



Universiteit  
Leiden

# Psychosociale Arbeidsbelasting op de SpoedEisende Hulp (SEH)

*Onderzoek naar werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden  
bij verpleegkundigen en artsen op 19 SEH-afdelingen*

Eindrapportage

December 2017

Nathal de Wijn, Msc.  
Dr. Margot van der Doef

*Gezondheids-, Medische en Neuropsychologie - Universiteit Leiden*

In opdracht van Stichting IZZ en mede gefinancierd door de betrokken SEH-afdelingen



IZZ. Het Iedencollectief  
van mensen in de zorg.



# Inhoud

<b>1. Samenvatting</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Inleiding</b> .....	<b>7</b>
2.1. Onderzoeksdoelen .....	8
2.2. Projectgroep .....	8
2.3. Adviesraad .....	9
<b>3. Onderzoeksmethode</b> .....	<b>11</b>
3.1. Onderzoeksprocedure .....	11
3.1.1. Projectleider .....	11
3.1.2. Screeningsvragenlijst .....	11
3.1.3. Vragenlijst manager .....	12
3.1.4. Interviews .....	12
3.1.5. Verzuimgegevens .....	13
3.2. Onderzoeksperiode .....	13
3.3. Verwerking van de gegevens .....	13
3.3.1. Vragenlijst .....	13
3.3.2. Interviews .....	14
<b>4. Resultaten</b> .....	<b>15</b>
4.1. Respons .....	15
4.2. Gezondheid/welbevinden .....	16
4.2.1. Op welke uitkomstmaten scoren de SEH-afdelingen relatief gunstig? .....	17
4.2.2. Op welke uitkomstmaten scoren de SEH-afdelingen relatief ongunstig? .....	18
4.2.3. Verschilt het welbevinden tussen functiegroepen? .....	21
4.2.4. Verschilt het welbevinden van medewerkers tussen SEH-afdelingen? .....	22
4.2.5. Hebben bepaalde kenmerken van SEH-afdelingen invloed op het welbevinden? .....	22
4.2.6. Zijn er bepaalde groepen medewerkers die meer risico lopen op verminderd welbevinden? .....	24
4.3. Werkfactoren .....	27
4.3.1. Op welke werkfactoren scoren de SEH-afdelingen relatief gunstig? .....	27
4.3.2. Op welke werkfactoren scoren de SEH-afdelingen relatief ongunstig? .....	29
4.3.3. Verschilt de beoordeling van werkfactoren tussen de functiegroepen? .....	35
4.3.4. Verschilt de beoordeling van werkfactoren tussen de SEH-afdelingen? .....	36

4.3.5. Hebben bepaalde kenmerken van SEH-afdelingen invloed op de werkfactoren? .....	36
4.4. Individuele factoren .....	39
4.4.1. Verschillen de individuele factoren tussen functiegroepen? .....	41
4.4.2. Verschillen de individuele factoren tussen de SEH-afdelingen? .....	41
4.4.3. Zijn er bepaalde groepen medewerkers die (on)gunstiger scoren op individuele factoren? ..	41
<b>5. Relaties tussen werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden .....</b>	<b>43</b>
<b>6. Perspectief van de SEH-managers .....</b>	<b>47</b>
<b>7. Suggesties voor verbeteringen van medewerkers .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Conclusie en aanbevelingen .....</b>	<b>49</b>
<b>Literatuur .....</b>	<b>55</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>57</b>
Bijlage 1: Constructen vragenlijst .....	59
Bijlage 2: Vergelijking van de SEH-afdelingen op gezondheid/welbevinden, werkfactoren en individuele factoren .....	63

## 1. Samenvatting

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek naar de psychosociale arbeidsbelasting van SEH-medewerkers in 19 ziekenhuizen in Nederland. Bij deze onderzoeksgroep zijn gegevens verzameld door middel van vragenlijsten en interviews. Hierbij zijn werkfactoren, individuele factoren, alsmede de gezondheid/het welbevinden van de medewerkers in kaart gebracht.

Door de hoge respons op de vragenlijst (74%) bestaat de uiteindelijke onderzoeksgroep uit 887 verpleegkundigen en artsen (al dan niet in opleiding).

Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de SEH-medewerkers emotioneel is uitgeput (41%), last heeft van slaapklachten (14%) en/of Post Traumatische Stress-klachten (14%). Daarnaast overweegt een derde op zoek te gaan naar een andere baan. Positieve punten: meer dan de helft (61%) van de SEH-medewerkers is (zeer) bevlogen en slechts een klein deel voelt zich persoonlijk onbekwaam (5%).

Op basis van de onderzoeksgegevens blijkt dat de werksituatie op de SEH-afdelingen op dit moment naast positieve aspecten diverse knelpunten bevat. Op een aantal hulpbronnen, zoals sociale steun van de leidinggevende(n), werkafspraken, communicatie binnen het ziekenhuis, en materiaal en apparatuur, wordt relatief gunstig gescoord. Echter de ervaren werkdruk en de emotionele belasting is hoog en de personele bezetting laag. Verder is er sprake van relatief lage autonomie en zijn er weinig herstelmogelijkheden tijdens het werk. Tenslotte is er sprake van een organisatieklimaat waarin weinig aandacht is voor de psychosociale belasting van het werk en de consequenties daarvan voor de medewerkers.

Nadere analyses van de relaties tussen werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden laten zien dat met name de hoge werkdruk, het aantal agressie/emotioneel belastende situaties, het organisatieklimaat, maar ook de mate van autonomie van de medewerker en herstel tijdens het werk verband houden met gezondheidsklachten en verminderd welbevinden. Individuele factoren, zoals hoe de

medewerker omgaat met belastende situaties en het herstel buiten werktijd, spelen ook een rol maar lijken minder invloed op het welbevinden van de SEH-medewerkers te hebben dan de werkfactoren. De voornaamste knelpunten in de werksituatie blijken hiermee ook de belangrijke aangrijpingspunten te zijn om gezondheid en welbevinden op de SEH te verbeteren.

Tot slot zijn er verschillen tussen de SEH-afdelingen zowel in het aandeel medewerkers dat gezondheidsklachten/verminderd welbevinden ervaart, als in de beoordeling van de werkfactoren. Bepaalde kenmerken van de SEH, zoals wel of geen traumacentrum, wel of geen universitair ziekenhuis, lijken hierbij een geringe rol te spelen.

Op basis van de resultaten wordt aangeraden om prioriteit te leggen bij het verbeteren van de genoemde knelpunten in de werksituatie. Daarnaast is het van belang de groep medewerkers die reeds (ernstige) klachten ervaart ondersteuning en behandeling te bieden.

## 2. Inleiding

Personeelstekorten, werkdruk, agressie en geweld komen in toenemende mate voor in de zorg. Dit kan van invloed zijn op de inzetbaarheid en gezondheid van de medewerkers. Om in kaart te brengen hoe het er voor staat met de SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen is het project “Psychosociale Arbeidsbelasting op de SEH” gestart. Dit project is geïnitieerd door het Amphia Ziekenhuis en wordt uitgevoerd door IZZ in samenwerking met Universiteit Leiden.

Het project bestaat uit drie fasen. Fase 1 betreft een onderzoek naar de psychosociale arbeidsbelasting van medewerkers op de SEH. Op basis van de resultaten uit fase 1 worden in fase 2 verbeteringen aangebracht. Fase 3 betreft meerdere tussen- en nametingen om te bepalen of de maatregelen het gewenste effect hebben opgeleverd. Dit rapport geeft de resultaten weer van fase 1, het onderzoek.

Voor het onderzoek heeft Universiteit Leiden een screeningsvragenlijst opgesteld, waarmee de SEH-medewerkers uitgebreid bevroegd worden over hun werkomstandigheden, over de manier waarop zij omgaan met hun werkervaringen, en over hun gezondheid en welbevinden. Zaken die hierbij aan bod komen zijn natuurlijk de werkdruk en emotioneel belastende situaties, maar ook de onderlinge samenwerking, werkprocessen, en het organisatieklimaat ten aanzien van psychosociale belasting. Naast het vragenlijstonderzoek zijn op iedere SEH verdiepende interviews gehouden met een aantal medewerkers. Op die manier is een completer beeld ontstaan van de psychosociale arbeidsbelasting en kan vastgesteld worden wat aangrijpingspunten zijn om de werksituatie en de gezondheid van de medewerkers te verbeteren.

## 2.1. Onderzoeksdoelen

1. Zicht krijgen op de huidige situatie wat betreft de psychosociale arbeidsbelasting bij artsen en verpleegkundigen op de SEH (in het algemeen en voor de deelnemende SEH's afzonderlijk).
2. Inzicht krijgen in de werkfactoren en individuele factoren die samenhangen met gezondheid/welbevinden.
3. Het identificeren van aangrijpingspunten voor interventies/maatregelen (in het algemeen en voor de deelnemende SEH-afdelingen afzonderlijk).

## 2.2. Projectgroep

De projectgroep is als volgt samengesteld:

- Marc Spoek, manager projecten Gezond werken in de zorg, Stichting IZZ<sup>1</sup>
- Anouk ten Arve, programma manager Gezond werken in de zorg, Stichting IZZ<sup>1</sup>
- Frank Jaspers, bedrijfsmanager Spoedeisende Hulp, Acute Opname Afdeling en Intensive Care, Amphia Ziekenhuis
- Dr. Margot van der Doef, Assistant Professor (Occupational) Health Psychology, Universiteit Leiden
- Nathal de Wijn, Msc., Junior Onderzoeker, Universiteit Leiden

<sup>1</sup> Stichting IZZ is een ledencollectief van werkgevers en werknemers in de zorg. Zij treedt op als belangenbehartiger namens haar leden: zorgmedewerkers met een collectieve IZZ Zorgverzekering. Stichting IZZ maakt namens het collectief afspraken over de inhoud, premie en service van de IZZ Zorgverzekering met de uitvoerend zorgverzekeraar (Coöperatie VGZ). Daarnaast zet Stichting IZZ zich in voor Gezond Werken in de Zorg. Zij doet hiervoor onderzoek, toetst praktijkoplossingen en meet het effect van investeringen in gezondheidsbeleid. Stichting IZZ werkt samen met sociale partners en zorgorganisaties en deelt haar inzichten en kennis rond gezond werken in de zorg. Voor meer informatie over het project zie [www.stichtingizz.nl](http://www.stichtingizz.nl).



### 2.3. Adviesraad

Voor dit project is een adviesraad opgesteld. De adviesraad staat onder leiding van (voorzitter) drs. Dominique Vijverberg MBA, directeur Stichting IZZ en is als volgt samengesteld:

- Elise Merlijn, bestuurder FNV
- Caroline van den Brekel, directeur Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)
- Cora Hoffman, bestuurder Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
- dr. Marjolein Tasche, directievoorzitter Haga Ziekenhuis
- Prof. dr. C.M.J.G. Maes, emeritus hoogleraar gezondheidspsychologie, Universiteit Leiden

Daarnaast hebben de volgende organisaties aangegeven het project te steunen door het geven van advies en het beschikbaar stellen van hun netwerk voor communicatiedoeleinden:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Ministerie van VWS
- Ministerie van SZW



## 3. Onderzoeksmethode

### 3.1. Onderzoeksprocedure

#### 3.1.1. Projectleider

Per SEH-afdeling is een projectleider aangesteld om binnen de SEH het project te coördineren. De projectleider dient als aanspreekpersoon voor de onderzoekers.

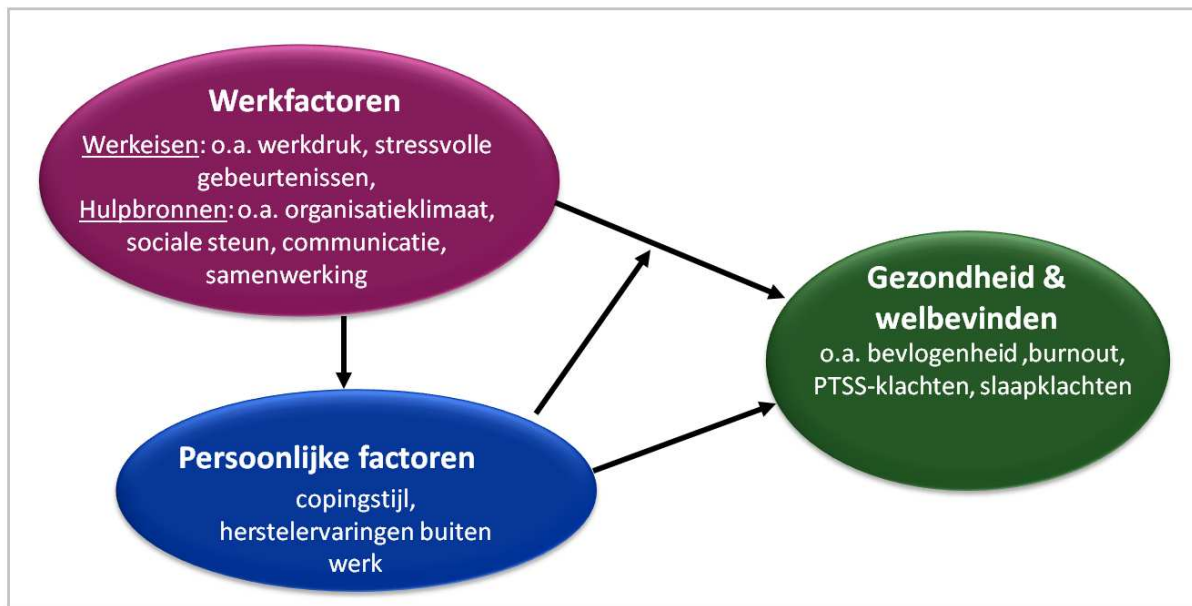
#### 3.1.2. Screeningsvragenlijst

Door Universiteit Leiden is een online vragenlijst samengesteld met betrekking tot werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden, specifiek voor SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen.

Voor een uitgebreide omschrijving van de werkfactoren, individuele factoren, en uitkomstmaten wordt verwezen naar bijlage 1. Zie figuur 1 voor de veronderstelde samenhang van deze factoren op basis van eerder onderzoek. In deze rapportage wordt ingegaan op de *directe* relatie die werkfactoren en individuele factoren hebben met gezondheid en welbevinden. Op basis hiervan kunnen de belangrijkste aangrijpingspunten om gezondheid en welbevinden te verbeteren aangegeven worden. Daarnaast is bekend dat er ook indirecte relaties zijn tussen werkfactoren, individuele factoren, en gezondheid/welbevinden. Zo kunnen ongunstige werkfactoren herstel buiten werktijd belemmeren (Kinnunen et al., 2011), en kunnen medewerkers die goed herstellen buiten werktijd beter omgaan met de werkeisen (Siltaloppi et al., 2009).

