

TNO-rapport

R13-10324

**GECOMBINEERDE FYSIEKE EN
PSYCHOSOCIALE BELASTING**Polarisavenue 151
2132 JJ Hoofddorp
Postbus 718
2130 AS Hoofddorpwww.tno.nlT +31 88 866 61 00
F +31 88 866 87 95
infodesk@tno.nl

Datum	Juli 2013
Auteur(s)	Tanja de Jong Goedele Geuskens Yvonne Jansen Marjolein Douwes
Aantal pagina's	84
Projectnaam	Gecombineerde belasting
Projectnummer	051.02018/01.02

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2013 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Onderzoeksvragen	8
1.3 Theoretisch kader	8
2 Literatuurstudie	11
2.1 Doel.....	11
2.2 Methode.....	11
2.3 Resultaten.....	12
2.4 Discussie en conclusie	13
3 Secundaire kwantitatieve data analyse	17
3.1 Doel.....	17
3.2 Methode.....	17
3.3 Resultaten.....	17
3.4 Discussie en conclusie	22
4 Kwalitatief onderzoek	25
4.1 Doel.....	25
4.2 Methode.....	25
4.3 Resultaten.....	29
4.4 Discussie en conclusie	55
5 Conclusie en aanbevelingen	59
6 Referenties	61
A. Bijlage: Overzicht van studies geïnccludeerd in literatuuronderzoek naar het samenspel van de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting op de gezondheid	65
B. Bijlage: Methodologische verantwoording kwantitatieve analyses	69
C. Bijlage: Resultaten regressieanalyse gestratificeerd naar fysieke belasting .	73
D. Bijlage: Interviewprotocol	75
E. Bijlage: Introductie interview en introductievragenlijst	81

Samenvatting

Sommige werknemers hebben niet alleen een hoge fysieke belasting tijdens het werk, maar ook een ongunstige psychosociale arbeidsbelasting. Er is relatief weinig bekend over of en hoe de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting met elkaar interacteren. Is het effect van een gecombineerde hoge fysieke en hoge psychosociale belasting groter dan de som der delen? En kan de negatieve invloed van een hoge fysieke belasting worden gebufferd door gunstige psychosociale werkkenmerken?

Het huidige onderzoek beschrijft (1) het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en gezondheidsproblemen, verzuim en kunnen doorwerken anderzijds, (2) hoe dit kan worden verklaard ("waarom?") en (3) wat de consequenties zijn voor preventieve maatregelen. Hierbij is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, secundaire kwantitatieve data analyses en kwalitatief onderzoek binnen de gezondheidszorg (interviews).

Het literatuuronderzoek wees uit dat tussen 2002 en 2012 in 10 publicaties in internationale peer-reviewed tijdschriften het samenspel tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting was gerapporteerd. Vier van de tien studies rapporteerden een significant interactie effect. We concludeerden dat er beperkte aanwijzingen bestaan dat een hoge fysieke belasting in combinatie met weinig autonomie het risico op lage rugklachten verhoogt, terwijl veel autonomie het negatieve effect van een ongunstige fysieke belasting buffert. Voor beeldschermwerkers bestaan er daarnaast aanwijzingen dat de invloed van een hoge fysieke belasting op lage rugklachten wordt versterkt door job strain, terwijl de invloed van een ongunstige fysieke belasting op nekklachten kan worden gebufferd door sociale steun en autonomie.

Om het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en de uitkomstmaten klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out, langdurig verzuim en kunnen doorwerken anderzijds nader in kaart te brengen, zijn secundaire analyses uitgevoerd o.b.v. het NEA cohortonderzoek (2007-2008). Voor geen van de bovengenoemde uitkomstmaten werd een statistisch significante interactie gevonden tussen de fysieke belasting en taakeisen, autonomie of sociale steun van collega's of de leidinggevende. Een trend ($p=0.06$) suggereerde dat werknemers met een hoge fysieke belasting én hoge taakeisen een jaar later extra vaak langdurig verzuimden.

Op basis van het literatuuronderzoek en de secundaire kwantitatieve analyses bestaan slechts beperkte aanwijzingen voor een interactie tussen fysieke en psychosociale arbeidsbelasting. Om beter te begrijpen welke mechanismen in de praktijk mogelijk een rol spelen, is kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij zorgmedewerkers binnen verpleeg- en verzorgingshuizen.

Uit het onderzoek bleek dat zorgmedewerkers een hoge werkdruk ervaren en dat deze hoge werkdruk de fysieke belasting beïnvloedt. Enerzijds geven zorgmedewerkers aan dat ze door de hoge werkdruk fysiek belastende taken

sneller uitvoeren of meer fysieke taken uitvoeren. Anderzijds put de hoge werkdruk hulpbronnen uit. De zorgmedewerkers ervaren bijvoorbeeld minder sociale steun, nemen niet de juiste werkhouding aan (terwijl ze wel weten hoe dit moet) en zijn minder geneigd hulpmiddelen daadwerkelijk toe te passen. Deze mechanismen leiden tot vermoeidheid, (fysieke) klachten, minder werkplezier en frustraties. We kunnen concluderen dat er op basis van het kwalitatieve onderzoek aanwijzingen bestaan dat de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting op elkaar inwerken.

Op basis van het huidige onderzoek lijkt het voor preventieve maatregelen belangrijk om werkdruk én fysieke belasting in samenhang met elkaar aan te pakken. De aanpak van werkdruk is een belangrijk startpunt omdat hoge taakeisen directe invloed op de fysieke belasting kunnen hebben en hulpbronnen kunnen uitputten. Daarnaast kan bij preventieve maatregelen ingezet worden op hulpbronnen zoals autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevende en de weerbaarheid van medewerkers. Belangrijk is dat organisaties voorwaarden scheppen zodat medewerkers in staat zijn om deze hulpbronnen daadwerkelijk aan te wenden.

Meer kwantitatief onderzoek met een nauwkeurige meting van de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting en meer kwalitatief onderzoek, bij voorkeur in een specifieke beroepsgroep, is nodig om beter zicht te krijgen op het samenspel tussen fysieke en psychosociale factoren en effectieve preventieve maatregelen

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Sommige werknemers hebben niet alleen te maken met een hoge fysieke arbeidsbelasting, maar ook met een ongunstige psychosociale arbeidsbelasting. Voorbeelden van beroepen waarbij deze gecombineerde belasting voorkomt zijn werknemers in de zorg en werknemers in het transport (Geuskens et al., 2011; Smulders et al., 2009). Van een ongunstige fysieke en psychosociale arbeidsbelasting is bekend dat zij de gezondheid en het vermogen om door te kunnen werken tot hun 65e negatief kunnen beïnvloeden.

Veel studies hebben de afzonderlijke effecten van de fysieke en psychosociale belasting op de gezondheid onderzocht (Winkel & Westgaard, 1992; Hagberg et al., 1995; Hales & Bernard, 1996; Bongers et al., 2006). Fysieke en psychosociale factoren kunnen echter met elkaar interacteren. Een interessante vraag is dan ook of het effect van een gecombineerde hoge fysieke en hoge psychosociale belasting groter is dan de som der delen? En of de negatieve invloed van een hoge fysieke belasting kan worden gebufferd door gunstige psychosociale werkkenmerken?

Er zijn relatief weinig studies gepubliceerd over het samenspel tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting (Lapointe, Dionne, Brisson, & Montreuil, 2009; Ferguson & Marras, 1997). Vanuit de wetenschappelijke gemeenschap is om die reden in het verleden een oproep gedaan om het gecombineerde effect te bestuderen voor bewegingsapparaat klachten (National Research Council and the Institute of Medicine 2001; Cote et al. 2008).

Uit cross-sectionele analyses die TNO in 2011 binnen MAPA (Geuskens et al., 2011) heeft uitgevoerd, bleek dat sommige combinaties van een hoge fysieke en ongunstige psychosociale belasting een extra grote invloed hebben op gezondheidsproblemen en niet kunnen/willen doorwerken tot het 65e levensjaar. Er is echter weinig bekend over of deze relatie ook in longitudinale studies wordt gevonden. Ten tweede is weinig bekend over *hoe* de negatieve invloed van de gecombineerde belasting kan worden verklaard. Uit het 'Stand der Techniek onderzoek' dat in 2011 door TNO is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van SZW bleek dat een dubbele belasting een belemmering kan vormen voor een gezonde manier van werken (Douwes et al., 2011). Zo bleven bij een hoge fysieke belasting en een hoge werkdruk beschikbare hulpmiddelen die het werk lichter maken ongebruikt, omdat het gebruik hiervan meer tijd kostte. Ten derde is meer inzicht nodig in hoe het negatieve effect van een gecombineerde belasting in de praktijk kan worden tegengegaan met preventieve maatregelen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het TNO Kennis Investerings-Programma Fysieke belasting: verminderen fysieke belasting en zwaar werk 2012.

1.2 Onderzoeksvragen

De volgende vragen worden in deze studie onderzocht:

1. Wat is het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en gezondheidsproblemen, verzuim en kunnen doorwerken anderzijds? (m.a.w. Is er sprake van interactie?)
2. Waarom hangt een gecombineerde hoge fysieke en psychosociale belasting samen met extra gezondheidsproblemen en verzuim (m.a.w. Hoe kan het worden verklaard in de praktijk)?
3. Wat zijn de consequenties van (1) en (2) voor preventieve maatregelen?

De onderzoeksvragen worden beantwoord met literatuuronderzoek (onderzoeksvraag 1 en 2), secundaire kwantitatieve data analyse (onderzoeksvraag 1 en 2) en kwalitatief onderzoek (onderzoeksvraag 2 en 3).

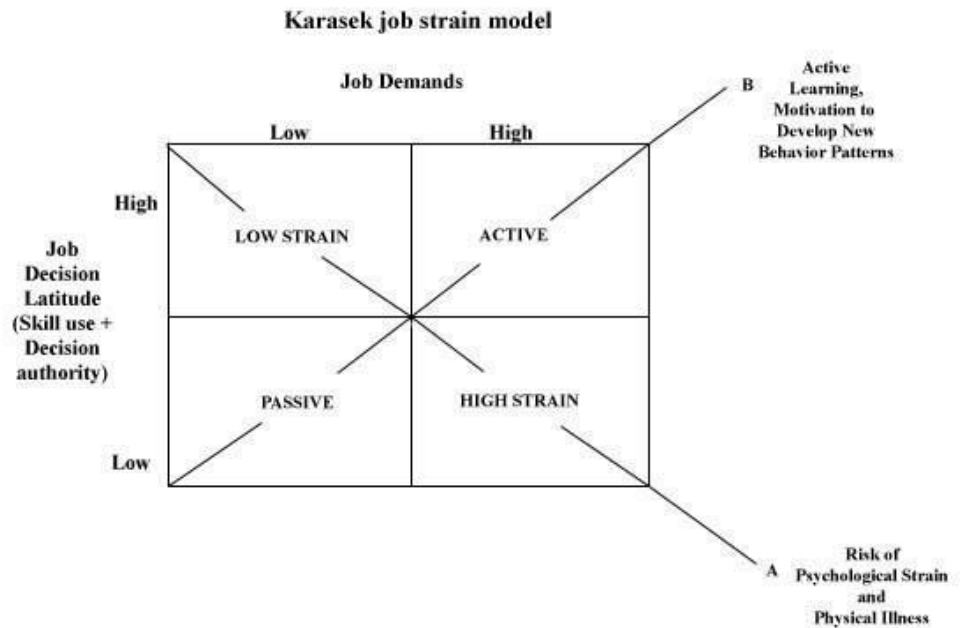
1.3 Theoretisch kader

Vanuit de literatuur kennen we verschillende verklaringen voor het samenspel tussen fysieke en psychosociale factoren. Deze zetten we hieronder uiteen. In de navolgende hoofdstukken zullen we in de discussie steeds terugkomen op deze verklaringen.

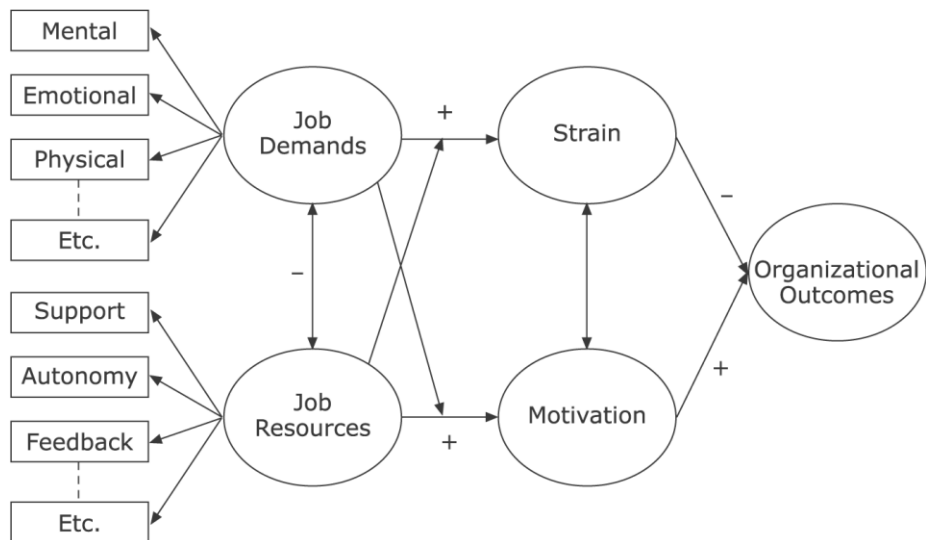
- *Biomechanische mechanismen*
Een ongunstige psychosociale arbeidsbelasting, zoals hoge taakeisen, kan ertoe leiden dat fysiek belastende taken sneller worden uitgevoerd (Geuskens et al., 2011). Onder invloed hiervan kunnen spieren en gewrichten worden blootgesteld aan grotere biomechanische krachten, wat het risico op klachten aan het bewegingsapparaat kan vergroten.
- *Fysiologische mechanismen*
Een ongunstige psychosociale arbeidsbelasting (zoals hoge taakeisen, weinig autonomie, weinig sociale steun) kan leiden tot psychologische stress, wat vervolgens resulteert in een verhoging van de spieractiviteit en secretie van cortisol en catecholamines (Melin & Lundberg, 1997). Dit kan ertoe leiden dat de spieractiviteit hoger wordt dan nodig om aan de fysieke taakeisen te voldoen. Daarnaast kan onder invloed van psychologische stress de fysiologische activatie niet worden stopgezet tijdens pauzes en na het werk, waardoor een continue spieractiviteit ontstaat (Cinderella hypothese) (Hägg, 1991). Beide mechanismen zouden vervolgens kunnen leiden tot een groter risico op klachten aan het bewegingsapparaat.
- *Hulpbronnen als bufferende factoren*
De interactie tussen fysieke en psychosociale factoren en klachten aan het bewegingsapparaat kan ook worden verklaard met behulp van verschillende theoretische modellen. Zowel het job demand-control (JDC) model (Karasek, 1979) (zie Figuur 1.1) als het job demands-resources (JD-R) model (Demerouti et al., 2001) (zie Figuur 1.2) gaan er van uit dat de ongunstige invloed van bepaalde werkkenmerken ('demands') kan worden tegengegaan (gebufferd) door werk gerelateerde of persoonlijke bronnen ('resources'/hulpbronnen). De negatieve invloed van hoge taakeisen of fysieke belasting op de gezondheid kan bijvoorbeeld worden afgezwakt door hulpbronnen zoals veel autonomie en hoge sociale steun.

