

HET PSYCHO-SOCIAAL WELZIJNSBELEID VOOR  
VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN DE  
ZIEKENHUISSECTOR: EEN STAND VAN ZAKEN

FAES K.; PEETERS, S.

## TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1. Checklist signalen van psychische belasting	2
Figuur 1. Bevlogenheid als vorm van werk gerelateerd geluk.	9
Tabel 2. Doelstelling, doelgroep en professionals naar amplitie, preventie en curatie, Ouweneel et al., 2009.	13
Tabel 3. Overzicht aantal deelnemende organisaties per provincie	20
Tabel 4. Overzicht functie deelnemers interview per provincie	21
Tabel 5. 'Aantal en opleidingsniveau verpleegkundigen per deelnemende organisatie'	23
Tabel 6. Opdeling psychosociale interventies binnen Vlaamse zorgorganisaties	28

18 maart 2020

*De ingang van de eerste lockdown slaat hard in op de zorg. De pandemie heeft de gewetens van vele zorgverleners zwaar op de proef gesteld. Verpleegkundigen stonden in de COVID vuurlinie met een gepantserd 'gevoels-schild'. Een schild dat ervoor zorgde dat ze dode lichamen, lichaam na lichaam in lijkzakken bleven steken, zonder dat families afscheid konden nemen. De gevolgen voor de zorgsector zijn desastreus. Heel wat zorgverleners hebben het zorgen voor anderen opgegeven. Ze zijn nu aan het zorgen voor zichzelf. Want er is niemand die het tijdens de voorbije jaren voor hen heeft gedaan. En nog steeds geen overheid die de zorg voor de zorgenden in handen neemt. Zo lezen we in het boek van Lien De Metsenaere "Omdat we allemaal doodgaan" haar bezorgdheden naar aanleiding van de COVID pandemie. Ze stelt zichzelf de vraag hoe het nu gesteld is met de gezondheidstoestand van verpleegkundigen en artsen die zich voortdurend mentaal en fysiek kapotwerken en dat het onze overheid niet lijkt te boeien. Ook zij waarschuwt dat de witte helden één voor één aan het uitvallen zijn. En stelt vast dat wat ooit een begeerde job was, nu een onfraai en misvormd knelpuntberoep is. En zo verlaten heel wat gemotiveerde, intelligente en met empathie vervulde zorgverleners de ziekenhuisvloer. Heel wat zorgenden voelen nog de stekende pijn van de COVID pandemie en het lijkt alsof geen ziekenhuisdirectie, niet één minister daarvan wakker ligt. COVID had volgens haar een ommekeer kunnen zijn. Voor de zorgverleners blijft het helaas een blijvende race tegen de klok om hun zorg rond te krijgen. Ze raken gefrustreerd en kiezen voor een ander beroep. Blijkbaar voelt de overheid zich nog steeds niet geroepen om dit blijvend escalerende probleem bij de kraag te vatten. Ze geeft aan dat ze het bedroevend vindt en tegelijk onvoorstelbaar dat er zo weinig aandacht is voor de impact van COVID op de zorgenden. Lode Godderis schrijft in zijn column 'rouw in de zorg: chrysanten voor de zorgverlener' dat wanneer een patiënt komt te overlijden er tijd en ruimte moet voorzien worden voor de betrokken hupverlener om de gebeurtenis te kunnen verwerken en te begrijpen. In de praktijk gebeurt dit veel te weinig tot niet. Lien De Metsenaer getuigt dat ze 10 jaar werkte op een intensieve afdeling waar stervenden bijna dagelijkse kost waren. Er was geen intervisie op de afdeling, geen psychologische ondersteuning voor de verpleegkundigen. En laat nu net intervisie een zeer belangrijk en waardevol onderdeel zijn van een job in de zorg waarin je dagelijks met mensen werkt. En zo zijn er dus velen die de handdoek in de ring hebben gegooid na COVID. Leeg gezorgd. Volgens Lien vraagt zorg voor de zorgenden voor een goede uitwisseling, een adequate, begripvol en transparante communicatie, reflectie over vaak moeilijke situaties waar ze zich in bevinden aangevuld met ondersteunende begeleiding die verheldering bewerkstelligt en het kunnen afronden van moeilijke zorgsituaties. Het gaat volgens haar de verkeerde kant op met de zorg. Zorginstellingen moeten dringend meer ondersteuning bieden zowel fysiek als emotioneel zodat zorgverleners in staat blijven om voor de kwetsbare patiënt te zorgen. Lien De Metsenaere, 2022.*

# Psycho-sociale interventies voor Vlaamse verpleegkundigen

Het psycho-sociaal welzijnsbeleid voor verpleegkundigen binnen de ziekenhuissector: een stand van zaken

Faes, K., Peeters, S.

## INTRODUCTIE

Ziekenhuisverpleegkundigen in Vlaanderen hebben een hoog risico op emotionele uitputting, burn-out en het stoppen met de job. Zo stelt de 'Nurses Early Exit Study', Van Loo, 2017, dat 39% van de verpleegkundigen in België jaarlijks minstens éénmaal denkt aan het verlaten van de job en dat 10 tot 15% hiervan deze stap effectief zet. Op basis van een cross-sectionele observationele studie in 10 Europese landen, concludeerde Heinen et al., 2013, dat 5% tot 17% van de verpleegkundigen van plan was om het beroep te verlaten. Voor nieuwe afgestudeerden worden bovendien hoge turnover cijfers (35% tot 61%) in het eerste werkjaar gemeld (i.e. het percentage werknemers dat in het eerste jaar na de opleiding vertrekt) (Pine, 2007).

Bovendien blijkt uit het rapport 'Werkbaar werk', Bourdeaud'hui et al., 2017, van het Vlaams instituut voor vorming en opleiding in de social-profit, dat ziekenhuisverpleegkundigen die aan het werk blijven in vergelijking met de totale Vlaamse arbeidsmarkt aanzienlijk hoger scoren op werk gerelateerde emotionele belasting, werkdruk en stress.

Dat verpleegkundigen aanzienlijk hoger scoren op werk gerelateerde emotionele belasting is niet zo verwonderlijk. Ziekenhuisverpleegkundigen voeren psychisch belastend werk uit. Ze werken vaak in emotioneel moeilijke werksituaties, verrichten emotioneel veeleisend werk, zijn emotioneel betrokken bij het werk, komen zowel extern als intern in aanraking met ongewenst gedrag (ongewenste seksuele aandacht, intimidatie, verbaal en lichamelijk geweld, pesten) en ervaren een hoge werkdruk. Daarnaast worden verpleegkundigen geacht hun emoties op een sociaal wenselijke wijze te hanteren en negatieve emoties te onderdrukken (bijvoorbeeld boosheid). Het verbergen of onderdrukken van negatieve emoties kan psychische overbelasting in de hand werken. Samenvattend kunnen we stellen dat voor verpleegkundigen psychische belasting een continu aanwezig risico is dat kan leiden tot gezondheidsklachten, verzuim en voortijdige beëindiging van de beroepsloopbaan.

Niettegenstaande het risico op psychische belasting voor Vlaamse verpleegkundigen actueel duidelijk aanwezig is, rapporteren zij een gebrek aan gepaste psycho-sociale en emotionele ondersteuning, zowel door rechtstreekse collega's, als door familie en vrienden wat betreft het omgaan met deze belasting. Ze blijken zich vaak niet veilig te voelen om dit

gegeven van werkgerelateerde psychische belasting te bespreken in het team uit angst voor onder andere stigmatisering. De ongeschreven regel en de werkcultuur poneert namelijk *'het hoort er bij'*, *'het is uw job'*. Dus niet klagen en vooral: doe in stilte voort.

Echter als zichtbare (in gedrag, lichamelijk, psychisch-emotioneel zie tabel 1) en niet zichtbare signalen van psychische belasting genegeerd en/of ontoereikend aangepakt worden, kan dit leiden tot emotionele uitputting, burn-out of het stoppen met de job.

**Tabel 1. Checklist signalen van psychische belasting**

Checklist: Signalen van psychische belasting		
In Gedrag	Psychisch-emotionele signalen	Lichamelijke signalen
<b>Zichtbare signalen</b>		
Overuren en /of achterstand in werk	Prikkelbaar	Oververmoeid
Onderpresteren	Agressief	Vermageren of juist aankomen
Prioriteiten verwarren	Angstig	Nagelbijten
Onzorgvuldig werken	Ongeïnspireerd, diepe zuchten	Beven, zweten, trillen, tics
Onderbreking van werk	Snel schrikken	Huilen
Fouten, ongevallen, bijna ongevallen	Ongemotiveerd	Gespannen houding
Geen of nauwelijks pauzes nemen	Ontevreden	Hyperventileren
Sociale isolatie	Vergeetachtig	Huiduitslag
Meer en ongezonder eten en drinken	Verstrooid, slecht kunnen concentreren	Vaker en langer durende verkoudheid hoofdpijnen en griepjes
Meer roken	Sarcastisch	
Van de hak op de tak springen	Somber	
Door kleine tegenslagen overdreven van de wijs raken	Besluiteloos	
	Chaotisch	
<b>Niet zichtbare signalen</b>		
Minder en onvoldoende ontspannen bijvoorbeeld in sport/hobby's	Geen afstand nemen van het werk, thuis zorgen maken over werkproblemen	Spanning in nek en schouders
Meer medicijngebruik (slaappillen, kalmerings-pillen, maagpillen)	Verdrietig gevoel, depressief	Duizelig, gevoel flauw te vallen, sterretjes zien
Minder en onvoldoende praten over lastige ervaringen en situaties	Zelfverwijten, schuldgevoel	Slapeloosheid, vaak wakker of andere klachten
Minder en onvoldoende steun ervaren	Angst voor de toekomst	Hoofdpijn, migraine
	Gevoel van onrust	Spierpijn
	Opgejaagd gevoel	Opgeblazen gevoel, indigestie, oprispingen, maagpijn
	Onzeker, gevoel een mislukking te zijn	Hoge bloeddruk

Bron: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/checklist.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/checklist.pdf)

Het bieden van gepaste emotionele en psycho-sociale ondersteuning om werk gerelateerde psychische belasting het hoofd te kunnen bieden, is een verantwoordelijkheid van de organisatie. Echter, vaak worden de oorzaken van psychische belasting alleen gezocht in de persoonlijkheid en/of privé situatie van de betrokken werknemer en zien de werkgevers hier voor hen geen taak weg gelegd. Ieder individu heeft een bepaalde persoonlijkheid en een specifiek verleden dat hij/zij constant meedraagt. Daarnaast heb je de werk en privé omgeving van een persoon. Deze drie componenten (individu, werkomgeving en privé omgeving) staan in voortdurende interactie met elkaar en uit deze

interactie kunnen stressindicatoren ontstaan. Werknemers die vanuit hun werkgever emotionele ondersteuning ervaren scoren hoger op jobtevredenheid en -retentie, en vallen minder uit omwille van burn-out.

Verder kan vastgesteld worden dat sociale steun, naast emotionele steun, een energiebron is die bij aanwezigheid eveneens het risico op burn-out helpt reduceren. Onder sociale steun verstaan we de mogelijkheid om te kunnen rekenen op anderen als er hulp nodig is en de aanwezigheid van iemand die laat merken in de ander geïnteresseerd te zijn en om de ander te geven. Peeters, Buunk en Schaufeli, 1992, onderscheiden 4 dimensies van sociale steun:

1. Instrumentele ondersteuning: hulp bij het werk of het verstrekken van geld of materialen.
2. Informatieve ondersteuning: het geven van informatie waarmee persoonlijke of omgevingsproblemen kunnen worden opgelost.
3. Waarderingsondersteuning: het geven van informatie die iemand kan helpen zichzelf te waarderen.
4. Emotionele ondersteuning: het geven van liefde, zorg, empathie en vertrouwen.

Deze vier dimensies kunnen verder opgedeeld worden in 1. Intieme sociale steun: emotionele steun + waardering en 2. Instrumentele sociale steun: instrumentele steun + informatieve steun

Sociale steun heeft, naast het fungeren als energiebron, een direct en bufferend effect. Het directe effect houdt in dat sociale steun altijd van invloed is op het welzijn van een persoon. Er hoeft geen sprake te zijn van ervaren stress bij een persoon om een positief effect van sociale steun waar te kunnen nemen. Sociale steun zorgt ervoor dat een persoon positiever in het leven staat en gemakkelijker kan omgaan met stressoren. Het bufferend effect houdt in dat het effect van een stressor onder invloed van sociale steun minder sterk wordt ervaren.

Dus samenvattend kunnen we stellen dat het creëren van een klimaat, een cultuur onder collega's waar sociale steun op bovenstaande vier dimensies aanwezig is en een klimaat, cultuur waar ruimte is om werk gerelateerde psychische belasting bespreekbaar te maken lijken vanuit bovenstaande interessante paden om te bewandelen.

Werkgevers zijn wettelijk verplicht om op psychosociaal welzijn in te zetten. Met de steun van een preventieadviseur bepaalt de werkgever welke middelen aan deze doelstelling zullen worden toegewezen. Met deze middelen en met de hulp van een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (EDPBW) waarbij hij is aangesloten, moet de werkgever de gezondheid en veiligheid van werknemers verzekeren via verschillende acties.

Organisaties die investeren in psychosociaal welzijn op het werk hebben tevreden werknemers dewelke beter presteren en minder afwezig zijn ten gevolge van ziekte en minder de intentie hebben om van werk te veranderen. Dien ten gevolge investeren zorgorganisaties vooral in preventie om het welzijn van hun medewerkers, het werkvermogen en jobtevredenheid te optimaliseren met behulp van een specifiek welzijnsbeleid. Echter, een duidelijke leidraad van de

peilers of ingrediënten waaruit het psychosociaal welzijnsbeleid binnen zorgorganisaties het best zou bestaan ontbreekt. Werkgevers rapporteren heel wat barrières in de concrete uitwerking en implementatie van een preventie beleid met betrekking tot psychosociale risico's, Miet Lamberts & Laurianne Terlinden, 2016.

Met dit onderzoek willen we tot een inventarisatie komen van het bestaande aanbod van psychosociale welzijnsinterventies binnen de Vlaamse ziekenhuissector voor verpleegkundigen. Deze studie heeft niet als doel een waarde oordeel van het specifiek welzijnsbeleid te vormen maar de reeds bestaande interventies in kaart te brengen en zorgorganisaties de mogelijkheid te geven de inhoud van hun welzijnsbeleid te situeren ten opzichte van het huidige bestaande aanbod van psychosociale welzijnsinterventies binnen de Vlaamse ziekenhuissector.

## BACKGROUND

### Psychosociale risico's op het werk

Psychosociale risico's worden gedefinieerd als die aspecten die verband houden met het ontwerp, het beheer en de organisatie van het werk, evenals met de sociale context, die het potentieel hebben om fysieke, sociale of psychologische schade te veroorzaken en die kunnen worden ervaren door beroepsstress (Gomes et al., 2013).

