essentieel te zijn om als organisatie erkenning te geven aan het belang van een goede gezondheid van de artsen en verpleegkundigen, en dit zowel in het belang van de persoon zelf als in het belang van de patiënt en de kwaliteit van de patiëntenzorg (Dewitte e.a, 2011).

**Sensibilisatiecampagnes omtrent burn-out en zelfzorg:** Enerzijds wordt via campagnes het onderwerp bespreekbaar gemaakt en anderzijds geeft men rechtstreeks erkenning aan de zwaarte van de job. Bovendien kan een gedragsverandering enkel bekomen worden indien er voldoende bewustwording gecreëerd wordt omtrent de thematiek.

**Tabel 14: Samenvattende tabel aanbevelingen**

	ALGEMEEN BELEIDSNIVEAU	ZIEKENHUISNIVEAU	INDIVIDUEEL NIVEAU
<b>BEVLOGENHEID VERSTERKEN</b>			
<b>Vaardigheidsbenutting</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Person-job fit</li> <li>- Functiedifferentiatie</li> <li>- Functioneringsgesprekken</li> <li>- Carrièreplanning en doorgroeiperspectieven</li> </ul>	
<b>Autonomie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zie functiedifferentiatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zie functioneringsgesprekken en functiedesign</li> </ul>
<b>BURN-OUT VOORKOMEN</b>			
<b>Werkdruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investering in omkadering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratieve ondersteuning</li> <li>- Werktijden en werkduur</li> <li>- Wervingsstrategie (verloningsbeleid, ziekenhuisimago)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opleiding timemanagement en stressmanagement</li> </ul>
<b>Rolconflict</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratieve ondersteuning</li> <li>- Werktijden en werkduur</li> </ul>	
<b>Emotionele belasting</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentorsysteem en coachingsteam</li> <li>- Ventilatiekwartier of time-out</li> <li>- Centraal meldpunt voor feiten van agressie en ongewenst gedrag</li> <li>- Ombudspersoon of coach inzake</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opleiding assertiviteit of omgaan met eisende patiënten</li> </ul>

	ALGEMEEN BELEIDSNIVEAU	ZIEKENHUISNIVEAU	INDIVIDUEEL NIVEAU
<b>Sociale steun van collega's</b>		psychosociale belasting - Back-up systeem - Afstand tussen artsen en verpleegkundigen verkleinen - Teamvergaderingen en informele momenten - Intervisiesessies over afdelingen heen - Waardering extra inspanningen	-
<b>OVERKOEPELENDE MAATREGELEN</b>			
<b>Verschillende determinanten</b>	- Realistische beeldvorming - Coaching studenten ivm jobkeuze of specialisatierichting	- Zorg- en medisch manager - Feedbacksystemen - Leeftijdsbewust personeelsbeleid - Infrastructuur en comfort lokalen - Het betrekken van teams in kwaliteitsverbeteringstrajecten zoals zorgpaden - Opvangstructuur na klinische incidenten	- Sensibilisatiecampagne burn-out

## 8 Referenties

---

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 20; 344: e1717.

Ashill, N.J., & Rod, M. (2011). Burn-out processes in non-clinical health service encounters. *Journal of Business Research*, 64, 1116-1127.

Awa, W.L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burn-out prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.

Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources Model. State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

Bakker, A.B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burn-out and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104.

Bakker, A., Schaufeli, W., & van Dierendonck, D. (2000). Burn-out: prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In: I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli, & T. Taris (Red.). *Psychische vermoeidheid en werk*. (p65-82). Alphen aan den Rijn: NWO/Samsom.

Deckard, G., Meterko, M., & Field, D. (1994). Physician Burn-out: An Examination of Personal, Professional, and Organizational Relationships. *Medical Care*, 32(7), 745-754.

Demerouti, E., Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., & Hox, J. (2009). Present but sick : a three-wave study on job demands, presenteeism and burn-out. *Career Development International*, 14(1), 50-68.

Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care and lower risk of burn-out in acute healthcare teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51 (1), pp. 99-107.

Duquette, A., K rouac, S., Sand, B.K., Saulnier, P., & Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en g riatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257-278.

De Brouwer, B., Hendriks, J., van der Peet, R., Hollands, L., & de Jong, N. (2009). Onderzoek in Nederlandse verpleeghuizen. Concept 'Magneetinstelling' meetbaar. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 6, 26-30.

De Witte, K., Eecklo, K., Vleugels A. (2011). Arts in het ziekenhuis, een HR-perspectief. Leuven: Lannoo Campus.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burn-out in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 7-14.

Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burn-out syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482-488.

Ferdinande, P., Oosterlynck, B., Waets, P., Reper, P., Sottiaux, T., Dama, P., Biarent, D., & Huyghens, L. (2011). Quality of Life of Intensive Care Nurses in Belgium. Unpublished manuscript, KU Leuven, Leuven, Belgium.

Gerdes, J., Kahol, K., Smith, M., Leyba, M.F., & Ferrara, J.J. (2008). Jack Barney award: the effect of fatigue on cognitive and psychomotor skills of trauma residents. *The American Journal of Surgery*, 196 (6), pp. 813–820.

Geurts, S., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Dikkers, J.S.E., Van Hooff, M.L.M., & Kinnunen, U.M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319-339.

Gundersen, L. (2001). Physician Burn-out. *Annals of Internal Medicine*, 135(2), 145-148.