- *Uitputting van hulpbronnen*

Hoewel bufferende factoren de negatieve invloed van hoge taakeisen kunnen verminderen, kunnen hoge taakeisen er ook toe leiden dat hulpbronnen uitgeput raken (JD-R model, zie Figuur 1.2) of niet worden gebruikt. Eerder onderzoek toonde bijvoorbeeld dat werknemers bij een hoge werkdruk geen gebruik maken van hulpmiddelen die de fysieke arbeidsbelasting verlagen, omdat het gebruik hiervan meer tijd kost (Stand der Techniek onderzoek, Douwes et al., 2011).



Figuur 1.1 Job Demands- Control model (Karasek, 1979)



Figuur 1.2 Het Job Demands-Resources Model (Bakker & Demerouti, 2007).

2 Literatuurstudie

2.1 Doel

Dit literatuuronderzoek beoogt inzicht te geven in het gecombineerde effect van de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting op gezondheidsproblemen en verzuim (onderzoeksvraag 1 en 2, zie paragraaf 2.2). Het literatuuronderzoek geeft hiermee richting aan de kwantitatieve data-analyse en het kwalitatieve onderzoek.

2.2 Methode

2.2.1 Zoekstrategie

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben wij studies geselecteerd die voldeden aan de volgende criteria:

- Cross-sectionele of longitudinale kwantitatieve data analyse;
- Publicatie in Engelstalig internationaal 'peer reviewed' tijdschrift;
- Gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar (1 januari 2002-maart 2012).

De artikelen zijn in maart 2012 gezocht in Psycinfo (psychologisch) en Scopus (medisch en management). De zoekstrategie is samen met een ervaren bibliotheekmedewerker vastgesteld en uitgevoerd. De zoektermen zijn weergegeven in box 1.

Box 1: Overzicht zoektermen literatuurstudie

Stap 1:

Worker(s), employee(s), personnel, workforce, crew

AND

Physical

“load/conditions/environment/(risk)factors/characteristics/demands/stressors/exposure” or musculoskeletal “”

or mechanical”” or computer or mouse or push or pull or carry or repeated /repetitive movements or postures or vibration

AND

Job demands

or psycho-social “load/conditions/environment/(risk)factors/characteristics/demands /stressors/exposure”

or psychosocial “” or psychological “” or social “” or mental “” or cognitive “” or

emotional “” or perceptual “” or stress or concentration or work intensification or workload or work-load or time pressure or work intensity or monotonous or working

time schedule or overtime or shift work or mobbing or aggression or intimidation or work-home interference or job insecurity or bullying or job resources or decision

latitude or autonomy or control or social support or supervisory support or co-worker support or organizational support or functional support or feedback or role

clarity or variation

AND

Interaction or moderation or mediation or synergy

Stap 2: extra search, extra artikelen t.o.v. stap 1 zijn toegevoegd
Psychosocial factor
AND
Musculoskeletal or physical condition or physical environment
AND
Work* or employment or job

2.2.2 *Selectie van studies*

Met behulp van de zoektermen zijn in stap 1 en 2 in totaal 1422 studies geïdentificeerd. Deze artikelen zijn door één onderzoeker gescreend op titel. Uit deze eerste screening kwamen 210 mogelijk relevante artikelen voort.

Vervolgens zijn de abstracts van de bovengenoemde 210 artikelen gelezen. Artikelen werden opgevraagd indien het abstract voldeed aan de volgende criteria:

- Relatie tussen fysiek en psychosociale belasting en een uitkomstmaat wordt beschreven;
- Er wordt expliciet aangegeven dat de interactie tussen fysieke en psychosociale belasting is onderzocht.
- De uitkomstmaat is niet gedefinieerd als (snelheid van) herstel van klachten.

De selectie van de volledig te lezen artikelen is door twee onderzoekers in onderling overleg gemaakt. Uiteindelijk zijn 11 artikelen geselecteerd. Na het lezen van deze 11 artikelen zijn 10 artikelen geïnccludeerd in het huidige literatuuronderzoek.

2.3 Resultaten

In totaal zijn 4 longitudinale en 6 cross-sectionele studies geïnccludeerd. Deze studies zijn weergegeven in Bijlage A. Onderstaand worden de belangrijkste resultaten beknopt beschreven.

Algemene kenmerken van de studies

- De onderzoekspopulatie varieerde tussen studies wat betreft beroep, sector, en arbeidsbelasting. Sommige studies richtten zich uitsluitend op beeldschermwerkers, sommige studies uitsluitend op werknemers met fysiek zwaar werk.
- In alle studies vormden klachten aan het bewegingsapparaat de uitkomstmaat (pijn, klachten, symptomen, discomfort of beperkingen aan de lage rug, nek, schouders, ellebogen, polsen, handen, en en/of onderste extremiteiten).
- In de verschillende studies werden verschillende aspecten van de fysieke belasting gemeten, variërend van duur van computergebruik, inrichting van de werkplek en werkhouding tot tillen en trillingen.
- In de verschillende studies werden verschillende aspecten van de psychosociale belasting gemeten. Het grootste deel van de studies nam een maat voor autonomie, taakeisen en/of sociale steun mee.
- Er bestond aanzienlijke heterogeniteit in de manier waarop interactie-effecten werden onderzocht, en de gebruikte associatiematen.

Aantal studies dat interactie-effect rapporteerde:

- Van de 4 longitudinale studies rapporteerden 3 studies een significant interactie-effect tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting en klachten aan het bewegingsapparaat en rapporteerde 1 studie geen interactie-effect.
- Van de 6 cross-sectionele studies rapporteerde 1 studie een significant interactie-effect, 4 studies geen interactie-effect, en waren de resultaten van 1 studie niet duidelijk te interpreteren.

Samenspel fysieke en psychosociale arbeidsbelasting: Significante resultaten

- Lage rug pijn of symptomen
 - In één longitudinale studie hadden werknemers met een hoge fysieke belasting en weinig autonomie een hoger risico op lage rugpijn, terwijl werknemers met een hoge fysieke belasting en veel autonomie een lager risico op lage rugpijn hadden (Vandergrift, Gold, Hanlon, & Punnett, 2012).
 - Een andere longitudinale studie onder mannen met beeldschermwerk rapporteerde dat een ongunstige houding in combinatie met een hoge job strain (hoge taakeisen, lage autonomie) samenhang met het vaker voorkomen van lage rug symptomen (Lapointe et al., 2009).
- Nek en/of schouder symptomen/pijn en beperkingen
 - Eén longitudinale studie liet zien dat er onder werknemers die minder dan vier jaar computerwerk uitvoerden een positieve trend bestond tussen toenemende job strain (taakeisen gedeeld door autonomie) en nek-schouder symptomen, terwijl geen trend bestond bij werknemers die meer dan vier jaar computerwerk deden (Hannan, Monteilh, Gerr, Kleinbaum, & Marcus, 2005). De verklaring van dit resultaat ligt mogelijk deels in selectiemechanismen onder werknemers.
 - Een cross-sectionele studie (Johnston, Jull, Souvlis, & Jimmieson, 2010) beschreef dat de relatie tussen verschillende aspecten van beeldschermwerk (lange duur, ongunstig type methode, ongunstige inrichting werkplek) enerzijds en nekpijn en beperkingen anderzijds werd gemodereerd door psychosociale factoren, voornamelijk autonomie en steun van de leidinggevende. In sommige gevallen versterkten ongunstige psychosociale factoren de negatieve invloed van de fysieke belasting, terwijl in andere gevallen gunstige psychosociale kenmerken de negatieve invloed van de fysieke belasting bufferden.

2.4 Discussie en conclusie

Kanttekeningen

Bij dit literatuuronderzoek dienen twee kanttekeningen te worden geplaatst.

- Ten eerste zijn alleen artikelen geïncludeerd indien in het abstract werd vermeld dat de interactie tussen fysieke en psychosociale belasting was onderzocht. Hierdoor hebben wij mogelijk artikelen, die hierover alleen in de resultaten/discussie rapporteren, ge-excludeerd uit ons onderzoek. Indien dit is gebeurd, lijkt het waarschijnlijk dat voornamelijk artikelen die geen significant interactie-effect konden aantonen ontbreken.
- Ten tweede is het mogelijk dat interactie-effecten wel regelmatig worden onderzocht, maar de resultaten niet worden gepubliceerd indien geen

significant effect wordt gevonden. Ook dit kan er toe lijden dat er vaker een 0-bevinding is dan op grond van ons literatuuroverzicht lijkt.

Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van een interactie-effect

In verschillende studies geïnccludeerd in het literatuuronderzoek werd geen significant interactie-effect tussen fysieke en psychosociale factoren enerzijds en klachten aan het bewegingsapparaat anderzijds gevonden. De volgende verklaringen spelen hierbij mogelijk een rol:

- Ten eerste kan het wel of niet vinden van een interactie-effect afhangen van de hoogte van de fysieke belasting binnen de onderzochte populatie (Vandergrift et al., 2012). Mogelijk moet de fysieke belasting relatief hoog zijn om bijvoorbeeld een bufferend effect van autonomie te kunnen aantonen.
- Ten tweede kan de negatieve impact van bepaalde vormen van fysieke belasting mogelijk niet worden tegengegaan door bufferende psychosociale factoren, zoals autonomie en sociale steun, indien de bufferende factoren de fysieke belasting niet verlagen (Aittomäki, Lahelma, Rahkonen, Leino-Arjas, & Martikainen, 2008). Dit sluit aan bij het "Triple Match Principe" (De Jonge & Dormann, 2003). Dit principe veronderstelt dat de sterkste interactie effecten worden gevonden tussen stressoren/werkeisen en hulpbronnen wanneer deze matchen met elkaar én de uitkomstmaat. De invloed van emotionele stressoren zoals vervelende klanten op emotionele uitputting kan uitgaande van dit principe bijvoorbeeld beter worden gebufferd door emotionele steun van collega's dan door autonomie. Een vergelijkbare match is van belang bij werkeisen, hulpbronnen en fysieke klachten. Later onderzoek van de Jonge & Dormann (2006) bevestigde dat moderatie tussen werkeisen en hulpbronnen vaker voorkomt wanneer er een grotere match bestaat tussen deze werkkenmerken én de uitkomstmaat.
- Ten derde is het mogelijk dat de gebruikte meetinstrumenten niet voldoen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Vragenlijsten die autonomie meten, geven bijvoorbeeld wel inzicht in autonomie in het algemeen, maar niet in de autonomie van werknemers met betrekking tot bepaalde fysiek belastende taken (Aittomäki et al., 2008). Of taakeisen slaan op de gehele functie, en niet op het uitvoeren van specifieke fysiek belastende werkzaamheden (Waters et al., 2007).
- Ten vierde is het mogelijk dat psychosociale kenmerken die de negatieve effecten van een hoge fysieke belasting zouden kunnen bufferen, zoals veel autonomie en sociale steun, door werknemers niet worden aangewend om deze negatieve effecten tegen te gaan (Aittomäki et al., 2008).

Mogelijke verklaringen voor het samenspel tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting

Een klein aantal studies in ons literatuuronderzoek vond wél een interactie effect tussen fysieke en psychosociale factoren enerzijds en klachten aan het bewegingsapparaat anderzijds. De verklaringen kunnen deels worden gevonden in de theorieën die we eerder in de inleiding hebben beschreven.

- *Hulpbronnen als bufferende factoren*
Dit sluit aan bij (een deel van) de resultaten van ons literatuuronderzoek (Vandergrift et al., 2012; Johnston et al., 2010). Mogelijk verschaft een hoge autonomie, en dus veel controle over hoe het werk wordt uitgevoerd, de keuze voor werkvormen die fysiek minder belastend zijn voor het individu waardoor

gezondheidsproblemen worden beperkt (Aittomäki et al., 2008). Ook sociale steun zou de fysieke belasting kunnen verminderen doordat werknemers zich gesteund voelen om gunstige werkvormen te kiezen en collega's (vaker) om hulp te vragen.