### Stress

Recente gegevens van de European Risk Observatory tonen aan dat tussen de 50% en 60% van de verloren werkdagen verband houdt met het fenomeen stress (Cox et al., 2005). Het National Institute for Occupational Safety and Health definieert beroepsstress, of stress op het werk, als de schadelijke fysieke en emotionele reacties die optreden wanneer de vereisten van de job niet overeenkomen met de capaciteiten, middelen of behoeften van de werknemer (**National Institute for Occupational Safety and Health (USA)** , 2008). Eerdere evidentie toont ook aan dat stress een vermindering van de kwaliteit, tevredenheid en het welzijn van het individu als ook ziekteverzuim in de hand helpen. Niettegenstaande specifieke individuele kenmerken en sociale ondersteuning de impact van beroepsstress kunnen verlagen, wordt beroepsstress in de literatuur genoemd als een bepalende factor voor vermindering van de kwaliteit van de geleverde diensten, een toename van het aantal fouten en verhoogde kosten binnen gezondheidszorgorganisaties.

Binnen gezondheidszorgorganisaties zijn verpleegkundigen dagelijks onderhevig aan talloze stressvolle situaties, zowel door hun nabijheid tot de patiënten en de specifieke aard van de taken die zij uitvoeren, als door de kenmerken van de werkomgeving en de organisatie van het werk (Mininel et al., 2011).

Gezondheidsmedewerkers die instaan voor de gezondheid van de toegewezen patiënten worden dus herhaaldelijk blootgesteld aan verschillende vormen van stress.

### Burn-out

Eerdere evidentie geeft tevens ook aan dat hoge werkdruk veroorzaakt door lange werktijden, Adriaenssens 2013; Anderson 2017; Van Ham 2006; Shanafelt 2009; Shanafelt 2016), veeleisende werksituaties, Adriaenssens 2011; Adriaenssens 2015), geweld op de werkvloer (Pekurinen 2017; Shi 2017), gebrek aan erkenning (Adriaenssens 2015; Van Ham 2006) en administratieve lasten (Anderson 2017; Van Ham 2006) geassocieerd kunnen worden met burn-out en psychische en fysieke problemen. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg lopen hierdoor een verhoogd risico op het ontwikkelen van burn-outsymptomen ( Aiken 2001; Hannigan 2004), stressgerelateerde psychische stoornissen (Gracino 2016; Harvey 2009; Robertson 2010; Weinberg 2000; Wieclaw 2006), zoals depressie (Frank 1999;



Gong 2014; Tomioka 2011) en posttraumatische stressstoornis (Jonsson 2003; Mealer 2009; Ong 2016). Zo werd vastgesteld dat gezondheidszorgmedewerkers een hogere kans hebben op middelenmisbruik (Horsfall 2014), meer stress rapporteren (Leonelli 2017) en hogere zelfmoordcijfers kennen (Horsfall 2014; Meltzer 2008).

De verminderde fysieke en mentale gezondheid van gezondheidszorgmedewerkers resulteert dan ook in een hoger aantal afwezige dagen als gevolg van ziekte (Moberly 2018; Michie 2003) en verminderde werktevredenheid (Kuburović 2016; Lu 2016) wat onderbezetting, vooral in de verpleegsector, in de hand werkt.

Maslach en Jackson (1986) stelden vast dat burn-out, bestaande uit emotionele uitputting, depersonalisatie en laagpersoonlijke prestaties vooral veel voorkomt in stressvolle persoonsgerichte jobs, zoals verpleging. Emotionele uitputting verwijst naar verminderde emotionele middelen om met taken om te gaan en een verminderd vermogen om psychologisch te 'geven', gebrek aan persoonlijke prestaties, negatieve evaluaties van zichzelf en de overtuiging dat men minder effectief is in patiëntenwerk. Depersonalisatie werkt negatieve en cynische houdingen jegens patiënten in de hand. Kennedy en Grey (1997) ontdekten reeds in 1997 dat 50% van de emotionele uitputting die door verpleegkundigen werd ervaren, werd voorspeld door hoge werkdruk, lage sociale steun, hoge taakoriëntatie, lage anciënniteit, minder intramuraal contact, minder toezichthoudende ondersteuning en minder fysiek comfort. Als gevolg hebben ziekenhuisverpleegkundigen burn-outscores die hoger zijn dan de gepubliceerde normen voor medische personeel.

Een adequate personeelsbezetting en steun van leidinggevend verminderen het risico op burn-out en resulteren in een betere kwaliteit van zorg (Aiken et al. 2002).

### **Veerkracht**

Ten gevolge van de hoge job-drop en turn-over werd veerkracht binnen de gezondheidszorgsector en, meer specifiek voor gezondheidsmedewerkers en -organisaties, het laatste decenia een belangrijk managementsaandachtspunt (Hart 2014; Jackson 2007; McAllister 2009; McCann 2013).

Veerkracht kan op verschillende manieren worden geconceptualiseerd. Een veel voorkomende definitie is dat veerkracht het vermogen is om succesvol om te gaan ondanks ongunstige omstandigheden (Henshall, Davey, & Jackson, 2020). De term "veerkracht" omvat zowel fysiologische als psychologische aspecten waarbij sommige medewerkers meer ontwikkelde strategieën voor persoonlijke veerkracht hebben dan anderen. Daarnaast varieert het begrip veerkracht tussen populaties, contexten en culturen (McDonald, Jackson, Wilkes, & Vickers, 2012), waarbij veerkracht enerzijds kan worden gezien als een inherent persoonlijkheidskenmerk en anderzijds als een dynamisch proces dat bestaat op een continuüm tussen veerkracht en kwetsbaarheid. Hieruit kan geconcludeert worden dat sommige medewerkers kwetsbaarder zijn of "niet hebben wat nodig is" om tegenslag te overwinnen (Masten, 1994), en dat niveaus van individuele veerkracht kunnen variëren afhankelijk van de contextuele omstandigheden en omgeving (Rutter, 1985). De conceptualisering van veerkracht als een variërend proces heeft desgevolgend implicaties voor de manier waarop veerkracht binnen het verpleegkundig personeel wordt beschouwd.

De huidige vraag naar verpleegkundigen, verhoogt door de COVID-19-pandemie, toonde de noodzaak om te zorgen voor een robuust en veerkrachtig personeelsbestand. Het bestaande personeelscontingent heeft dan ook de uitdaging vergroot om te reageren op betere ondersteuning van verpleegkundig personeel bij het voldoen aan de toegenomen vraag naar gezondheidszorg. Verpleegkundigen bieden hoogwaardige, complexe patiëntenzorg binnen een context van schaarsere middelen in termen van personeel, infrastructuur of financiële beloning (Burmeister et al., 2019), zelfs in de context van grote uitdagingen zoals deze van een pandemie. Bovendien ervaren verpleegkundigen tegenspoed op de werkplek waardoor het niveau van veerkracht onder constante spanning komt te staan (Hart, Brannan, & De Chesnay, 2014). Hoge werkdruk, toegenomen gebruik van incidenteel personeel, verminderde autonomie, pesten, geweld en voortdurende organisatorische veranderingen kunnen worden gerelateerd aan verhoogde psycho-sociale druk op de werkplek. Als gevolg worden werkplekken door verpleegkundigen ervaren als vijandig, ondanikbaar en zelfs beledigend. De noodzaak om te presteren onder hoge druk, en binnen vaak suboptimale en zelfs onveilige omstandigheden in combinatie met een gebrek aan een duidelijke loopbaanstructuur, kan ertoe leiden dat verpleegkundigen te maken krijgen met stress en burn-out.

Als reactie op de toenemende druk waarmee verpleegkundigen worden geconfronteerd die werken in overbelaste en ondergefinancierde gezondheidszorgsystemen, kan het opbouwen van persoonlijke veerkracht geïdentificeerd worden als essentieel element bij het omgaan met werkgerelateerde stress en tegenspoed, het behouden van werktevredenheid, het aangaan van zelfzorg en het helpen aanpakken van problemen met personeelsbehoud en het welzijn van personeel (Foster et al., 2018; Slatyer, Craigie, Heritage, Davis, & Rees, 2017). Internationaal werden meerdere interventies ter verbetering van het psycho-sociaal welzijn ontwikkeld en geïmplementeerd in verschillende omgevingen (Craigie et al., 2016; Henshall et al., 2020; McDonald et al., 2012). Hoewel deze interventies positief zijn geëvalueerd en hebben aangetoond dat ze de persoonlijke veerkracht op korte termijn ondersteunen, moet ervoor worden gezorgd dat deze interventies niet worden gezien als een wondermiddel voor de overkoepelende problemen waarmee gezondheidszorgdiensten worden geconfronteerd en de daaruit voortvloeiende uitdagingen voor gezondheidszorgmedewerkers. Integendeel, interventies ter verbetering van het psycho-sociaalwelzijn moeten worden gezien als instrumenten om bestaande structuren te ondersteunen en als een manier om veerkrachtniveaus binnen het verplegend personeel te bevorderen en te behouden. Gezondheidszorgorganisaties moeten daardoor investeren in veerkracht verhogende strategieën door passende interventies en ondersteuningsmechanismen op systeemniveau aan te bieden. Dit zal niet alleen de persoonlijke veerkracht van individuen vergroten, maar ook de veerkracht van de organisaties op de langere termijn.

Weerbare werknemers zijn van grote waarde voor organisaties. Weerbare werknemers passen zich positief aan aan uitdagende omstandigheden of hebben de mogelijkheid om te herstellen van negatieve gebeurtenissen op de werkplek. Ze gaan stress niet uit de weg en gaan ook bij/na een tegenslag door en proberen zichzelf te verbeteren.

Weerbaarheid wordt gekenmerkt door het genereren van sociale steun tijdens en na de negatieve gebeurtenissen en het vinden van betekenis in datgene wat heeft plaatsgevonden (Tedeschi en Calhoun 2004).

Collega's en leidinggevendenden kunnen werknemers helpen om moeilijke situaties te relativieren, oplossingen aan te bieden om de situatie te verbeteren en een positief toekomstbeeld te schetsen.

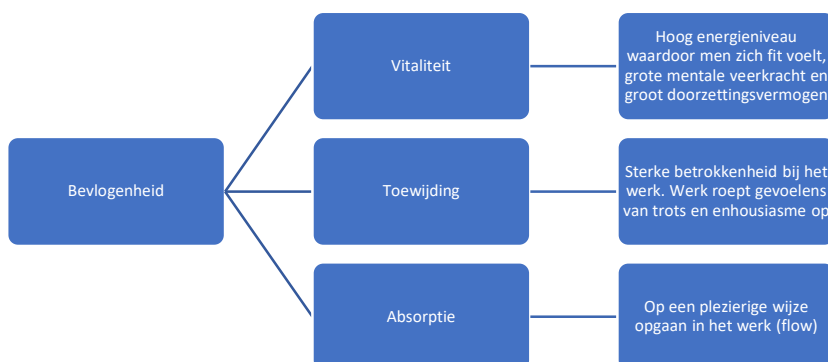
Het aanbieden van intervisie en debriefing zijn voorbeelden van het structureel voorzien van sociale en emotionele steun die van belang is in het weerbaar maken of houden van werknemers.

### **Bevlogenheid**

Lyubomirsky et al. (2005) stellen op basis van de resultaten van een meta-analyse dat gelukkige werknemers zich minder snel ziek melden of weggaan bij de organisatie, meer extra taken op zich nemen meer bereid zijn om hun collega's te helpen, minder snel tegen een burn-out aanlopen en productiever zijn. Het is dus voor organisaties interessant en van belang om het geluk van hun werknemers te stimuleren. Niet alleen vanuit het vergoten van het psychisch welbevinden van de werknemer maar ook vanuit bedrijfseconomisch perspectief. Gelukkige werknemers noemen zichzelf bevlogen. En deze bevlogenheid hangt samen met goede arbeidsprestaties.

Bevlogenheid is een vorm van werk gerelateerd geluk. Het wordt door Shaufeli et al. (2001) beschreven als een positieve affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening die gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie.

**Figuur 1. Bevlogenheid als vorm van werk gerelateerd geluk.**



Bevlogen werknemers voelen zich verbonden met hun organisatie en zijn enthousiast over hun dagelijkse taken. Ze willen bijdragen aan het succes van de organisatie en hebben het gevoel dat ze een verschil kunnen maken. Bevlogen werknemers halen meer voldoening uit hun werk, ervaren een hogere mate van betrokkenheid en voelen zich energiek, vitaal en vrolijk. Ben je bevlogen, dan ben je daarnaast productiever, innovatiever en stressbestendiger. Ook ben je als bevlogen werknemer beter in staat regelmatig in een flow terecht te komen. Je vergeet op zo'n moment alles om je heen en gaat helemaal op in je taak.

### **Regelgeving psychosociale risico's op het werk**

Zoals hoger reeds vermeld, moet elke werkgever in zijn onderneming of instelling een beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk uitbouwen. Dit beleid heeft tot doel arbeidsongevallen en beroepsziekten te voorkomen en de verhouding tussen mens en werk nader te bepalen, zodat beter rekening gehouden wordt met de mens in zijn totaliteit. Hiertoe zal elke werkgever de preventiemaatregelen die in zijn onderneming of instelling van toepassing moeten zijn, moeten bepalen op grond van de aard van de activiteiten die hij verricht en op grond van het aantal werknemers die hij tewerkstelt evenals hun specifiek risicoprofiel. Dit preventiebeleid dient rekening te houden met een aantal specifieke wettelijke en reglementaire bepalingen, die door de overheid werden uitgevaardigd om het kader aan te geven waarbinnen dit preventiebeleid kan tot stand komen.

De werkgever moet de nodige maatregelen treffen om de psychosociale risico's op het werk te voorkomen, om de schade ten gevolge van deze risico's te voorkomen of om deze schade te beperken. Het preventiebeleid moet niet alleen aandacht hebben voor de klassieke veiligheids- en gezondheidsrisico's zoals de risico's die voortvloeien uit het gebruik van gevaarlijke machines en chemische producten. Het dient ook aandacht te hebben voor de psychosociale risico's op het werk.

Het heeft betrekking op de volgende domeinen:

- 1° de arbeidsveiligheid;
- 2° de bescherming van de gezondheid van de werknemer op het werk;
- 3° de psychosociale aspecten van het werk;
- 4° de ergonomie;
- 5° de arbeidshygiëne;
- 6° de verfraaiing van de arbeidsplaatsen;
- 7° de maatregelen van de onderneming inzake leefmilieu, wat betreft invloed op de punten 1 tot 6.