Iedere medewerker heeft een email ontvangen met een link naar de vragenlijst waarin tevens wordt ingegaan op het doel van het onderzoek en de procedure voor het waarborgen van de vertrouwelijkheid. Voor de invulling van de screeningsvragenlijst is aan iedere participant een unieke persoonlijke code toegekend. Individuele vragenlijstgegevens zijn onder die code verzameld en bewaard. Uitsluitend bij de betrokken onderzoekers van de Universiteit Leiden is de sleutel (naam + persoonlijke code) bekend. Deelname aan het onderzoek vindt plaats op vrijwillige basis. Het invullen van de vragenlijst duurde circa 30 minuten.

**Figuur 1.** Relaties tussen werkfactoren, individuele factoren en gezondheid en welbevinden



Om de respons te verhogen zijn naar ieder ziekenhuis posters verstuurd met daarop het huidige responspercentage van de SEH-afdeling en een oproep om de vragenlijst in te vullen. Na 1 à 2 weken is aan alle medewerkers een herinneringsmail gestuurd. Hierin werd tevens de mogelijkheid geboden een nieuwe link naar de vragenlijst aan te vragen indien men deze niet meer in het bezit heeft.

### 3.1.3. Vragenlijst manager

Om de kenmerken van de SEH-afdelingen in kaart te brengen zijn vragenlijsten afgenomen bij de manager van iedere SEH. Het gaat hierbij onder andere om de algemene kenmerken van de SEH (traumacentrum of niet, wel of geen samenwerking met de huisartsenpost, wel of geen SEH-artsen), aantal patiëntbezoeken per jaar, aantal behandelruimtes, aantal FTE aan personeel en het aantal openstaande vacatures.

### 3.1.4. Interviews

Gebaseerd op de uitkomsten van de vragenlijsten zijn op iedere SEH interviews gehouden met circa 5 medewerkers en heeft een gesprek plaatsgevonden met de SEH-manager. Over alle afdelingen heen hebben 114 interviews plaatsgevonden. Het doel van deze interviews is om

enerzijds een duidelijker beeld te krijgen van de in de screeningsvragenlijst gesignaleerde knelpunten/positieve factoren, anderzijds om na te gaan wat de onderliggende oorzaken zijn van aspecten waar een afdeling (on)gunstig op scoort.

Gezien het korte tijdsbestek voor de interviews heeft ieder ziekenhuis een dag toegewezen gekregen waarin het bezoek aan de SEH zou plaatsvinden. Medewerkers voor de interviews zijn geselecteerd op basis van de dienstlijst van die dag. Hierbij is gekeken naar een mix in functiegroepen, leeftijden en datum indiensttreding. Medewerkers zijn op de hoogte gesteld van het interview door middel van een email. Hierin stond tevens uitgelegd wat het doel is van het interview en wordt gewezen op vertrouwelijkheid en vrijwilligheid van deelname. Wanneer op de dag van het interview bleek dat diegene in verband met drukte niet beschikbaar was, werd ter plekke gezocht naar een vervanger in dezelfde functiegroep of een afspraak gemaakt voor een telefonisch interview.

### **3.1.5. Verzuimgegevens**

Verzuimgegevens op afdelingsniveau van de jaren 2014, 2015 en 2016 zijn opgevraagd bij Vernet, na toestemming van de SEH-afdelingen.

## **3.2. Onderzoekperiode**

De dataverzameling van de vragenlijsten heeft plaatsgevonden in de periode 24 januari tot en met 20 maart 2017. De interviewperiode liep van 5 april tot en met 22 mei 2017.

## **3.3. Verwerking van de gegevens**

### **3.3.1. Vragenlijst**

De scores op de verschillende werkfactoren, individuele factoren en op gezondheid/welbevinden indicatoren zijn berekend en met een statisch programma (SPSS) geanalyseerd. Om de gegevens in het juiste perspectief te plaatsen zijn de scores van de 19 SEH-afdelingen waar mogelijk vergeleken met scores van de Nederlandse beroepsbevolking, een groep Belgische SEH-

verpleegkundigen, en een groep van Nederlandse verpleegkundigen en artsen werkzaam in een ziekenhuissetting.

Deze vergelijkingen zijn gemaakt door middel van t-toetsen (een statistische techniek aan de hand waarvan wordt nagegaan of de verschillen tussen de SEH-afdeling en de vergelijkingsgroep wetenschappelijk betekenisvol zijn). Deze toetsing corrigeert voor het aantal medewerkers in een groep. Om te bepalen of een verschil in scores groot genoeg is om te zeggen dat de groep afwijkt van de groep waarmee vergeleken wordt, is gekeken naar significantie. Hierbij wordt doorgaans een p-waarde van 0.05 aangehouden, wat weergeeft dat we met 95% zekerheid kunnen zeggen dat de verschillen niet op toeval berusten. In de tabellen worden verschillen van meer dan 0.5 standaarddeviatie verschil en een significantieniveau van  $p < .05$  aangeduid als 'zeer (on)gunstig' (+++ of ---). Verschillen van minder dan 0,5 standaarddeviatie en een significantieniveau van  $p < .05$  worden aangeduid als '(on)gunstig' (++ of --), en verschillen met een significantieniveau van  $p < .10$  als 'enigszins (on)gunstig' (+ of -). Indien er geen significante verschillen gevonden worden wordt dit aangeduid als 'vergelijkbaar met de normgroep' (0).

### **3.3.2. Interviews**

Opnames van de interviews zijn uitgeschreven. Vervolgens zijn de meest relevante uitspraken uit de interviews gehaald en gecodeerd op thema. Thema's die niet of nauwelijks voor kwamen worden gezien als persoonlijke meningen en geen gedeelde meningen en zijn daarom niet meegenomen in de resultaten. Bij het uitwerken van de resultaten is eerst gekeken naar gunstige en ongunstige scores op de vragenlijst. Vervolgens zijn deze scores aangevuld met wat het merendeel van de medewerkers hierover heeft aangegeven in de interviews. Wanneer bepaalde thema's niet in de vragenlijst zijn gevraagd maar wel regelmatig terugkwamen in de interviews, zijn deze apart uitgelicht.

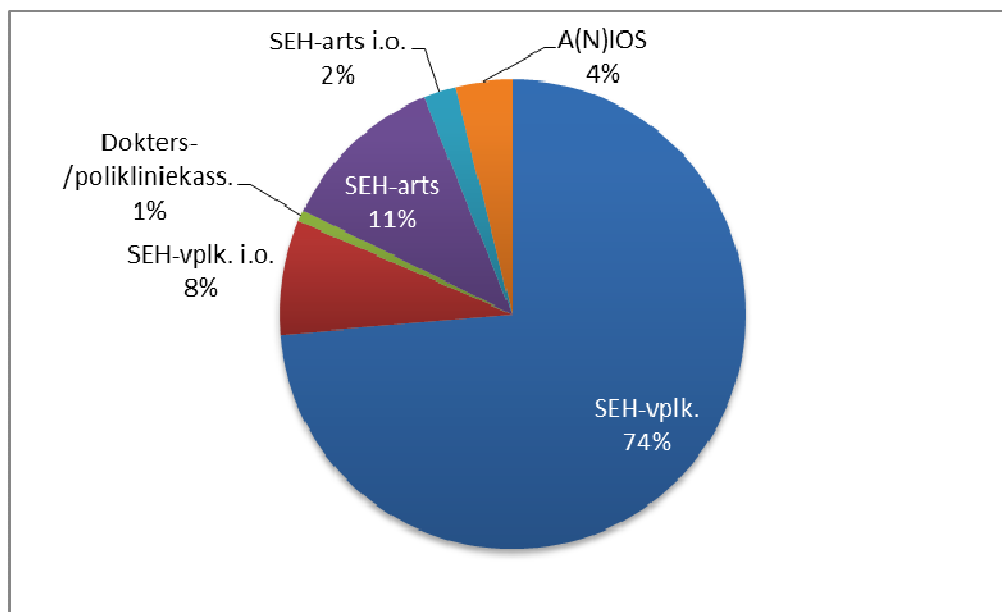
## 4. Resultaten

### 4.1. Respons

Van de 1.203 medewerkers op de 19 SEH-afdelingen hebben 887 medewerkers de vragenlijst (grotendeels) ingevuld. Dit betekent een respons percentage van **74%**. Dit is een zeer goede respons voor dit type onderzoek.

Voor een overzicht van de respondenten per functiegroep zie figuur 2. De verdeling in functiegroepen van de respondenten komt overeen met de verdeling in de totale groep uitgenodigde medewerkers.

**Figuur 2:** Verdeling respondenten in het onderzoek op basis van functiegroep



Als we kijken naar de verschillende functiegroepen, dan zien we de hoogste respons bij de SEH-verpleegkundigen (77%), op de voet gevolgd door SEH-verpleegkundigen in opleiding (72%) en SEH-artsen (72%). De respons ligt wat lager bij de A(n)ios(57%) en SEH-artsen in opleiding (50%), maar ook deze respons is zeker voldoende om zicht te krijgen op wat speelt bij deze groepen (zie tabel 1).

**Tabel 1.** Respons per functiegroep

<b>Functie</b>	<b>% ingevuld</b>	<b>N ingevuld</b>	<b>N totaal</b>
SEH-verpleegkundige	77 %	653	846
SEH-verpleegkundige in opleiding	72%	70	97
SEH-arts	72%	102	141
SEH-arts in opleiding	50%	20	40
A(n)ios	57%	35	62
Dokters-/polikliniekassistente	41%	7	17
Total	74%	887	1203

*N = aantal medewerkers*

Tussen de 19 SEH-afdelingen varieert de respons van 45% tot 94%, waarbij in het merendeel van de SEH-afdelingen het responspercentage boven de 50% ligt. Deze responspercentages zijn hoog genoeg om voor iedere SEH inzicht te kunnen geven in wat er speelt.

## **4.2. Gezondheid/welbevinden**

De gezondheid/het welbevinden van de SEH-medewerkers is met een aantal indicatoren gemeten. Voor deze rapportage is een selectie gemaakt van de meest relevante indicatoren, namelijk bevlogenheid, burnout, Post Traumatische Stress Klachten (PTSS-klachten), slaapklachten en verloopintentie. Andere gemeten aspecten van gezondheid/welbevinden hebben een sterke overlap met deze factoren.

De onderstaande tabel geeft weer hoeveel procent van de SEH-medewerkers uit het onderzoek (zeer) hoog scoort op de verschillende aspecten van gezondheid/welbevinden. Ter vergelijking zijn in de tweede kolom de percentages van de Nederlandse Beroepsbevolking toegevoegd. In de derde kolom worden de percentages weergegeven van een onderzoek onder 255 SEH-verpleegkundigen afkomstig van 15 Belgische SEH-afdelingen. In beide vergelijkingsgroepen is gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijsten als in het huidige onderzoek. Op de groen gekleurde percentages scoren de SEH-medewerkers uit de onderzoeksgroep gunstig ten opzichte van de vergelijkingsgroepen. Op de rood gekleurde percentages scoren de SEH-medewerkers ongunstig ten opzichte van de vergelijkingsgroepen.



**Tabel 2.** Scores van de SEH-medewerkers op gezondheid/welbevinden in vergelijking met de Nederlandse Beroepsbevolking en SEH-verpleegkundigen in België

Uitkomstmaten	Score onderzoeksgroep N = 887	Nederlandse Beroepsbevolking*	SEH-verpleegkundigen in België**
Bevlogenheid	61% (zeer) hoog	25%	32%
Burnout (totaal)	31% scoort burnout	14%	14%
Emotionele uitputting (burnout)	41% (zeer) hoog	25 %	17%
Depersonalisatie (burnout)	48% (zeer) hoog	25%	34%
Persoonlijke bekwaamheid (burnout)	5% (zeer) laag	25%	30%
PTSS klachten	14% (sub) klinisch	Geen gegevens	24%
Slaapklachten	14% klinisch	Geen gegevens	7%
Verloopintentie §	35%	Geen gegevens	25%

\* Schaufeli & van Dierendonck, 2000, Schaufeli & Bakker, 2004

\*\* Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2012; persoonlijke communicatie dr. J. Adriaenssens

§ Het gaat hier om het percentage (helemaal) eens met de stelling "ik ben van plan om binnen 3 jaar een baan buiten dit ziekenhuis te zoeken". Bij dit percentage is de groep A(n)ios buiten beschouwing gelaten, aangezien zij logischerwijs een verhoogde verloopintentie hebben.

#### 4.2.1. Op welke uitkomstmaten scoren de SEH-afdelingen relatief gunstig?

##### Bevlogenheid

Uit tabel 2 blijkt dat de bevlogenheid onder de SEH-medewerkers groot is. Meer dan de helft van de medewerkers is (zeer) hoog bevlogen op het werk in vergelijking met een kwart van de Nederlandse Beroepsbevolking en een derde van de groep Belgische SEH-verpleegkundigen. Bevlogen medewerkers zijn medewerkers die worden geïnspireerd door hun werk, hier trots op zijn, energie van krijgen en hier helemaal in op kunnen gaan.

In de interviews komt deze bevlogenheid duidelijk naar voren. Vrijwel alle SEH-medewerkers spreken met veel enthousiasme over hun werk. Met name de afwisseling in patiënten en aandoeningen (van klein trauma tot groot trauma), de spanning van acute situaties en de mogelijkheid patiënten snel en kort te kunnen helpen werden regelmatig genoemd als positieve aspecten van het werk.

*“Als je iemand weer stabiel hebt gekregen, dan geeft dat super veel voldoening. Dat is gaaf als je dat met elkaar bereikt.”*

*“Geeft een kick zeker als het op rolletjes loopt om voor zoveel mensen wat te kunnen betekenen.”*

*“Het is de leukste afdeling van het hele ziekenhuis. Het werk is uitdagend en je bent nooit uitgeleerd. Het gaat van botbreuken tot grote trauma’s.”*

#### 4.2.2. Op welke uitkomstmaten scoren de SEH-afdelingen relatief ongunstig?

##### Burnout

Burnout wordt berekend aan de hand van een (zeer) hoge score op emotionele uitputting (het gevoel op emotioneel vlak niets meer te kunnen bieden aan anderen) in combinatie met een (zeer) lage score op persoonlijke bekwaamheid (gevoel minder competent en productief te zijn) of een (zeer) hoge score op depersonalisatie (afstandelijke, cynische houding tegenover patiënten). Emotionele uitputting wordt als de kernfactor gezien van burnout. Wanneer deze drie factoren apart worden bekeken zien we dat een groot deel van de SEH-medewerkers hoog scoort op emotionele uitputting en depersonalisatie. Slechts een klein deel van de medewerkers voelt zich verminderd persoonlijk bekwaam (tabel 2.).