- *Uitputting van hulpbronnen*

Met betrekking tot de resultaten van het huidige literatuuronderzoek laat de combinatie van hoge fysieke belasting en hoge taakeisen mogelijk minder ruimte voor bufferende hulpbronnen, doordat hoge taakeisen er bijvoorbeeld toe leiden dat werknemers het fysiek zware werk minder goed zelf kunnen indelen (minder autonomie) en minder tijd hebben om elkaar te steunen en helpen (minder sociale steun). Met meer klachten aan het bewegingsapparaat tot gevolg.

De conclusies op basis van het literatuuronderzoek luiden:

- Tussen 2002 en 2012 rapporteerden slechts 10 studies onderzoek naar het samenspel tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting in het abstract van het artikel.
- In deze 10 studies waren klachten aan het bewegingsapparaat de uitkomstmaat.
- In 4 van de 10 studies was er sprake van een significant interactie-effect¹.
- Er bestaan aanwijzingen dat een hoge fysieke belasting in combinatie met weinig autonomie het risico op lage rugklachten verhoogt, terwijl veel autonomie het effect van een hoge fysieke belasting buffert.
- Er bestaan aanwijzingen bij beeldschermwerkers dat de invloed van een ongunstige fysieke belasting op lage rugklachten wordt versterkt door job strain (combinatie van hoge taakeisen en lage autonomie), terwijl sociale steun en autonomie de ongunstige invloed van fysieke belasting op nekkklachten kunnen bufferen.

¹ Een vijfde studie rapporteerde weliswaar ook interactie-effecten, maar deze konden door het ontbreken van additionele informatie niet worden geïnterpreteerd.

3 Secundaire kwantitatieve data analyse

3.1 Doel

De secundaire kwantitatieve data analyse beoogt inzicht te geven in: het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en de uitkomstmaten klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out, langdurig verzuim en kunnen doorwerken anderzijds. (Onderzoeksvraag 1, zie paragraaf 2.3):

De secundaire analyses vormen een aanvulling op het literatuuronderzoek (hoofdstuk 2), aangezien relatief weinig grootschalige longitudinale studies tot nu toe over de interactie tussen fysieke en psychosociale werkkenmerken hebben gerapporteerd en in de huidige analyses naast de uitkomstmaat bewegingsapparaat klachten ook burn-out, verzuim en kunnen doorwerken worden onderzocht.

3.2 Methode

In Bijlage B zijn het databestand (NEA cohort onderzoek 2007-2008), de onderzoekspopulatie, de variabelen en de statistische analyses in detail beschreven. Voor meer informatie over het databestand verwijzen we naar (Koppes et al., 2011) en (Van den Bossche et al., 2008).

Bij de selectie van de psychosociale onafhankelijke variabelen (taakeisen, autonomie, sociale steun van collega's, sociale steun van de leidinggevende) zijn de resultaten van het literatuuronderzoek in hoofdstuk 2 als uitgangspunt gebruikt.

3.3 Resultaten

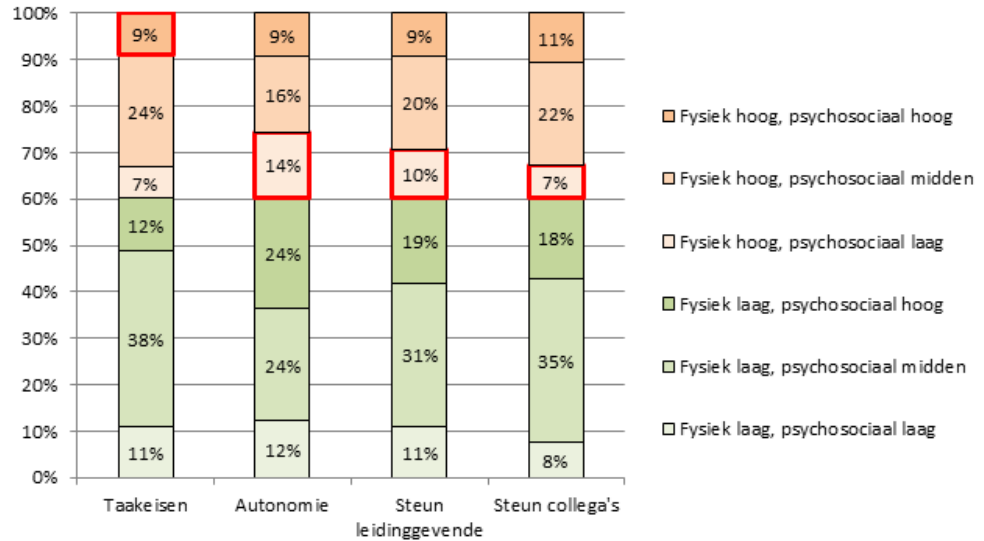
3.3.1 *Prevalentie van gecombineerde belasting en de uitkomstmaten*

Figuur 3.1 toont dat 39.7% van de ruim 10.000 personen die deelnamen aan het NEA cohortonderzoek in 2007 en 2008 een hoge fysieke arbeidsbelasting rapporteerde. Dit betekent dat zij regelmatig kracht zetten tijdens het werk, regelmatig met gereedschap of voertuigen die trillingen veroorzaken werkten, regelmatig herhaalde bewegingen maakten en/of regelmatig in een ongemakkelijke houding werkten.

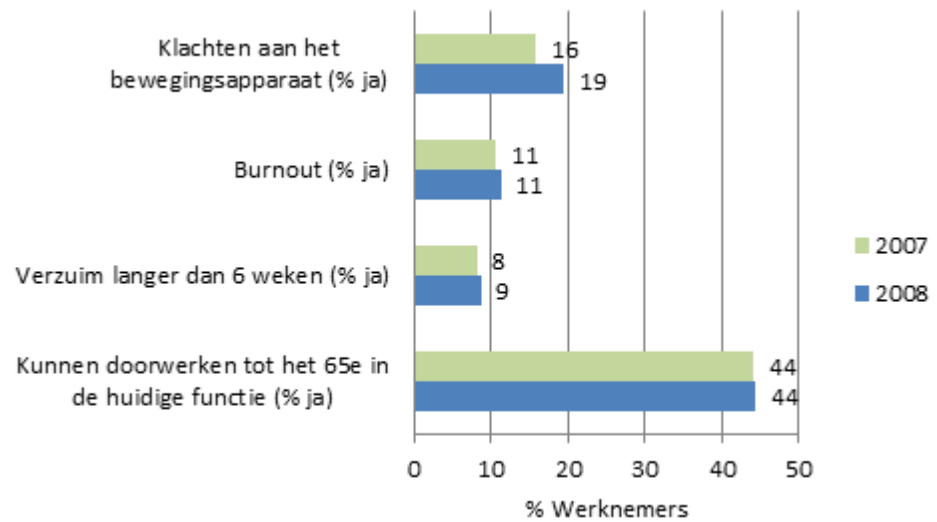
Ongeveer 9% van de werknemers ervoer een hoge fysieke belasting in combinatie met relatief hoge taakeisen, 14% in combinatie met weinig autonomie, 10% in combinatie met weinig steun van de leidinggevende en 7% in combinatie met weinig steun van de collega's. In Figuur 3.1 zijn deze combinaties van belasting met rode kaders geaccentueerd. Vergelijkbare percentages werknemers hadden naast een hoge fysieke belasting juist lage taakeisen, veel autonomie, en veel steun van collega's en de leidinggevende.

Figuur 3.2 geeft het percentage werknemers met gezondheidsklachten en langdurig verzuim weer, en het percentage dat denkt te kunnen doorwerken tot het 65^e levensjaar. Tussen 2007 en 2008 bleven deze percentages stabiel, of namen licht

toe. Dit betekent overigens niet dat in 2007 en 2008 dezelfde personen klachten, verzuim en kunnen doorwerken rapporteerden. In totaal had 10.6% van de personen bewegingsapparaat klachten in 2007 én 2008, 5.4% burn-out in 2007 én 2008, 2.6% langdurig verzuim in 2007 én 2008 en rapporteerde 30.1% dat zij kunnen doorwerken tot hun 65^e in 2007 én 2008.



Figuur 3.1 Blootstelling aan gecombineerde fysieke en psychosociale belasting bij werknemers van 15-64 jaar (NEA cohortonderzoek 2007)



Figuur 3.2. Gezondheidsklachten, verzuim en kunnen doorwerken bij werknemers van 15-64 jaar (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

3.3.2 Longitudinale relatie tussen de fysieke en psychosociale belasting en de uitkomstmaten

Tabel 3.1 en 3.2 laten zien dat een hoge fysieke arbeidsbelasting significant voorspellend is voor klachten aan het bewegingsapparaat (OR 1.35), burn-out (OR 1.22) en langdurig verzuim (OR 1.56) na correctie voor andere factoren in de multivariate regressieanalyses. Daarnaast denken werknemers met een hoge fysieke belasting significant minder vaak dat zij kunnen doorwerken in de huidige functie tot hun 65^e (OR 0.83).

Ook psychosociale factoren hangen, zoals verwacht, samen met de uitkomstmaten. Hoge(re) taakeisen voorspellen klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out en niet kunnen doorwerken tot het 65^e in de multivariate regressieanalyses, terwijl een hoge autonomie alleen significant voorspellend is voor kunnen doorwerken. Werknemers met een gemiddelde of hoge sociale steun van hun leidinggevende rapporteren na een jaar minder vaak klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out en langdurig verzuim, en denken vaker tot hun 65^e te kunnen doorwerken dan werknemers met een lage steun van hun leidinggevende. Een gemiddelde of hoge sociale steun van collega's voorspelt dat werknemers minder vaak klachten aan het bewegingsapparaat en burn-out ervaren.

Tabel 3.1 Longitudinale relatie tussen fysieke en psychosociale factoren en gezondheidsproblemen (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Klachten aan bewegingsapparaat OR (95% CI)		Burn-out OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
Fysieke belasting				
Laag/midden	1.00	1.00	1.00	1.00
Hoog	1.32* (1.17-1.48)	1.35* (1.19-1.53)	1.31* (1.14-1.51)	1.22* (1.05-1.42)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.01 (0.86-1.18)	1.11 (0.92-1.32)	1.75* (1.38-2.24)	1.74* (1.34-2.26)
Hoog	1.21* (1.00-1.45)	1.29* (1.05-1.59)	2.78* (2.15-3.61)	2.72* (2.06-3.61)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.87 (0.76-1.01)	0.93 (0.79-1.08)	0.98 (0.83-1.16)	1.05 (0.88-1.26)
Hoog	0.88 (0.76-1.02)	0.97 (0.82-1.14)	0.82* (0.69-0.99)	0.88 (0.71-1.07)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.78* (0.68-0.91)	0.83* (0.71-0.97)	0.75* (0.64-0.89)	0.82* (0.69-0.98)
Hoog	0.79* (0.67-0.93)	0.96 (0.80-1.15)	0.62* (0.51-0.76)	0.81 (0.65-1.00)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.82* (0.70-0.97)	0.84* (0.70-1.00)	0.74* (0.62-0.89)	0.81* (0.67-0.99)
Hoog	0.76* (0.63-0.91)	0.82 (0.67-1.01)	0.51* (0.41-0.64)	0.58* (0.46-0.73)

(a) Gecorrigeerd voor klachten aan het bewegingsapparaat of burn-out op baseline, (b) Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en klachten aan het bewegingsapparaat of burn-out op baseline, *p≤0.05

Tabel 3.2 Longitudinale relatie tussen fysieke en psychosociale factoren enerzijds en verzuim en kunnen doorwerken tot het 65^e levensjaar in de huidige functie anderzijds (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Verzuim langer dan 6 weken OR (95% CI)		Kunnen doorwerken OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
	Fysieke belasting			
Laag/midden	1.00	1.00	1.00	1.00
Hoog	1.64* (1.42-1.91)	1.56* (1.33-1.83)	0.75* (0.69-0.82)	0.83* (0.75-0.91)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.06 (0.86-1.31)	1.04 (0.83-1.31)	0.81* (0.72-0.91)	0.81* (0.71-0.92)
Hoog	1.35* (1.06-1.71)	1.25 (0.97-1.62)	0.77* (0.67-0.89)	0.75* (0.64-0.87)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.91 (0.76-1.09)	1.04 (0.86-1.25)	1.13* (1.01-1.27)	1.09 (0.97-1.23)
Hoog	0.72* (0.59-0.87)	0.89 (0.72-1.10)	1.61* (1.43-1.81)	1.42* (1.25-1.62)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.65 (0.55-0.78)	0.76* (0.63-0.91)	1.09 (0.97-1.22)	1.07 (0.95-1.22)
Hoog	0.46* (0.37-0.57)	0.56* (0.44-0.71)	1.23* (1.08-1.40)	1.25* (1.08-1.44)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.71* (0.58-0.87)	0.86 (0.69-1.07)	1.07 (0.94-1.22)	1.07 (0.93-1.23)
Hoog	0.67* (0.53-0.83)	0.89 (0.69-1.14)	1.05 (0.91-1.22)	1.09 (0.93-1.28)

(a) Gecorrigeerd voor verzuim of kunnen doorwerken op baseline, (b) Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en verzuim of kunnen doorwerken op baseline, *p≤0.05

3.3.3 Interactie tussen fysieke en psychosociale belasting

In dit onderzoek staat het samenspel tussen de fysieke en psychosociale belasting bij gezondheidsproblemen, verzuim en kunnen doorwerken centraal. Kortom, is het gecombineerde effect van een hoge fysieke en ongunstige psychosociale belasting groter is dan de som der delen? En kan de negatieve invloed van een hoge fysieke belasting worden gebufferd door gunstige psychosociale werkkenmerken zoals beschreven in de literatuur en theorie (JD-R model, JDC model)?

In de huidige longitudinale analyses vinden we **geen** significant interactie-effect tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting in relatie tot de uitkomstmaten bewegingsapparaat klachten, burn-out, verzuim en kunnen doorwerken.