Psychosociale risico's op het werk omvatten professionele risico's die de werknemers psychische en eventueel ook lichamelijke schade kunnen berokkenen. Ze kunnen ook een impact hebben op de veiligheid op de werkvloer en het goed functioneren van de bedrijven. Aan de basis van deze risico's liggen meestal bij de 5 A's: arbeidsorganisatie, de arbeidsinhoud, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden en de interpersoonlijke relaties op het werk. Stress, pesterijen, burn-out, zelfmoord, alcohol- en drugsmisbruik zijn de meest gekende uitingen van psychosociale risico's die een belangrijke kost kunnen betekenen voor de werknemers, het bedrijf en de maatschappij in het algemeen. De werkgever moet de nodige maatregelen treffen om de psychosociale risico's op het werk te voorkomen, om de schade ten gevolge van deze risico's te voorkomen of om deze schade te beperken.

Het dynamisch risicobeheersingssysteem vindt zijn uitdrukking in een globaal preventieplan dat door de werkgever wordt opgesteld in overleg met de hiërarchische lijn en de diensten voor preventie en bescherming op het werk en wordt vastgesteld voor een termijn van vijf jaar. Voor elk dienstjaar moet er bovendien op dezelfde wijze een jaarlijks actieplan worden opgesteld. De uitvoeringsbesluiten op de Welzijnswet stellen een multidisciplinaire aanpak en een geïntegreerd beleid inzake arbeidsomstandigheden en welzijn voorop. Hierdoor wordt elke werkgever verplicht preventieve acties in zijn bedrijfsbeleid te incorporeren. Het beleidsinstrument op organisatieniveau dat de basis moet vormen van een dergelijke planmatige aanpak op langere termijn, wordt door de wetgever het '*dynamisch risicobeheersing systeem*' genoemd. De werkgever dient ook de psychosociale risico's regelmatig te evalueren en de nodige preventiemaatregelen te nemen om die aspecten van het werk te voorkomen en te managen (en dus ook dit beleid te evalueren en bij te sturen).

Aan de basis hiervan ligt de verplichting om op ondernemingsniveau een globale risicoanalyse uit te voeren die zowel slaat op de onderneming als geheel, op de verschillende werkeenheden of locaties, als op de individuele werknemer. Deze risicoanalyse dient zo het opzetten van een algemeen preventiebeleid in de onderneming te onderbouwen door de uitwerking van een globaal preventieplan (GP) dat stapsgewijs moet worden gerealiseerd via opeenvolgende jaarlijkse actieplannen; het globaal preventieplan geeft een visie en plan voor een periode van 5 jaar, wat jaarlijks vertaald wordt

in welke acties de onderneming plant uit te voeren om de gestelde lange termijn doelen van het globaal preventieplan stapsgewijs te realiseren. (Bron:<https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/algemene-beginnelen/algemene-principes-betreffende-het-welzijnsbeleid>)

### **Een integraal gezondheidsbeleid**

Werk gerelateerde interventies dienen echter niet uitsluitend gericht te zijn op werknemers die een probleem hebben of tot een risicogroep behoren maar tevens ook op werknemers die goed functioneren. Het management heeft dan ook een belangrijke taak en rol in het bevorderen van het welbevinden van alle werknemers en het faciliteren van daarbij horende interventies. Het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van alle werknemers is van belang daar gezonde, bevlogen werknemers beter presteren. Het uitdenken en uitvoeren van een integraal gezondheidsbeleid/management (IGM), Gründemann et al., (2003) is dan ook cruciaal in tegenstelling tot het traditionele beleid dat uitgetekend wordt op basis van wettelijke verplichtingen die voornamelijk een focus leggen op het klachtenvrij houden van werknemers door middel van preventie (primair, secundair en tertiair).

Als gevolg dienen werk gerelateerde interventies niet langer uitsluitend gericht te zijn op het behandelen en voorkomen van problemen, stoornissen en aandoeningen maar tevens op het vergroten en versterken van het psychisch welbevinden (amplitie<sup>1</sup>). Interventies gericht op amplitie bij werknemers proberen het psychisch welbevinden van werknemers: hun bevlogenheid, welbevinden en gezondheid te bevorderen, Ouweneel et al., 2009.

Eerder onderzoek geeft aan dat een dergelijk ontworpen en grondig geïmplementeerd welzijns- en gezondheidsprogramma op het werk (wat dus meer inhoudt dan het enkel voldoen aan wettelijke verplichtingen) een positieve 'return on investment' (ROI) genereert en een gemiddelde besparing van 1,5 tot 3 euro per geïnvesteerde euro oplevert. Goede programma's verhogen niet enkel welzijn en gezondheid, maar ook de productiviteit en mogen niet enkel gericht te zijn op gezondheidspromotie (gezondheid stimuleren). Het programma dient ook achteruitgang bij medewerkers met reeds aanwezige gezondheidsproblemen helpen voorkomen en hen professioneel aan boord houden en/of spoedig te re-integreren. Het is dus belangrijk dat welzijnsprogramma's en -interventies kosteneffectief zijn, de acties die werkgevers samen met werknemers, externe partners en overheid invoeren wetenschappelijk onderbouwd zijn en hun positief effect op gezondheid zo groot mogelijk is.

Als gevolg kunnen werk gerelateerde interventies ter bevordering van het psycho-sociaal welzijn ingedeeld worden in enerzijds amplitie, curatie of preventieve acties waarbij de doelstelling, doelgroep als ook de betrokken professionals variëren. Tabel 2 toont dan ook een generiek overzicht van de betrokken professionals en beschrijft de doelstellingen en doelgroep van werkgerelateerde interventies ter bevordering van het psycho-sociaal welzijn van werknemers.

---

<sup>1</sup> Amplitie komt van het Latijnse Amplio wat versterken, vergroten en vermeerderen betekent.

Tabel 2. Doelstelling, doelgroep en professionals naar amplitie, preventie en curatie, Ouweneel et al., 2009.

	Curatie	Tertiaire preventie	Secundaire preventie	Primaire preventie	Amplitie
<b>Doelstelling</b>	Werknemers met problemen behandelen	Schadelijke gevolgen van problemen beperken	Probleemoplossend vermogen verhogen	Psychosociale risico's verminderen	Psychisch welbevinden stimuleren
<b>Doelgroep</b>	Zieke medewerkers	Zieke medewerkers	Specifieke risicogroepen	Alle medewerkers	Alle medewerkers
<b>Professionals</b>	Arbeidsgeneesheer, psycholoog	Arbeidsgeneesheer, psycholoog	Psycholoog, coach	Externe dienst	HR, management, externe dienst

### Interventies ter bevordering van het psycho-sociaal welzijn

Als gevolg van werkgerelateerde (emotionele) druk en het wettelijk geschetste kader, werden binnen gezondheidszorgorganisaties reeds verschillende initiatieven opgezet ter bevordering van het psycho-sociale welzijn. Deze initiatieven kunnen bestaan uit verschillende methodieken en formats en worden zowel in een groeps- of individuele context aangeboden. Tot op heden zijn dan ook verschillende well-being programma's ontwikkeld en geëvalueerd die specifiek gericht zijn op het bevorderen van veerkracht, en met uitbereiding het psycho-sociaal welzijn, bij gezondheidszorgmedewerkers (bijv. Mealer 2014; Sood 2011).

Eerdere literatuur toont aan dat veel studies werden uitgevoerd om de burn-out van verpleegkundigen te verminderen. Deze studies beschrijven de positieve effecten van specifieke interventies, zoals yoga en communicatieve vaardigheidstraining, op het ontstaan van burn-out bij verpleegkundigen en andere gezondheidszorgmedewerkers (Alexander GK et al., 2015).

De beschreven interventies die burn-out en stress bij verpleegkundigen verminderden kunnen opgedeeld worden in verschillende types van interventies dewelke kunnen worden gebruikt door beleidsmakers, managers, onderzoekers en iedereen die geïnteresseerd is in het verbeteren van de psycho-sociale gezondheid van gezondheidsmedewerkers. Een niet exhaustieve lijst van interventies om burn-out en stress te verminderen en de psycho-sociale gezondheid van verpleegkundigen verbeteren, omvat als volgt:

### ***E-mental health interventies en arbeidsgeneesheer***

E-mental health (EMH) is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheid te ondersteunen en te verbeteren en biedt mogelijkheden tot aanvullende interventies. EMH interventies zijn vooral gericht op het verminderen van specifieke psychische klachten of het verbeteren van het welbevinden. Ze zijn er op gericht om op basis van een screening van verminderd functioneren en/of op eventuele psychische klachten een gepersonaliseerde feedback te bekomen dewelke gevolgd wordt door een uitnodiging voor een face-to-face preventief consult met de eigen arbeidsgeneesheer (AG). Niettegenstaande dat op zichzelfstaande EMH-interventies positieve resultaten blijken te genereren voor verschillende aspecten van de geestelijke gezondheid (bijv. Warmerdam et al.; Farrer et al.; Riper et al.; Blankers et al.; Billings et al.), werd vastgesteld dat de combinatie van een EMH-interventie gevolgd door een face-to-face gesprek met de arbeidsgeneesheer voor verpleegkundigen geen significant effect heeft ten aanzien van de verbetering van werk gerelateerde psychische problemen.

### ***Teamgebaseerde interventies en participatieve programma's***

Teamgebaseerde en participatieve programma's met het oog op een verbetering van het psychosociaal welzijn van gezondheidsmedewerkers tonen een niet-significant effect ten aanzien van de verbetering van de mentale status van medewerkers. Bovendien leidt de ondersteuning van leidinggevenden niet tot een verbetering van de mentale status van het personeel, wat aangeeft dat de toestand van de mentale gezondheid en de daarmee gepaardgaande symptomen van depressie te wijten kunnen zijn aan de relaties van verpleegkundigen op hetzelfde niveau, en niet enkel toe te wijzen zijn aan de relatie met leidinggevenden (Weight et al. 2013; Uchiyama et al. 2013 ).

### ***Psychosociale trainingsinterventie***

Psychosociale trainingsinterventies verbeteren het burn-out percentage aanzienlijk. Verpleegkundige training, met een breed scala aan interventies, helpt de verpleegkundigen bovendien om een positievere houding ten opzichte van de patiënten te hebben dewelke indirect effect heeft op de patiëntentevredenheid (Ewers et al. 2010).

### ***Mind-body interventies***



Mind-Body Interventions, MBI's in het kort, is een verzamelnaam voor verschillende therapieën waarbij de interactie tussen onze hersenen, gedachten, lichaam en gedrag centraal staan. Alsook de manier waarop emotionele, spirituele, mentale, sociale en gedragsfactoren een directe impact op onze gezondheid hebben. (Definitie MBI volgens Rosenthal, D. S., Webster, A., & Ladas, E., 2018)

MBI, zoals yoga, meditatie, en mindfulness-interventies leiden tot een significante toename van zelfzorgactiviteiten en een significante vermindering van emotionele uitputting, stress en burn-out bij verpleegkundigen.

#### ***Online programma's en interventies op internet***

Ondank een verhoogde kans op vroegtijdig stoppen met een online interventieprogramma resulteren online interventieprogramma's in een verhoogde en betere geestelijke gezondheid en verminderen ze de symptomen van depressie bij verpleegkundigen. (Zie EMH-interventies)

#### ***Professioneel programma voor identiteitsontwikkeling***

De ontwikkeling van professionele identiteit in de verpleegkunde begint wanneer een student de verpleegkundeopleiding start en gaat door gedurende zijn / haar werkzame leven. Beroepsleden met een sterke professionele identiteit bieden effectieve service en hoogwaardige patiëntenzorg in het zorgteam, ontwikkelen competentie in klinische expertise en dragen bij aan patiënttevredenheid. Daarnaast draagt een positief ontwikkelde professionele identiteit bij aan een toename van de persoonlijke tevredenheid en afname van burn-out. Een professioneel identiteitsontwikkelingsprogramma kan ook burn-out van de verpleegkundigen verminderen.

### ***Coping interventies***

Coping-interventies leidden tot een vermindering van burn-out bij verpleegkundigen op korte termijn, maar kennen op lange termijn (+6mnd) geen significant effect ten aanzien van burn-out.

### ***Evenementen gericht op waardering***

Waardering op de werkplek heeft een significant effect op het verhogen van de prestaties en het verminderen van depressie en burn-out bij verpleegkundigen.

### ***Peer Support specifiek voor gezondheidsmedewerkers***

Gezondheidsmedewerkers ervaren vaak gevoelens van burn-out, schuld, ontoereikendheid of schaamte ten gevolge van specifieke events op de werkvloer wat resulteert in angst, depressie en gevoelens van incompetentie (Seys, Scott, et al., 2013a) wat resulteert in zorgverleners die hun beroep verlaten, familieruzies krijgen en in extreme gevallen tot zelfmoord overgaan (Nainar, 2018; Scott & McCoig, 2016) (second victims). Als gevolg werd binnen de gezondheidszorg openlijk de noodzaak erkent om de menselijke kant van ongewenste medische gebeurtenissen te ondersteunen in combinatie met evidence-based verbeteringsinitiatieven. Hoewel de medische literatuur sporadisch rapporteert over de emotionele impact van bijwerkingen op beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, is er weinig gedocumenteerd over de implementatie van ondersteunende diensten na deze gebeurtenissen. Echter, matige literatuur geeft aan dat het doel van een ondersteuningsprogramma in de eerste plaats is om te zorgen voor een snel en efficiënt herstel van het incident bij zorgverleners. Een van de belangrijkste principes hierbij is het beperken van het terugkeren van fouten. Een goed ondersteunde zorgverlener zal beter in staat zijn om snel verder te gaan na een stressvolle gebeurtenis, patiënten en zorgverleners die door de bijwerking zijn getroffen effectief te ondersteunen en corrigerende maatregelen te identificeren om herhaling van hetzelfde incident te voorkomen. Dienovereenkomstig wordt het waarborgen van adequate ondersteuning van second victims erkend als een essentiële veiligheidsnorm en -strategie door de belangrijkste nationale en internationale organisaties (bijv. Strategie 4.4 van het Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 van de WHO vermeldt: "Ervoor zorgen dat patiënten, families en gezondheidspersoneel voortdurende psychologische en andere ondersteuning krijgen in de nasleep van een ernstig patiëntveiligheidsincident"). Het is dan ook vanuit deze specifieke optiek dat support groepen voor verpleegkundigen kunnen worden opgesteld.

Peer-supporters zijn verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers die zich vrijwillig aanmelden om noodlijdende collega's te ondersteunen. Potentiële peer-supporters worden gerekruteerd uit de hele organisatie met de nadruk op gebieden met een hoog risico en krijgen training om peer-ondersteuning te bieden

volgens best practices. Potentiële peer-supporters kunnen worden geïdentificeerd als natuurlijke helpers binnen een team - gezondheidswerkers die empathie en mededogen tonen voor hun collega's. Via screeningprocessen wordt ervoor gezorgd dat peer-supporters voldoende interpersoonlijke vaardigheden hebben, een verlangen om nieuwe vaardigheden te leren en het vermogen om vertrouwelijkheid te garanderen.