Het percentage burnout onder de SEH-medewerkers is hoog. Bijna één op de 3 medewerkers scoort burnout in de vragenlijst (31%). Ter vergelijking: internationaal ligt het percentage burnout bij SEH-medewerkers op 26% (Adriaenssens et al., 2014). In de Nederlandse Beroepsbevolking en in de groep Belgische SEH verpleegkundigen scoort 14% burnout op deze vragenlijst.

Ter illustratie: 1 op de 5 SEH-medewerkers in het onderzoek (19%) geeft aan zich minstens eens per week "opgebrand" te voelen door het werk. Daarnaast maakt 1 op de 5 SEH-medewerkers (21%) zich minstens eens per week zorgen dat het werk hem/haar gevoelsmatig afstompt.

In de interviews kwam burnout regelmatig naar voren. Soms werd burnout expliciet benoemd: SEH-medewerkers die aangeven dat ze een collega kennen die met een burnout thuis zit. Soms

impliciet: SEH-medewerkers die aangeven dat sommige medewerkers heel cynisch zijn of verhard zijn in hun werk.

*“Er lopen hier ook wel mensen rond die heel cynisch zijn, en dan denk ik wel dat er te weinig aandacht is voor wat het werk met de medewerker doet.”*

*“Het uniform biedt ook afstand tussen jouw en de patiënt, een soort scheidingslijn. Dat is ook wel bewust. Je merkt het wel bij collega’s, dat ze afvlakken.”*

Bevlogenheid lijkt voor een deel samen te gaan met burnout. Zo scoort bijna 40% van de medewerkers met de indicatie burnout ook (zeer) hoog op bevlogenheid, en heeft bijna 20% van de (zeer) bevlogen medewerkers de indicatie burnout. Een verklaring hiervoor is dat bevlogen medewerkers in hun enthousiasme en gedrevenheid makkelijker over hun eigen grenzen heen gaan waardoor ze een groter risico lopen op een burnout.

*“Het kost allemaal energie, als ik thuis kom is het helemaal op. Ik geef echt alles.*

*“Soms ben ik wel moe, maar ik ben positief ingesteld, dus dan ga ik gewoon door. Ik weet niet of dat wel goed is.”*

*“Velen weten ook pas wat het met ze doet als de emmer al is overgelopen. Dat zie je bij collega’s, die zitten dan thuis om de een of andere reden en dan komt opeens alles er uit.”*

### Post Traumatische Stress klachten

Eén op de 7 SEH-medewerkers in het onderzoek scoort op (sub) klinisch niveau op Post Traumatische Stress klachten (PTSS-klachten). Het gaat hierbij om een ongezonde stressreactie op een traumatische gebeurtenis, in de vorm van het ongewild herbeleven van de gebeurtenis en het vermijden van gevoelens, gedachtes en situaties die herinneren aan deze gebeurtenis. (Sub)klinisch houdt in dat deze klachten van een niveau zijn dat ze in meer of mindere mate het functioneren van de medewerker in de weg staan (Orsillo, 2001). Het percentage (sub)klinische PTSS-klachten ligt lager dan gemeten bij de vergelijkingsgroep van SEH-verpleegkundigen in België. Desalniettemin scoort bijna 1 op de 11 medewerkers uit de onderzoeksgroep (9,2%)

dermate hoog op de vragenlijst dat zij gediagnostiseerd zouden kunnen worden met een Post Traumatische Stress Stoornis<sup>1</sup> (Corneil et al., 1999; Coffey & Berglind, 2006).

Uit de interviews blijkt dat met name situaties die dicht tegen de persoonlijke situatie komen of die te maken hebben met kinderen, SEH-medewerkers het meest aangrijpen.

*“Heftige casussen, daar zit je altijd wel een paar dagen mee. Dan ga je ermee naar bed en sta je ermee op.”*

*“Kinderleed blijft vervelend. Eindeloos reanimeren en dan toch overleden. Alle kinderen die onder mijn handen zijn overleden ken ik nog bij naam bij wijze van spreken. Dat is bagage wat je mee neemt.”*

### Slaapklachten

Eén op de 7 SEH-medewerkers (14%) scoort in de categorie ‘klinische slaapklachten’. Dit houdt in dat zij volgens de richtlijnen van de DSM-IV (handboek voor psychologen/psychiaters om stoornissen in te delen) de diagnose slapeloosheid (insomnia) krijgen<sup>1</sup>.

Uit de interviews komt naar voren de wisselende diensten en met name de nachtdiensten als zwaar worden ervaren.

*“Onregelmatigheid is ook zwaar, dan nemen mensen regelmatig slaappillen. Ik denk zelf dat dat niet goed is. Maar als verpleegkundige is het toch binnen handbereik, en die hebben minder moeite om medicatie te slikken.”*

*“Wisselende diensten vind ik zwaar. Vooral nu ik wat ouder wordt heb ik altijd het gevoel alsof ik met een jetlag staat te werken.”*

### Verloopintentie

Tot slot is de verloopintentie, het overwegen op zoek te gaan naar een andere baan, hoog in vergelijking met SEH-verpleegkundigen in België. Meer dan 1 op de 3 SEH-medewerkers (35%) uit

---

<sup>1</sup> Voor een officiële diagnose is een beoordeling nodig van een professional

het onderzoek is het eens met de stelling “ik ben van plan om binnen 3 jaar een baan buiten dit ziekenhuis te zoeken”. Bij het berekenen van dit percentage is de groep A(n)ios buiten beschouwing gelaten aangezien van hen wordt verwacht dat zij na een bepaalde periode elders verder gaan met hun opleiding tot specialist.

#### Belangrijkste punten:

- Meer dan de helft van de SEH-medewerkers is (zeer) bevlogen
- 1 op de 3 medewerkers scoort burnout op de vragenlijst
- 1 op de 7 medewerkers heeft symptomen van PTSS
- 1 op de 7 medewerkers scoort op klinisch niveau slaapklachten
- 1 op de 3 medewerkers denkt erover op zoek te gaan naar een andere baan

#### 4.2.3. Verschilt het welbevinden tussen functiegroepen?

SEH-verpleegkundigen (al dan niet in opleiding), SEH-artsen (al dan niet in opleiding) en A(n)ios worden allemaal aan dezelfde werkomgeving blootgesteld maar hebben andere taken en andere hulpbronnen om deze taken uit te voeren. Toch zien we dat op slaapklachten, PTSS klachten, emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en bevlogenheid de verschillende functiegroepen praktisch gelijk aan elkaar scoren. Enkele uitzonderingen zijn: A(n)ios scoren hoger op depersonalisatie dan andere functiegroepen. Daarnaast zijn er verschillen op verloopintentie, waarbij SEH-artsen in opleiding het meest geneigd zijn op zoek te gaan naar een andere baan en SEH-verpleegkundigen in opleiding het minst. Er zijn geen verschillen gevonden in werkfactoren (zie paragraaf 4.3.3.) en individuele factoren (zie paragraaf 4.4.1.) die dit kunnen verklaren.

#### Belangrijkste punten:

- Over het algemeen scoren de verschillende functiegroepen vergelijkbaar op gezondheid/welbevinden.

#### 4.2.4. Verschilt het welbevinden van medewerkers tussen SEH-afdelingen?

Op elke SEH-afdeling komen slaapklachten, PTSS klachten en burnout voor. Tegelijkertijd is op elke SEH-afdeling een groot deel van de medewerkers (zeer) bevlogen. Echter loopt het percentage medewerkers wat verminderd welbevinden ervaart of juist (zeer) bevlogen is uiteen tussen de afdelingen. Zo zijn er afdelingen waar slechts 2% van de medewerkers op (sub)klinisch niveau op slaapklachten scoort, maar ook afdelingen waar dit 26% van de medewerkers betreft. Aangezien het aantal medewerkers per SEH-afdeling sterk varieert, moeten percentages met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In de overzichtstabel in Bijlage 2 staat weergegeven in hoeverre de afdelingen onderling verschillen op welbevinden, getoetst op basis van de scores op de verschillende indicatoren en geeft daarmee een beter beeld m.b.t. de verschillen tussen de afdelingen.

##### Belangrijkste punten:

- Op elke SEH-afdeling komen slaapklachten, burnout klachten en PTSS klachten voor.
- Op elke SEH-afdeling is een groot deel van de medewerkers (zeer) bevlogen.
- De SEH-afdelingen verschillen wat betreft het percentage medewerkers dat verminderd welbevinden/gezondheidsklachten ervaart.

#### 4.2.5. Hebben bepaalde kenmerken van SEH-afdelingen invloed op het welbevinden?

Om uit te zoeken waarom bij sommige SEH-afdelingen het welbevinden van de medewerkers lager c.q. hoger is dan op andere, zijn de SEH-afdelingen vergeleken op een aantal kenmerken. Hierbij is gekeken naar: wel of geen universitair ziekenhuis, wel of geen traumacentrum, al dan niet een samenwerking met de huisartsenpost (HAP), en het aantal patiënten per verpleegkundige/arts.

##### Wel of geen universitair ziekenhuis

Vier van de 19 ziekenhuizen zijn universitaire ziekenhuizen. Wel of geen universitair ziekenhuis lijkt geen verschil te maken in het welbevinden/de gezondheid van de medewerkers.

### Wel of geen traumacentrum

Zeven van de 19 ziekenhuizen in het onderzoek zijn traumacentra. Medewerkers uit traumacentra scoren hoger op 'depersonalisatie' en op 'verloopintentie' dan medewerkers uit niet-traumacentra.

### Wel of geen STZ of SAZ status

Van de 19 ziekenhuizen in het onderzoek zijn 8 ziekenhuizen lid van de vereniging Samenwerkende Top Klinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), daarnaast zijn 4 van de 19 ziekenhuizen lid van de organisatie Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Een STZ status of lid zijn van het SAZ lijkt geen invloed op gezondheid/welbevinden van de medewerkers te hebben.

### Wel of geen SEH-artsen

Slechts enkele ziekenhuizen hebben geen SEH-artsen in dienst. Wel of geen SEH-artsen op de afdeling lijkt geen invloed te hebben op de gezondheid/het welbevinden van de medewerkers.

### Wel of geen samenwerking met de HAP

6 van de 19 ziekenhuizen hebben een samenwerking met de HAP<sup>2</sup>. Er zijn geen noemenswaardige verschillen gevonden op gezondheid/welbevinden van de medewerkers tussen afdelingen met en zonder een samenwerking met de HAP.

### Aantal patiënten ten opzichte van het aantal medewerkers

Er is een verband gevonden tussen het aantal patiëntbezoeken per FTE verpleegkundigen/arts en de score op depersonalisatie. Wanneer het aantal patiëntbezoeken per FTE verpleegkundige/arts toeneemt, neemt ook de score op depersonalisatie onder medewerkers toe.

---

<sup>2</sup> Voor een samenwerking met de HAP moet het ziekenhuis aan de volgende voorwaarden voldoen:

- HAP in het ziekenhuis gevestigd, nabij SEH + gezamenlijke ingang
- volledige ANW-openingsuren HAP, dus niet in de nacht/weekend gesloten
- Alle zelfverwijzers gaan naar HAP / de HAP + SEH hebben een gezamenlijk loket voor triage
- Er zijn afspraken tussen SEH en HAP rondom diagnostiek en behandeling

#### Belangrijkste punten:

- Medewerkers uit traumacentra scoren hoger op depersonalisatie en zijn vaker geneigd op zoek te gaan naar ander werk dan medewerkers uit niet-traumacentra.
- Des te meer patiëntbezoeken per FTE SEH-verpleegkundige/arts des te hoger medewerkers scoren op depersonalisatie.
- De kenmerken van de SEH lijken slechts beperkt invloed te hebben op het welbevinden van de medewerker

#### 4.2.6. Zijn er bepaalde groepen medewerkers die meer risico lopen op verminderd welbevinden?

Er is gekeken of bepaalde groepen medewerkers meer risico lopen op verminderd welbevinden. Hieronder worden kort de meest opvallende uitkomsten besproken.

##### Leeftijd/werkervaring

Het aantal jaren werkervaring lijkt een risico te zijn voor verminderd welbevinden. Medewerkers met 10 jaar of meer werkervaring scoren hoger op depersonalisatie, emotionele uitputting, slaapklachten en PTSS klachten in vergelijking met medewerkers met minder werkervaring. Met name wanneer deze groep vergeleken wordt met medewerkers die net zijn begonnen op de SEH (0-2 jaar werkervaring), zijn de verschillen groot. Van de groep medewerkers met 10 jaar of meer aan werkervaring springt de groep 50+ er er uit. Uit de interviews komt naar voren dat het snel schakelen tussen verschillende werkzaamheden, de fysieke belasting en het wisselende rooster als zwaar wordt ervaren door oudere medewerkers. Meer dan een kwart van de medewerkers op de SEH is 50+. Daarnaast is dit ook de groep met de minste intentie om op zoek te gaan naar ander werk.

*“Er is geen ouderenbeleid. Dat is wel een ding. Veel verpleegkundigen zijn hier 55+. Het wordt ook steeds moeilijker te schakelen in zo’n hectische omgeving. Je kunt hier eigenlijk niet tot je 67e werken. Daarnaast ben je zelf verantwoordelijk hoe je dit op lost. Hier wordt weinig voor gedaan. Waar kun je verder ook heen, behalve naar de ambulance?”*

Deze gegevens zijn opvallend. In andere sectoren vertonen medewerkers met de meeste werkervaring juist de minste klachten. Immers vallen veelal medewerkers die het werk (te) zwaar



vinden af en/of zoeken een andere baan. Dit wordt ook wel het “healthy-worker effect” genoemd. Op de SEH-afdelingen zien we een cumulatief effect: hoe meer werkervaring op de SEH, des te meer klachten. Uit de interviews blijkt dat één van de redenen hiervoor is dat er geen uitwijkmogelijkheden zijn. Met name voor SEH-verpleegkundigen zijn er weinig banen die minder belastend zijn en op gelijk (financieel) niveau. Een andere reden die vaak wordt genoemd, is dat oudere medewerkers ondanks dat ze de werkomstandigheden zwaar vinden, de inhoud van hun werk zo leuk vinden dat ze om deze reden toch blijven.