Wel bestaat er een trend voor een interactie-effect tussen de fysieke belasting en taakeisen en de uitkomstmaat langdurig verzuim (p=0.06). In tabel 3.3 is de regressieanalyse voor verzuim gestratificeerd naar fysieke belasting weergegeven. Bij werknemers met een *lage* fysieke belasting bestond er geen significant verband tussen taakeisen en verzuim, terwijl bij werknemers met een *hoge* fysieke belasting hoge taakeisen significant voorspellend waren voor verzuim (OR 1.6, tabel 3.3).

Figuur 3.3 illustreert de trend verder. De figuur toont dat werknemers met een hoge fysieke belasting vaker langdurig verzuimen dan werknemers met een lage fysieke belasting (zie ook tabel 3.2, OR 1.6). Naast dit significante hoofdeffect lijkt een hoge

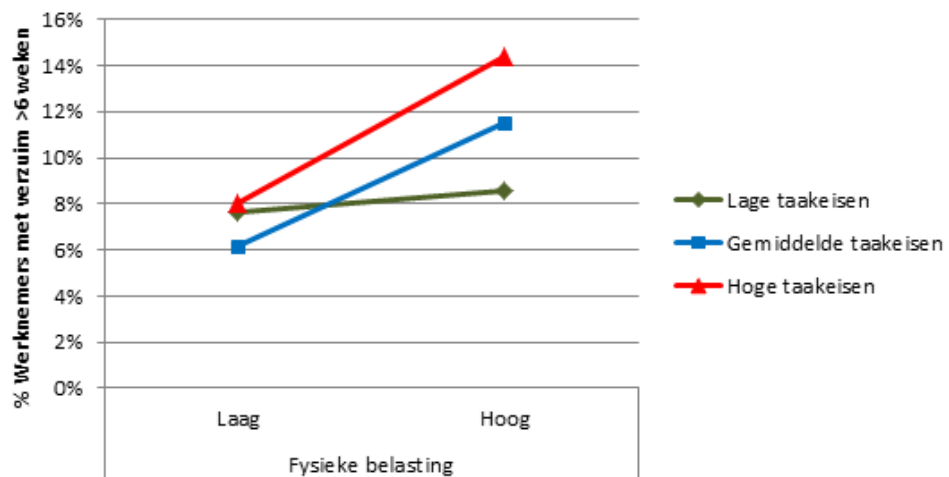
fysieke belasting in combinatie met hoge(re) taakeisen samen te hangen met extra vaak langdurig verzuim. In de figuur stijgen de blauwe lijn (gemiddelde taakeisen) en rode lijn (hoge taakeisen) immers relatief sterker dan de groene lijn (lage taakeisen). Hoewel dit resultaat suggereert dat bij werknemers met een hoge fysieke belasting, relatief hoge taakeisen het voorkomen van langdurig verzuim extra vergroot, dient benadrukt te worden dat het interactie-effect (net) niet statistisch significant was ($p=0.06$).

De gestratificeerde analyses voor de uitkomstmaten klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out en kunnen doorwerken zijn weergegeven in Bijlage C.

Tabel 3.3 Longitudinale relatie tussen psychosociale factoren en verzuim bij werknemers met een lagere en een hoge fysieke belasting (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Lagere fysieke belasting		Hoge fysieke belasting	
	OR (95% CI)		OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.81 (0.62-1.08)	0.83 (0.61-1.11)	1.39* (1.01-1.93)	1.41 (0.99-2.01)
Hoog	1.03 (0.74-1.44)	1.08 (0.76-1.53)	1.71* (1.19-2.45)	1.63* (1.10-2.42)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.88 (0.67-1.16)	0.92 (0.69-1.23)	1.06 (0.84-1.34)	1.14 (0.89-1.46)
Hoog	0.80 (0.60-1.06)	0.93 (0.69-1.25)	0.79 (0.59-1.05)	0.83 (0.61-1.13)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.61* (0.47-0.80)	0.66* (0.50-0.86)	0.78* (0.62-0.99)	0.86 (0.67-1.11)
Hoog	0.51* (0.38-0.70)	0.53* (0.39-0.74)	0.47* (0.34-0.65)	0.57* (0.41-0.81)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.76 (0.56-1.04)	0.84 (0.61-1.16)	0.78 (0.59-1.03)	0.90 (0.67-1.19)
Hoog	0.80 (0.57-1.12)	0.89 (0.62-1.27)	0.66* (0.48-0.91)	0.87 (0.62-1.22)

(a): Gecorrigeerd voor verzuim op baseline, (b): Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en verzuim op baseline, * $p \leq 0.05$



Figuur 3.3 Longitudinale relatie tussen de fysieke belasting en taakeisen (2007) en de uitkomstmaat langdurig verzuim (2008) (NEA cohortonderzoek 2007-2008, proporties ongecorrigeerd voor covariaten).

3.4 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk is met secundaire analyses op basis van het NEA cohortonderzoek het longitudinale verband tussen gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en gezondheid, langdurig verzuim en kunnen doorwerken anderzijds onderzocht (m.a.w. Is er sprake van interactie?).

Zoals verwacht op basis van de literatuur (Hoogendoorn et al., 1999; Van Rijn et al., 2009; Palmer, 2003; Geuskens et al., 2012; Macfarlane et al., 2009; Bonde, 2008; Stansfeld & Candy, 2006), voorspelden een hoge fysieke belasting en een ongunstige psychosociale belasting afzonderlijk bewegingsapparaat klachten, burn-out, langdurig verzuim en niet kunnen doorwerken tot het 65e. Een statistisch significant interactie-effect tussen de fysieke belasting en verschillende vormen van psychosociale belasting (taakeisen, autonomie, sociale steun van collega's en de leidinggevende) vonden we echter niet. Wel suggereerde een trend ($p=0.06$) dat werknemers met een hoge fysieke belasting in combinatie met relatief hoge taakeisen na één jaar extra vaak langdurig verzuimden.

In hoofdstuk 2 concludeerden wij op basis van het literatuuronderzoek dat er aanwijzingen bestaan dat autonomie en sociale steun de negatieve effecten van een hoge fysieke belasting op de gezondheid kunnen bufferen. De resultaten van de huidige secundaire analyses kunnen dit niet bevestigen. De uitkomsten van de huidige secundaire analyses sluiten wel aan bij het feit dat verschillende studies in het literatuuronderzoek geen significante interactie vonden tussen de fysieke en psychosociale belasting en klachten aan het bewegingsapparaat.

De cross-sectionele analyses die TNO in 2011 uitvoerde op basis van NEA 2007-2010 toonden dat werknemers met een hoge fysieke belasting én hoge taakeisen extra vaak klachten aan het bewegingsapparaat hadden en extra vaak dachten niet te kunnen doorwerken tot hun 65^e in de huidige functie (Geuskens et al., 2011). Hoewel de huidige analyses niet bevestigen dat deze relaties ook longitudinaal

bestaan, lijkt de trend voor een interactie tussen een hoge fysieke belasting en hoge taakeisen in relatie tot langdurig verzuim hierbij aan te sluiten.

Samenvattend tonen de huidige longitudinale analyses dat (on)gunstige psychosociale factoren de relatie tussen een hoge fysieke belasting en bewegingsapparaat klachten, burn-out, verzuim en kunnen doorwerken niet statistisch significant modereren (m.a.w. versterken of bufferen). Een trend ($p=0.06$) suggereert echter wel dat werknemers met een hoge fysieke belasting in combinatie met hoge taakeisen na een jaar extra vaak langdurig verzuimen.

4 Kwalitatief onderzoek

4.1 Doel

Uit de literatuurstudie en secundaire kwantitatieve analyses kunnen we concluderen dat er slechts beperkte aanwijzingen voor een interactie tussen fysieke en psychosociale arbeidsbelasting zijn. Om het samenspel tussen fysieke en psychosociale factoren in de praktijk te begrijpen, is kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij zorgmedewerkers binnen verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het kwalitatieve onderzoek beoogt bij te dragen aan de beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3:

2. *Waarom hangt een gecombineerde hoge fysieke en psychosociale belasting samen met extra gezondheidsproblemen en verzuim (m.a.w. Hoe kan het worden verklaard in de praktijk)?*
3. *Wat zijn de consequenties van (1) en (2) voor preventieve maatregelen?*

Binnen dit kwalitatieve onderzoek beantwoorden we de onderzoeksvragen aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat geeft medewerkers energie in het werk?
2. Fysieke belasting:
 - a. Welke fysieke factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid /welzijn van medewerkers?
 - b. Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van fysieke belasting en waar is behoefte aan?
 - c. Wat is de impact van de fysieke belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?
3. Psychosociale belasting:
 - a. Welke psychosociale factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid/welzijn van medewerkers?
 - b. Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van psychosociale belasting en waar is behoefte aan?
 - c. Wat is de impact van de psychosociale belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?
4. Welke fysieke en psychosociale factoren komen samen voor, hoe werken ze op elkaar in en wat is de impact hiervan op het werk, welzijn en gezondheid?

4.2 Methode

Binnen de gezondheidszorg zijn er verschillende beroepsgroepen waar medewerkers blootstaan aan zowel een hoge fysieke als psychosociale belasting (Geuskens et al., 2011; Smulders et al., 2009). Uit recent onderzoek van het NIVEL (De Veer & Francke, 2011) blijkt dat werknemers in de gezondheidszorg even vaak tot 65 jaar willen doorwerken als werknemers in andere sectoren maar zij verwachten vaker dat dit niet kan met hun huidige werkzaamheden. Een meerderheid wil de mogelijkheid hebben tot lichamelijk en/of geestelijk lichter werk. Specifieke alertheid is gevraagd voor verzorgenden en mensen die zich al minder

gezonder voelen omdat zij duidelijk meer dan anderen baat denken te hebben bij lichter werk. Vooral werknemers in de verpleeg- en verzorgingshuissector geven aan dat lichter werk kan bijdragen aan langer doorwerken. Verzorgenden denken vaker niet in staat te zijn door te werken dan verpleegkundigen (Maurits et al., 2012).

Duurzame inzetbaarheid van zorgpersoneel in de verpleging- en verzorgingshuissector is een belangrijk thema, nu en in de toekomst. Het huidige personeelsbestand vergrijsst, er is een toekomstig tekort aan zorgpersoneel en de cliënten vergrijzen eveneens. Dat maakt de vraag naar zorg en personeel in de toekomst alleen maar groter.

De kwalitatieve studie heeft zich daarom gericht op verzorgenden en helpenden binnen verpleeg- en verzorgingshuizen. De verwachting is dat door te focussen op één specifieke sector meer gedetailleerde informatie kan worden verzameld en meer gedegen aanbevelingen kunnen worden gedaan voor de praktijk.

4.2.1 *Werving en doelgroep*

De interviews zijn gehouden met medewerkers (verzorgenden en helpenden) vanuit één zorginstelling met meerdere vestigingen.

In overleg met de betreffende instelling is gekozen voor 1-op-1 gesprekken met de medewerkers omdat dit gezien de benodigde bezetting binnen de instelling het meest gunstig was. Daar waar groepsgesprekken gericht zijn op het vormen van consensus tussen alle geïnterviewden in de groep, hebben individuele interviews het voordeel dat de geïnterviewden vrijer kunnen spreken zonder belemmerd te worden door meningen en ervaringen van anderen, en kan er op onderwerpen dieper worden in gegaan tijdens de interviews.

In overleg met de organisatie is er gekozen voor medewerkers uit 5 afdelingen verspreid over 3 locaties. Per afdeling zijn gemiddeld vier medewerkers geïnterviewd in een gesprek van gemiddeld 30 tot 45 minuten. Het betrof verschillende typen afdelingen: somatiek, revalidatie, psychogeriatric, palliatieve zorg, of een combinatie van deze typen. In het onderzoek is gestreefd naar een variatie in functieniveau, leeftijd en ervaring van de medewerkers.

Via de personeelsadviseurs van de betreffende instellingen zijn de afdelingshoofden geïnformeerd over het onderzoek. Hiertoe is een flyer ingezet met informatie over het onderzoek, welke in overleg met de instelling is opgesteld. Tevens ontvingen de afdelingshoofden een briefing over het onderzoek en de gevraagde acties voor de werving en organisatie van de interviews. De deelnemers aan het interview zijn geworven door de afdelingshoofden.

De deelnemers ontvingen een cadeaubon als beloning voor deelname.

4.2.2 *De interviews*

Er is gekozen voor een semi-gestructureerde opzet van de interviews. Bij semi-gestructureerde interviews wordt een topiclijst met te bespreken thema's als leidraad voor de gesprekken gebruikt zonder dat het de volgorde van de te bespreken onderwerpen/thema's vastlegt. Dit geeft interviewers de mogelijkheid om het interview aan de dynamiek van het interview aan te passen, en geeft

deelnemers de mogelijkheid om meer uit te wijden over onderwerpen/thema's die besproken worden (Creswell, 2003; Bowling, 2002; Evers, 2007).

Aan de medewerkers zijn vragen gesteld over:

1. Achtergrond (leeftijd, duur in functie/afdeling, aantal dagen aan het werk etc.)
2. Type werkzaamheden tijdens werkdag/dienst.
3. Wat geeft energie in het werk.
4. Werk gerelateerde factoren die een negatieve impact op de gezondheid /welzijn hebben en het samenspel van deze risicofactoren en hun invloed op het uitvoeren van het werk en gezondheid.
5. Maatregelen (bestaande en gewenste).

Het interviewprotocol en de topics zijn aan de instelling ter informatie voorgelegd. Daarnaast zijn een paart topics toegevoegd die door de instelling relevant werden geacht. Het gebruikte interviewprotocol inclusief de vragen staat in bijlage D.