Het is belangrijk om zowel peer support te definiëren, wat het wel en niet is, als om peer support te onderscheiden van andere soorten helpende relaties, zoals therapie of vriendschap. Er zijn enkele overeenkomsten en enkele kritische verschillen tussen de peer support-relatie en een therapeutische relatie met een gezondheidsprofessional. Een peer support relatie, net als bij een therapeutische relatie, moet empathische aanwezigheid, mededogen, positieve achting en respect voor autonomie en kruisende identiteiten omvatten. Peer-supporters kunnen snel een verstandhouding en vertrouwen opbouwen, zodat gezondheidswerkers zich veilig voelen om hun gedachten en gevoelens te bespreken en zich kwetsbaar op te stellen. De interactie is een bevestigend, validerend, niet-oordelend, vertrouwelijk gesprek. Net als bij therapie zijn peer-supporters en de collega's die ze ondersteunen het eens over de doelen van peer support en de duur van de relatie.

Peer-ondersteuning kan plaatsvinden in individuele ondersteunings- of groepsondersteuningsformaten, net als therapie. Sommige vaardigheden, zoals het reflecteren van gedachten, het benoemen van gevoelens, normaliseren, het aanmoedigen van gezonde coping strategieën en het verbinden met middelen, worden gebruikt in zowel peer-ondersteuning als therapie. Peer support maakt geen gebruik van andere therapievaardigheden, zoals diagnostische beoordeling, het opbouwen van inzichten, het identificeren van gedragspatronen, het verhogen van motivatie, het veranderen van denken of gedrag, of het geven van professionele meningen. Peer support is ook anders dan alleen "goed luisteren" of een goede vriend zijn. De grenzen, doelen, band en vertrouwelijkheid van de peer support-relatie bieden een unieke veiligheid en geruststelling die vaak niet worden gevonden tussen collega's of vrienden. Een peer supporter begrijpt de uitdagingen van het werken in de gezondheidszorgorganisatie en kan worden vertrouwd met kwetsbaarheid en gevoelige informatie.

Peer support programma's functioneren optimaal wanneer ze een onderdeel zijn van welzijnsinspanningen binnen zorgorganisaties, als aanvulling op andere diensten en welzijnsinterventies voor personeel. Peer-interventies moeten flexibel zijn om individuele verschillen te ondersteunen door de inzet van getrainde afdeling gebaseerde peer-supporters. Een goede training van peer-supporters is daarom essentieel zodat zij personen, eventueel pro actief, kunnen identificeren en ondersteunen. Verpleegkundig leidinggevend dienen het algehele welzijn van hun verplegend personeel te blijven versterken door evidence-based, holistische benaderingen in te zetten, zoals peer support-netwerken, om de professionele veerkracht van het personeel te ondersteunen.

Terwijl traditionele peer support-programma's patiëntgericht zijn, is peer support als een formeel werkplek gebaseerd programma een relatief nieuwe en unieke benadering. "Peer support op de werkplek stelt collega's in staat om elkaar te helpen bij enkele van de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd, zowel op het werk als in ons persoonlijke leven. Peers fungeren als een vertrouwelijk oor om te luisteren en als een toegangspoort om te verbinden met middelen in de gehele organisatie die extra ondersteuning bieden wanneer dat nodig is. Met ander woorden, peer support, individueel of in groep, kan niet gezien worden als een 'behandeling van een ziekte of aandoening' waaraan een oplossing dient geboden te worden maar eerder als een 'luisterend oor' dewelke de persoon tot eigen inzichten brengt en daarbij de veerkracht ondersteunt en niet als doel heeft deze te verhogen of aan te passen (therapeutisch).

Niettegenstaande dat de integratie van deze verschillende methoden/interventies een significant effect blijkt te hebben op het verminderen van de burn-out van verpleegkundigen, is een belangrijke vaststelling echter dat de meeste interventies voornamelijk gericht zijn op het trainen van psychosociale vaardigheden bij verpleegkundigen dewelke een positief effect hebben op het verminderen van burn-out. Echter, waarom, hoe, wanneer, waar en door wie deze interventies ter bevordering van het psycho-sociaal welzijn van Vlaamse verpleegkundigen worden aangeboden blijft onbekend terrein.

Deze studie heeft dan ook als doel om na te gaan

1. In welke mate het welzijnsbeleid is uitgewerkt en geïmplementeerd binnen de Vlaamse zorgorganisaties.
2. Welke interventies toegepast worden binnen de Vlaamse zorgorganisaties met betrekking tot een verbetering van het psycho-sociaal welzijn van verpleegkundigen.
3. Welke plaats peer support of peer support groepen kennen binnen het huidige aanbod van welzijnsinterventies.

## **METHODOLOGIE**

### ***Onderzoeksdesign***

Door gebruik te maken van een semigestructureerd diepte-interview werd het bestaande welzijnsaanbod voor zorgprofessionals binnen verschillende Vlaamse zorgorganisaties bevestigd. Een semigestructureerd onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij op basis van voorafgaandelijk vastgelegde vragen de onderzoekers een gesprek voeren met de geïnterviewde.

De interviews werden via MS teams georganiseerd tussen februari 2022 en april 2022. Deelnemers kregen voorafgaandelijk aan het interview de vragen toegestuurd (zie bijlage 1) dewelke werden afgenomen door 1 'hoofdinterviewer', ter observatie en aanvulling was een tweede onderzoeker aanwezig dewelke zo nodig aanvullende vragen stelde om meer in de diepte te gaan of om verhelderingen te bewerkstelligen. De direct betrokkenen bij het afnemen van de interviews waren:

- Kristof Faes, Bsc, RN, Msc, PhD
- Silvia Peeters, Msc

Bij de start van elk interview werd de respondent(en) gevraagd naar een bevestiging van het informed consent. Voorafgaand aan het bevestigen van het informed consent lichtte de hoofdinterviewer, in navolging van wat richtlijnen voor kwalitatief onderzoek voorschrijven, toe waar het onderzoek over gaat, waar hetgeen de respondent vertelt voor gebruikt kan worden, dat anonimiteit van de respondent gewaarborgd zal blijven en dat de data op een verantwoorde manier opgeslagen worden. 100% van de deelnemers bevestigde het informed consent en gaven akkoord voor deelname en anonieme verwerking van de gegevens in dit onderzoeksrapport.

### ***Onderzoekspopulatie***

De onderzoekspopulatie omvat algemene ziekenhuizen in Vlaanderen dewelke random werden geselecteerd op basis van de erkenning als algemeen ziekenhuis binnen Vlaanderen. Na exclusie van universitaire, categorale en psychiatrische zorginstellingen werden 55 algemene ziekenhuizen eligible bevonden om deel te nemen aan de studie (N=55). Uit de onderzoekspopulatie werd, om de geografische verdeling binnen Vlaanderen te kunnen verzekeren en potentiële regionale verschillen mee op te nemen, een random 25% sample a rato provincie geïnccludeerd in deze studie.

De potentieel 14 geïnccludeerde Vlaamse algemene ziekenhuizen werden uitgenodigd deel te nemen aan de studie.

*Verdeling per provincie van de geïncludeerde Vlaamse algemene ziekenhuizen:*

**Tabel 3. Overzicht aantal deelnemende organisaties per provincie**

Provincie	Aantal algemene ziekenhuizen	Aantal 25% random sample	Aantal deelname
Antwerpen	16	4	3
Limburg	7	2	1
Oost-Vlaanderen	14	3	0
Vlaams-Brabant	7	2	1
West-Vlaanderen	11	3	3

De deelnemende zorgorganisaties kwamen uit verschillende provincies, gegeven de verschillende provinciale realiteiten. Binnen het kader van deze studie was het echter niet mogelijk om deze verschillende provinciale realiteiten ieder op zich diepgaand te bevragen en te analyseren. We beoogden wel een divers staal op vlak van welzijnsbeleid te bevragen, om zo een overzicht te genereren van het huidige welzijnsaanbod voor zorgprofessionals binnen Vlaanderen. Vastgesteld kan worden dat de interesse voor deelname hoog ligt binnen de provincie West-Vlaanderen en geen interesse binnen de provincie Oost-Vlaanderen. Voor de provincie Antwerpen en Limburg vond 50% van de geïncludeerde zorgorganisaties zich bereid te nemen aan de studie (Tabel 3).

Er werd gekozen voor individuele of duo-interviews, wat toeliet om in detail in te gaan op de verschillende aspecten van het algemeen welzijnsbeleid en specifiek in te gaan op het huidige aanwezige aanbod van welzijnsbevorderende initiatieven binnen de verschillende zorgorganisaties. Afhankelijk van organisatie werden HR-medewerkers, als directie bevroegd. Een specifiek overzicht van de functies van de geïnterviewde respondenten kan u terugvinden in tabel 4 'Overzicht functie deelnemers interview per provincie'.

**Tabel 4. Overzicht functie deelnemers interview per provincie**

Provincie	Aantal deelnemers	Functie geïnterviewde
Antwerpen	3	Welzijnsconsulent & HR medewerker
		Coördinator welzijn en preventie
		Personeelsdirecteur

Limburg	1	Dienst personeelsbegeleiding & vertrouwenspersoon
Oost-Vlaanderen	0	-
Vlaams-Brabant	1	Directeur HR
West-Vlaanderen	3	HR medewerker
		Leidinggevend functionaris personeelsdienst
		Directeur HR

### **Analyse**

De afgenomen interviews via MS teams werden met toestemming van de deelnemers opgenomen. Het beeld werd verwijderd en de geluidsbestanden werden woordelijk getranscribeerd door uitgeypt.nl in de maand mei 2022. De transcripties werden in juni 2022 in NVIVO 12 geüpload en gecodeerd. Om de betrouwbaarheid te verhogen binnen het onderzoeksteam werd één transcriptie door beide onderzoekers gecodeerd, om op deze manier tot een definitieve codering te komen. De andere transcripties werden verdeeld en steeds door één onderzoeker in gegeven in NVIVO 12.

Het onderzoeksteam bouwde samen de boomstructuur verder uit, vertrekkende vanuit de inductieve thematische analyse. Alle onderzoekers namen hierbij een kritische positie in door cyclisch te werk te gaan en door continu overleg.

## RESULTATEN

### Karakteristieken van de geïnterviewden

De studiepopulatie bestond uit 100% algemene ziekenhuizen (n=8) waarbij het zowel private als publieke zorgorganisaties betrof. De functie van de geïnterviewden betrof hierbij voornamelijk medewerkers van de dienst HR alsook personeelsdirecteur en welzijnsconsulenten. Er dient echter opgemerkt te worden dat de verantwoordelijken voor het welzijnsbeleid binnen de ondervraagde zorgorganisaties de taak als welzijnscoördinator of vertrouwenspersoon combineerden met een taak binnen de dienst human resources. Deze wordt in de bevroegde organisaties bijgestaan door een stuurgroep (n=2) of specifieke werkgroep welzijn (n=4). De werkgroepen welzijn bestaan hierbij uit de personeelsdirecteur, welzijnscoördinator, afgevaardigden van het Comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW), preventieadviseur en externe diensten voor preventie op het werk. Bijkomend wordt deze werkgroep aangevuld of ondersteund door een arbeidsgeneesheer en afgevaardigden van de personeelsgeleding, meer specifiek, hoofdverpleegkundigen en HR-medewerkers. Er kan gesteld worden dat het welzijnsbeleid voornamelijk onder toezicht en leiding staat van een interne medewerker verbonden aan de dienst HR dewelke tevens al dan niet specifiek fungeert als welzijnsconsulent of vertrouwenspersoon binnen de organisatie.

De verschillende welzijnscoördinatoren, werkgroepen en stuurgroepen zijn binnen de verschillende zorgorganisaties verantwoordelijk voor de uitwerking van algemeen welzijnsbeleid binnen de betrokken organisatie.

### Budget

37,5% van de geïnterviewden kon aangeven welk budget werd vrijgemaakt voor de uitwerking van het algemeen welzijnsbeleid. Deze geïnterviewden gaven aan dat het budget voor het welzijnsbeleid gegenereerd werd, enerzijds, vanuit opleidingsbudgetten en anderzijds vanuit open budgetten en varieerde tussen 35.000 en 200.000 euro. Echter, een specifieke kost van het volledige en specifieke welzijnsbeleid kon niet worden weergegeven. De beschikbare budgetten worden ingezet voor het uitwerken van een specifiek welzijnsbeleid voor alle medewerkers binnen de organisatie. Echter, deze studie focust zich voornamelijk op het welzijnsbeleid gericht naar verpleegkundigen binnen de zorgorganisaties. Een overzicht van de verdeling van het aantal verpleegkundigen naar opleidingsniveau waarop het, in deze studie, uitgewerkte welzijnsbeleid focust kan teruggevonden worden in tabel 5 'Aantal en opleidingsniveau verpleegkundigen per deelnemende organisatie'.

**Tabel 5. Aantal en opleidingsniveau verpleegkundigen per deelnemende organisatie**



		Organisatie 1	Organisatie 2	Organisatie 3	Organisatie 4	Organisatie 5	Organisatie 6	Organisatie 7	Organisatie 8
<b>Totaal aantal werknemers</b>		1500	1306	4000	1700	1400	750	700	3800
<b>Aantal verpleegkundigen</b>		36%	43%	80%	29-35%	50-57%	44%	57%	47%
	<b>Graduaat</b>	30%	40%	-	-	-	30%	50%	37%
	<b>Bachelor</b>	70%	57%	-	70%	-	70%	50%	59%
	<b>Master</b>	minderheid	3%	8%	-	-	3%	5%	3%

## Doelstellingen

Het welzijnsbeleid voor verpleegkundigen van de geïncludeerde zorgorganisaties kent verschillende doelstellingen waarbij de centrale doelstelling het algemeen welbevinden van de medewerkers beoogt. Niettegenstaande deze doelstelling algemeen werd onderschreven door de verschillende zorgorganisaties kunnen we vaststellen dat er tevens belangrijke subdoelen binnen het algemeen welzijnsbeleid zijn vast te stellen. Deze subdoelen omvatten het verhogen van de draagkracht van de medewerkers, het verhogen van de kennis binnen de organisatie alsook het verhogen van de tevredenheid van de verpleegkundigen. Zorgorganisaties hebben tevens ook het doel om door middel van het welzijnsbeleid medewerkers te verbinden met de organisatie en elkaar.

*Hoe kunnen we ze weer binden aan onze organisatie en binden aan elkaar zodanig dat ze ook merken dat we bezorgd zijn om hen en dat we hen appreciëren en waarderen?*

De verschillende doelstellingen beogen tevens ook motivatie en betrokkenheid dewelke uitstraalt op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

*Ik denk in dat resultaat vooral, dat mensen gemotiveerd zijn en met goesting komen werken en dat dat uiteindelijk uitstraalt op de kwaliteit van de zorg die we bieden. Ik denk dat dat het ultieme doel moet zijn.*

## In kaart brengen van de noden

Om de nood en vervolgens de inhoud van het welzijnsbeleid te bepalen geven de verschillende organisaties aan door middel van welzijnsbevraging enerzijds en tevredenheidsenquêtes en een ideeën box anderzijds, de nood vast te stellen. Aanvullend wordt aangegeven dat ook via functioneringsgesprekken, risico-analyses en “management by walking around” de verschillende noden in kaart worden gebracht.