Jonge medewerkers (jonger dan 30 jaar) en medewerkers die nog maar net op de SEH zijn begonnen (0-2 jaar) doen het juist goed. Zo scoren medewerkers met weinig werkervaring lager op depersonalisatie, slaapklachten, PTSS klachten en emotionele uitputting, dan medewerkers met meer dan 10 jaar aan werkervaring. Daarnaast scoort de groep met weinig werkervaring op de SEH het hoogst op bevolegenheid.

#### Omvang dienstverband

Het aantal uren dienstverband heeft geen duidelijke invloed op het welbevinden van de medewerkers. Wel zien we dat medewerkers die 36 uur of meer werken meer last hebben van slaapklachten maar ze zijn ook meer bevolegen en scoren hoger op persoonlijke bekwaamheid.

*“Er zijn diensten die prima gaan, maar ook diensten waarbij die [werkdruk] heel hoog ligt, dat je 8 uur lang op het toppen van je functioneren hebt gewerkt. Ik werk zelf part-time dus dan heb je de ruimte om even bij te komen, maar diegene die full-time werken, daar heb ik wel respect voor.”*

#### Dubbele belasting

Bijna de helft van de SEH-medewerkers heeft thuiswonende kinderen. Het wel of niet hebben van thuiswonende kinderen heeft over het algemeen weinig invloed op het welbevinden van de medewerker. Wanneer er wel verschillen zijn gevonden dan scoren medewerkers met thuiswonende kinderen gunstiger. Zo hebben medewerkers met thuiswonende kinderen minder last van slaapklachten en scoren zij minder hoog op depersonalisatie.

Meer dan 1 op de 7 SEH-medewerkers (15%) heeft mantelzorgtaken (langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende). Medewerkers met mantelzorgtaken scoren minder hoog op depersonalisatie dan mensen zonder mantelzorgtaken. Verder zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen medewerkers met en zonder mantelzorgtaken.

Kortom, er is geen negatieve invloed gevonden van thuiswonende kinderen en/of mantelzorgtaken op het welbevinden van de medewerker. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het hebben van kinderen en/of mantelzorgtaken ervoor zorgt dat de medewerker meer kan relativeren en kan loskomen van het werk: er is meer dan alleen een werkleven.

**Belangrijkste punten:**

- Het aantal jaren werkervaring lijkt een risico te zijn voor verminderd welbevinden
- Het aantal uren dienstverband heeft weinig invloed op het welbevinden van de medewerker.
- Het hebben van kinderen en/of mantelzorgtaken heeft geen negatieve invloed op het welbevinden van de medewerker.

### 4.3. Werkfactoren

Tabel 7 geeft de resultaten ten aanzien van de werkfactoren weer. In de eerste kolom worden de scores van de SEH-medewerkers in het onderzoek vergeleken met de scores van de groep Belgische SEH-verpleegkundigen. In de tweede kolom worden de scores van de SEH-medewerkers vergeleken met de scores van een groep artsen en verpleegkundigen werkzaam in een Nederlandse ziekenhuissetting. Op rood gekleurde werkfactoren scoren de SEH-afdelingen ongunstig ten opzichte van de vergelijkingsgroep, op de groene gekleurde werkfactoren gunstig. In de laatste kolom wordt dit concreter gemaakt door het resultaat op het meest representatieve item voor de werkfactor weer te geven.

#### 4.3.1. Op welke werkfactoren scoren de SEH-afdelingen relatief gunstig?

Op met name de ondersteunende werkfactoren (zoals sociale steun van de leidinggevende, samenwerking tussen verpleegkundige-arts, interne communicatie van het ziekenhuis en de ontwikkelings-/opleidingsmogelijkheden) scoren de SEH-medewerkers over het algemeen gunstig in vergelijking met de Belgische SEH-verpleegkundigen en de groep verpleegkundigen/ artsen in het ziekenhuis. Ter illustratie: ruim 80% is het eens met de stelling “ik heb vertrouwen in mijn leidinggevende”, en de stelling “In mijn werk kan ik mij voldoende ontplooiën”, en ongeveer de helft van de medewerkers is het eens met de stelling “voor overleg en consulten zijn artsen goed bereikbaar”, en oneens met de stelling “je moet binnen dit ziekenhuis herhaaldelijk iets vragen voor je antwoord krijgt”.

Op materiaal & apparatuur wordt relatief zeer gunstig gescoord. Ter illustratie: ruim 80% is het *oneens* met de stelling “materiaal/apparatuur/instrumenten is (zijn) van onvoldoende kwaliteit”. Naast deze ondersteunende werkfactoren worden ook de fysieke arbeidsomstandigheden relatief gunstig beoordeeld. Maar dat neemt niet weg dat de fysieke arbeidsomstandigheden veelal belastend zijn. Zo is 67% het eens met de stelling “ik moet tijdens mijn werk vaak grote en/of zware lasten tillen of verplaatsen” en is ruim drie kwart van de medewerkers het eens met de stelling “ik moet wel eens onder onveilige omstandigheden werken”.

**Tabel 7.** Scores van de SEH-medewerkers op de werkfactoren in vergelijking met SEH-verpleegkundigen in België en een groep Nederlandse ziekenhuis verpleegkundigen en artsen.

Werkfactoren	Vergeleken met SEH-verpleegkundigen in België*	Vergeleken met verpleegkundigen/artsen ziekenhuis**	Resultaat representatief item
Werkdruk	---	---	Ik heb voldoende tijd om goede zorg te verlenen aan patiënten: 74% (helemaal) oneens
Fysieke arbeidsomstandigheden	+++	+	Ik moet tijdens mijn werk vaak grote en/of zware lasten tillen of verplaatsen: 67% (helemaal) eens
Belastende situaties: emotioneel		Zie tekst	Heb te maken met patiënten van wie de situatie uitzichtloos is: 77% paar keer per maand of frequenter
Belastende situaties: agressie/conflict		Zie tekst	Heb te maken met patiënten en/of begeleiders die verbaal agressief zijn: 32% paar keer per maand of frequenter
Ongewenst sociaal gedrag	++	0	Op mijn afdeling worden sommige medewerkers gekleineerd en/of belachelijk gemaakt: 21% (helemaal) eens
Sociale steun leidinggevende	++	++	Ik heb vertrouwen in mijn leidinggevende: 84% (helemaal) eens
Sociale steun collega's	0	0	Op mijn afdeling gaan we collegiaal met elkaar om: 96% (helemaal) eens
Samenwerking vplk - arts	++	Geen normgegevens	Voor overleg en consulten zijn artsen goed bereikbaar: 57% (helemaal) eens
Werkafspraken	+++	--	Op mijn afdeling ontbreken procedures/regels/voorschriften van: 12% (helemaal) eens
Rolonduidelijkheid		Zie tekst	Ik weet als vplk/arts op de SEH precies wat mijn taken zijn: 92% (helemaal) eens
Team reflexiviteit		Zie tekst	In dit team wordt het resultaat van acties geëvalueerd: 55% (helemaal) eens
Interne communicatie ziekenhuis	++	++	Je moet binnen dit ziekenhuis herhaaldelijk iets vragen voor je antwoord krijgt: 50% (helemaal) eens
Personeelsbezetting	--	---	Op mijn afdeling zijn voldoende verpleegkundige om goede zorg te kunnen bieden 77% (helemaal) oneens
Autonomie	--	--	Mijn werk biedt me de ruimte beslissingen zelf te nemen: 19% (helemaal) oneens
Opleidingsmogelijkheden	++	++	In mijn werk kan ik mij voldoende ontploien: 85% (helemaal) eens
Materiaal & Apparatuur	+++	+++	Materiaal/apparatuur/instrumenten zijn van onvoldoende kwaliteit: 16% (helemaal) eens
(Financiële) waardering	+++	Geen normgegevens	Verpleegkundigen op de SEH worden binnen dit ziekenhuis niet voldoende gewaardeerd: 63% (helemaal) eens
Herstel tijdens het werk		Zie tekst	Tijdens mijn dienst moet ik regelmatig mijn pauze(s) overslaan: 84% (helemaal) eens
Organisatieklimaat	Geen normgegevens	---	Er wordt binnen mijn organisatie goed gecommuniceerd over aspecten van geestelijke belasting die op mij van toepassing zijn: 46% (volledig) oneens

\* Adriaenssens, de Gucht, Van der Doef, & Maes (2011), \*\* gecorrigeerd voor de verdeling artsen/verpleegkundigen

Legenda						
---	--	-	0	+	++	+++
Scoort relatief zeer ongunstig (P<0,05 + > 0.5 SD verschil)	Scoort relatief ongunstig (P<0,05)	Scoort relatief enigszins ongunstig (P<0,10)	Score wijkt niet significant af van het gemiddelde 28	Scoort relatief enigszins gunstig (P<0,10)	Scoort relatief gunstig (P<0,05)	Scoort relatief zeer gunstig (P<0,05 + > 0.5 SD verschil)

Op sociale steun tussen collega's onderling scoren de SEHs vergelijkbaar met de vergelijkingsgroepen, maar is het beeld wel gunstig te noemen. Wel lijkt er sprake van enig ongewenst sociaal gedrag, maar dit is gelijk of minder aanwezig dan bij de vergelijkingsgroepen. Tot slot geven de SEH-medewerkers in de vragenlijst aan dat er weinig sprake is van rol onduidelijkheid. Zo geeft ruim 90% aan precies te weten wat zijn/haar taken zijn als verpleegkundige/arts op de SEH. Ook wordt er over het algemeen gereflecteerd op processen en handelen door het team (team reflexiviteit). Ter illustratie, ruim de helft geeft aan dat het resultaat van acties in het team geëvalueerd wordt.

In de interviews wordt met name de organisatie en logistiek op de afdeling genoemd als zaken die goed gaan. Daarnaast zijn de medewerkers over het algemeen zeer positief over de opleidingsmogelijkheden en het 'up to date' houden van kennis.

*“Veel structuur. Dus protocollen waardoor sommige zaken echt beter en efficiënter werken.  
Bijvoorbeeld Fast-track. Die patiënten hoeven veel minder lang te wachten.”*

*“De afdeling is goed georganiseerd. Bijvoorbeeld triage diensten en VECO [coördinator] diensten,  
logistiek gezien loopt het allemaal goed.”*

#### **4.3.2. Op welke werkfactoren scoren de SEH-afdelingen relatief ongunstig?**

##### **Werkdruk**

Uit de vragenlijstgegevens blijkt dat de werkdruk hoog is op de SEH-afdelingen. In vergelijking met de Belgische SEH-verpleegkundigen en de groep verpleegkundigen/artsen in het ziekenhuis wordt hier zeer ongunstig op gescoord. Ter illustratie: 74% is het *oneens* met de stelling “ik heb voldoende tijd om goede zorg te verlenen aan patiënten” en 66% van de SEH-medewerkers is het eens met de stelling “Er zijn te veel patiënten aan mijn zorgen toevertrouwd”.

In de interviews geeft men vrijwel op iedere SEH-afdeling aan een toename te ervaren in medisch gezien complexe patiënten. Niet alleen hebben deze patiënten veel zorg nodig, ze blijven ook langer op de afdeling liggen. Daarnaast heeft vrijwel iedere SEH-afdeling in meer of mindere mate te maken met problemen rond de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten. Hierdoor worden op veel SEH-afdelingen regelmatig plekken gecreëerd voor patiënten wanneer er niet genoeg bedden beschikbaar zijn. SEH-medewerkers zien de drukte toenemen en geven aan dat collega's het steeds moeilijker kunnen bijbenen. Hoewel de hectiek gezien wordt als een onderdeel van het werk en het werk ook boeiend maakt, geven medewerkers aan dat de werkdruk regelmatig te hoog is. Met name het niet voldoende tijd hebben voor de patiënt en daardoor niet de juiste zorg kunnen leveren, lijkt de SEH-medewerker te raken. Medewerkers maken zich daarnaast zorgen dat de patiëntveiligheid uiteindelijk onder de drukte lijdt.

*“Het is wekelijks soms zelfs dagelijks te druk. Personeel zet zich echt maximaal in. Maar aan het eind van de dienst of soms zelfs halverwege de dienst merk je dat ze kapot zijn, dat het ze boven de pet gaat.”*

*“Bij drukte worden er tijdelijk plekken gecreëerd, vaak patiënten op de gang. Ja dat kan eigenlijk niet. Ik vind het mensonterend. Paar jaar terug hadden we dit niet geaccepteerd, maar je verlegt steeds je grenzen, op een gegeven moment vind je het normaal.”*

*“Dat je dan gewoon niet meer goede zorg kan geven. En dat is wel het minimum wat ik wil behalen. Dat de patiënt hier gewoon levend de afdeling verlaat. Dat denk ik soms wel echt, nou dat er niemand dood is gegaan vanavond dat is echt een godswonder”*

*“Ik ben nu triageverpleegkundige dus ik selecteer wie is eerst aan de beurt en wie wat later. Dan heb ik iemand zitten met te veel buikpijn, hartklachten, een vervelende wond. Die mensen horen eigenlijk wel naar binnen, maar er is gewoon geen plek. (...)En is de situatie echt zo dat iemand met hartklachten zit en dit gaat niet goed, dan maak ik gewoon plaats, dan moet iemand anders die ook ziek is gewoon maar uit de kamer. Maar dat is wel stressvol werken. Dit gebeurt eigenlijk elke dag”*

*“Een drukke dienst vind ik helemaal niet erg, laat mij maar werken. Ook met een top team, dat je dan kunt zeggen wat hebben wij een goede dienst gedraaid, dan ga je met een goed gevoel naar huis. Maar als je elke keer boven je macht moet werken, nog meer patiënten en nog meer patiënten, dat je de zorg niet meer kunt waarborgen, dat vind ik wel echt zwaar.”*

### Personeelsbezetting

Een mogelijke verklaring voor de hoge werkdruk is de ervaren onderbezetting. In vergelijking met de SEH-verpleegkundigen uit België en de vergelijkingsgroep van verpleegkundigen en artsen in het algemeen wordt op personeelsbezetting (zeer) ongunstig gescoord. Ter illustratie: 77% van de SEH-verpleegkundigen in het onderzoek is het *oneens* met de stelling “Op mijn afdeling zijn voldoende verpleegkundigen om goede zorg te kunnen bieden”. Op het moment van het onderzoek stonden over de 19 SEH-afdelingen in totaal 43 (FTE) aan vacatures open voor SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen.