Praktische uitvoering

Voorafgaand aan de interviews is samen met een vertegenwoordiger vanuit de staf van de organisatie aan de deelnemers een toelichting gegeven op het onderzoek. De leidinggevende was hierbij in sommige gevallen aanwezig (zie bijlage E voor toelichting). Aan de deelnemers werd voorafgaand aan het interview gevraagd om achtergrondgegevens te verstrekken en deze alvast op te schrijven op een invulformulier (zie bijlage E).

De interviews zijn door één interviewer afgenomen, met uitzondering van vier interviews waarbij 2 interviewers aanwezig waren. Bij twee interviews was een vertegenwoordiger van de staf van de organisatie aanwezig. Dit kan mogelijk geleid hebben tot enige vertekening van de antwoorden van de medewerkers. Gezien de ontspannen sfeer waarin de gesprekken verliepen, verwachten wij dit echter niet.

Indien mogelijk is een gesprek met de leidinggevende gehouden over kenmerken van de afdeling en aanvullende relevante informatie voor het onderzoek. De resultaten van deze interviews zijn niet meegenomen in de analyse. Wel was deze informatie nuttig voor het kunnen interpreteren en beschrijven van de bevindingen.

Verslaglegging en privacy

De interviews zijn, met toestemming van de geïnterviewden, door de interviewers van TNO opgenomen met een voicerecorder. Deze opnamen zijn alleen in het bezit van TNO en alleen toegankelijk voor de betrokken onderzoekers. Om de privacy van de geïnterviewden personen te waarborgen, zijn de opnamen gestart nadat de geïnterviewden zich hadden voorgesteld.

Tijdens het interview maakte de interviewer aantekeningen. Na afloop van het interview zijn deze aantekeningen doorgelezen, en zo nodig aangevuld/verbeterd met behulp van de geluidsopnames.

Toestemming voor gebruik van de interviewgegevens is verkregen van de instelling en de geïnterviewden.

Data analyse

Na een eerste globale lezing van het onderzoeksmateriaal is het materiaal thematisch geanalyseerd. Het onderzoeksmateriaal is bestudeerd op thema's en onderwerpen die in alle interviews naar voren kwamen (inductieve analyse). Hierbij zijn onderzoeksvragen leidend geweest.

Tevens is het onderzoeksmateriaal bestudeerd door te kijken of belangrijke onderwerpen uit de theorie in de interviews werden genoemd (deductieve analyse) (Creswell, 2003). Hierbij is gelet op overeenkomende thema's of elkaar overlappende, aanvullende of elkaar tegensprekende thema's (consensus en dissensus).

De onderzoekers TdJ en YJ hebben analyse van het onderzoeksmateriaal onafhankelijk van elkaar uitgevoerd, waarbij nadien onderling consensus is verkregen over de analyses en de te rapporteren bevindingen (peer debriefing). Voor de rapportage van de belangrijkste bevindingen zijn de onderzoeksvragen en de consensus en dissensus in thema's in het onderzoeksmateriaal leidend geweest.

4.2.3 *Deelnemers*

In totaal namen 19 medewerkers aan de interviews deel. Er zijn 15 individuele interviews gehouden en één groepsinterview met 4 personen. Op één persoon na waren alle deelnemers vrouw. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 43 jaar, de jongste deelnemers was 23 en de oudste 59 jaar. Van de deelnemers waren er vijf persoonlijk begeleiders (niveau 5 of 3), 11 verzorgenden (overwegend niveau 3) en drie helpenden (niveau 2).

Tabel 4.1 Overzicht deelnemers

Locatie	Type afdeling	Aantal interviews	Functies	Leeftijd (willekeurige volgorde)
1	Somatiek en revalidatie	4	Verzorgende niveau 3 (3x) Helpende (1x)	47, 49, 50, 54
2	Somatiek Revalidatie/palliatief	3	Persoonlijk begeleider (1x) Verzorgende niveau 3 (1x) Persoonlijk begeleider niveau 5 (1x)	24, 33, 54
	Psychogeriatric	4	Persoonlijk begeleider niveau 3 (1x) Verzorgende niveau 3 (2x) Helpende niveau 2 (1x)	23, 44, 47, 51
3	Somatiek/revalidatie	1 Groepsinterview (4 personen)	Persoonlijk begeleider (1x) Verzorgende niveau 3 (3x)	26, 28, 44, 58
	Psychogeriatric	4	Persoonlijk begeleider niveau 5 (1x) Verzorgende (2x) Afdelingsassistent niveau 2(1x)	26, 45, 55, 59
Totaal		16		

4.3 Resultaten

In de volgende paragrafen zijn de resultaten gestructureerd op basis van de vragen zoals geformuleerd in paragraaf 5.2.2.

Vervolgens toetsen we in een aparte paragraaf onze verwachtingen op basis van de theorie en sluiten we af met een conclusie.

4.3.1 *Wat geeft medewerkers energie in het werk?*

Allereerst is gevraagd aan de zorgmedewerkers wat hen in hun werk energie en voldoening geeft. In het onderstaande beschrijven we de verschillende factoren en illustreren deze met uitspraken van medewerkers.

- *De zorg voor bewoners/cliënten*

Iets kunnen betekenen voor bewoners was de meest gehoorde energiegever: hierbij gaat het om zaken als de bewoners er goed verzorgd uit laten zien, iets lekkers maken voor de bewoners, gesprekken met bewoners voeren en complimenten ontvangen.

Citaten

‘Als ik naar huis ga ben ik blij, ik heb iets voor bewoners kunnen betekenen, ze liggen goed in bed, bedden op de rem, bedhek omhoog, dan zeg je goed ze hebben gegeten, gedronken, ik heb ze geholpen met ADL, leuke gesprekken verhalen gehoord, met ze gelachen, soms ben je moe maar voldaan’

‘Met de zorgvragers bezig zijn: met de mensen praten, gewoon een praatje maken, koffie drinken, gezellig met ze bezig zijn, als zij vrolijk zijn ben ik ook vrolijk als zij

chagrijnig zijn ben ik ook chagrijnig'

'En als je mogelijkheden hebt om extra dingen te doen voor bewoners, extra douchen, of in bad, nagelverzorging....'

'Juist het iets extra's kunnen doen met en voor bewoners. Zoals bijvoorbeeld bewoners wassen in bad of in de douche. Normaal wassen we bewoners met de waskom, in bed. Bij voldoende bezetting, heb je de mogelijkheid om 1 bewoner bijvoorbeeld in bad te doen. Daar ben je dan 1,5 uur mee bezig, maar je kan die persoon dan wel extra aandacht geven. Je kunt hem/haar vertroetelen (bubbels, muziekje, lichtjes enz.). Dat kan alleen als je voldoende bezetting hebt, want je moet altijd met 2 personen iemand douchen of in bad doen. Er moet altijd wel iemand beschikbaar zijn, want mensen kunnen onder water glijden in bad. Maar die extra aandacht kunnen geven, dat geeft wel extra voldoening. Mensen gaan ervan lachen. Dat maakt je dag goed, te weten dat ze ervan genieten.'

'Als cliënten er verzorgd en tevreden uitzien: je doet het werk om hen te helpen, ze kunnen het niet zelf, geniet er van als iemand er goed uitziet en tevreden is en dank je wel voor je hulp zegt, dat geeft voldoening...complimenten ook van de familie, als ze bijvoorbeeld zeggen: ik merk dat als jij mijn moeder/vader helpt dat ze er goed uitzien'

'Als ik iets moet regelen voor iemand, aanpassingen bij ergo, en je krijgt het voor elkaar, dat ze comfortabeler liggen/zitten, dat ik voor persoon wat kan betekenen'

'Dagbesteding, is heel belangrijk, je ziet ze opleven, ze kunnen veel meer, achteruitgang kan langzamer als je ze stimuleert'

'Contact met bewoners....is moeilijk welke momenten het zijn: meer dat je er blij van wordt, vanmorgen zitten praten, met iemand die was gereanimeerd, tube in keel, niet goed gedaan, stembanden geraakt, niet meer goed praten, je hebt het gevoel dat je iets kunt betekenen'

'Bij de verzorging, voldoening door tevredenheid cliënten, gunstige revalidatie, zoveel mogelijk pijnvrije zorg bij palliatieve zorg'

Uit de citaten komt naar voren dat zorgmedewerkers veel voldoening halen uit het kunnen verzorgen van bewoners/cliënten. De bewoners/cliënten wonen niet meer in hun eigen huis, omdat zij dat vanwege hun leeftijd en aandoening (bijvoorbeeld dementie) niet meer kunnen. De zorgmedewerkers realiseren zich dat voor zorg en aandacht zij de belangrijkste personen zijn voor bewoners/cliënten. De reactie, door middel van een lach van bewoners/cliënten bijvoorbeeld, geeft hen voldoening.

- *Belemmering door werkdruk*

Opvallend is dat zorgmedewerkers aangeven dat het met voldoening geven van zorg een aandacht voor bewoners/cliënten en familie soms worden belemmerd door de ervaren werkdruk. Ook kan de toewijding soms ver gaan. De onderstaande citaten geven dit weer.

Citaten

‘Contact met cliënten, maar gebeurt helaas te weinig door toenemende werkdruk. Gewoon even een praatje als ze ergens mee zitten. Soms een dag alleen maar aan het verzorgen en opruimen, wel met wassen even praten, maar je kunt niet even zitten en een praatje maken door de werkdruk’

‘Aandacht en zorg geven, als iemand dankbaar is, daar krijg ik energie van, ik ga door en door en door, thuis voel ik wel mijn benen, soms werk ik ook langer door, wil helpen wat ik kan...er is altijd wat te doen...’

- *Iets goed kunnen afronden samen met cliënten/familie*

Uit de interviews komt naar voren dat het ‘iets goed kunnen afronden met cliënten en familie’ ook een belangrijke energiegever is. Voorbeelden die de zorgmedewerkers noemden waren hierbij het verlenen van stervensbegeleiding aan cliënten en familie, en het op een voor alle partijen naar tevredenheid afhandelen van een klacht van familieleden. Zo gaven de zorgmedewerkers aan dat zij niet alleen zorg en aandacht besteden aan bewoners/cliënten, maar ook het geven van aandacht aan familie is belangrijk onderdeel in hun dagelijks werk dat voldoening geeft.

Citaat

‘Bij palliatieve mensen, doodgaan is heel apart, kan soms ook wel heel mooi zijn, opluchting geven, familie rondom bed ...’

- *Collega's*

Uit de interviews komt ook naar voren dat collega's een belangrijke energiegever zijn. Het gaat hierbij dan om een leuk team of groep collega's, maar ook om een goede personele bezetting waarbij zorgmedewerkers met een vaste groep collega's (kunnen) werken.

Citaten

‘Ik krijg energie van voldoende collega's, dan kun je goede zorg aan bewoners bieden’

‘Als ik goed heb samengewerkt heb met collega's, dat vind ik belangrijk, voorbeeld als er een ziekmelding is moet je goed communiceren, je moet elkaar helpen, lukt soms, soms niet, maar als het goed loopt geeft je dat een tevreden gevoel’

- *Met je vak bezig zijn*

Een andere belangrijke energiegever is het dat zorgmedewerkers met hun vak bezig zijn: de verpleegtechnische handelingen, het verzorgen van bewoners /cliënten.

Citaat

‘Verpleegtechnische handelingen: De spuiten geven, wondjes, katheters, hechtingen verwijderen, zijn de leuke dingen van het vak’

4.3.2 *Welke fysieke factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid/welzijn van medewerkers?*

Een belangrijk onderwerp dat in de interviews is besproken is de fysieke belasting die zorgmedewerkers ervaren in hun werk. Fysieke belasting in het werk heeft volgens een merendeel van de medewerkers een negatieve invloed op het welzijn en de gezondheid ondanks de beschikbare hulpmiddelen. We kunnen verschillende oorzaken en typen fysieke belasting onderscheiden. Deze bespreken we hieronder.

- *Kracht zetten, duwen en trekken*

Ondanks de beschikbare hulpmiddelen waarover men over het algemeen tevreden is, wordt het werk als fysiek zwaar ervaren. Het betreft vooral het kracht zetten (duwen en trekken) bij het in/uit bed halen van bewoners en bij het wassen. De liften zijn zwaar om te verplaatsen en soms is de werkruimte relatief klein en is het manoeuvreren van liften lastig. Ook kan het belang van de cliënt en de medewerker soms strijdig zijn, als het zorgplan bijvoorbeeld voorschrijft om geen passieve lift te gebruiken, terwijl dit voor de medewerker soms lichter is.