De verschillende bevragingen alsook functioneringsgesprekken en risico-analyses geven aan dat de nood naar verschillende acties noodzakelijk is voor het verbeteren van het psycho-sociaal welzijn van verpleegkundigen. De belangrijkste noden waarop het welzijnsbeleid dient te focussen omvatten stress, burn-out en agressiebeleid alsook vorming om draagkracht en veerkracht van de medewerker te verhogen. Specifiek wordt aangegeven dat ook binnen het welzijnsbeleid de nood aan samenwerking tussen afdelingen, kennisverhoging, transparante communicatie, onderling vertrouwen en sociale steun van leidinggevenden en collega’s noodzakelijk zijn voor alle medewerkers, meer specifiek, wordt tevens ook de nood naar opleiding voor leidinggevenden aangegeven.

## **Gebruikte modellen**

Om een antwoord te bieden op de verschillende ‘welzijnsnoden’ werkten alle bevroagde zorgorganisaties een specifiek welzijnsbeleid uit. De concretisering van het algemeen welzijnsbeleid is echter variabel tussen de verschillende deelnemende organisaties. 62% van de geïnterviewde organisaties werkten een welzijnsbeleid uit volgens het kader van een wetenschappelijk onderbouwde methodologie. Drie van de vijf organisaties werkten hun welzijnsbeleid uit op basis van het huis van werkvermogen (Osagie et al, 2019. Het huis van werkvermogen (zie bijlage 2) beschrijft 7 factoren die invloed hebben op de inzetbaarheid van medewerkers. De methode legt de aanpak van duurzame inzetbaarheid uit. Twee organisaties werkten het welzijnsbeleid uit aan de hand van de 5 A's : arbeidsorganisatie, arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsverhoudingen. Psychosociale risico's zijn complex omdat de oorzaken ervan multifactorieel zijn en de gevaren zich kunnen voordoen op deze 5 niveaus. Drie organisaties gaven aan geen specifieke onderbouwing van het welzijnsbeleid te gebruiken maar vanuit specifieke feedback en noden welzijnsacties op te zetten. Vastgesteld kan worden dat alle bevroagde zorgorganisaties hierbij ondersteuning of medewerking konden genieten van verschillende externe diensten zoals de verplichte externe diensten voor preventie op het werk (Bijvoorbeeld Idewe, Liantis, ...) als andere externe, niet-verplichte partners (Bijvoorbeeld The human link, ...).

## **Welzijnsscore**

Naast de vaststelling van de specifieke noden werd in de studie ook nagegaan op welke manier de verantwoordelijken voor het welzijnsbeleid het welzijn zouden scoren van de medewerkers. Opvallend hierbij is dat 3 van de 8 ondervraagde geïnterviewden een objectieve score van het welzijn konden weergeven. De objectieve bepaling van het welzijn van alle medewerkers binnen deze 3 zorgorganisaties, dewelke werd vastgesteld op basis van een tevredenheids-en/of risico-analyse voor de COVID19-pandemie, varieerde tussen 50 en 60%. Verassend is dat enkel 1 van deze drie organisaties de specifieke score voor verpleegkundigen kon aangeven. De welzijnsscore voor deze specifieke groep van zorgmedewerkers bedroeg 46%. Belangrijk hierbij is dat de verschillende stakeholders aangaven dat dit verschillend kon zijn ten aanzien van specifieke diensten. Vijf van de acht geïnterviewden kon geen objectieve welzijnsscore weergeven, voor deze groep werd nagegaan hoe hoog de geïnterviewden het welzijn zouden scoren. De subjectieve score, pré-corona, van het welzijn bedroeg voor deze vijf zorgorganisaties gemiddeld 70%. Opvallend hierbij is dat welzijnscoördinatoren het welzijn van hun medewerkers hoger inschatten dan dat deze objectief wordt gemeten.

## **Bekendmaking**

Diverse kanalen worden aangewend om het welzijnsbeleid bekend te maken bij de verschillende medewerkers. In 75% van de zorgorganisaties worden acties en aanbod gecommuniceerd via een intern communicatieplatform. Via een specifieke pagina health at work/welzijn op het intranet, een interne facebookpagina, informatieschermen in het ziekenhuis, affiches, via flyers of via mail ontvangen medewerkers specifieke programma's gericht op het bevorderen

van het psycho-sociaal welzijn of vermindering/vermijding van psycho-sociale risico's. Starters worden in 37.5 % van de zorgorganisaties standaard geïnformeerd over de beschikbaarheid en aanbod van het algemeen en specifiek welzijnsbeleid via flyers en brochure met het aanbod.

Naast het bekendmaken van het algemeen welzijnsbeleid wordt tevens ook aangegeven dat het specifiek welzijnsbeleid gericht op het vermijden en opvangen van psycho-sociale risico's bekend gemaakt wordt via directe communicatie van de vertrouwenspersoon of welzijnsconsulent.

Niettegenstaande dat de bekendmaking van het welzijnsbeleid geïntegreerd is in de algemene aanpak van het welzijnsbeleid, wordt door 1 van de ondervraagden duidelijk aangegeven dat er veel meer gewerkt moet worden aan het kenbaar maken van de diverse initiatieven. Herhalen van de inhoud van het welzijnsbeleid en het bestaande aanbod is dan ook een belangrijk element binnen de bekendmaking van het specifieke welzijnsbeleid.

#### **Specifieke uitwerking van het huidige welzijnsbeleid binnen Vlaamse algemene ziekenhuizen**

De verschillende stakeholders ontwikkelden een algemeen welzijnsbeleid dat zich in de begin jaren voornamelijk focuste op ziekteverzuim, het houden van exitgesprekken en het voorzien van professionele doorstroommogelijkheden binnen de organisatie. Echter, na verloop van tijd en gestuurd door informatie verkregen vanuit specifieke bevragingen en/of naar aanleiding van incidenten werd de focus van het welzijnsbeleid meer gericht en uitgebreid op de voorafgaandelijk gestelde doelstellingen (stress, burn-out, agressiebeleid, vorming om draagkracht en veerkracht van de medewerker te verhogen, de nood aan samenwerking tussen afdelingen bevorderen, kennisverhoging, transparante communicatie, onderling vertrouwen en sociale steun van leidinggevenden en collega's, meer specifiek, wordt tevens ook de nood naar opleiding voor leidinggevenden aangegeven). De coronacrisis vestigde tevens ook de aandacht op het belang van het zorg dragen voor het mentaal kapitaal van een organisatie: de werknemers.

*Ik verschiet hoeveel meer ogen er open zijn gegaan op algemeen vlak. Ik denk dat er meer besef is gekomen van dat psychosociaal welzijn is essentieel. Als je gelukkig medewerkers hebt dan heb je goede medewerkers en dat levert ook veel meer op.*

#### **Voor wie**

Werken aan welzijn op het werk kent dus een wettelijke oorsprong. De wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn op het werk is de basiswet op het vlak van de veiligheid en de gezondheid op het werk. Ze voorziet een wettelijke basis voor initiatieven op het vlak van het welzijn op het werk. Naast arbeidsveiligheid, gezondheid, ergonomie, arbeidshygiëne, arbeidsplaats en leefmilieu stelt de wetgeving dat het verplicht is voor elke organisatie om aandacht te besteden aan de psycho-sociale belasting en risico's.

Psychosociale belasting veroorzaakt door het werk wordt gekenmerkt door elke belasting van psychosociale aard die haar oorsprong vindt in de uitvoering van het werk of die voorkomt naar aanleiding van de uitvoering van het werk en die schadelijke gevolgen heeft voor de lichamelijke of psychische gezondheid van de persoon zoals slaapproblemen, hoge bloeddruk, ademhalingsmoeilijkheden, hoofdpijn, spijsverteringsstoornissen of op psychisch vlak depressie, gebrek aan motivatie, angst en zelfmoordgedachten. Stress te wijten aan bijvoorbeeld de arbeidsvoorwaarden, eventueel geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk worden gekenmerkt als een potentiële psychosociale belasting van de medewerker. Anderzijds worden psychosociale risico's gedefinieerd als: "de waarschijnlijkheid dat één of meerdere werknemers psychische schade ondervinden die al dan niet gepaard kan gaan met lichamelijke schade als gevolg van blootstelling aan een arbeidssituatie die een gevaar inhoudt". Deze risico's kunnen zich manifesteren op niveau van de 5 A's: Arbeidsorganisatie, Arbeidsinhoud, Arbeidsomstandigheden, Arbeidsvoorwaarden en Arbeidsverhoudingen.

De specifieke uitwerking van het algemeen welzijnsbeleid dient zich, vanuit wettelijke bepaling, op alle medewerkers met een arbeidscontract te richten. Opvallend hierbij is dat 60% van de bevroegden aangeeft dat artsen hierbinnen een specifieke groep vormen die moeilijk of niet bereikt worden met de verschillende acties dewelke aangeboden worden binnen het welzijnsbeleid. De belangrijkste reden dat artsen geen gebruik maken of kunnen maken van het aanbod wordt verantwoord door het zelfstandige karakter van deze zorgmedewerkgroep. Daarnaast stellen we vast dat het welzijnsaanbod naast een aanbod voor de gehele medewerkerspopulatie met arbeidscontract zich voornamelijk focust op specifieke groepen. Deze groepen omvatten medewerkers van afdelingen die hoog scoren op mentale, emotionele belasting, zoals intensieve zorgen, spoedgevallendienst, geriatrie en de afdeling schoonmaak (deze laatste groep ervaart mentale belasting omwille van pestproblematiek binnen het team). Opmerkelijk is ook dat de aangeboden acties hun focus kennen op de specifieke groep van leidinggevendenden binnen de zorgorganisatie (100%). Dit vanuit de optiek dat als leidinggevendenden beter ondersteunt worden in het uitvoeren van hun taak dat dit zal doorstromen en een positief effect hebben op het welbevinden van de medewerkers onder deze leidinggevendenden.

### ***Opdeling van de verschillende interventies volgens schema***

Op basis van de bevraging van de verschillende deelnemers kan vastgesteld worden dat de beschreven en weergegeven werk gerelateerde interventies niet uitsluitend gericht zijn op werknemers die problemen ervaren, maar tevens ook op werknemers die goed functioneren. Naast curatieve interventies om psychische problemen, stoornissen en aandoeningen te behandelen, is er vanuit het wettelijk kader tevens de vraag om in te zetten op het voorkomen van psychische problematiek op het werk, oftewel preventie. Hierbij konden drie types worden onderscheiden. Ten eerste tertiaire preventie waarbij het gaat om het beperken van de schadelijke gevolgen van problemen, stoornissen en aandoeningen, ten tweede secundaire preventie die zich richt op een specifieke groep die een groot risico loopt om een probleem, stoornis of aandoening te ontwikkelen en ten derde primaire preventie die zich richt op alle werknemers met het oogmerk om problemen, stoornissen en aandoeningen te voorkomen door deze bij de bron aan te pakken. Tegenwoordig is er echter ook steeds meer aandacht voor de mogelijke invloed van positieve

psychologische toestanden (zoals bevlogenheid) op het functioneren van werknemers (Bakker & Schaufeli, 2008).

Daardoor

lijkt de aandacht bij de ontwikkeling van werk gerelateerde interventies zich nu te richten op interventies die dergelijke positieve toestanden kunnen bevorderen. Binnen dit onderzoek koppelen we dit type interventies aan de term amplitie.

In tegenstelling tot het behandelen (curatie) of voorkomen (preventie) van negatieve toestanden zoals een burn-out, zijn deze positieve interventies juist gericht op het bevorderen van positieve toestanden (amplitie) bij werknemers, zoals bevlogenheid, welbevinden en gezondheid (Tabel 6).

**Tabel 6. Opdeling psychosociale interventies binnen Vlaamse zorgorganisaties**

Curatie	Tertiaire preventie	Secundaire preventie	Primaire preventie	Amplitie
<b>Werknemers met problemen behandelen</b>	<b>Schadelijke gevolgen van problemen beperken</b>	<b>Probleemoplossend vermogen verhogen</b>	<b>Psychosociale risico's verminderen</b>	<b>Psychisch welbevinden stimuleren</b>
Re-integratie van zieken	Individuele gesprekken met externe psycholoog (FEDRIS project*)	Oplaadmomenten in groep op specifieke diensten bijv. intensieve zorg	Stimuleren van een gezonde geest in een gezond lichaam Mind body interventies: yoga, pilates, hartcoherentie, ademhalingsoefeningen, workshop rond het thema slaap, e-learnings rond good habitz, 33 dagen challenge, mindlab online platform	Complimenten geven/dag
Gesprekken met langdurig zieken	Aanbod individuele opvang intern na second victim/na een incident	Coaching van teams waar zich problemen stellen / teambegeleidingen	Stimuleren tot gezonde voeding: recepten delen, gezonde voedingsautomaat, maandelijkse fruitmand	Bedankkaartjes en bedankmomenten
Progressieve tewerkstelling	Aanbod extern en intern individueel en in groep na second victim/incident	Individuele coaching van leidinggevenden die het lastig hebben	Stimuleren tot bewegen: met de fiets naar het werk, aanbod wandelingen rond organisatie tijdens pauzes, korting op aankoop fiets, Start to run, loopevents, loopwedstrijden, mountainbike tours, sportavonden, fitness, Fit o meter, sportief teamgebeuren, de fitste afdeling	Optimisme dag

Mogelijkheid tot intern muteren	Debriefing in groep/teamverband na incident	Intervisie	Wettelijke verplichte zaken rond arbeidsveiligheid: Ergonomische maatregelen, alcoholvrij ziekenhuis, rookvrij ziekenhuis, vaccinatiecampagne, griepvaccin	Week van de ... om een bepaalde groep positief in de kijker te zetten
	Hulp bij gerichte externe doorverwijzing	Ventilatie sessies tijdens COVID periode	Bewust maken van huidige stand van zaken: Fit meting – persoonlijke gezondheidsscan, stress o meter, zelfcheck mentaal welzijn	Pagina in de krant met persoonlijke dankbetuigingen voor personeel
	Individuele gesprekken met interne psycholoog	Groepssamenkomst leidinggevend onder begeleiding/facilitator	Optimaliseren van arbeidsverhoudingen: de wettelijk verplichte onthaaldagen & peter-en meterschap voor starters (onboarding), personeelsfeest, bake-off, nieuwjaarsreceptie, teambuilding, actie gluren bij de burens, sinterklaasfeest, familiedag ontbijt op de afdeling, uitstappen, after-workdrink , maandelijkse lunchmeeting met CEO en de jarigen van die maand, iedereen klassiek	
		Ondersteunen van leidinggevend in het uitvoeren van hun functie: opleidingstrajecten voor leidinggevend in gesprekstechnieken om welzijn medewerker bespreekbaar te maken, ziekteverzuim etc., opleiding gezond roosteren	Optimaliseren van veerkracht: Opleiding gezonde veerkracht, informeren rond burn-out, sessies rond work-life balance	

		Ondersteunende acties door leidinggevenden naar personeel: In dienst gesprekken net voor de start en na de selectie, opvolgingsgesprekken en groeigesprekken, zelf roosteren, 2 maand op voorhand hun uren kennen	Ondersteunen van personeel bij uitvoeren van hun functie via aanbod opleiding:	
			Omgaan met fysieke en verbale agressie, omgaan met overlijden van een patiënt , omgaan met suïcidaliteit, opleiding feedback geven	

\*

[https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/NL/Burn-out/faq\\_nl.pdf](https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/NL/Burn-out/faq_nl.pdf)

#### *Primaire en secundaire preventieve acties ter voorkoming van psychosociale risico's*

Steeds meer onderzoeken wijzen erop dat mentale en fysiek welbevinden een invloed hebben op elkaar. Je mentale gesteldheid kan een negatief of juist positief effect hebben op je lichamelijke gezondheid, maar ook andersom is het zo dat lichamelijke klachten kunnen zorgen voor emotionele problemen. Evidentie toont aan dat er een verband is tussen de mate van mentaal welzijn en fysiek welzijn. 89% van de bevroegde organisaties zetten door middel van verschillende acties in op het fysiek welzijn van de zorgmedewerkers om via deze weg een impact te hebben op het mentale welbevinden. Specifieke acties ter bevordering van het fysiek welzijn van medewerkers omvatten 1. Mind body interventies (yoga, pilates en hartcoherentie) (43%); 2. algemene bewegingsactiviteiten tijdens of na de werkuren (fitness) (86%); 3. acties ter bevordering van gezonde voeding (57%); 4.ergonomie en arbeidsveiligheid (43%) en 5. online mindlab rond slaap. Tabel 6 toont een volledig overzicht van alle verschillende activiteiten ter ondersteuning van het fysiek welbevinden.