Uit de interviews blijkt dat het hier met name gaat om een tekort aan goed opgeleide SEH-verpleegkundigen. Volgens de geïnterviewden zijn SEH-verpleegkundigen schaars en kiezen ze eerder voor de ambulance waar de werkdruk minder hoog ligt. Met zicht op de toekomst probeert het merendeel van de SEH-afdelingen extra personeel op te leiden. Hoewel medewerkers aangeven blij te zijn met de “extra handen aan bed” zorgt het ook voor extra werkdruk bij het huidige personeel. Begeleiden van leerlingen kost immers ook tijd.

*“We mogen nu eindelijk van de Raad van Bestuur meer personeel aannemen, verpleegkundigen en artsen. Maar die moeten er dan wel zijn. De meesten gaan naar de ambulance.”*

*“Nu heb ik bijvoorbeeld 1 leerling in opleiding die heeft twee lessen op school gehad. 4 mensen met onbegrepen klachten en 2 trauma’s die binnenkomen. Die van cardio kan ik niet meer in de gaten houden. Dat overzicht ben je dan kwijt. Die werkdruk vind ik vaak het lastigst. Ze zijn mijn verantwoordelijkheid, ik moet zorgen dat alles goed gaat, maar ik moet zorgen voor 5 patiënten. Daarbij moet ik ook mijn leerling leermomenten aanbieden en een veilige leeromgeving. Ik werk voor drie en het is werk voor drie verpleegkundigen maar ik moet het in mijn eentje doen.”*

### Belastende situaties

Naast de werkdruk hebben SEH-medewerkers veel te maken met agressie op de werkvloer. Zo geeft het merendeel (72%) van de SEH-medewerkers aan minstens eens per maand met woorden geïntimideerd te worden door patiënten en/of hun begeleider(s) en bijna 1 op de 4 (23%) geeft aan dat dit wekelijks voorkomt. Bijna 1 op de 5 (18%) geeft aan minstens eens per

maand te maken te hebben met patiënten en/of hun begeleiders die hen bedreigen met fysiek geweld.

Daarnaast is de emotionele belasting hoog op de SEH-afdelingen. Het merendeel (77%) geeft aan een paar keer per maand of vaker te maken te hebben met patiënten waarvan de situatie uitzichtloos is. Bijna de helft van de SEH-medewerkers heeft wekelijks tot dagelijks te maken met patiënten en/of hun begeleiders die depressief zijn (47%). Tot slot geeft het merendeel van de medewerkers (70%) geeft aan minstens eens per week te maken te hebben met patiënten en/of hun begeleiders die onophoudelijk klagen, bijna 1 op de 6 (15%) geef aan hier dagelijks mee geconfronteerd te worden.

Dat emotioneel belastende situaties, alsmede agressief belastende situaties vaak voorkomen op de SEH betekent niet dat SEH-medewerkers hiervoor resistent zijn geworden. Zo geeft ongeveer 1 op de 3 SEH-medewerkers (34%) aan in de afgelopen 6 maanden meer dan 6 gebeurtenissen meegemaakt te hebben die hen aangrepen.

Uit de interviews blijkt dat de mate van agressie op de werkvloer verschilt van afdeling tot afdeling. Eenduidig wordt aangegeven dat ongewenst gedrag op SEH-afdelingen toeneemt. Al lijkt de SEH-medewerker hierin zijn/haar grenzen te hebben verlegd. Veel gedrag wordt niet meer bestempeld als agressie maar als onderdeel van de baan.

*“Vanuit ziekte is agressie prima. Maar asociale personen brengen veel druk met zich mee. Het de-escaleren van de situatie leer je in een training, maar zelf neem je die boosheid en irritatie gewoon weer mee.”*

De beoordeling van de emotionele belasting op de SEH verschilt tussen de geïnterviewden. Eenduidig wordt aangegeven dat de werkdruk het moeilijker maakt om aan belastende situaties het hoofd te kunnen bieden. Niet alleen wordt er meer gevraagd van de medewerker, ook de debriefing na heftige casussen schiet er vaak bij in. Wanneer er wel een debriefing plaatsvindt dan is dat vaak na een reanimatie. Dit is opvallend aangezien de geïnterviewden het erover eens zijn dat het niet altijd de reanimaties zijn, die als emotioneel belastend worden ervaren. Dit zijn met name de patiëntsituaties die de SEH-medewerker met de eigen persoonlijke situatie kan



verbinden. Bijvoorbeeld een verwarde oudere man op de SEH die de medewerker doet denken aan zijn/haar eigen (schoon)vader die dementerend is of kinderen die binnenkomen met ernstige letsels terwijl je zelf kleine kinderen hebt.

Geïnterviewden geven aan dat in het omgaan met belastende situaties collega's een belangrijke rol spelen. Het praten over bepaalde patiënten of gebeurtenissen met collega's wordt door veel medewerkers gezien als een belangrijke manier om de gebeurtenissen te kunnen relativeren. De stap naar het bedrijfsopvang team (BOT-team) of naar de leidinggevende lijkt over het algemeen groot. Als reden geven de medewerkers aan dat ze zich bezwaard voelen. Op de SEH gebeuren nu eenmaal heftige dingen, dan moet er wel iets heel buitengewoons zijn geweest om professionele hulp in te schakelen.

*“Vaak is het juist de impact van de familie, het verdriet, geschreeuw en de wanhoop.”*

*“Ik dacht dat het bij ons het wel goed zat met de emotionele belasting. Maar bij het invullen van de vragenlijst, dacht ik ‘dit is wel confronterend’”*

### Herstel tijdens het werk

SEH-medewerkers geven in de vragenlijst aan dat er weinig tijd is tot herstel tijdens het werk. Zo is 84% het eens met de stelling “tijdens mijn dienst, moet ik regelmatig pauze(s) overslaan”.

Wanneer er wel pauzes zijn is er weinig gelegenheid voor medewerkers om los te komen van het werk. Zo geeft 97% aan tijdens de pauze beschikbaar te moeten zijn voor urgente gevallen.

*“8 van de 10 keer kom je niet aan pauze toe. Je mag blij zijn als je gegeten en gedronken heb”.*

*“Soms bedenk ik thuis pas dat ik eigenlijk al heel lang naar de WC toe moest. Daar kom ik dan niet aan toe”.*

*“Als je al pauze kunt houden, kun je niet van de afdeling af. Je moet altijd beschikbaar zijn”.*

### Organisatieklimaat ten aanzien van psychosociale belasting

Met een goed organisatieklimaat wordt een werkomgeving bedoeld waar men aandacht heeft voor psychosociale belasting en gezondheidsklachten onder medewerkers en probeert deze te voorkomen en/of te reduceren. Dit is een maat bestaande uit vijf factoren: is er aandacht voor psychosociale belasting bij de medewerkers vanuit de direct leidinggevende (1), vanuit het topmanagement (2), binnen de groep/afdeling (3), in hoeverre wordt er informatie over verstrekt (4), en tot slot zijn er mogelijkheden voor medewerkers betrokken te raken bij initiatieven om psychosociale belasting te verbeteren/verminderen (5). Medewerkers van de 19 SEH-afdelingen beoordelen het organisatieklimaat beduidend ongunstiger dan een vergelijkingsgroep van medewerkers in de ziekenhuisbranche. Ter illustratie: 90% van de SEH-medewerkers is het *oneens* met de stelling “het hoger management binnen de organisatie vindt de geestelijke gezondheid van medewerkers minstens zo belangrijk als productiviteit” en 67% is het *oneens* met de stelling “binnen onze afdeling bespreken we waar knelpunten in de geestelijke belasting zitten en hoe we dit kunnen voorkomen.” Tot slot is 83% het *oneens* met de stelling “Er wordt binnen mijn organisatie goed gecommuniceerd over aspecten van geestelijke belasting die op mij van toepassing zijn”.

Uit de interviews blijkt dat SEH-medewerkers het doorgaans lastig vinden om aan te geven als ze problemen ervaren door de werkdruk of de heftige gebeurtenissen die het werk met zich meebrengt. Als reden wordt gegeven dat mentale klachten op de SEH taboe zijn. Je hoort als SEH-medewerker nu eenmaal met de hectiek en de ingrijpende gebeurtenissen om te kunnen gaan.

*“Het is een zwakte om aan te geven als je ergens mee zit. Of het nu gaat om een heftige gebeurtenis of omdat je gewoon teveel werk hebt.”*

*“Wij vinden dat wij er geen last van moeten hebben. Het hoort bij je werk. Je maakt nu eenmaal heftige dingen mee en dan praat je erover met collega’s en dan moet het goed zijn.”*

*“Ziekteverzuim valt wel mee. Vooral kleine klachten, lichamelijke klachten. Over geestelijk welzijn wordt niet gesproken. Gewoon doorgaan.”*

*“Dan krijg je legitieme klachten, mensen met gewrichtsklachten, rugklachten of extra migraine. Terwijl ik denk, ja je probeert als het waren een objectief ziektebeeld te plaatsen op klachten die veroorzaakt zijn door het werk. Bij die rug of knie is men even thuis. Je kunt wel zeggen ik ben te moe, maar daarvoor mag je niet thuis blijven. Dit is toch het vak, het hoort erbij.”*

#### **Belangrijkste punten:**

- Ondersteunende werkfactoren waaronder sociale steun van de leidinggevende, ontwikkelingsmogelijkheden, materiaal en apparatuur, samenwerking verpleegkundigen en artsen, en de communicatie binnen het ziekenhuis worden relatief gunstig beoordeeld.
- Men ervaart een zeer hoge werkdruk en personele onderbezetting.
- Medewerkers vrezen dat door de hoge werkdruk de patiëntveiligheid in het geding komt
- SEH-medewerkers worden veel geconfronteerd met emotioneel/agressief belastende situaties.
- Tijdens het werk zijn er nauwelijks herstelmomenten (pauzes e.d.).
- Over het algemeen is er op de SEH-afdelingen sprake van een organisatieklimaat met weinig aandacht voor psychosociale arbeidsbelasting.

#### **4.3.3. Verschilt de beoordeling van werkfactoren tussen de functiegroepen?**

Over het algemeen zijn er weinig verschillen tussen de functiegroepen in hoe zij de werkfactoren beoordelen. Met een enkele uitzondering: zo ervaren SEH-verpleegkundigen (al dan niet in opleiding) meer autonomie in hun werk (bepalen wanneer en hoe je welke taken uitvoert) dan de artsen. Echter ervaren zij een hogere fysieke werklust. Tot slot scoren A(n)ios en SEH-artsen in opleiding hoger dan alle andere functiegroepen op ontwikkelingsmogelijkheden.

#### 4.3.4. Verschilt de beoordeling van werkfactoren tussen de SEH-afdelingen?

Tussen de SEH-afdelingen zijn grote verschillen in hun scores op de werkfactoren (zie ook bijlage 2). Met name op de werkdruk, sociale steun van de leidinggevende, ongewenst sociaal gedrag, samenwerking tussen arts en verpleegkundigen, personeelsbezetting, materiaal en apparatuur, (financiële) waardering, agressie/conflict situaties en het organisatieklimaat wordt er uiteenlopend gescoord door de SEH-afdelingen.

SEH-afdelingen verschillen niet of nauwelijks op autonomie, rolonduidelijkheid, interne communicatie in het ziekenhuis, opleidingsmogelijkheden, en fysieke arbeidsomstandigheden. Bij de interpretatie van bijlage 2 moet rekening gehouden worden met het feit dat als een SEH-afdeling gunstig scoort ten opzichte van andere afdelingen, dit niet betekent dat de afdeling per sé *goed* scoort.

#### 4.3.5. Hebben bepaalde kenmerken van SEH-afdelingen invloed op de werkfactoren?

##### Wel of geen universitair ziekenhuis

Medewerkers uit universitaire ziekenhuizen ervaren een minder hoge werkdruk dan medewerkers uit niet-universitaire ziekenhuizen. Verder zijn er geen verschillen gevonden tussen universitaire ziekenhuizen en niet-universitaire ziekenhuizen. Ook op personeelsbezetting scoren universitaire ziekenhuizen niet beter.

##### Wel of geen traumacentrum

Medewerkers van traumacentra ervaren een betere samenwerking tussen arts en verpleegkundige<sup>3</sup>, meer sociale ondersteuning vanuit de leidinggevende, een beter organisatieklimaat en minder sociaal ongewenst gedrag van collega's. Echter hebben zij ook vaker te maken met belastende situaties (zowel agressief als emotioneel belastend). Daarnaast scoren de medewerkers ongunstiger op communicatie binnen het ziekenhuis en op personeelsbezetting in vergelijking met andere ziekenhuizen. Op de overige werkfactoren zijn er

---

<sup>3</sup> Alleen gemeten bij verpleegkundigen

geen verschillen. Er is dus ook geen verschil gevonden in de ervaren werkdruk tussen traumacentra en niet-traumacentra.

#### Wel of geen STZ of SAZ status

Van de 19 ziekenhuizen in het onderzoek zijn 8 ziekenhuizen lid van de vereniging Samenwerkende Top Klinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), daarnaast zijn 4 van de 19 ziekenhuizen lid van de organisatie Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Een STZ status of lid zijn van het SAZ lijkt geen invloed te hebben op de beoordeling van de werkfactoren.

#### Wel of geen SEH-artsen

Ziekenhuizen met SEH-artsen scoren gunstiger op samenwerking tussen arts en verpleegkundige, beter op organisatieklimaat en minder hoog op het aantal belastende situaties. Op de overige werkfactoren zijn geen verschillen gevonden.

In de interviews geven medewerkers daarnaast aan dat bepaalde situaties minder belastend worden ervaren wanneer er een arts op de werkvloer staat. Hierdoor is er makkelijk overleg met een arts zodat verpleegkundigen/A(n)ios er minder “alleen voor staan”.

Er zijn geen verschillen in de scores op autonomie (de mate waarin je kunt bepalen wanneer je welke werkzaamheden uitvoert en in welke volgorde) van SEH-verpleegkundigen tussen ziekenhuizen met SEH-artsen en ziekenhuizen zonder SEH-artsen. Ook als we alleen kijken naar de oudere SEH-verpleegkundigen zijn er geen verschillen in autonomie tussen degene die met SEH-artsen werken en degene die zonder SEH-artsen werken.