Citaten

‘Bij gebruik van een passieve lift, krijgt persoon een mat onder zich en wordt helemaal opgetild, bewoner kan niet meer staan, maar je moet wel de persoon op de mat leggen, draaien, trekken, kracht zetten, dat voel je wel’

‘Ook het gebruik van stoelen is fysiek belastend. Het aanschuiven van stoelen, of het recht in de stoel zetten van bewoners, is fysiek belastend. Stoelen geven niet mee.. Cliënten vaak ook niet, vaak til je dan het volle gewicht om deze te kunnen verplaatsen, of mensen werken tegen’

‘Soms als de banden zacht zijn van de rolstoelen, zwaar duwen, veel kracht zetten, goede rolstoel is belangrijk, somatische hebben allemaal een rolstoel’

‘Het is zwaar werk, maar we hebben genoeg materiaal, tilliften, maar alleen de tilliften red je het niet mee, zetje, duwtje, is gewoon zwaar werk’

‘We hebben wel cursussen hoe je staat loopt, hoe je je knieën gebruikt etc. helpt niet altijd, je moet steeds nadenken hoe het bed staat, dat probeer je wel, maar een lift iemand die zwaar is, draai in toilet, je sjort en doet om lift te draaien, soms denk je met z'n tweeën, maar met te weinig mensen, dan moet je het in je eentje doen’

‘Arts verwijst door naar ergo om mee te kijken, maar probleem blijft bestaand, ergo geeft adviezen over hoe je het beste kan aanpakken in een situatie, maar helpt niet altijd’

'Wat ik ook vind....., kleine kamers, als iemand geholpen moet worden met tillift, die kun je niet zo makkelijk draaien, voor privacy moet je alle deuren dicht doen, er is ruimte gebrek'

'Kamers zijn klein.....mensen mogen spullen van huis meenemen, forse mevrouw en ook een vitrine kast en ze heeft een tillift nodig, dan moet je manoeuvreren, gaat heel moeilijk, maar zoon weigert kast weg te halen....en andere spullen, als je niet goed draait met tillift kan het je rug kosten'

'Zwachtelen kost je ook je rug, been omhoog houden, we hebben krukjes aangevraagd waarop je kan zitten'

'Bij passieve tilliften is het soms beter, maar het is tegenstrijdig met het zorgplan. De zorgplannen worden juist activerend ingeschoten, om bewoners nog zo actief mogelijk te laten zijn. De tilliften zijn zelf ook zwaar en log, zeker als cliënten erin zitten'

Daarnaast heeft men soms te maken met zware cliënten of cliënten die niet mee werken. Dit leidt tot extra fysieke belasting; duwen en trekken aan cliënten en in beweging zetten van zwaardere tillift. Daarnaast kunnen dementerende cliënten, die door een achteruitgaande cognitie agressief zijn, soms tegenwerken omdat ze niet begrijpen wat er gebeurt. Dit kan eveneens psychisch onprettig zijn.

Citaten

'Mensen die hier wonen zijn mensen met multi problemen. PG+. Mensen hebben een CVA gehad, zijn fysiek beperkt, dat is fysiek onhandig en belastend voor medewerkers. Je moet als medewerker soms rare bewegingen maken. Met 2 medewerkers deze bewoners helpen, is veel makkelijker, ontlast ook, maar daar is soms de bezetting niet naar'

'Ligt ook aan bewoner, als hij niet kan meewerken, je gebruikt een glijzeil, maar soms zijn ze wat stijver, of begrijpen het niet door ziekte, ze werken niet mee, meer kracht zetten, vooral als je op dat moment geen hulp kan vragen'

'Bijvoorbeeld iemand die z'n benen niet kan optillen, je voelt het als je klaar bent, wel met z'n tweeën, draaien, wond zorg, de een draaien en duwen, de ander de verzorging, je probeert het snel te doen, soms pijn in schouders, met rust gaat het over'

'Mensen die te zwaar zijn, werken helemaal niet mee, uit rolstoel in bed, kleren uitdoen, dan sta je soms 120 kg als zoutzak met een hand even opzij te duwen en met andere hand alle handelingen te doen, je probeert handig te zijn, ondertussen wat schoonmaken en 120 met volle gewicht weer terug leggen, soms klimmen, zijn best zware dingen'

'mensen zijn zwaar, soms halfzijdig verlamd, je moet dan gebruikmaken van zwaar bestuurbare liften, mensen draaien in en uit bed soms 2x per dag, mensen zijn incontinent, soms dus extra vaak'

‘Een aantal van de bewoners is ook best dik, anderen zijn wat minder mobiel waardoor je ze niet goed kunt vragen mee te helpen in je werkzaamheden’

‘Als je bewoners extra aandacht wilt geven, dan merk je dat. Het is lastig om bij minder mobiele bewoners de kussens lekker in hun nek te leggen; je moet ze dan wel omhoog tillen. Dat gaat vaak niet goed, dan moet je jezelf overstrekken. Of als je mensen extra aandacht wilt geven met douchen of zo, en je de tillift moet gebruiken. Ook dan moet je jezelf wel eens in rara bochten wringen om iemand te kunnen helpen in de tillift.’

‘Het is belastend voor je rug, ondanks dat we als medewerkers beschikking hebben over hulpmiddelen. Mensen zijn fysiek beperkt of hebben minder controle hebben over hun lichaam door bijvoorbeeld een CVA, is het soms een kwestie van duwen en trekken aan cliënten, om hen op de rand van het bed te krijgen, om ze met de tillift te kunnen verplaatsen. Sommige bewoners verzetten zich daar ook tegen, of geven niet mee. Soms vergeet je dan je buikspieren aan te spannen, en dan voel je het kraken in je rug’

‘Ja soms zware bewoners, met uit bed halen lift nodig, persoon krijgt een mat onder zich en wordt helemaal opgetild, bewoner kan niet meer staan, persoon op de mat leggen, draaien, trekken, kracht zetten, dat voel je wel. Nu, op dit moment geen mensen met een passieve lift, lift helpt hen met staan, maar niet volledig zelfstandig, je hoeft eigenlijk niets te doen, wel bij draaien van de lift als persoon zwaar is, merk je wel dat je draait, voel je, ook met steunkousen aan doen, krachtgebruiken, niet op juiste wijze voel je het, door knieën en hulpmiddel gebruiken, gelukkig goede hulpmiddelen, wel trekken maar glijdt makkelijker’

‘Op dit moment een rustige afdeling, niet veel zware patiënten, maar je hebt periodes dat er alleen maar zware patiënten liggen, dat kan zwaar zijn, dat voel je in je rug. Tilliften, mensen werken niet mee, zijn niet gemotiveerd, dat jij de enige bent die moet gaan tillen, sommige niet gemotiveerd werken totaal niet mee, al je energie en gewicht moet je in de strijd gooien iemand te draaien/op te laten staan’

‘Somatische afdeling, mensen met liften uit bed halen, ook zware mensen qua gewicht, ondanks liften is het veel draaien en zwaar...draaien om de matten er onder te liggen’

‘Veel mensen die ambulante zijn die ga je douchen, alleen mensen die niet mobiel zijn worden met z'n tweeën gewassen, zijn angstig/bang/agressief, die kun je niet altijd wassen ook niet met z'n vieren, dus je kunt het niet altijd doen zoals je het wil doen...’

‘Ja het is meer de cliënten zelf, qua hulpmiddelen kan ik niet klagen, ben tevreden met hulpmiddelen, cliënten gaan lichamelijk achteruit en worden heel zwaar, dan voel je het ook wel, veel minder plezier om iemand te helpen, je moet gaan vechten om een arm te laten strekken bijvoorbeeld, ze verstijven, worden krampachtig, daardoor wordt het zwaarder, dan moet je echt gaan forceren, je moet ze toch aankleden, je hoort ze gillen, niet plezierig meer, zo snel dan wil je zo snel mogelijk klaar zijn, dan voel je pijnlijke polsen, in je rug, rugpijn. Gaat wel weer over, je voelt het op dat moment, de andere keer achterelkaar dan blijft het

wel, dan voel je het nog wel een paar dagen erna, je probeert het te voorkomen, door overleggen, als het met z'n tweeën kan, dat scheelt draaien ook bij optillen.

'Client die heel stijf is, heel moeilijk om kleding aan of uit te doen, is een gevecht, ze werkt tegen, heeft kracht, weet niet waar ze het vandaan halen, is niet prettig,

'Ja, nu forse bewoner, oedemateuse benen, elke dag zwachtelen en verwijderen is zwaar, benen optillen, in bed leggen, op werkhoogte en vragen om been omhoog te houden, maar is lastig, dat is fysiek zwaar voel je aan je arm/schouder, loop nu 1,5 jaar met armlachten, frozen schouder'

'We hebben tilliften en andere hulpmiddelen, maar voor onrustige mensen werken deze niet'

'hulpmiddelen zijn er wel, maar deze werken niet goed bij agressieve cliënten. Veel van de hulpmiddelen betekent 'gesjor' aan iemand lichaam, maar zij begrijpen dan niet meer wat er gebeurt of waarom dat nodig is. Dan worden ze eigenlijk nog onrustiger en soms dus ook agressiever'

4.3.3 *Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van fysieke belasting en waar is behoefte aan?*

Medewerkers zijn over het algemeen tevreden over de beschikbare hulpmiddelen die helpen de fysieke belasting te verlichten. De volgende maatregelen werden onder andere genoemd:

- Passieve en actieve tilliften;
- Douchestoel;
- Hoog-laag bedden;
- Draaischijf om bewoners makkelijker te laten plaatsnemen van het bed in de rolstoel bijvoorbeeld;
- Glijzeiltjes;
- Hulpstukken voor aantrekken steunkousen;
- Tiltrainingen;
- Tilprotocollen;
- Ergotherapeuten beschikbaar voor medewerkers voor advies op maat voor specifieke bewoners, geven ook advies over hoe cliënten te benaderen bij agressie of mensen die niet mee willen werken.

Onder de medewerkers bestonden geen behoeften aan meer of andere hulpmiddelen ter verlichting van de fysieke belasting.

4.3.4 *Wat is de impact de fysieke belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?*

Op de vraag welke effecten de zorgmedewerkers van fysieke belasting ervaren, gaven zij aan dat zich deze voornamelijk uitte in vermoeidheid en klachten aan het bewegingsapparaat. Vaak is men na een nacht goed slapen weer hersteld. Als fysieke klachten langer aanhouden, dan gaat dit volgens zorgmedewerkers vaak om een 'zwakke plek'.

Het is echter niet altijd duidelijk of deze effecten het gevolg zijn van de fysieke belasting of van een combinatie van fysieke en psychosociale belasting (interactie hiertussen). Ook kunnen medewerkers klachten hebben die een andere oorzaak hebben, dit belemmert het uitvoeren van het werk.

Citaten

'Moe, geen tijd om te trainen (sporten) na een nachtdienst, nee genoeg getraind de afgelopen nacht, slapen en dan weer fit voor een dag'

'Best veel klachten, moe, rugpijn, schouders, best heel zwaar'

'Het is menselijk, dat je na een dag of 2-3 werken moe bent, maar dat weerhoud me niet om te blijven werken of om me ziek te melden. Als je je ziek meldt, dan doe je dat wel je collega's aan en de bewoners. Die wil je niet in de steek laten. Maar goed als je echt ziek bent, dan meld ik me pas ziek. Maar dan mis ik mijn werk nog. Het komt dan wel voor dat ik van huis uit mijn werk bel, om te vragen hoe het gaat'

'Ik heb zelf een beginnende slijtage aan mijn rechterknie. Daarvoor ben ik onder controle bij een specialist, en heb ik een jaar lang fysiotherapie gehad. Maar ik ben gewoon doorgegaan met werken. Ik kan niet goed stil zitten, maar ik wil ook niets voor mijn collega's achterlaten. We hebben het allemaal druk, als ik dingen laat liggen, krijgen mijn collega's het nog drukker'

'Ja je voelt het soms aan je rug, steken in je rug, en zo bewegen au....Houdt het aan? Nee niet echt'

'Klachten soms...loop met veel dingen door, schouder of pols merk ik, dat je een tijdje last hebt, denkt gaat wel over met wat warmte, of komt door een verkeerde houding'

'Ja...zit met arm, na aantal dagen werken voel ik het, is geen licht werk...'

'Sinds ik hier werk heb ik last van mijn schouders.....tranen biggelen soms over mijn wangen

Medewerkers proberen zelf een weg te vinden in wat het beste werkt bij individuele cliënten. Daarnaast wisselen ze onderling tips uit, vragen om hulp en proberen het werk onderling evenwichtig te verdelen. Medewerkers variëren in hun aanpak.

Uit de citaten komt naar voren dat zorgmedewerkers realiseren dat zij in belangrijke mate medeverantwoordelijk zijn voor de fysieke belasting die zij ervaren. Het al dan niet volgen van een tilprotocol zorgt er voor dat zij meer of minder fysieke belasting ervaren in de werkzaamheden.

Citaten

'Hoewel we trainingen krijgen in tillen en agressieve bewoners benaderen, je moet daar zelf een weg in vinden. Bijvoorbeeld het wassen van iemand onder de douche is iets dat voor mensen heel belastend is, vaak zijn ze ook angstig om te vallen. Zet iemand op het toilet, was ze daar, en zet ze daarna even onder de douche om af te spoelen, dat is veel minder vermoeiend. Dan klemmen ze de benen ook minder, zitten ze rechtop. En zijn ze minder gespannen.'

'We zoeken steeds met elkaar hoe we het steeds beter kunnen doen. Bij zware mensen zijn we steeds zoekende hoe we het beter kunnen doen.

Zo heb ik een man die tegenstribbelt in bed. Eerst benaderden we hem zo, dat 1 mw-er zijn handen vasthield, de andere hem verzorgde. Nu gebruiken we daar een sta lift voor, dan is meneer in 1x te wassen en is hij minder aan het tegenstribbelen. Je moet meneer nog wel steeds met 2 mensen verzorgen, maar je hoeft veel minder aan hem te trekken en sjoeren. Dat maakt je werk wel lichter.

[Vangen jullie elkaar op...?] 'Ja we wijzen elkaar op houdingen en tips'

'Verder hulp vragen als iemand zwaar is, als het niet in eentje lukt, als je tilliften en tillprotocol volgt moet het gewoon kunnen, je kan je zelf belasten als je iets even snel wil doen, ligt ook aan je zelf'

'Ik vraag altijd collega's om me te helpen als ik cliënten naar bed help. Die krijg ik ook'

'Bewoners die zwaar zijn. Die doe ik niet alleen. Bewoners die fysiek zwaar zijn, die doe ik samen met een collega. Als die niet op mijn afdeling is, dan zoek ik iemand die me dan wel kan helpen'

'Wordt wel op gelet op verdeling zware cliënten, met z'n allen eigenlijk, bij indeling, verdelen het eerlijk. Soms met z'n tweeën iemand helpen, dat scheelt ook'

De fysieke belasting kan daarnaast worden verminderd door personen die niet meewerken rustig te benaderen en altijd gelijk te geven. Ook medicijnen kunnen hierbij een rol spelen.