Op het werk vinden veel sociale interacties plaats. Deze interpersoonlijke relaties op het werk: de relaties van de werknemer met collega's en leidinggevenden, maar ook met klanten, patiënten, studenten... vallen onder de noemer arbeidsverhoudingen. Arbeidsverhoudingen kunnen gezien worden als risicofactor voor het ontwikkelen van psychosociale klachten. Het is verstandig als organisaties sociale verhoudingen in kaart brengen en deze trachten te ondersteunen.

Alle van de geïncludeerde organisaties toont aan acties ter bevordering van de arbeidsverhoudingen aan te bieden aan de medewerkers. Deze specifieke acties omvatten de wettelijk verplichte onthaaldagen & peter-en meterschap voor

starters. Om de relaties met collega's te bevorderen; personeelsfeest, bake-off, nieuwjaarsreceptie, teambuilding, actie gluren bij de burens, ontbijt op de afdeling, uitstappen, after-workdrink. Maandelijks lunchmeeting met CEO en de jarigen van die maand.

Verder zorgen vele van bovenstaande beschreven acties ervoor dat sociale relaties gekoesterd worden zowel in werk als privé sfeer (familiedag, Sinterklaasfeest), wat erg van belang is. Sociale relaties hebben immers een belangrijke functie: het verlenen van steun in moeilijke tijden. Echter ook wanneer er geen sprake is van een moeilijke tijd, is een sociaal netwerk van belang voor het geluksgevoel van mensen. Vele studies hebben het belang van sociale steun aangetoond op het welbevinden van werknemers. Werknemers zouden moeten investeren in informele relaties met collega's en een open houding ten aanzien van hen durven aan te nemen, niet alleen door met elkaar over het werk te praten maar tevens over persoonlijke zaken. Acties zoals sinterklaasfeest en familiedag kan de persoonlijke kant van de werknemers aan elkaar maar transparant en toegankelijk maken.

Deze specifieke primaire en secundaire preventie maatregelen kennen zowel een focus op leidinggevend en niet-leidinggevend en omvatten specifieke acties dewelke ondersteuning kunnen bieden bij de ontwikkeling van kennis, inzicht en vaardigheden ter voorkoming van burn-out.

100% van de ondervraagde gezondheidszorgorganisaties geven aan acties beschikbaar te stellen in de vorm van opleidingstrajecten voor leidinggevend. De beschikbaar gestelde opleidingen en professionaliseringstrajecten voor leidinggevend omvatten opleiding gezond roosteren (12.5%), leiderschapstrajecten (75%) en coachingstrajecten (25%). Daarnaast worden leidinggevend aangemoedigd om in gesprek te gaan met specifieke 'risico-medewerkers'. 30 % van de ondervraagde organisaties geeft leidinggevend de mogelijkheid om psycho-sociale risico's van medewerkers in kaart te brengen via in dienst gesprekken na selectie en bij de start, opvolgingsgesprekken en groeigesprekken. Opmerkelijk hierbij is dat 25% van de geïnterviewden aangeeft deze methodieken te includeren in het functioneringsgesprek.

*Ze hebben allemaal een basisopleiding als verpleegkundige en zij missen toch wel echt een aantal zaken rond dat leidinggevend, dat management, dat people management, dat coachen en dat zijn ook de punten waar zij op vastlopen. Vorig jaar zijn wij zelf gestart met een leiderschapstraject*

*Die zijn daar, naar mijn gevoel, onvoldoende voor klaargestoomd om zo die verschillende petten te kunnen opzetten. Dat zijn eigenlijk allemaal verpleegkundigen, die technisch goed zijn in een bepaalde materie, en die zin hebben om hun team te veranderen en om visie uit te schrijven, maar die zijn daar zo weinig voor voorbereid. Die gaan dan wel iets bijvolgen, zoals een banaba of een Master, maar dat blijft allemaal heel theoretisch. Vandaar dat wij zo wat met dat leiderschapstraject zijn gestart ook, met de bedoeling van "we gaan hen iets concreet op de werkvloer aanbieden, waar dat ze ook met elkaar in overleg kunnen gaan.*

Naast beschikbare acties voor leidinggevend geeft 100% van de geïnterviewden aan specifieke acties ter voorkoming van psycho-emotionele uitputting bij niet-leidinggevend aan te bieden. Deze specifieke acties voor niet-leidinggevend zijn gericht op zelfinzicht en kennisverbreding van de medewerker en omvatten in opleidingen gerelateerd aan verschillende aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening zoals omgaan met fysieke en verbale agressie en suïcidale neigingen bij patiënten. Daarnaast worden ook opleidingen met betrekking tot feedback



georganiseerd op teamniveau en worden specifieke acties ter ondersteuning van het persoonlijk psychisch welbevinden georganiseerd in de vorm van opleidingen met betrekking tot omgaan met verlies en verhogen van veerkracht.

### *Amplitie als actie ter voorkoming van psychosociale risico's*

Tot slot zien we ook een aantal interventies die we kunnen ordenen onder de term amplitie. Deze interventies zijn gericht op het bevorderen van positieve toestanden bij medewerkers zoals bevlogenheid, welbevinden en gezondheid. De actie "Complimenten geven" kan gecatalogeerd worden onder een gedragsmatige activiteit die een effect heeft op de bevlogenheid van werknemers. Optimisme stimuleren bij werknemers wordt eveneens aanbevolen.

Als je kijkt naar cognitieve activiteiten dan is dankbaarheid uiten erg zinvol aangezien het verschillende positieve gevolgen kan hebben. De bedankkaartjes en bedankmomenten zijn daar concrete voorbeelden van.

*Maar toch merkte je heel vaak van we missen die erkenning. Dat merkte je dan toch. Je kan nog zo veel financiële beloningen geven, je merkt van... Dan kwamen we met het idee, en dat hebben we van [organisatie 6] denk ik. Er was een hoofdverpleegkundige van intensieve die had een hele video-opname gemaakt van alle patiënten die er hadden gelegen. Dat is een opname geweest met ook zelfs familieleden van patiënten die gestorven waren. Die hadden een persoonlijke boodschap voor het personeel daar. We zeiden dat moeten we hier toch ook doen. Toen zaten wij samen met de dienst communicatie. Wij hebben een hele pagina van de krant gekocht eigenlijk en gewoon een oproep gedaan op Facebook van heb je bepaalde ervaringen met mensen in het ziekenhuis en wil je die delen. Wij willen ons personeel een hart onder de riem steken. Je wilt niet weten hoeveel mensen een boodschap hebben ingesproken. Voor [persoon 6] van op de dienst pediatrie. Voor die en voor die. Je hebt mijn mama zo goed geholpen.*

### *Curatie en tertiaire preventie*

Bij tertiaire preventie en curatie gaat het om het beperken van de schadelijke gevolgen van problemen, stoornissen en aandoeningen. Tertiaire preventie staat dus het dichtst bij curatie niettegenstaande een specifiek welzijnsbeleid een focus dient te kennen op het vermijden van psycho-sociale risico's merken we op dat 50% van de ondervraagde zorgorganisaties naast specifieke preventieve maatregelen ook inzet op tertiaire of curatieve maatregelen ter bevordering of opvang van de gevolgen van een falend psycho-sociaal welzijnsbeleid. Gesprekken met een psycholoog, re-integratie na langdurige afwezigheid en debriefings, interne mutatie als ook progressieve tewerkstellingsmaatregelen tonen aan dat preventieve acties niet zelden leiden tot een positieve outcome van de toegepaste welzijnsbevorderende interventies.

### ***Effect - ROI***

De invulling van het welzijnsaanbod en de daaraan gekoppelde welzijnsacties gebeurt enerzijds vraag gestuurd (o.b.v. specifieke noden) en anderzijds proactief (preventief – wettelijk bepaald). Als gevolg bieden de verschillende zorgorganisaties een breed scala van welzijnsgeoriënteerde acties aan. Opvallend hierbij is dat geen enkele van de bevroegde organisaties kon aangeven wat het specifieke effect van de actie of acties was op verbetering van het welzijn van de medewerkers. Meer specifiek kon tevens ook niet aangegeven worden wat de return on investment was voor deze acties.

Opmerkelijk hierbij is dat geen van de bevroegde zorgorganisaties kon aantonen of deze acties een positief effect hebben op de mate van emotionele uitputting en burn-out, ziekteverzuim, . Verdermeer werd door de geïnterviewden aangegeven dat deze specifieke acties ter preventie van psychosociale risico's worden georganiseerd of aangeboden op het moment dat het risico hoogdringend wordt in tegenstelling tot de doelstelling van deze acties om het risico te vermijden. Niettegenstaande dat 100 % van de geïnterviewden aangeeft acties ter preventie van psycho-sociale risico's aan te bieden kan geen enkele van de geïnterviewden aangeven hoeveel procent van de medewerkers gebruik maken van een specifieke (preventieve) actie. Bovendien kan voor geen van de bevroegde zorgorganisaties aangetoond worden hoe groot het aandeel van medewerkers is dat effectief psycho-sociale schade ontwikkelt ten gevolge van de verpleegkundige beroepsuitoefening en/of arbeidsomstandigheden.

## DISCUSSIE

De focus van deze studie was om na te gaan in welke mate het welzijnsbeleid is uitgewerkt en geïmplementeerd binnen de Vlaamse zorgorganisaties en welke interventies binnen dit welzijnsbeleid worden toegepast om tot een verbetering van het psycho-sociaal welzijn van verpleegkundigen te komen. Verder werd tevens ook nagegaan in welke mate peer support en peer support groepen binnen dit huidige aanbod van interventies een plaats kent.

Vastgesteld kan worden dat de ondervraagde zorgorganisaties binnen deze studie een aanbod aan welzijns bevorderende initiatieven ter beschikking stellen aan hun medewerkers. De invulling van het welzijnsaanbod en de daaraan gekoppelde welzijnsacties gebeurt enerzijds vraag gestuurd (o.b.v. specifieke noden) en anderzijds proactief (preventief – wettelijk bepaald).

Het welzijnsbeleid omvat een scala aan preventieve (met een overgewicht aan primair preventieve) maatregelen voor alle medewerkers binnen de organisatie en niet specifiek op verpleegkundigen binnen de organisatie. Deze focus naar alle medewerkers en preventie kent zijn oorsprong in het wettelijk kader dat zorgorganisaties als basis nemen voor de uitwerking van het algemeen welzijnsbeleid. Bij de uittekening van het algemeen welzijnsbeleid wordt gebruik gemaakt van de 5 A's of wordt het huis van werkvermogen gebruikt om een kader te scheppen. We merken hierbij op dat maar een marginaal aantal van de zorgorganisaties kon aangeven welke methodologische onderbouw ze gebruikten bij de uitbouw van hun beleid. De externe dienst voor preventie op het werk zorgt voor een bevraging (risicoanalyse psychosociale aspecten) die de 5 A's van de desbetreffende organisatie in kaart brengt en vervolgens in een rapport knelpunten en troeven in kaart brengt. Ze helpen tot slot, indien gewenst, om aan de knelpunten doelgerichte acties te koppelen.

Om het vraag gestuurde aanbod te bepalen beschikken organisaties over een scala van methoden om de specifieke noden bij hun personeel te inventariseren. De vraag kan gesteld worden of deze methoden toereikend zijn om alle noden van specifieke disciplines en afdelingen gedegen in kaart te brengen. De acties die zich hier situeren vallen onder de noemer van secundaire en tertiaire preventie en betreft een beduidend kleiner aanbod dan de primaire preventie-acties. Primaire preventieve acties kunnen bijdragen bij het psycho sociaal welzijn van medewerkers en hebben als doel om psychosociale risico's te verminderen.

Bij de acties op het domein van secundaire preventie (probleemoplossend vermogen verhogen) merken we op dat de acties meer worden toegespitst op specifieke doelgroepen met problemen (cfr. leidinggevend, medewerkers van de diensten spoed, intensieve,...).

De vraag kan gesteld worden of de acties op het niveau van secundaire preventie niet standaard en continu moeten opgenomen en ingebed worden in het aanbod en niet alleen in het leven geroepen moeten worden als zich problemen

stellen. Echter verpleegkundigen worden beschouwd als een specifieke risicogroep die ondersteunt dient te worden in het probleemoplossend vermogen ten aanzien van psychosociale risico's op het werk.

Wat betreft tertiaire preventie en curatie is gedegen doorverwijzing naar de juiste hulp een belangrijke interventie. Werknemers hebben immers vaak geen duidelijk zicht op het beschikbare aanbod en missen hierdoor de meerwaarde van het aanbod. Volledige of gedeeltelijke financiële tussenkomst door de organisatie bij externe doorverwijzing, is daarbij aangewezen. Helaas is het beperkte inzicht in de nodige budgetten hierbij een struikelblok.