*“Blij dat we ze [SEH-artsen] hebben, geeft toch een veiliger gevoel dan werken met Aios en Anios. SEH arts kan altijd even mee kijken. Bij een Anios denk je soms nog wel is dit wel verantwoord dat die patiënt naar huis gaat, dan kan nu een SEH arts even meekijken. Dan kun je het ook loslaten.”*

### Wel of geen samenwerking met de HAP

Ziekenhuizen die een samenwerking hebben met de HAP scoren ongunstiger op enkele werkfactoren ten opzichte van ziekenhuizen die geen samenwerking hebben met de HAP<sup>4</sup>. Zo ervaren SEH-medewerkers uit ziekenhuizen die een samenwerking hebben met de HAP een hogere werkdruk en minder goede werkafspraken.

In de interviews geven sommige medewerkers aan dat de HAP ervoor zorgt dat patiënten sneller naar de SEH worden verwezen aangezien deze zo dichtbij is. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het gevonden verschil in werkdruk.

*“HAP zit naast de SEH. Dit is de enige HAP in de hele regio. Aan de ene kant een zegen, al dat kleine leed gaat er naar toe. Maar aan de andere kant is het heel makkelijk voor de HAP om ze dan door te verwijzen naar ons. Die komen er ook allemaal nog bij. Er is dan geen verdeling over de ziekenhuizen.”*

### Aantal patiënten ten opzichte van het aantal medewerkers

Bij een hoger aantal patiënten per FTE SEH-verpleegkundigen /SEH-artsen op een afdeling, ervaren de medewerkers een hogere werkdruk en hebben zij minder mogelijkheden tot herstel tijdens het werk (pauzes etc.). Er zijn geen verschillen gevonden op andere werkfactoren.

---

<sup>4</sup> Voor een samenwerking met de HAP moet het ziekenhuis aan de volgende voorwaarden voldoen:

- HAP in het ziekenhuis gevestigd, nabij SEH + gezamenlijke ingang
- volledige ANW-openingsuren HAP, dus niet in de nacht/weekend gesloten
- Alle zelfverwijzers gaan naar HAP / de HAP + SEH hebben een gezamenlijk loket voor triage
- Er zijn afspraken tussen SEH en HAP rondom diagnostiek en behandeling

#### Belangrijkste punten:

- Medewerkers uit universitaire ziekenhuizen beoordelen de werkdruk gunstiger dan medewerkers uit niet-universitaire ziekenhuizen. Op andere werkfactoren (bijv. personeelsbezetting) is geen onderscheid gevonden.
- Medewerkers uit traumacentra beoordelen een aantal werkfactoren gunstiger. Tegelijkertijd hebben ze vaker te maken met belastende situaties en scoren zij minder gunstig op communicatie binnen het ziekenhuis en personeelsbezetting dan niet-traumacentra.
- Een SAZ of STZ status maakt geen verschil in hoe de medewerkers de werkfactoren beoordelen.
- Medewerkers van SEH-afdelingen met SEH-artsen in dienst ervaren een betere samenwerking tussen arts en verpleegkundige, een beter organisatieklimaat en minder belastende situaties in vergelijking met medewerkers van SEH-afdelingen zonder SEH-artsen. SEH-verpleegkundigen van afdelingen met SEH-artsen ervaren evenveel autonomie als SEH-verpleegkundigen van afdelingen zonder SEH-artsen.
- Medewerkers van SEH-afdelingen die een samenwerking hebben met de HAP scoren ongunstiger op werkdruk en werkafspraken dan SEH-afdelingen zonder HAP.
- Des te hoger het aantal patiënten per verpleegkundige/arts des te hoger de ervaren werkdruk en des te beperkter de mogelijkheden voor herstel op het werk (pauzes e.d.).

#### 4.4. Individuele factoren

Er zijn twee individuele factoren bevraagd in de vragenlijst: 1.) hoe gaat de medewerker om met belastende situaties en 2.) kan de medewerker voldoende herstellen buiten werktijd. In het omgaan van belastende situaties kunnen drie strategieën onderscheiden worden: emotie-gerichte coping, taakgerichte coping en vermijdende coping. Emotie-gerichte coping (gericht op het onder controle houden van emoties gedurende een belastende situatie) wordt doorgaans gerelateerd aan negatieve uitkomsten op gezondheid/welbevinden. Hetzelfde geldt voor vermijdende coping (situaties uit de weg gaan, afleiding zoeken). Taakgerichte coping (gericht op het oplossen van het probleem) wordt juist gezien als een positieve manier om met belastende situaties om te gaan.

Met herstelervaringen wordt gemeten in hoeverre iemand buiten werktijd kan loskomen van het werk (mentaal afstand nemen), zelf kan bepalen wat hij/zij in zijn/haar vrije tijd doet (ervaren controle), hij/zij iets nieuws leert (mastery) en kan ontspannen (relaxatie).

In tabel 8 staat weergegeven hoe de SEH-medewerkers scoren ten opzichte van de SEH-verpleegkundigen in België en een normgroep van werkende volwassenen. Het is gunstig dat over het algemeen SEH-medewerkers meer taakgericht omgaan met belastende situaties, ongunstig is dat er meer vermijdende coping wordt geconstateerd. Het gaat hier om een algemeen beeld, er zijn grote verschillen tussen medewerkers.

**Tabel 8.** Scores van de SEH-medewerkers op individuele factoren in vergelijking met SEH-verpleegkundigen in België en een normgroep van werkende volwassenen.

Individuele factoren	Vergeleken met SEH-verpleegkundigen in België	Normgroep van werkende volwassenen*	Resultaat representatief item
Emotie-gerichte coping	0		Me zorgen gemaakt dat ik het allemaal niet aankon: 12% tamelijk/heel sterk
Vermijdende coping	--		Iets voor mezelf gekocht: 14% tamelijk/heel sterk
Taakgerichte coping	++		Mijn best gedaan om de situatie te begrijpen: 59% tamelijk/heel sterk
Herstelervaringen: ervaren controle		++	Bepaal ik voor mezelf hoe ik mijn tijd wil besteden: 73% (helemaal) eens
Herstelervaringen: 'mastery'		+++	Doe ik dingen die mijn horizon verbreden: 59% (helemaal) eens
Herstelervaringen: mentaal afstand nemen		++	Vergeet ik het werk: 53% (helemaal) eens
Herstelervaringen: relaxatie		+++	Neem ik tijd voor ontspannende activiteiten: 83% (helemaal) eens

\* Sonnentag & Fritz, 2007

Legenda						
---	--	-	0	+	++	+++
Scoort relatief zeer ongunstig ( $P < 0,05$ + $> 0.5$ SD verschil)	Scoort relatief ongunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief enigszins ongunstig ( $P < 0,10$ )	Score wijkt niet significant af van het gemiddelde	Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,10$ )	Scoort relatief gunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief zeer gunstig ( $P < 0,05$ + $> 0.5$ SD verschil)

Wanneer we kijken naar herstelervaringen scoren de SEH-medewerkers op alle onderdelen gunstig in vergelijking met de normgroep van werkende volwassenen. Dit is een positief gegeven. Over het algemeen kunnen SEH-medewerkers zich beter los maken van hun werk en ontspannen buiten werktijd dan medewerkers uit andere beroepsgroepen. Ook hiervoor geldt dat er vanzelfsprekend grote verschillen zijn tussen medewerkers.



#### **4.4.1. Verschillen de individuele factoren tussen functiegroepen?**

SEH-artsen scoren hoger op taakgerichte coping dan SEH-verpleegkundigen, maar dit verschil is heel klein. SEH-verpleegkundigen in opleiding scoren hoger dan SEH-verpleegkundigen op vermijdende coping. Tot slot scoren SEH-artsen en A(n)ios hoger op emotiegerichte coping dan SEH-verpleegkundigen.

SEH-verpleegkundigen ervaren meer herstel buiten het werk dan SEH-artsen. Het gaat hier met name om de sub-schalen 'ervaren controle' en 'relaxatie'. Op 'mastery' is geen verschil gevonden. Verder scoren SEH-verpleegkundigen (al dan niet in opleiding) hoger op 'mentaal afstand nemen' dan SEH-artsen en SEH-artsen in opleiding. Mogelijk voelen SEH-artsen (al dan niet in opleiding), gezien hun functie en rol, een grotere verantwoordelijkheid en kunnen ze het werk daarom moeilijker loslaten.

#### **4.4.2. Verschillen de individuele factoren tussen de SEH-afdelingen?**

De mate waarin SEH-medewerkers de verschillende coping strategieën gebruiken verschilt nauwelijks tussen de SEH-afdelingen (zie bijlage 2.). Hetzelfde geldt voor herstelervaringen buiten het werk. De medewerkers van de verschillende SEH-afdelingen scoren hierop vergelijkbaar. Kortom, SEH-medewerkers verschillen op individuele factoren, maar dit is niet afhankelijk van de SEH-afdeling waar zij werken.

#### **4.4.3. Zijn er bepaalde groepen medewerkers die (on)gunstiger scoren op individuele factoren?**

Leeftijd, werkervaring of andere demografische kenmerken hebben geen eenduidig verband met welke coping strategie de medewerker gebruikt in het geval van een belastende situatie. Met betrekking tot herstelervaringen: Medewerkers tussen de 18-30 jaar scoren het hoogst op herstelervaringen buiten het werk. Zij worden gevolgd door de groep 50+, de groep 30-40 jarigen en als laatste de groep 40-50 jarigen. Dat medewerkers tussen de 30 en 50 jaar ongunstiger scoren op herstelervaringen is te verklaren doordat dat dit de groep is met het grootste aandeel thuiswonende kinderen.

Andere factoren zoals het aantal jaren werkervaring en het aantal uur dat iemand per week werkt, hebben geen invloed op het ervaren herstel buiten het werk van de medewerker.

#### Belangrijkste punten:

- Positief is dat SEH-medewerkers meer gebruik maken van taakgerichte coping om met belastende situaties om te gaan dan SEH-verpleegkundigen in België. Ongunstig echter is dat ze ook meer gebruik maken van vermijdende coping. Emotiegerichte coping wordt in vergelijkbare mate gebruikt.
- SEH-medewerkers scoren gunstiger op herstelervaringen buiten het werk in vergelijking met andere beroepsgroepen.
- SEH-verpleegkundigen ervaren meer herstel buiten het werk dan SEH-artsen.
- In hoeverre de medewerkers kunnen herstellen buiten het werk en de manier waarop de medewerkers omgaan met belastende situaties, verschilt nauwelijks tussen SEH-afdelingen
- 30-50 jarigen ervaren minder herstel buiten het werk dan 18-30 jarigen en 50+ ers

## 5. Relaties tussen werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden

Om te bepalen waar maatregelen zich op zouden kunnen richten om de gezondheid/het welbevinden van de medewerker te verbeteren, is per uitkomstmaat gekeken welke werkfactoren en individuele factoren hier het sterkst mee samenhangen (zie tabel 9).

Bevlogenheid hangt vooral samen met het ervaren van meer ontwikkelingsmogelijkheden, meer (financiële) waardering, een betere organisatieklimaat met aandacht voor psychosociale belasting, meer autonomie, meer sociale steun van de leidinggevende, en een team dat meer reflecteert op de werkprocessen en hun handelen.

Emotionele uitputting (de voornaamste indicator voor burnout) hangt het sterkst samen met een hogere werkdruk en een lagere personeelsbezetting. Ook de hogere emotionele eisen van het werk (veel agressie/conflictsituaties en veel aangrijpende gebeurtenissen) hangt samen met emotionele uitputting. Een gebrek aan ondersteunende factoren, zoals het ervaren van een ongunstiger organisatieklimaat, minder autonomie in het werk en minder herstel tijdens het werk (bijv. pauzes) spelen ook een rol in de emotionele uitputting van medewerkers.

PTSS klachten hangen vooral samen met de emotionele werkdruk: het ervaren van meer aangrijpende gebeurtenissen en meer agressie/conflict situaties. Dit is niet opmerkelijk aangezien een aangrijpende gebeurtenis voorafgaat aan het ontwikkelen van PTSS. Echter hangen ook werkeisen als hogere werkdruk, een hogere fysieke belasting en meer gebrekkige ondersteunende factoren zoals een slechtere samenwerking met artsen, samen met PTSS klachten. Dit kan worden verklaard doordat medewerkers die meer onder druk staan, minder veerkracht hebben om om te kunnen gaan met heftige gebeurtenissen, waardoor eerder PTSS klachten optreden.

**Tabel 9.** Samenhang tussen werkfactoren, individuele factoren en uitkomstmaten. De factoren staan op volgorde van sterkste samenhang.

	<b>Bevlogenheid</b>	<b>Emotionele uitputting</b>	<b>PTSS</b>	<b>Slaapkachten</b>	<b>Verlooptentatie</b>
	1 Meer ontwikkelingsmogelijkheden	Hogere werkdruk	Meer aangrijpende situaties afgelopen 6 maanden	Hogere werkdruk	Minder sociale steun leidinggevende
	2 Beter organisatieklimaat t.a.v. psychosociale belasting	Lagere personeelsbezetting	Hogere werkdruk	Ongunstiger organisatieklimaat t.a.v. psychosociale belasting	Ongunstiger organisatieklimaat t.a.v. psychosociale belasting
	3 Meer (financiële) waardering	Ongunstiger organisatieklimaat t.a.v. psychosociale belasting	Hogere fysieke belasting	Meer agressie/conflict situaties	Minder autonomie
<b>Werkfactoren:</b>	4 Meer autonomie	Meer agressie/conflict situaties	Minder goede samenwerking met artsen*	Minder (financiële) waardering	Minder (financiële) waardering
	5 Meer sociale steun Leidinggevende	Minder autonomie	Meer agressie/conflict situaties	Minder	Minder ontwikkelingsmogelijkheden
	6 Meer reflectie als team op processen en handelen (team reflexiviteit)	Minder herstel tijdens werk			
	7	Meer aangrijpende situaties afgelopen 6 maanden			
<b>Individuele factoren:</b>	1 Meer taakgerichte coping	Meer emotie-gerichte coping	Meer emotie-gerichte coping	Meer emotie-gerichte coping	(niet van invloed)
	2 Meer herstel buiten werk	Minder herstel buiten werk	Minder herstel buiten werk	Minder herstel buiten werk	(niet van invloed)

\* alleen gemeten bij verpleegkundigen

Slaapklachten hangen samen met de werkeisen, zowel het hebben van onvoldoende tijd voor het aantal taken/patiënten (werkdruk) als veel agressie/conflictsituaties. Meer gebrekkige ondersteunende factoren als een ongunstiger organisatieklimaat en minder (financiële) waardering hangen ook samen met slaapklachten.