Halbesleben, J.R.B., & Rathert, C. (2008). Linking physician burn-out and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Review*, 33(1), 29-39.

Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braeckman, L. (2010). Onderzoek naar burn-out bij de Belgische beroepsbevolking : samenvatting van het eindverslag.

Hansez, I. (2010). Study about burn-out prevalence in Belgium. Forum 'Investing in well-being at work – addressing psychosocial risks in time of change', Belgium Presidency of the EU & European Commission, Brussels, 23 November 2010.

Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., Kacenenbogen, N., Offermans, A., Pierart, J., & Kohn, L. (2011). Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. KCE reports 165 A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



Jones J.W., Barge B.N., Steffy B.D., Fay L.M., Kunz L.K., Wuebker L.J. (1988). Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*, 73, pp. 727–35.

Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job-demands-resources, burn-out and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709-722.

Kant, I.J., Jansen, N.W.H., Van Amelsvoort, L.G.P.M., Mohren, D.C.L., & Swaen, G.M.H. (2004). Burn-out in de werkende bevolking. Resultaten van de Maastrichtse Cohort Studie. *Gedrag en Organisatie*, 17(1), 5-17

Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 365-378.

Laschinger, H.K.S., & Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.

Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burn-out. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burn-out Inventory: Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moors, K., Symons, C., Van Der Meeren, E., De Witte, K., & Evers, G. (2001). Burn-out bij Vlaamse verpleegkundigen. *Onderzoeksrapport*, KU Leuven, Leuven.

Nahrgang, J.D., Morgeson, F.P., & Hofmann, D.A. (2011). Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burn-out, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71-94.

Nyssen, A.S., G rimont, C., Bidee, J., Hansez, I., & Pepermans, R. (2010). Goede Praktijken aangaande de Fysieke en Psychologische Werkomstandigheden van het Verpleegkundig Beroep: Resultaten van de Studie "Verpleegkundige Ergonomie 2009-2010". *FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*, pp. 1-68.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Work Characteristics and Sickness Absence in Burn-out and Nonburn-out Groups: A Study of Swedish Health Care Workers. *International Journal of Stress Management*, 15(2), 153-172.

Prins, J.T., Hoestra-Weebers, J.E.H.M., Gazendam-Donofrio, S.M., Dillingh, G.S., Bakker, A.B., Huisman, M., Jacobs, B., & van der Heijden, F.M.M.A. (2010). Burn-out and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*, 44, 236-247.

Proost, K., De Witte, H., De Witte, K., & Evers, G. (2004). Burn-out among nurses: extending the job demand-control-support model with work-home interference. *Psychologica Belgica*, 44(4), 269-288.

Ringrose, R., Houterman, S., Koops, W., & Oei, G. (2009). Burn-out in medical residents: A questionnaire and interview study. *Psychology, Health & Medicine*, 14(4), 476-486.

Schaufeli, W. (1990). *Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burn-outsyndroom*. Rotterdam: Donker.

Schaufeli, W., & Bakker, A.B. (2004a). Job demands, job resources, and their relationships with burn-out and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

Schaufeli, W., & Bakker, A.B. (2004b). Bevlogenheid: een begrip gemeten. *Gedrag en Organisatie*, 17, 89-112.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2007). Burn-out en bevlogenheid. In: W. B. Schaufeli, & A. Bakker (Eds). *De psychologie van arbeid en gezondheid. Deel V*, p. 341-358.

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burn-out companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor and Francis.

Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner, & D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in Social Issues in Management (Volume 5). Managing Social and Ethical Issues in Organizations*. (p135-177). Greenwich: Information Age Publishers.

Schaufeli, W.B., Taris, T., & Houtman, I. (2000). Algemene samenvatting en conclusies. In: I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli, & T. Taris (Red.). *Psychische vermoeidheid en werk*. (p.9-17). Alphen aan den Rijn: NWO/Samsom.

Schaufeli, W., & van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burn-out Schaal: Handleiding*, Lisse: Swets en Zeitlinger, 2000.

Schwappach, D.L., & Boluarte, T.A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, 139, pp. 9-15.

Sermeus, W., e.a. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6.

Seys, D., Scott, S. D., Wu, A.W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M. et al. (2012). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, (in press).

Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dybrye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P.J., Sloan, J., & Oreskovich, M.R. (2011). Special Report. Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Arch Surg.*, 146(1), 54-62.

Teng, C.I., Shyt, Y.I.L., Chiou, W.K., Fan, H.C., & Lam S.M. (2010). Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burn-out on patient safety: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1442-1450.

Terluin, B., Van der Klink, J.J.L., & Schaufeli, W.B. (2005). Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burn-out. In J.J.L. Van der Klink & B. Terluin (red.). *Psychische problemen en de werk. Handboek voor een actieve begeleiding door huisarts en bedrijfsarts.* (p. 259-290). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Uallachain, G.N. (2007). Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Irish Medical Journal*, 100 (6), pp. 489-491.

Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 185-194.

Wallace, J.E., Lemaire, J.B., & Ghali, W.A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374, 1714-1721.

Williamson, A.M., Feyer, A.M. (2000). Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occupational and Environmental Medicine*, 57, pp. 649–655.

Zorgnet Vlaanderen (2011). *Functiedifferentiatie en functieclassificatie in de verpleegkundige beroepsbeoefening. Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie.*