Zoals aangegeven vulden de verschillende zorgorganisaties hun welzijnsbeleid voornamelijk in met specifieke acties gericht op alle medewerkers. Echter, er kon niet vastgesteld worden welke acties een positief effect hadden op het psychosociaal welzijn van het verpleegkundig kader niettegenstaande het verpleegkundig personeel een specifieke, kwetsbare en voorname medewerkersgroep omvat. Een gebrek aan effectmeting als ook een specifieke bepaling van de beschikbare investeringen binnen het welzijnsbeleid laten niet toe een eenduidige conclusie over de kosteneffectiviteit van de beschikbare interventies te beschrijven. Toekomstig onderzoek naar specifieke interventies ter bevordering van het psychosociaal welzijn van verpleegkundigen dringt zich dan ook op. Inzicht in de effecten en kosten van specifieke welzijnsbevorderende initiatieven kunnen de werkgever informeren over de meerwaarde en kost van specifieke interventies.

Niettegenstaande zorgorganisaties er van overtuigt zijn een meerwaarde te genereren met het specifieke welzijnsaanbod kan vastgesteld worden dat geen van de ondervraagde zorgorganisaties in staat was een uitspraak te doen over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van het opgestelde welzijnsaanbod. Een verdere uitdieping en onderzoek naar de effectiviteit van solitaire interventies kan teruggevonden worden in bestaande literatuur. Wat het specifieke effect van het welzijnsaanbod voor verpleegkundigen is, blijft echter een onduidelijk gegeven.

In dit rapport werden de verschillende interventies opgedeeld volgens de visie van Ouweneel, Schaufeli en al., 2009 dewelke amplitie bevorderende initiatieven, preventieve initiatieven alsook initiatieven gericht op curatie beschrijven. Nochtans dat de focus van een optimaal welzijnsbeleid niet alleen dient gericht te zijn op het vermijden van psychosociale risico's en belasting maar ook op het versterken van medewerkers die goed functioneren, merken we dat de meerderheid van de acties zich focussen op primaire preventie. Echter, een focus op het versterken van het psychisch welbevinden van verpleegkundigen (amplitie) kan het risico op burn-out en jobdrop verminderen.

Het is daarom noodzakelijk dat verschillende psychosociale interventies voldoen aan volgende voorwaarden:

- Het is van belang een onderscheid te maken tussen acties gericht op gezondheidspromotie en preventie in relatie met levensstijl en gezondheid enerzijds, en een alomvattend integraal psychosociaal welzijnsbeleid anderzijds. Om tegemoet te komen aan en ondersteuning te bieden voor de werkgerelateerde emotionele belasting zijn aanvullende interventies nodig naast de preventieve gezondheidspromotie acties.

- Naast een algemeen integraal welzijnsaanbod voor iedereen in te zoomen en toe te spitsen op specifieke groepen, diensten met elk hun eigen noden (cf.r. leidinggevend, starters, intensieve zorgen, spoedgevallen dienst, ...)
- De opsplitsing amplitie, preventie (tertiair, secundair, primair), curatie kan een hulpmiddel zijn om het welzijnsaanbod op te stellen.
- Voor het opzetten van een interventieprogramma is maatwerk nodig om het best mogelijke resultaat te bereiken. Werknemers verschillen immers van elkaar op het gebied van interesses, voorkeuren, leefstijlen en waarden en normen. Het type interventie waar een werknemer het meeste baat bij heeft zal verschillen per persoon als ook naar specifieke medewerkersgroep (i.e. verpleegkundigen). Het is dus van belang dat er variatie is in het interventie aanbod.
- Goede monitoring van de effecten van de interventies is van belang.
- De werknemer moet de meerwaarde en de verwachte opbrengst van de interventie zien. Medewerkers dienen tevens ook inzicht te krijgen in de meerwaarde van het vooropgestelde welzijnsbeleid.
- Werkgevers richten momenteel hun aandacht in de concrete uitwerking van het preventief beleid met betrekking tot psycho-sociale risico's vaak op hoog risico diensten zoals spoedgevallen, intensieve zorgen, geriatrie. Deze diensten krijgen meer aandacht en ondersteuning. Echter interventies dienen gericht te zijn op alle medewerkers en niet enkel op deze waarvan vermoed wordt dat zij een groter risico lopen. Belangrijk hierbij is dat, met betrekking tot amplitie en primaire preventie, wel een onderscheid dient gemaakt te worden naar specifieke beroepsgroepen. Curatie, secundaire en tertiaire preventieve maatregelen kunnen in tweedelijng aangewend worden voor specifieke groepen los van de beroepsgroep waartoe ze behoren.
- Medewerkers moeten ook makkelijker de weg vinden naar een transparant en overzichtelijk welzijnsaanbod.

Eerdere synthese van evidentie geeft aan dat een significant aandeel van interventies gericht op welzijn bestaat (zie hoger). Binnen deze studie werden de interventies gecategoriseerd binnen amplitie, preventie en curatie. Niettegenstaande de keuze van deze categorieën als arbitrair kan worden gezien dient vastgesteld te worden dat eerdere systematische reviews met betrekking tot interventies ter bevordering van welzijn op het werk voor verpleegkundigen ook gebruik maken van een categorisatie van historisch beschreven welzijnsinterventies (Romppanen & Häggman, 2016). Romppanen, J. geeft aan dat eerdere systematische reviews interventies groepeerden in drie categorieën . 1. Interventies die uitsluitend gericht zijn op het individu en het verbeteren van capaciteiten bij het bevorderen van welzijn op het werk, nl. persoonsgerichte interventies. 2. Interventies gericht op de organisatorische aspecten van het werk, nl. organisatiegerichte interventies en 3. combinatie van persoons- en organisatiegerichte interventies dewelke de persoonlijke capaciteiten van verpleegkundigen verbeteren om het welzijn op het werk en hun werkomstandigheden verbeteren. Niettegenstaande de aangehaalde interventies ook

konden werden omschreven in functie van deze 3 categoriën dient opgemerkt te worden dat de omschreven interventies in de resultatensectie aangeven een weinige focus te kennen op de specifieke noden van de individuele verpleegkundige.

HR-medewerkers worden vaak ingezet voor de uitwerking van het welzijnsbeleid en doen dit aanvullend op hun specifieke taken als HR-medewerker binnen de zorgorganisatie. Vastgesteld kan worden dat de verantwoordelijken voor het welzijnsbeleid, niettegenstaande zij de wetgeving volgen, niet steeds weten hoe te beginnen aan de uitwerking van een effectief specifiek welzijnsbeleid. De invulling van het welzijnsbeleid hangt daardoor veel af van wie de trekker is en hoeveel deze persoon wordt vrijgesteld om deze taak tot een goed einde te brengen. Indien hij/zij geen voeling heeft met het thema rond psycho-sociale risico's, financieel geen slagkracht krijgt, geen interesse heeft in het thema, geen back-up krijgt van hogerhand, is het moeilijker om de weg te vinden naar een geïmplementeerd preventiebeleid. Ook in het aanbod vanwege de externe preventiediensten vinden verschillende organisaties niet hetgeen terug dat ze zoeken. Nochtans sommige organisaties juist vergeraken dankzij de ondersteuning vanuit de externe preventiedienst merken we op dat de verschillende interventies plannen, inhoudelijke knopen doorhakken en de marginale resultaten en bevindingen op de juiste manier interpreteren en prioriteiten hieraan koppelen door gebrek aan effectiviteitsmeting worden bemoeilijkt. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat deze studie zich voornamelijk focuste op het individueel welzijnsbeleid van zorgorganisaties. Een belangrijke tekortkoming van deze studie omvat het specifieke inzicht in het aanbod van externe preventiediensten dewelke geen specifieke uitwerking van psycho-sociale interventies voor verpleegkundigen omvatten.

Verder meer tonen eerdere resultaten aan dat het succes van interventies in het beïnvloeden van welzijn op het werk is gekoppeld aan leiderschapscompetenties en -stijlen en de volwassenheid van de organisatie voor veranderingen (Czabala et al., 2011). Cummings et al. (2010) stelde vast in een dat transformationeel leiderschap en het versterken van het personeel het welzijn van verpleegkundigen op het werk bevorderen en tegelijkertijd angst verminderen Cummings et al. (2010). Als gevolg kan gesteld worden dat leidinggevend een belangrijke invloed hebben op de intenties van verpleegkundigen om hun baan te verlaten en de kwaliteit van verpleegkundige zorg (Tomey, 2009). Verpleegkundig leiders hebben dus een sleutelrol in de implementatie van interventies en de ontwikkeling van hun vaardigheden zal het welzijn van zowel verpleegkundig leiders als verplegend personeel verbeteren (Germain & Cummings, 2010). Het is daarom de moeite waard om aandacht te besteden aan leiderschap en organisatorische ondersteuning om de factoren te bepalen die de implementatie van welzijnsinterventies op het werk bevorderen (Baran et al., 2012). We zien dan ook dat alle organisaties specifiek inzetten op trajecten voor leidinggevend.

### **Welzijnsbevorderende initiatieven niet voor iedereen even uitgebreid**

Niettegenstaande vanuit een wetgevende verplichting aandacht dient genomen te worden voor het psycho-sociaal welzijn van alle medewerkers wordt opgemerkt dat niet alle medewerkers dezelfde specifieke aandacht krijgen binnen het welzijnsaanbod. Onze resultaten geven aan dat een groot aandeel van de huidig aangeboden interventies een focus kennen op het ondersteunen van leidinggevendenden. Verder werd opgemerkt dat artsen hierbij vaak uit de boot vallen omwille van hun zelfstandig karakter binnen de verschillende zorgorganisaties.



Gelet op het feit dat verpleegkundigen de grootste groep medewerkers betreft binnen de bevraagde zorgorganisaties dient opgemerkt te worden dat een specifiek aanbod, gericht op deze beroepsgroep, niet kon worden gedefinieerd. Nochtans dat de uitwerking van een specifiek welzijnsbeleid dient gericht te zijn op de noden van specifieke medewerkers kon geen van de ondervraagden aangeven welke specifieke psycho-sociale interventies exclusief gericht waren op verpleegkundigen. Nochtans zijn zij een kwetsbare groep die blootgesteld wordt aan werkgerelateerde psychische belasting, stress en werkdruk.

Peer support programma's functioneren optimaal wanneer ze een onderdeel zijn van welzijnsinspanningen binnen zorgorganisaties, als aanvulling op andere diensten en welzijnsinterventies voor personeel. "Peer support op de werkplek" stelt medewerkers in staat om elkaar te helpen bij de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd op het werk. Peers fungeren hierbij als een vertrouwelijk oor om te luisteren en als een toegangspoort om te verbinden met middelen in de gehele organisatie die extra ondersteuning bieden wanneer dat nodig is. Peer support, individueel of in groep, kan dan ook gezien worden als een 'luisterend oor' dewelke de persoon tot eigen inzichten brengt en daarbij de veerkracht ondersteunt en niet als doel heeft deze te verhogen of aan te passen.

Vastgesteld kan worden dat peer support of peer support groepen een beperkte plaats kennen binnen het huidige aanbod van welzijnsinterventies. Initiatieven voor leidinggevend, zoals het in kleine groepen onder begeleiding moeilijkheden en ervaringen onderling uit te wisselen en te bespreken wordt door 25% van de zorgorganisaties geïnitieerd. Daarnaast werd door de respondenten aangegeven data tijdens COVID ventilatiesessies georganiseerd werden in kleine groepen en worden specifieke medewerkers opgeleid om intern een aanspreekpunt te zijn voor collega's die slachtoffer werden van second victim. Daarnaast voorziet 12.5% tevens ook 'opladmomenten' in groep voor specifieke diensten zoals intensieve zorgen. Echter, verpleegkundigen samen brengen in PSG-en, begeleidt door een verpleegkundige, werd zelden tot niet toegepast. Meestal was er een al dan niet externe begeleider met een andere functie/discipline dan de deelnemers welke de groep faciliteerde.

### **Toekomstige uitdagingen**

Belangrijk blijkt dus dat de uitwerking van het algemeen welzijnsbeleid ondersteunt wordt door de werkgever. Zorgorganisaties dienen aandacht te besteden aan de werving en selectie van specifieke medewerkers dewelke gericht zijn op het uitwerken van een specifiek welzijnsbeleid. Het specifiek welzijnsbeleid met betrekking tot psychosociale aspecten heeft dan ook nood aan belangrijke structurele aanpassingen. Zoals daar zijn:

- Een centrale figuur, verantwoordelijk voor de uitwerking, opvolging en evaluatie van de bestaande interventies,
- Methodologische onderbouwing van het welzijnsbeleid,
- Vaststelling van noden per specifieke medewerkersgroep met name verpleegkundigen,
- Bepaling en vrijmaken van het noodzakelijke budget,
- Evaluatie en bepaling van outcomes en effecten van verschillende interventies
- Focus op amplitie en primaire en secundaire preventie van psycho-sociale risico's en belasting.

# Bijlagen

## BIJLAGE 1

Beste

*Hartelijk dank voor uw interesse in deelname aan ons (KdG) onderzoek. Door gebruik te maken van een semigestructureerd interview wensen wij een beeld te vormen van het welzijnsaanbod voor zorgprofessionals binnen uw zorgorganisatie. Een semigestructureerd onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij op basis van voorafgaandelijk vastgelegde vragen de onderzoekers een gesprek voeren met de geïnterviewde.*

*Om u voor te bereiden op ons gesprek geven we alvast een overzicht van de (potentieel) gestelde vragen. Deze vragen laten ons toe om een inventarisatie te maken van de aanwezige psychosociale ondersteuningsmaatregelen voor verpleegkundigen binnen de verschillende deelnemende zorgorganisaties en zullen verlopen in 3 fases. De eerste set van vragen betreft algemene vragen om een beeld te vormen van uw organisatie. Een tweede fase zal ingaan op het brede kader van het aanwezige welzijnsbeleid waarna in een derde en vierde fase dieper zal ingegaan worden op de methodiek en doelstellingen van de betrokken aanwezige programma's.*

*Graag benadrukken we dat u vrij bent om te antwoorden op de aan u gestelde vragen en dat uw antwoorden tijdens het gesprek vertrouwelijk worden verwerkt. De resultaten zullen in geaggregeerde vorm worden gerapporteerd.*

Silvia Peeters en Kristof Faes

---

### Vragen semigestructureerd interview

---

#### STAP 0

1. In welke type zorgorganisatie bent u werkzaam?
2. Wat is u functie binnen deze organisatie?
3. Hoeveel personeelsleden telt uw organisatie?
4. Hoeveel verpleegkundigen zijn werkzaam binnen uw organisatie?
5. Wat is de verdeling naar type verpleegkundige? Master, Bachelor, Graduaat (A2)
6. Hoe scoort u het algemeen psycho-sociaal welzijn van de verpleegkundigen binnen uw organisatie? 0-10 waar 0 slecht en 10 optimaal welzijn.