Het overwegen op zoek te gaan naar een andere baan (verloopintentie) hangt vooral samen met het ervaren van minder sociale steun vanuit de leidinggevende, minder (financiële) waardering, een ongunstiger organisatieklimaat, en minder autonomie en ontwikkelingsmogelijkheden in het werk.

Tot slot spelen individuele factoren, alhoewel minder sterk dan de werkfactoren, een rol. De manier waarop medewerkers omgaan met stressoren op het werk houdt verband met verschillende uitkomstmaten. Meer taakgerichte coping hangt samen met meer bevoegenheid. Meer emotie-gerichte coping hangt samen met meer emotionele uitputting, PTSS klachten en slaapklachten. Dit laatste kan verklaard worden doordat medewerkers die dergelijke klachten hebben, meer negatieve emoties ervaren in belastende situaties die ze vervolgens moeten reguleren.

Ook minder goede herstelervaringen buiten het werk hangt samen met emotionele uitputting, PTSS klachten en slaapklachten. Dit is een punt van aandacht. Als medewerkers niet voldoende kunnen herstellen buiten werktijd zijn ze minder bestand tegen de belasting van het werk. Hier valt winst op te behalen, meer herstel kan bijdragen aan zowel het afnemen van klachten als het toenemen van bevoegenheid.

Tenslotte is er nagegaan in hoeverre werkfactoren, individuele factoren, en gezondheid/welbevinden samenhangen met de door Vernet aangeleverde ziekteverzuimpercentages van de SEH-afdelingen over 2016. Het verzuimpercentage in 2016 varieert sterk tussen de SEH-afdelingen: van 1,5% tot 10.9%.

Er is voor twee factoren een significante relatie gevonden met het verzuimpercentage. Ten eerste, er is een verband gevonden tussen het verzuimpercentage en sociale steun van de leidinggevende. Des te hoger de SEH-medewerkers van een afdeling de sociale steun van de

leidinggevende beoordelen, des te lager het percentage ziekteverzuim van de afdeling. Mogelijk leidt meer sociale steun van de leidinggevende tot een grotere loyaliteit bij de medewerker waardoor de medewerker minder snel geneigd is zich ziek te melden. Daarnaast is er een verband gevonden tussen bevlogenheid en het percentage ziekteverzuim. Des te hoger de bevlogenheid onder medewerkers van een afdeling, des te lager het percentage ziekteverzuim van de afdeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bevlogen medewerkers ondanks dat ze ziek zijn - gedreven als zij zijn - toch naar hun werk gaan. Bij beide situaties gaat het mogelijk om een vorm van 'presenteïsme': het gaan werken ondanks ziekteverschijnselen/klachten. Zoals eerder aangegeven verschillen de individuele factoren (coping en herstel buiten werktijd) nauwelijks tussen de SEH-afdelingen. Deze factoren blijken dan ook niet samen te hangen met het verzuimpercentage van een afdeling.

## 6. Perspectief van de SEH-managers

Uit de vragenlijst die bij de managers is afgenomen blijkt dat zij vinden dat de werkdruk voor hun personeel hoog is. Wanneer we de manager vragen de werkdruk voor SEH-verpleegkundigen een cijfer te geven van 1 (heel laag) tot 10 (heel hoog), wordt deze gemiddeld met een 7.8 beoordeeld. Hierbij geeft 70% van de managers de werkdruk voor SEH-verpleegkundigen een 8 of hoger. Voor SEH-artsen wordt de werkdruk ingeschat op een 7.3, waarbij 43% van de managers de werkdruk voor SEH-artsen een 8 of hoger geven.

Wanneer we managers vragen wat ze op dit moment al doen om de psychosociale arbeidsbelasting te verbeteren, komen een aantal thema's naar boven. Ten eerste geeft het merendeel van de managers (13 van de 19) aan dat (een deel van) hun personeel regelmatig rouleert tussen de SEH en de IC of de ambulance. De IC wordt doorgaans als minder belastend ervaren aangezien de instroom van patiënten beter gecontroleerd kan worden. Ten tweede, zijn veel managers op dit moment bezig om de personeelsbezetting te verbeteren. Er wordt geprobeerd onder het schaarse aantal verpleegkundigen op de arbeidsmarkt nieuw personeel aan te trekken, daarnaast wordt veel opgeleid. Op een enkele afdeling wordt gebruik gemaakt van gedetacheerden. Ook het inschakelen van ondersteunende diensten wordt vaak genoemd. Het gaat hier om vrijwilligers die met de patiënten een praatje maken of zorgen voor wat te eten en drinken. Ten derde, zijn veel afdelingen bezig met het coachen en trainen van hun medewerkers, met name agressie-training wordt vaak genoemd. Tot slot zijn veel managers bezig om de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in kaart te brengen en te verbeteren.

## 7. Suggesties voor verbeteringen van medewerkers

Tijdens de interviews is standaard gevraagd wat medewerkers graag anders willen zien wanneer budget en andere zaken geen rol zouden spelen. Daarop kwamen verschillende antwoorden. Het meest gegeven antwoord ging over het aannemen van meer personeel of het inroosteren van extra diensten. Met meer personeel werd vooral bedoeld op SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen. Een ander antwoord dat vaak gegeven werd heeft betrekking op de instroom van patiënten. Volgens de medewerkers zijn er veel patiënten die niet op de SEH horen te zijn. Het gaat hierbij vooral om geriatrische patiënten en patiënten die worden doorverwezen terwijl het geen spoed betreft. Met het aannemen van extra personeel en zorgen voor een betere instroom is volgens de SEH-medewerker echter nog niet alles opgelost. Wanneer patiënten vervolgens niet kunnen doorstromen naar andere afdelingen loopt de SEH alsnog over. Als antwoord op doorstroomproblemen werd meermaals genoemd dat medewerkers vinden dat specialisten zich meer verantwoordelijk zouden moeten voelen voor de patiënten op de SEH. Hierdoor zouden er sneller beslissingen kunnen worden genomen en patiënten eerder door kunnen stromen naar andere afdelingen. Om dit te bereiken gaven medewerkers aan dat het goed zou zijn als de specialist in loondienst zou zijn. Tot slot hadden veel antwoorden betrekking op de indeling en voorzieningen van de afdeling, bijvoorbeeld grotere werkplekken, het verplaatsen van de dokterspost voor meer overzicht, verschil maken tussen een snijdende of niet-snijdende kant, en het plaatsen van een CT-scanner op de afdeling.



## 8. Conclusie en aanbevelingen

Het onderzoek laat zien dat er sprake is van een duidelijke psychosociale overbelasting bij de SEH-medewerkers. Een aanzienlijk deel van de SEH-medewerkers in het onderzoek is emotioneel uitgeput (41%), heeft last van PTSS klachten (14%) en/of slaapklachten (14%). Dit is een ongunstig beeld, ook in vergelijking met de Nederlandse beroepsbevolking en SEH-verpleegkundigen in België. Tegelijkertijd zijn medewerkers bevlogen in hun werk; maar liefst 61% is (zeer) bevlogen. Bevlogen medewerkers kunnen echter zo gedreven zijn dat ze, in een situatie met hoge werkdruk, over hun eigen grenzen heen gaan. Zo heeft bijna 20% van de (zeer) bevlogen medewerkers de indicatie burnout, en scoort bijna 40% van de medewerkers met de indicatie burnout ook (zeer) hoog op bevlogenheid.

In principe lijken alle medewerkers op de SEH evenveel risico op deze gezondheids-/welbevinden klachten te lopen. Zo maakt het, over het algemeen, niet uit of men SEH-arts, SEH-verpleegkundige, A(n)ios of SEH-arts/verpleegkundige in opleiding is, hoeveel uur men werkt per week, en of men daarnaast nog thuiswonende kinderen of mantelzorgtaken heeft. Het aantal jaren werkervaring op de SEH is wel van invloed. De oudere medewerker met meer werkjaren op de SEH blijkt met name een risicogroep te zijn voor de onderzochte gezondheidsklachten. Dit te onderkennen is van groot belang aangezien meer dan een kwart van de medewerkers 50+ers betreft met veel werkjaren op de SEH.

Het maakt daarnaast uit op welke SEH de medewerker werkt. Weliswaar komen op iedere SEH slaapklachten, PTSS klachten en burnout klachten voor, maar zijn er verschillen tussen de SEH-afdelingen in de ernst van de klachten en het percentage medewerkers dat hier last van heeft. De kenmerken van de SEH (wel/geen traumacentrum, wel/geen universitair centrum, aantal patiënten per SEH-medewerker etc.) verklaren slechts een deel van de verschillen. De specifieke werkfactoren op een SEH lijken hierin een sterkere rol in te spelen.

Als we in algemene zin kijken naar de werkomstandigheden op de SEH-afdelingen dan zijn met name een aantal ondersteunende factoren (hulpbronnen) relatief goed geregeld (materiaal en

apparatuur, werkafspraken, sociale steun vanuit leidinggevende, en de communicatie binnen het ziekenhuis). Daarentegen ligt de werkdruk op de SEH-afdelingen zeer hoog, zowel in vergelijking met verpleegkundigen en artsen in het algemeen als met SEH-verpleegkundigen in België. Uit de interviews blijkt dat de medewerkers zich zorgen maken om de werkdruk. Ze geven aan dat het de werksfeer beïnvloedt, collega's zijn vermoeider, cynischer en zitten vaker met vage klachten thuis. Daarnaast maken ze zich ernstig zorgen over de mogelijke consequenties voor de patiëntveiligheid. Medewerkers hebben moeite om de drukte bij te kunnen benen, het overzicht te houden en geen patiënten te vergeten. Daarnaast geeft men aan veel met emotioneel belastende situaties en agressie/conflict incidenten te worden geconfronteerd op de SEH-afdelingen. Dit zorgt voor extra belasting bovenop de hoge werkdruk. Daarbij geeft de lagere autonomie en het gebrek aan herstelmogelijkheden tijdens het werk de medewerker weinig ruimte om de belasting te reguleren. Gezien het hoge percentage medewerkers met gezondheidsklachten, ook onder de medewerkers met ruime werkervaring op de SEH, kan geconcludeerd worden dat deze voortdurende (over)belasting inmiddels zijn tol eist bij het merendeel van de medewerkers.

Als we kijken naar individuele factoren dan zien we dat SEH-medewerkers uit het onderzoek meer, als ongunstig gezien, vermijdende coping strategieën gebruiken dan SEH-verpleegkundigen in België. Tegelijkertijd scoren zij echter veel hoger op taakgerichte coping, wat gezien wordt als een positieve manier om met belastende situaties om te gaan. Daarnaast zien we dat op herstellervaringen buiten het werk de SEH-medewerkers over het algemeen beter scoren dan medewerkers in andere beroepsgroepen.

Om te kijken waar de belangrijkste speerpunten liggen voor de SEH-afdelingen zijn de relaties tussen de werkfactoren, individuele factoren, en gezondheid/welbevinden in kaart gebracht. Individuele factoren die samenhangen met de uitkomstmaten zijn de manier waarop de medewerker omgaat met stressoren (coping) en de mate waarin de medewerker kan herstellen buiten werktijd. Individuele factoren blijken echter minder sterk samen te hangen met de gezondheid/het welbevinden van de SEH-medewerker dan de werkfactoren.

De voornaamste aandachtspunten op het gebied van de werkfactoren zijn de hoge werkdruk en het aantal agressie/emotioneel belastende situaties. Deze houden met name verband met burnout, slaapklachten, en PTSS klachten. Daarnaast verdienen ook het organisatieklimaat ten aanzien van psychosociale belasting, de autonomie van de medewerker, en de herstelmogelijkheden tijdens het werk aandacht gezien hun sterke relatie met gezondheid/welbevinden. Het beeld is hiermee helder: de werkfactoren die als knelpunt zijn gesignaleerd zijn tevens de werkfactoren die sterk verband houden met gezondheid/welbevinden, en het is te verwachten dat verbeteringen op deze werkfactoren bijdragen aan een betere gezondheid en hoger welbevinden van de medewerkers.

Hiermee zijn de belangrijkste conclusies weergegeven van het onderzoek naar psychosociale arbeidsbelasting op de SEH.

Het daadwerkelijk bepalen van de interventies/maatregelen en de invoering daarvan vindt plaats in fase 2 van het project. In deze paragraaf wordt op basis van de hiervoor beschreven algemene resultaten en de wetenschappelijke literatuur enkele aanbevelingen voor deze fase gedaan.

Vanuit wetenschappelijke literatuur is bekend dat het grootste effect op de gezondheid en het welbevinden van de medewerkers wordt bereikt wanneer *én* de werksituatie wordt verbeterd (organisationele interventies) *én* de medewerkers worden ondersteund bij het omgaan met de werkeisen en hun weerbaarheid vergroot wordt (individuele interventies) (Kompier et al., 2000; Ruotsalainen et al., 2008).

Op welk type interventies de nadruk moet komen te liggen, kan vastgesteld worden op basis van het aandeel medewerkers dat stress-gerelateerde klachten ervaart. Indien dit een klein deel van de medewerkers betreft of een specifieke groep, dan zijn individuele interventies gericht op deze groep medewerkers op zijn plaats. Echter, wanneer de negatieve consequenties door een groot deel van de medewerkers ervaren wordt, zoals bij de SEH-afdelingen in het onderzoek het geval is, dan is het van belang dat interventies zich richten op het verbeteren van de werksituatie. Op deze manier wordt de oorzaak van de problematiek aangepakt, in plaats van de focus en verantwoordelijkheid te leggen bij de individuele medewerker en van hem/haar te verlangen zich staande te houden in een ongunstige werksituatie (Heaney & van Rijn, 1990).

Op organisationeel niveau wordt aangeraden na te gaan welke maatregelen/interventies ingevoerd kunnen worden die de werkeisen (bijv. werkdruk, agressie/conflict situaties) kunnen verlagen. Daarnaast is het van belang om zogenoemde hulpbronnen, ondersteunende factoren die helpen om met de werkeisen te kunnen omgaan (bijv. autonomie, herstel tijdens het werk), te verbeteren. Tevens is het aan te bevelen goed ouderenbeleid op te stellen, om de grote groep oudere medewerkers zo lang mogelijk optimaal te laten functioneren op de SEH, en/of doorstroom mogelijkheden/alternatieven aan te kunnen bieden. Gezien de verschillen tussen de SEH-afdelingen, kan onderlinge uitwisseling van ervaringen en “best practices” bijdragen aan het vinden van een passende aanpak voor iedere afdeling.