Citaten

'Mensen rustiger maken met medicijnen en ze ook rustig benaderen, eigen gedrag heeft invloed op cliënt'

'Ligt er aan hoe je iemand benadert, rustig benaderen, en hulp vragen. En bewoner gelijk geven, dat helpt'

4.3.5 Welke psychosociale factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid/welzijn van medewerkers?

Naast de vraag wat fysiek belastende factoren in het werk zijn is ook gevraagd welke psychosociale factoren een negatief effect op welzijn en gezondheid van werknemers hebben.

De belangrijkste psychosociale factor is de ervaren werkdruk. Hieraan gerelateerd vonden we ook de thema's herstel (roosters/pauze) en administratieve lasten. Daarnaast speelt emotionele belasting vanuit de cliënten en familie een rol. Sociale steun van collega's, leidinggevende en manager zijn factoren die positief worden gewaardeerd.

- *Werkdruk*

Een belangrijk terugkerend thema in de interviews is een te lage bezetting, tijdelijk door ziekte of vakanties of van meer structurele aard. De werkdruk hangt eveneens samen met de populatie cliënten. Als er veel mensen zijn die extra zorg en hulp nodig hebben, zoals bedlegerige of minder mobiele cliënten, ligt de werkdruk hoger. Met name in teams/afdelingen waar de cliëntenpopulatie fluctueert kunnen perioden van werkdruk ook fluctueren.

Citaten

'Gewoon een te lage bezetting, maar wordt niet opgevuld, er is geen potje voor personeel, wij zitten op de max, er is geen vacature, het worden er alleen maar minder, we missen voedingsassistenten voor eten/voeding/keuken, scheelt voor ons veel. En activiteitenbegeleider, mis je ook, geen vrijwilligers, eentje af en toe'

'De laatste tijd is het wat minder met de bezetting. Het is een langere periode erg geweest dat er veel onbekenden op de afdeling stonden. Dan werd je ook nog op je vrije dagen gebeld met de vraag of je kon komen werken. Je bent dan bereid om een paar keer over je hart te strijken, en extra te komen werken, om gaten mee op te vangen. Dat doe je toch voor de bewoners, dat zij een tevreden gevoel hebben. Maar op een gegeven moment, doe je dat niet meer'

'Ik vind het altijd leuk als het een beetje druk is. Nu op het moment zijn er veel uit gerevalideerde mensen, 2 die hulp nodig hebben, 12 of 2 dat scheelt'

Als gevolg van een lage bezetting kan er eveneens een tekort zijn aan gediplomeerd personeel (medewerkers die ook medische handelingen mogen uitvoeren en medicijnen mogen uitdelen). Dit levert vooral bij de gediplomeerde medewerkers extra druk op, omdat zij bepaalde handelingen voor meer cliënten moeten uitvoeren waarvoor lager gekwalificeerd zorgpersoneel niet bevoegd is uit te voeren, zoals wondverzorging en medicatievertrekking.

Citaten

'Officieel langs cliënt en dan aftekenen, maar als ik ze op andere afdeling voorbereid, ben ik toch verantwoordelijk, sommige helpenden mogen het wel geven, maar niet uitzetten, maar eigenlijk mag het niet, omdat je met je rug tegen

de muur staat deed je het toch, nu niet meer na incident, kun je even naar boven gaan, mensen die sonde voeding moeten krijgen, onverantwoordelijk als je weg gaat, maar je moet ook sonde voeding geven...uiteindelijk komen ze toch bij ons terecht, beter om meer gediplomeerd personeel in te zetten, pak het ergens anders'

'Je ervaart een verantwoordelijkheid als je als een van de weinige vaste mw-ers op een afdeling staat, of als enige gediplomeerde op alle afdelingen. Dan moet je het wel goed bijhouden, alle medicatie, alle bestellingen en of het allemaal wel op tijd geleverd is door de leverancier (groothandel medicatie)'

- *Administratieve lasten*

Bepaalde administratieve handelingen kunnen ook extra druk opleveren.

Citaten

'Stress om de mappen. Alle administratie van bewoners zit in mappen (zorgplannen), daar ben ik als PB-er {resp. persoonlijk begeleider} alleen verantwoordelijk voor. Nu is er een ontwikkeling dat niveau 3 en 4 daar ook verantwoordelijk voor worden. En er ook aan moeten wennen, dat zij zaken in de mappen bijhouden. Maar dat is nog niet helemaal zo ver in de organisatie.

'Ik word daarvoor ook uitgepland in het rooster. Als PB-er wordt er een kantoordag gepland, maar er komt altijd wat tussendoor. Valt er iemand uit, dan moet je toch inspringen. Afgelopen zomerperiode is dat veel voorgekomen. Dan voel je je wel onder druk gezet om mee te komen helpen, aan de andere kant moeten wel die mappen bijgewerkt worden, moet familie op de hoogte gehouden worden enzo'

'Als stagiaires ingewerkt zijn, dan heb je ook meer ruimte om administratie bij te werken. Maar zolang ze nog niet zelfstandig taken kunnen doen, moet je meelopen'

'Tegenwoordig veel papierwerk....veel medicijnen....na gaan of het klopt, nu een nieuw systeem ander bedrijf, elke dag mee bezig, vaak als de juiste medicatie er niet is, dan moet je bellen, houdt je van je werk af, is erg frustrerend, depot ligt niet hier dicht bij...je moet toch wat, je mag eigenlijk niet van iemand anders pakken, maar soms moet je wat en moet je het opschrijven maar de dag erna loopt er ook weer iemand tegen aan....'

- *Herstelmogelijkheden (pauze, rooster)*

Medewerkers hechten waarde aan een rooster dat past bij hun eigen voorkeur en welke vroegtijdig bekend is. Bovendien is het belangrijk dat medewerkers ook voldoende kunnen herstellen tussen de werkdagen in. De voorkeur voor diensten verschilt per persoon. Een goed overleg over het rooster en de voorkeuren van medewerkers is van belang.

Citaten

'Ik kwam als niveau 3 in dienst, en werkte als planner van de personeelsroosters. Er was altijd gedoe. Veel geklaag van de collega's. Er is onder de mw-ers veel bereidheid om diensten te draaien als er gaten vallen, of om in te springen, maar er is ook weerstand dat er gewoon diensten gedraaid moeten worden die mw-ers minder leuk vinden (zoals bijv. avond- of nachtdiensten). Juist het draaien van diensten zonder dat met je is overlegd, daar is veel weerstand tegen. Ik vind het zelf ook vervelend dat er dingen voor me bepaald worden'

'Wat ik zelf belangrijk vind is een goed natuurlijk rooster, niet op en neer, dag, avond, nacht, zie ik het liefste, eigenlijk het liefste nacht diensten, zou ik eigenlijk het liefste willen, degene die dat doet was ziek, dag heeft ook wel wat, moet vloeiend zijn'

'Het roosters is niet altijd goed, zo veel dagen werken, en te weinig dagen rust. Werk ook nachtdiensten, doe ik al heel lang niet meer, ik kan overdag niet slapen, ik raak ontregeld, heb het wel afgelopen periode gedaan door gebrek aan personeel, heb het wel aangegeven, ben niet de enige gediplomeerde, iedereen moet aan de beurt komen...'

'Soms het rooster, 5 dagen, 1 dag vrij en dan weer 2 dagen werken, op een gegeven moment is het niet leuk meer, ga je niet meer met plezier na je werk, op gegeven moment wel klaar mee, maar dit is incidenteel'

Pauses worden gewaardeerd, soms komen deze in de knel door werkzaamheden die uitlopen. Wat opviel is dat niet binnen elk team de pauze buiten de afdeling kan worden genomen. Dit wordt echter wel gewaardeerd.

Citaten

'Soms loopt het uit, de ADL, dan wil je ze niet in bed laten, dan ga je later pauzeren....'

'Vroeger eerste en tweede pauze, dan gingen we naar restaurant, sinds het kleinschalig is samen met bewoners eten, geen aparte pauze, hebben we overzicht, soms is het prettig om even van afdeling te gaan, nu kleinschalig en blijven we bij de bewoners'

- *Cliënten*

Cliënten zijn de belangrijkste bron van energie voor de medewerkers, naast de prettige samenwerking met collega's. Maar cliënten kunnen soms ook agressief of weinig begripvol zijn, vaak vanwege hun aandoening (dementie, vergeetachtigheid en andere fysieke en psychische aandoeningen). Daarnaast kan men emotioneel betrokken raken als men een band met de cliënt opbouwt en degene heeft problemen, is erg ziek of overlijdt. Maar het merendeel van zorgmedewerkers ziet dit niet als een te zware belasting en kan hier over het algemeen, naar eigen zeggen, goed mee omgaan. Hetzelfde geldt voor agressie: 'Ze bedoelen het niet

persoonlijk, maar het hoort bij hun ziektebeeld. Ik kan het langs me heen laten gaan'.

Wat wel impact op het gevoel van medewerkers heeft is dat als zij door werkdruk geen tijd kunnen maken om met iemand te praten die het moeilijk heeft. Wat verder als mentaal vermoeiend wordt ervaren zijn cliënten die naar verhouding veel aandacht vragen ten opzichte van anderen.

Citaten

'Zware patiënten, die en zwaar zijn in gewicht en die ook agressief zijn. Ze snappen vaak niet meer wat er precies gebeurt en wat ze dan moeten doen. Ze kunnen dan de opdrachten niet meer omzetten in handelen. En dan reageren ze agressief'

'Bij zware, agressieve cliënten, dan bespreken we dat wel met een arts. Krijgen ze wat Haldol-druppels {kalmeringsmiddel} om de mensen wat rustiger te krijgen'

'Agressie van cliënten. Ze bedoelen het niet persoonlijk, maar het hoort bij hun ziektebeeld. Ik kan het langs me heen laten gaan. Ik trek het me minder aan. Soms roepen ze wel "hoepel op". Ik respecteer dat ook; we komen als verzorgenden ook in iemand intieme zone. Maar het kan ook niet dat iemand echt helemaal niet gewassen wil worden'

Omgang met patiënten zelf kan ik goed mee omgaan, ik zie ze nooit als zielig of zo, zie altijd het positieve, wat ik kan doen kan ik doen, meer kan ik niet doen.

'Je wordt heel vaak niet respectvol behandeld, zij verwachten het wel van ons, maar niet andersom, maar heeft geen invloed op mijn psychisch welzijn, is niet op mij persoonlijk gericht'

'Ja er overlijden mensen, maar niet dat ik daar last van heb, als ik de x uitloop is het klaar, maar tuurlijk als iemand lang heeft gelegen, soms een band, ja misschien af en toe wel moeilijk, wordt even kort besproken hoe het is gegaan het laatste stukje. Is tijdens het werk. Tenzij er iets heftigs is, dan wel, maar komt bijna nooit voor'

'Je hoort problemen, problemen met hun kinderen dat ze bij je kwijt willen en mensen die je verzorgd hebt en heel ziek worden. Met de een heb je meer dan de ander, dat vind ik heel erg en moeilijk, als een vrouw van man overlijdt die hier zit...en dat verwaterd wat, hij heeft behoefte om het er over te hebben, dat vind ik zielig dat je daar geen tijd voor hebt'

'Ja, daar moet je je op instellen, daar werk je naar toe, niet een op andere dag, kan heel moeilijk zijn, maar kan ik wel handelen...Als je oudere mensen hebt accepteer je het sneller, maar bij jongere mensen....Sommigen komen slecht hier naar toe en dan is het twee dagen, anderen liggen hier 2 jaar'

'Bepaalde bewoners die continu druk zijn en aandacht vragen, daar wordt je wel moe van, als de dag maar voorbij is, mentaal moe, dan ben je zo bezig met 1 cliënt, terwijl dat niet eerlijk is, is negatieve aandacht terwijl er zo veel anderen zijn

die rustig zitten en die je geen aandacht kan geven, moet je steeds afleiden, is vermoeiend.... Ja dagelijks, je doet er niks aan, soms luister ik er niet naar.

Nee, we weten veel over ziektebeelden, ik doe het al zo lang.....op gegeven moment houdt je rekening met ziektebeelden, kunnen agressief zijn maar ook lief! Je leert er mee omgaan....Ik zeg niet dat ik elke dag vrolijk ben....en als je echt niet met bewoner kan omgaan is de bedoeling dat je even weg loopt, of collega vraag'.

'Probeer het altijd op de lossen hoe ik vragen kan beantwoorden van bewoners, er zijn er wel een paar lastige bij, ik vraag collega's hoe ik ze het beste kan benaderen, dat is niet belastend'

- *Omgang met familie van cliënten*

Ook de omgang met familie van cliënten wordt soms als zwaar ervaren. Zij hebben vaak hoge verwachtingen en het is belangrijk hen altijd goed te woord te staan.

Citaten

'Klachten van familie is een symptoom van alles wat we genoemd hebben (tekort aan personeel/werkdruk), maakt dat familie soms ontevreden is, klopt soms ook wel, maar tegelijk te hoge verwachtingen, geen begrip, vader of moeder de enige, egoïstisch, mijn moeder verdient de beste zorg, als mijn moeder belt meteen komen, maar er zijn nog andere mensen, maar dat begrijpen ze niet, ze kunnen proces niet accepteren dat moeder/vader aftakelt'

'Soms zoeken ze achter je rug om contact met de arts, waarom dat niet geregeld is, of klachtenbrief zonder woord te zeggen naar directie, als je mazzel hebt krijg je het te horen'

'Dialogo is belangrijk, je probeert persoon te begrijpen, de familie, maar 5 x een vervelend gesprek en het blijft terugkomen dan wordt het vervelend, mogen altijd ei kwijt, punt is dat men soms blijft hangen en respectloos is'

'Het is soms ook zwaar als familie bij een bewoner is. Die moet je toch ook aandacht geven; ook zij hebben het soms moeilijk met het feit dat hun familielid mentaal afglijdt'

'Familie heeft hoge verwachtingen, het moet goed gaan, moeder vader moet er goed verzorgd uitzien, als het een keer niet goed gaat is het ene probleem, we moeten overal op letten'

'Te maken met familie, zij erkennen ziekte vaak niet, stellen continu vragen, ik weet het niet zeggen we niet, we beantwoorden altijd de vragen'

'Dagen dat bewoners agressief zijn en dan krijg je ook families, acceptatie is moeilijk voor hun. Langzamerhand maak je aftakeling mee, zien wij dagelijks, maar voor families is dat anders, als je minder komt, vinden zij moeilijk, proberen wij goed uit te leggen'

- *Sociale steun*

Over het algemeen wordt de steun van collega's en leidinggevende als goed ervaren.