#### STAP 1

1. Bestaat er een algemeen welzijnsbeleid in uw organisatie? Sinds wanneer?
2. **Waarom** bestaat er een welzijnsbeleid? Wat is/was de achterliggende visie/reden om dit uit te werken?
  - Wettelijk verplicht? Indien niet wettelijk verplicht zou je het dan ook doen en waarom?

- Vanuit standpunt organisatie voordelen/nood benoemt of vanuit standpunt/nood werknemer?
- 3. Op **wie** focust het welzijnsbeleid binnen uw organisatie zich en **waarom net deze groepen**? Specificeer. (Beroepsgroep, type persoon: kwetsbare: starters, mensen met hoge stress scores, ...)
- Hoeveel mensen maken er gebruik van?
- Main focus: discipline verpleegkunde: indien andere professionals benoemen: wat maakt waarom deze wel/niet?
- 4. Wat wil je ermee bereiken? **Doel**? Wat zijn de doelstellingen binnen het welzijnsbeleid en hoe tracht je die te bereiken? Praktische uitvoering welzijnsbeleid.
  - Algemeen doel en subdoelen/methodiek
- 5. **Waar** voer je dit uit? (binnen/buiten organisatie, op de diensten, ...)
- 6. Hoe heb je je welzijnsbeleid **geconcretiseerd**? (organisatie, implementatie, verankering in de organisatie)
- 7. Welk **budget** wordt hiervoor geïnvesteerd? Heeft u een return of investment uitgevoerd en wat was het resultaat hiervan? % hoeveel van het totale beschikbare investeringsbudget?

## STAP 2

Inzoomen op de diverse luiken van het welzijnsbeleid. (hierbij zullen we de verschillende programma's binnen het welzijnsbeleid overlopen naar specifiek gebruikte methodiek)

-> Methodieken

1. Waarom keuze voor deze methodiek(en)? Specificeer per methodiek.
2. Wat wil je ermee bereiken?
3. Voor wie is dit aanbod (discipline,...) en hoe worden deze personen gerekruteerd? Worden er vragenlijsten afgenomen? Welke?
4. Wat zijn de voorwaarden om deel te nemen?
5. Waar wordt het uitgevoerd (intern, extern)
6. Wanneer (tijdens werkuren)
7. Door wie wordt het begeleid
8. Hoeveel deelnemers gemiddeld
9. Frequentie van toepassing van methodiek?
10. Duurtijd van 1 uitvoering?
11. Waaruit bestaat deze methodiek inhoudelijk?
  - Afspraken terugkoppeling deelnemers/management?
12. Hoe wordt de effectiviteit bepaald van de methodiek? Op welke outcome focust deze methodiek en hoe wordt dit gemeten? Wat vinden de deelnemers ervan?
13. Indien ja: cijfers gekend/methodiek? Succesratio outcome?

### Indien nee:

1. Waarom niet?
2. Wat zijn de redenen? Barrières?
3. Zijn jullie van plan om dit te doen?
4. Indien ja:
  - Waaraan zou dit moeten voldoen?
  - Welke methodieken zou je gebruiken en waarom?

- Hoe zou je dit uitrollen in je organisatie?

### **STAP 3**

Indien een peersupport(groep) (PS(G)) in het aanbod niet voorkomt:

- Duiden van de methodiek individueel en in groep (doelstellingen)
- Wat maakt dat PS(G) niet in het aanbod voorkomt? Reden?
- Zou dit een plaats kunnen hebben in uw bestaand aanbod? Waarom wel/niet?
- Stel dat een PS programma wordt uitgewerkt door externen, bent u bereid daarin te investeren? Wat is het budget dat u bereid bent hiervoor te betalen?

Finale open vraag; zijn er nog zaken die u wil toevoegen?

BIJLAGE 2



Figuur 1. Het Huis van werkvermogen (Ilmarinen et al., 2005, Ontwerp door Nationale-Nederlanden, oktober 2018)

## Referenties

- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L., & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 462–470.  
<https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 346–58.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317–1328.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>
- Aiken, L. H. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Anderson, J. C., Pfeil, S., & Surawicz, C. (2017). Strategies to Combat Physician Burnout in Gastroenterology. *American Journal of Gastroenterology*, 112(9), 1356–1359. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.251>

Arbeid, T. (2003). *Integraal GezondheidsManagement | TNO Publications*.

<https://repository.tno.nl//islandora/object/uuid:9f93a8be-adb0-4b12-9f96-2315093d51e4>

Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29(2), 147–154. <https://doi.org/10.1002/job.515>

Baran, B.E., Shanock, L.R. & Miller, L.R. (2012 ). Advancing Organizational Support Theory into the Twenty - First Century World of Work. *Journal of Business and Psychology*, 27, 123 – 147.

Billings, D. W., Cook, R. F., Hendrickson, A., & Dove, D. C. (2008). A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(8), 960–968.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816c435b>

Bourdeaud’hui, P., Janssens, F., Vanderhaeghe, S. (2017). *Werkbaar werk in de gezondheids- en welzijnszorg. Sectorale analyse op de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004*. Available from:

[https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV\\_Raad\\_20170313\\_StIA\\_WBM2016\\_Sociale%20Profit\\_RAP.pdf](https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_Raad_20170313_StIA_WBM2016_Sociale%20Profit_RAP.pdf)

Blankers, M., Koeter, M. W., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 330–341.

<https://doi.org/10.1037/a0023498>



Burmeister, E. A., Kalisch, B. J., Xie, B. *et al.* (2019). Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *Journal of Nursing Management*, 27, 143– 153.

Cox, T., Griffiths, A.J., Rial-González, E. (2005). El estrés relacionado con el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo.

<http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>

Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D. *et al.* (2016). A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. *Mindfulness* 7, 764–774.

<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0516-x>

Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo E., Muise M. & Stafford E. (2010) Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 7(3), 363 -85.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>

Czabala, C., Charzynska, K. & Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion. An overview. *Health Promotion International* 26(s1), i70 - i84.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dar050>

De Metsenaere, L. (2022). *Omdat we allemaal doodgaan. Het belang van een menswaardige stervensbegeleiding*. Owl Press.

Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., Ewers, B. (2010). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing* 37(5), 470–476.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x>

Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *PloS one*, 6(11), e28099.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028099>

Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J. A., & Furness, T. (2018). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 71–85.

<https://doi.org/10.1111/inm.12548>

Frank, E., & Dingle, A. D. (1999). Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1887–1894.

<https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1887>

Germain, P.B. & Cummings, G.G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management* 18, 425 –439.

Gomes, S. D. F. S., Santos, M. M. M. C. C. D., & Carolino, E. T. D. M. A. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282–1289.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.2742.2365>

Gong, Y., Han, T., Yin, X., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., & Lu, Z. (2014). Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 4(1).

<https://doi.org/10.1038/srep07109>

Gracino, M. E., Zitta, A. L. L., Mangili, O. C., & Massuda, E. M. (2016). A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, 40(110), 244–263.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611019>

Gründemann, R. Piek, P. Zwetsloot, G. van Scheppingen, A. Raaijmakers, T. Vaandrager, L. (2003).

Integraal GezondheidsManagement: methodiek in ontwikkeling TNO Arbeid,

<http://resolver.tudelft.nl/uuid:9f93a8be-adb0-4b12-9f96-2315093d51e4>

Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology:

Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235–245.

<https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>

Harvey, S. B., Laird, B., Henderson, M., & Hotopf, M. (2009). The mental health of health care professionals: a review for the Department of Health. *London: National Clinical Assessment Service*.

Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2012). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>

Hasselhorn, Hans & Tackenberg, Peter & Mueller, B.. (2003). Investigating premature departure from the nursing professions in europe: The european NEXT-study. Working Condition and Intent to Leave the Profession Among Nursing Staff in Europe. 9-18.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Casbas, T. M., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>

Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020). The implementation and evaluation of a resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 508–520.

<https://doi.org/10.1111/inm.12689>

Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020). Nursing resilience interventions-A way forward in challenging healthcare territories. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3597–3599.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15276>

Horsfall, S. (2014). Doctors who commit suicide while under GMC fitness to practice investigation. *General Medical Council*.

Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>

Jonsson, A. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79–84.

<https://doi.org/10.1136/emj.20.1.79>

- Kennedy P, Grey N. (1997). High pressure areas. *Nursing Times*, 16-22;93(29):26-28.
- Kuburović, N. B., Dedić, V., Djuricić, S., & Kuburović, V. (2016). Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia--Cross-sectional analysis. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 144(3-4), 165–173.
- Lamberts, M. & Terlinden L. (2016). DE IMPLEMENTATIE VAN EEN PREVENTIESTRATEGIE PSYCHOSOCIALE RISICO'S. Lessen uit 10 organisatiecases: Onderzoek in opdracht van Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Gepubliceerd door KU Leuven HIVA ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING
- Leonelli, L. B., Andreoni, S., Martins, P., Kozasa, E. H., Salvo, V. L. D., Sopezki, D., Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2017). Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 286–298. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020009>
- Lu, Y., Hu, X. M., Huang, X. L., Zhuang, X. D., Guo, P., Feng, L. F., Hu, W., Chen, L., & Hao, Y. T. (2016). Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ Open*, 6(7), e011388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011388>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3–25). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, *29*(4), 371–379.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.01>

McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, *3*(1), 60–81.

<https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, *32*(4), 378–384.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012>

Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, *26*(12), 1118–1126.

<https://doi.org/10.1002/da.20631>

Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97–e105.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>

Meltzer, H., Griffiths, C., Brock, A., Rooney, C., & Jenkins, R. (2008). Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001–2005. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 73–76.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040550>

Michie, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3–9.

<https://doi.org/10.1136/oem.60.1.3>

Mininel, V.A., Baptista, P.C.P., Felli, V.E. (2011). Psychic workloads and strain processes in nursing workers of brazilian university hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2):340-7.

Moberly, T. (2018). Sickness absence rates across the NHS. *BMJ*, k2210. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2210>

Nainar, S. M. (2018). Adverse events during dental care for children: implications for practitioner health and wellness. *Pediatric Dentistry*, 40(5), 323-326.

National Institute for Occupational Safety and Health (USA). Exposure to Stress: Occupational Hazards in Hospitals [Internet] 2008; Publication n. 136. [acesso 8 nov 2010]

<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/>.

Ong, Y. Z., Siddiqui, S., John, S., Chen, Z., & Chang, S. (2016). The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Staff and the Common Coping Strategies Used. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 45(5), 215–218.

Osagie, E. R., Wielenga-Meijer, E. G., Detaille, S., & De Lange, A. H. (2019). Het concept werkvermogen: een literatuuroverzicht van antecedenten en consequenties. *Tijdschrift voor HRM*, 22(1), 42–73.

<https://doi.org/10.5117/thrm2019.1.osag>

Ouweneel, A. P. E., Schaufeli, W. B., & Blanc, Le, P. M. (2009). Van preventie naar amplitie : interventies voor optimaal functioneren. *Gedrag en Organisatie*, 22(2), 118-135.

Peeters, M.C.W., Buunk, B.P., & Schaufeli, W.B. (1992). Sociale interacties op het werk: Een micro-analytische benadering. In R.W. Meertens, A.P. Buunk, P.A.M. van Lange & B. Verplanken (Red.) *Sociale psychologie en beïnvloeding van intermenselijke en gezondheidsproblemen* (pp. 23-36). Den Haag: Vuga.

Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Välimäki, M. (2017). Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1245.

<https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>

Pine, R., Tart, K. (2007). Return on investment: benefits and challenges of baccalaureate nurse residency program. *Nursing Economics*, 25(1), 13-19.



Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction (Abingdon, England)*, *103*(2), 218–227.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02063.x>

Robertson, N., & Perry, A. (2010). Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(3), 417–420.

<https://doi.org/10.1002/jts.20537>

Rompanen, J., & Häggman-Laitila, A. (2016). Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(7), 1555–1569.

<https://doi.org/10.1111/jan.13210>

Rosenthal, D. S., Webster, A., & Ladas, E. (2018). Integrative Therapies in Patients With Hematologic Diseases. *Hematology*, 2253–2261.

<https://doi.org/10.1016/b978-0-323-35762-3.00156-6>

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity. *British Journal of Psychiatry*, *147*(6), 598–611.

<https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Scott, S. D., & McCoig, M. M. (2016). Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience.

*Journal of Healthcare Risk Management*, *35*(4), 6–13. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21218>

Schaufeli, W. B., Taris, T., Le Blanc, P. M., Peeters, M. C., Bakker, A. B., & de Jonge, J. (2001). Maakt arbeid gezond? Op zoek naar de bevlogen werknemer [Work and health: The quest for the engaged worker]. *Psycholoog*, *36*(9), 422–428.

Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 678–687.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>

Slatyer, S., Craigie, M., Heritage, B. *et al.* (2018). Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial. *Mindfulness* 9, 534–546.

<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0795-x>

Shanafelt, T. D., West, C. P., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Poland, G. A., Menaker, R., Rummans, T. A., & Dyrbye, L. N. (2009). Career Fit and Burnout Among Academic Faculty. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 990.

<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.70>

Shanafelt, T. D., Mungo, M., Schmitgen, J., Storz, K. A., Reeves, D., Hayes, S. N., Sloan, J. A., Swensen, S. J., & Buskirk, S. J. (2016). Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(4), 422–431.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001>

Shi, L., Wang, L., Jia, X., Li, Z., Mu, H., Liu, X., Peng, B., Li, A., & Fan, L. (2017). Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(7), e016810. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016810)

[016810](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016810)

Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D., & Varkey, P. (2011). Stress Management and Resilience Training Among Department of Medicine Faculty: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 858–861.

<https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x>

Van Loo, A. (2017). *In welke mate wordt verloopintentie bij verpleegkundigen gestuurd door het sociaal klimaat en de leiderschapkenmerken op een afdeling?* UGent, Gent België.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence”. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

[https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)

Tomey, A.M. (2009 ). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 15 –25.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00963.x>

Tomioka, K., Morita, N., Saeki, K., Okamoto, N., & Kurumatani, N. (2011). Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine*, 61(3), 163–170.

<https://doi.org/10.1093/occmed/kqr004>

Van Ham, I., Verhoeven, A. A. H., Groenier, K. H., Groothoff, J. W., & De Haan, J. (2006). Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 12(4), 174–180.

<https://doi.org/10.1080/13814780600994376>

Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *10*(4), e44.

<https://doi.org/10.2196/jmir.1094>

Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, *355*(9203), 533–537.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)07366-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)07366-3)

Weight, C. J., Sellon, J. L., Lessard-Anderson, C. R., Shanafelt, T. D., Olsen, K. D., & Laskowski, E. R. (2013). Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clinic proceedings*, *88*(12), 1435–1442.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.09.010>

Wieclaw, J. (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental Medicine*, *63*(5), 314–319.

<https://doi.org/10.1136/oem.2004.019398>

#### **Geraadpleegde online bronnen**

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/checklist.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/checklist.pdf)

<https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/algemene-beginselen/algemene-principes-betreffende-het-welzijnsbeleid>