Hoewel de knelpunten met name op organisationeel niveau liggen en het dus van belang is dat interventies zich richten op het verbeteren van de werkfactoren, kunnen individuele interventies wel een zinvolle aanvulling vormen. Individuele interventies kunnen bijvoorbeeld ingezet worden om op korte termijn ‘acute’ problemen snel aan te pakken door medewerkers te ondersteunen in het omgaan met de eisen van het werk en/of handvatten te bieden om (beginnende) gezondheidsklachten te reduceren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verbeteren van slaap, of het aanleren van mindfulness/ontspanningstechnieken. Daarnaast kunnen sommige werkeisen, zoals confrontatie met emotioneel belastende situaties en agressie/conflicten met patiënten/begeleiders slechts gedeeltelijk worden opgelost op organisationeel niveau. Ook hier kunnen individuele interventies van belang zijn (bijv. agressie-training). Tot slot is voor medewerkers die op dit moment last hebben van ernstige klachten op het gebied van gezondheid/welbevinden (in de vorm van burnout- en/of PTSS klachten) professionele hulp op zijn plaats.

Tenslotte, een aandachtspunt bij het in gang zetten van de volgende fase is het heersende organisatieklimaat ten aanzien van psychosociale arbeidsbelasting binnen de ziekenhuizen. Om veranderingen in gang te kunnen zetten, is een organisatieklimaat waarin op alle niveaus van de organisatie (bestuur, management/leidinggevende(n), en team) oog is voor psychosociale arbeidsbelasting, en medewerkers actief betrokken worden bij de aanpak van de gesignaleerde problematiek van belang (Dollard & Bakker, 2010; Dollard et al., 2012). Dit geeft immers ruimte, mogelijkheden, en draagvlak om te komen tot passende maatregelen en interventies om de psychosociale belasting te reduceren en de gezondheid en het welbevinden van de medewerkers te verbeteren.



## Literatuur

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2014). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004.
- 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*, 76(6), 1317-1328. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411-1414. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
- Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C. & Pike, K. (1999). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 131-141. doi: 10.1037/1076-8998.4.2.131
- Coffey, S. F. & Berglind, G. (2006). Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using PSS-SR and IES. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 119-128. doi: 10.1002/jts.20106
- Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579-599.
- Dollard, M. F., Opie, T., Lenthall, S., Wakerman, J., Knight, S., Dunn, S., ... & MacLeod, M. (2012). Psychosocial safety climate as an antecedent of work characteristics and psychological strain: A multilevel model. *Work & Stress*, 26(4), 385-404.
- Heaney, C. A. & Van Ryn, M. (1990). Broadening the scope of worksite stress programs: a guiding framework. *American Journal of Health Promotion*, 4(6), 413-420. doi: 10.4278/0890-1171-4.6.413.

- Kinnunen, U., Feldt, T., Siltaloppi, M., & Sonnentag, S. (2011). Job demands–resources model in the context of recovery: Testing recovery experiences as mediators. *The European Journal of Work and Organizational Psychology, 20*(6), 805-832. doi: 10.1080/1359432X.2010.524411
- Kompier, M. A. J., Cooper, C. L., & Geurts, S. A. E. (2000). A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 9* (3), 371–400. doi: 10.1080/135943200417975
- Maes, S., Akerboom, S., Van der Doef, M., & Verhoeven, C. (1999). *The Leiden Quality of Work Life Questionnaire for Nurses (LQWQ-n)*, Leiden, The Netherlands: Health Psychology, Leiden University.
- Orsillo, S. M. (2001) Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. In M. M. Antony & S. M. Orsillo (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: KluwerAcademic/Plenum. (pp 255-307).
- Ruotsalainen, J. Serra, C. Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 34*(3), 169–178. doi: 10.5271/sjweh.1240.
- Schaufeli, W. B. & Van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burn-out Schaal: Handleiding*. Lisse: Swetss & Zeitlinger.
- Schaufeli W. B. & Bakker, A. B. (2004). Bevlogenheid: Een begrip gemeten [Work engagement: The measurement of a concept]. *Gedrag en Organisatie, 17*, 89-112.
- Siltaloppi, M., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2009). Recovery experiences as moderators between psychosocial work characteristics and occupational well-being. *Work and Stress, 23*(4), 330-348. doi: 10.1080/02678370903415572
- Sonnentag, S. & Fritz, C. (2007). The recovery experience questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*(3), 204-221. doi: 10.1037/1076-8998.12.3.204
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of Work Questionnaire: its construction, factor structure and psychometric qualities. *Psychological Reports, 85*, 954-962. doi: 10.2466/pr0.1999.85.3.954



## Bijlagen



## Bijlage 1: Construcen vragenlijst

Deze bijlage betreft alleen de constructen van de vragenlijst die in deze rapportage aan bod komen.

<u>Construcen</u>	Omschrijving/voorbeelditems	Vragenlijst	Referentie	Cronbachs Alpha o.b.v. verplek versie
Demografische kenmerken	geslacht, burgerlijke staat, inwonende kinderen, mantelzorgtaken	-	-	-
Algemene vragen functie	werktijden, leidinggevende taken, aantal uur werkzaam als triage / centralist, deel gespecialiseerd team	-	-	-
Werkdruk	volgende tijd om goede zorg te verlenen, te veel patiënten aan zorg toevertrouwd	Leidse ArbeidsKwaliteit Schaal- verpleegkundigen / artsen versie (LAKS-n/d)	Maes, Akerboom, van der Doef & Verhoeven, 1999	0,72
Autonomie	werk biedt ruimte beslissingen zelf te nemen, inspraak in beslissingen	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,62
Herstel tijdens werk	pauzes, mogelijkheid werkplek verlaten, praatje maken	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,59
Sociale steun leidinggevende	steun, waardering, vertrouwen	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,90
Sociale steun collega's	collegiale omgang, emotionele steun, helpende hand, waardering,	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,84
Ongewenst sociaal gedrag	kleinere, buitensluiten, ongewenste intimiteiten door collega's of leidinggevenden	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,88
Samenwerking	samenwerking tussen artsen/vpkn, beschikbaar voor overleg, informatie verstrekking	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,55
Werkafspraken/procedures	planning, werkafspraken, procedures / regels / voorschriften	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,75
Rol onduidelijkheid	duidelijkheid taken / verwachtingen / verantwoordelijkheden	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,71
Interne communicatie van het ziekenhuis	communicatie tussen afdelingen / secties van instelling, duidelijkheid informatie voorziening	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,66
Personeelsbezetting	volgende personeel, personeel met ervaring, ondersteunend-, vervangend personeel	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,73

<u>Construcuten</u>	Omschrijving/voorbeelden	Vragenlijst	Referentie	Cronbachs Alpha o.b.v. verpak versie
Materiaal & apparatuur	Kwaliteit, onderhoud, beschikbaarheid van materiaal/apparatuur/instrumenten	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,72
(Financiële) waardering	salariëring, mogelijkheden voor salarisverhoging, aanzien/waardering functie	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,71
Opleidings-/ontwikkelingsmogelijkheden	nieuwe dingen leren, capaciteiten verder ontwikkelen, ontplooiing	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,85
Fysieke arbeidsomstandigheden	onder onveilige omstandigheden werken, tillen of verplaatsen grote en/of zware lasten, veel staan,	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,72
Verlooptentie	baan buiten dit ziekenhuis zoeken, erover denken om bij een andere organisatie te gaan werken	LAKS-n/d	Maes et al., 1999	0,81
Team reflexiviteit	functioneren van het team waar het gaat om het evalueren van o.a. werkmethoden, samenwerken	Team Reflexivity	Schippers, den Hartog & Koopman, 2005	0,89
Slaapklachten	onrustige slaap, vroeg wakker	Criteria slaapklachten	o.b.v. Adriaenssens et al., 2012	-
Burnout	emotionele uitputting, depersonalisatie, en verminderde persoonlijke bekwaamheid	UBOS-c	Schaufeli & van Dierendonck, 2000	
Emotionele uitputting				0,89
Depersonalisatie				0,74
Persoonlijke bekwaamheid				0,72
Bevlogenheid	energie, toewijding, en absorptie tijdens het werk	UWES	Schaufeli & Bakker, 2004	0,88
Coping	wijze van omgaan met moeilijke, stressvolle of eenerende situaties (probleemgericht, emotie-gericht, vermijding)	CISS-21	Enderl & Parker, 2004	
Taakgericht				0,80
Vermijdende				0,69
Emotie-gericht				0,80

<u>Constructen</u>	Omschrijving/voorbeelditems	Vragenlijst	Referentie	Cronbachs Alpha o.b.v. verplk versie
Belastende situaties in de zorg	Emotioneel belastend: patiënten in uitzichtloze situaties, depressieve patiënten. Agressie/conflict: fysieke agressie, verbale agressie, conflicten met patiënten/begeleiders post-traumatische stress klachten (o.a. intrusie, vermijding)		Maes et al., 2002	
Post Traumatische Stress klachten		Impact of Event Scale	o.a. Horowitz, Wilner, & Alvarez (1979)	0,92
Herstelervaringen	loskomen van het werk in vrije tijd, uitdagende/ontspannende activiteiten ondernemen.	Herstelervaringen vragenlijst	Geurts, De Bloom, Kompier, & Sonnentag, 2009	0,91
Mastery Experience control Personal development Relaxation				0,81 0,81 0,85 0,88
Organisatieklimaat a.v. psychosociale belasting		Aandacht management / leidinggevende, groepsnorm, communicatie, participatie van alle lagen in de organisatie	Bronkhorst, 2015	0,94
Betrokkenheid topmanagement Betrokkenheid direct leidinggevende Groepsnorm Participatiemogelijkheden Communicatie		Gezond en Veilig Gedrag		0,87 0,89 0,84 0,80 0,84



## Bijlage 2. Vergelijking van de SEH-afdelingen op gezondheid/welbevinden, werkfactoren en individuele factoren

**Let op:** scores zijn ten opzichte van het gemiddelde van de SEH-afdelingen, waarbij is gecorrigeerd voor de samenstelling van de afdeling wat betreft functiegroep. De kleuren geven daarmee uitsluitend aan dat een afdeling *relatief* gunstiger cq. ongunstiger scoort dan de totale SEH groep. De uitroeptekens geven aandachtspunten weer voor de SEH-afdelingen in het algemeen en zijn gebaseerd op de vergelijking met normgroep(en) zoals ook beschreven in de algemene rapportage.

Ziekenhuis	Aandachts punt voor SEHs in het algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Gezondheid / welbevinden																				
Bevlogenheid	!																			
Emotionele uitputting	!																			
Depersonalisatie	!																			
Persoonlijke bekwaamheid	!																			
PTSS	!																			
Slaapklachten	!																			
Verloopintentie	!																			

Legenda			
!	Scoort relatief zeer ongunstig ( $P < 0,05 + > 0.5 SD$ verschil)	!	Scoort relatief ongunstig ( $P < 0,05$ )
!	SEH-afdelingen in het onderzoek scores op deze factoren over het algemeen gunstig.	!	Scoort relatief enigszins ongunstig ( $P < 0,10$ )
!	SEH-afdelingen in het onderzoek scores op deze factoren over het algemeen ongunstig.	!	Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,10$ )
!		!	Score wijkt niet significant af van het gemiddelde
!		!	Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,05$ )
!		!	Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,05$ )
!		!	Scoort relatief zeer gunstig ( $P < 0,05 + > 0.5 SD$ verschil)

Ziekenhuis	Aandachts punt voor SEHs in het algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	Werkdruk		■	■		■			■			■	■	■						
	Fysieke arbeidsomstandigheden																			
	Belastende situaties : agressie/conflict			■								■								
	Belastende situaties: emotioneel			■								■								
	Ongewenst sociaal gedrag		■	■								■	■	■						
	Sociale steun leidinggevende		■																	
	Sociale steun collega's		■	■																
	Samenwerking vpk - arts		■	■					■											
	Werkafspraken																			
	Rolonduidelijkheid																			
	Team reflexiviteit																			
	Interne communicatie ziekenhuis		■	■																

Werkactoren

**Legenda**

■ Scoort relatief zeer ongunstig ( $P < 0,05 + > 0,5 SD$  verschil)

■ Scoort relatief ongunstig ( $P < 0,05$ )

■ Scoort relatief enigszins ongunstig ( $P < 0,10$ )

■ Score wijkt niet significant af van het gemiddelde

■ Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,10$ )

■ Scoort relatief gunstig ( $P < 0,05$ )

■ Scoort relatief zeer gunstig ( $P < 0,05 + > 0,5 SD$  verschil)

■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen gunstig.  
 ■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen ongunstig.



Ziekenhuis	Aandachts punt voor SEHs in het algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Werkfactoren	Personeelsbezetting	■					■			■									■	
	Autonomie	■																		
	Opleidingsmogelijkheden	■																		
	Materiaal & apparatuur	■			■						■								■	
	(Financiële) waardering	■																		
	Herstel tijdens werk	■																		
	Organ.klimaat: top management	■																		
	Organ.klimaat: direct leidinggevende	■																		
	Organ.klimaat: groepsnorm	■																		
	Organ.klimaat: communicatie	■																		
Organ.klimaat: participatie	■																			

Legenda		Scoort relatief ongunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief enigszins ongunstig ( $P < 0,10$ )	Score wijkt niet significant of van het gemiddelde	Scoort relatief enigszins gunstig ( $P < 0,10$ )	Scoort relatief gunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief zeer gunstig ( $P < 0,05 + > 0.5 SD$ verschil)
■	Scoort relatief zeer ongunstig ( $P < 0,05 + > 0.5 SD$ verschil)	■	■	■	■	■	■
■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen gunstig.							
■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen ongunstig.							

Ziekenhuis	Aandachts punt voor SEHs in het algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Individuele factoren	Taakgerichte coping																			
	Vermijdende coping																			
	Emotie-gerichte coping																			
	Herstellervaringen controle																			
	Herstellervaringen 'mastery'																			
	Herstellervaringen mentale afstand																			
	Herstellervaringen relaxatie																			

Legenda					
Scoort relatief zeer ongunstig ( $P < 0,05$ + > 0.5 SD verschil)	Scoort relatief ongunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief enigszins ongunstig ( $P < 0,10$ )	Score wijkt niet significant af van het gemiddelde	Scoort relatief gunstig ( $P < 0,05$ )	Scoort relatief zeer gunstig ( $P < 0,05$ + > 0.5 SD verschil)

■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen gunstig.  
■ SEH-afdelingen in het onderzoek scoren op deze factoren over het algemeen ongunstig.