Citaten

'Maar onderling is de sfeer goed hoor. We vragen elkaar om hulp en feedback. We geven het elkaar ook, we kennen elkaar en weten wat we aan elkaar hebben'

'Het is een leuk team dat we hebben dat scheelt, volgens mij valt of staat het daarmee, en dat je iemand kan vertrouwen, nou dat als ik iemand nodig heb dat er iemand is, als ik weet dat iemand ergens naar binnen gaat dat moeilijk gaat worden, dat ik diegene aflos'

We hebben wel een leuk onderling team, en dat maakt het werk ook leuk, goede werkverhouding, met de een heb je meer dan met de ander. Dan kun je iemand ook ergens op aanspreken...vragen hoe zou jij dat aanpakken, daar nemen we tijd voor, of als je iemand ergens op aanspreekt, denk je zelf ook wel, je hebt ook wel gelijk. Staan wel open voor feedback, dat is onderling heel leuk.

Hier goede onderlinge sociale controle, eerst kat uit de bouw kijken en dan wordt je in de groep opgenomen, sociale controle is goed, ook met feedback men spreekt elkaar aan professioneel, ervaar ik als positief, ook wel anders meegemaakt.

'Ze zijn sociaal op de afdeling, wordt altijd rekening met je gehouden. Altijd vast personeel, goed team om dingen uit te spreken, kunt altijd beroep doen op leidinggevende, veel sociale steun'

'Dat gaat goed, nooit een gevoel dat ik niet terecht kan (bij leidinggevende), heeft me goed geholpen in ziekteproces. Andere collega's deden nog wel zo iets van even doordouwen, dan durf je niet te zeggen dat kan of mag ik niet, maar zij lette daar goed op, om mij te beschermen. Zo van nee dat mag je echt nog niet'

'Luisterend oor van leidinggevende....bij verandering van bewoners/conflicten fijn dat je bij haar terecht kan en luisterend oor heeft en er iets mee doet...dat er gehoor aan wordt gegeven'

'Ik trek snel bij de leidinggevende aan de bel als ik me overbelast ga voelen. Door begeleiding vanuit de organisatie is me geleerd om eerder mijn grenzen aan te geven en voor mezelf op te komen. Als er dan onderbezetting is omdat collega's zich hebben afgemeld als je begint 's ochtends, dan stuur ik gelijk een mail naar de leidinggevende met de boodschap dat ik het maandag rustiger wil hebben'

Een gebrek aan sociale steun kan een belasting zijn. Het helpt als er medewerkers bereid zijn te helpen. Dat is niet altijd het geval.

Citaten

'Nacht en weekenden komt dit vaker voor, in de nachtdienst sta je voor 36 mensen, niemand die je vindt tot ochtend dienst als er iets met je gebeurt, als je een hartstilstand krijgt, half acht, best veel heel erg onverantwoordelijk.

Plus nood bel andere toren, dan is deze toren onbemand, kan er van alles gebeuren. Je kan beroep doen op persoon die rond pendelt tussen huizen, maar als die er niet is, en mate van hulp verschilt, de een heeft het per definitie heel erg druk, terwijl de ander het wel weet van te voren'

'Onderlinge frustraties bij collega's, ene meer behulpzaam dan ander, ene zet zich meer in dan ander, als je iemand moet bellen en plannen, stel je voor in de avond, 1 persoon per etage plus omloop, pendelt tussen 1,2,3, ik doe wat ik kan, dit is mijn planning, als de een werkt dan bereid me al voor, gaat niet helpen, of goh, lekker we hebben die in de omloop, je zegt het tegen persoon, helpt niet altijd'

'Wel eens gehad dat ik met een helpende stond, iemand ziek geen uitzendkracht, nachthoofd kwam dan helpen met een paar lichte patiënten en die wilde terug naar eigen werk....maar wat is dan belangrijker? Vroeger een omloop maar die is er niet meer'

4.3.6 Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van psychosociale belasting en waar is behoefte aan?

Op de vraag welke maatregelen er beschikbaar zijn voor psychosociale factoren werden verschillende activiteiten genoemd. Opvallend was dat men deze maatregelen minder gemakkelijk kon opsommen dan de maatregelen tegen fysieke belasting.

Vanuit de organisatie is een psycholoog, maatschappelijk werker en vertrouwenspersoon beschikbaar. Met name de psycholoog werd nuttig ervaren omdat hij/zij de medewerker bijstaat hoe om te gaan met een cliënt zodat de omgang met een cliënt beter hanteerbaar wordt. Vanuit de organisatie worden verder trainingen gegeven, zoals agressie training, bejegening en gedragscode cursus indien nodig voor het hele team/afdeling.

Manager en collega's zijn er eveneens om steun te bieden, er is werkoverleg, ervaringen en tips worden uitgewisseld, en ook worden onderling afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over het eenduidig benaderen van cliënten. In sommige gevallen worden ook afspraken met de cliënten gemaakt omtrent regels, dit kan eveneens helpen om de psychische belasting te beperken. De steun van leidinggevende werd goed gewaardeerd, medewerkers voelen echter niet altijd de noodzaak om zaken bespreekbaar te maken. Dat varieert per persoon.

Om een tijdelijk tekort van personeel op te lossen worden uitzendkrachten/flexkrachten ingezet. Dit wordt niet altijd positief ervaren. Medewerkers gaan dan dingen toch zelf doen omdat ze ervaren dat het uitleggen van zaken meer tijd kost. Zij zijn niet bekend met de afdeling en cliënten. Dat geldt ook voor stagiairs. Het kost tijd om hen te begeleiden, maar een goede begeleiding loont uiteindelijk wel.

Citaten

‘Als mensen op vakantie gaan dan is er geen goede bezetting, dan worden uitzendkrachten ingehuurd, is leuk maar toch, je bent meer bezig met praten en uitleggen etc. en dan doe ik dingen soms liever zelf’

‘Worden wel uitzendkrachten ingezet, tot 12.00, helpt wel maar na 12.00 uur zijn er weer andere dingen.....vaak in de avond om half 3, dan moeten we soms werk van dagdienst nog doen, dus niet helemaal optimaal’

‘Er is inderdaad een tekort aan personeel, voornamelijk door een tekort aan geld. We werken dan ook veel met flexkrachten en invallers. En heel vaak ook stagiaires. Maar goed, zij zijn niet bekend op de afdeling, weten niet precies hoe de bewoners zijn. Dus daar ben je dan toch op aan het letten. Ik voel me dan verantwoordelijk’

De grootste behoefte van medewerkers is een betere bezetting zodat men meer tijd voor bewoners heeft (even van afdeling af kunnen) en meer tijd voor het inzetten van hulpmiddelen en om een gezonde werkwijze te hanteren.

Een tweede behoefte is een prettig rooster, minder overwerken of veel dagen achter elkaar werken en voldoende pauze mogelijkheden. Zodat zowel fysiek als mentaal herstel mogelijk is.

Ten derde kan uit de antwoorden van medewerkers opgemaakt worden dat de inzet van sociale steun verbeterd kan worden en dan met name ook de inzet van flexibele krachten.

Een andere flexibelere dagindeling (bijvoorbeeld niet iedereen in de ochtend wassen) zou de pieken op een dag kunnen opvangen.

4.3.7 *Wat is de impact de psychosociale belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?*

Medewerkers rapporteerden met name een impact van werkdruk op de uitvoering van hun werk. Als er sprake is van een te lage bezetting is het prioriteiten stellen. Dit kan ook invloed hebben op de kwaliteit van de zorg. Hierbij kunnen soms dilemma's optreden: vraag ik nu wel aan een ongediplomeerde om medicijnen uit te delen zodat alles op tijd gebeurt, of houdt ik me aan het protocol?

Citaten

‘Frustraties, je weet dat je sneller moet werken en minder tijd voor de bewoners hebt, en op een PG afdeling moet je geduldig zijn, je hebt tijd nodig, ze vragen je aandacht, dan wordt het minder, je moet dan prioriteiten stellen....’

‘Te weinig personeel is een stress factor, je moet je eigen afdeling opstarten, maar ook tegelijk op een andere afdeling zijn. Je wil alles doen en goed doen, maar dat is lastig’.

‘Als je weinig personeel hebt, dan kun je geen kwaliteit bieden, je moet toch iedereen helpen, eten, drinken, uit bed, dagelijkse dingen, maar je kunt persoonlijke aandacht echt niet geven, misschien zou je iets meer kunnen, maar je

hebt er geen tijd voor, je doet de noodzakelijke dingen, prioriteiten stellen dus.'

Het is prioriteiten stellen: 'Je maakt voortdurend een afweging: als je iemand bijvoorbeeld aan het wassen bent en er gaat een bel, dan probeer je in te schatten wat belangrijker is'. 'Persoonlijke zorg is het belangrijkste, dan moet die administratie maar even wachten'

'Cliënten hebben ook hun structuur, hup hup kom op, snel handen wassen, kan snauwerig overkomen naar cliënt'

'Als je met z'n vieren staat en als enige gediplomeerde, stoma, medicijnen, protocollen aan houden, ziek, dan kun jij alles doen naast je eigen afdeling, soms voorbereidend werk, en dan geven zij ze soms (de medicijnen), maar dat mag niet, is niet volgens protocol, kan een dilemma zijn, als ik het niet op juiste manier doe, hang ik, maar soms ook noodgedwongen kan niet anders'

De kans op fouten maken wordt in sommige gevallen vergroot, bijvoorbeeld bij het uitdelen van medicijnen: men wordt continu gestoord en heeft het gevoel dat het werk sneller moet worden uitgevoerd.

Citaten

'Ja bezig met medicatie, men mag niet storen, maar 1000 keer aan jasje getrokken, dan kun je fouten maken, een geel jasje, nog niet zo gek lang, vanuit de artsen uitgegaan, heel belangrijk als je niet gestoord kan worden. In principe moet je collega de bel hebben, maar is eigenlijk nooit zo, even niet storen, doen we niet, zijn van de BHV jaszjes, mensen kijken er over heen, ook familie leden storen dan'

'Je belooft dingen maar je vergeet het en thuis op de fiets denk je shit vergeten, dan is het te laat'

'Ja zaken blijven liggen of je doet dingen gehaast, maar je kunt zaken wel overdragen....naar nachtdienst'

'Ik deed mijn werk minder goed, ging fouten maken in administratie, dingen nagelaten, het is het een of het ander, geen overzicht meer van wat je moet doen, en dan kies ik voor de belangrijkste dingen'

Pieken in de werkbelasting kunnen ook impact hebben op het humeur en gevoelens van medewerkers.

Citaten

'....hoofdpijn, ben ik ook sneller geïrriteerd, ook naar bewoners toe. Bijvoorbeeld een cliënt die om 14u medicatie moet krijgen, maar die zelf blijft roepen dat hij/zij medicijnen moet krijgen omdat hij het zelf niet meer weet, daar word je dan geïrriteerd van. Maar die man kan er niets aan doen, dat is zijn ziekte. Als ik dat dan bij mezelf merk, dan vraag ik een collega om het even over te nemen'

‘Je moet de tijd voor cliënten nemen, het frustrerende is dat je niet altijd die tijd hebt, even een aai op de bol, een grapje dat vinden ze hartstikke leuk’. ‘Dat leidt tot frustraties, je weet dat je sneller moet werken en minder tijd voor de bewoners hebt, terwijl je juist die tijd nodig hebt om ze goed te kunnen verzorgen’.

‘Ja invloed op stemming, ik kan even niet meer, kun jij het doen, is nooit goed, die neem je soms wel mee naar huis, je bent een mens, als je je werk naar behoren wilt doen, maar te veel kritiek krijgen dat is lastig, daar heb ik soms heel veel moeite mee’

‘Maar thuis heb je ook je dingen te doen, dan ga je snauwen naar vriend’.

Medewerkers variëren in hoe ze met de werkdruk omgaan en deze ervaren en de mate waarin het effect heeft op hun werk.

Citaten

‘Tijdens de diensten werkdruk? Nee eigenlijk al werk wel gedaan, maar als het niet lukt, dan kan het de dag daarna weer, meestal alles wel af, in ieder geval afdeling aan kant, natuurlijk zijn er altijd dingen die je moet regelen, maar kan ook de dag erna’

‘Prioriteiten stellen en taken verdelen. Ik ga me niet haasten en wil alles gedaan hebben’

‘Het heeft geen invloed op hoe ik mijn werk doen. Dat doe ik altijd hetzelfde. Ik wil alles goed doen. Betekent dat dat ik dan wat langer bezig ben, dan is dat zo. Je kunt niet altijd halverwege ergens mee stoppen. Je maakt voortdurend een afweging: als je iemand bijvoorbeeld aan het wassen bent met de kom, en er gaat een bel of je dan wel kunt gaan kijken. Als je denk dat het is omdat iemand naar het toilet moet, dan overweeg je om de bewoner maar soms in z'n broek te laten plassen (zij hebben vaak toch al incontinentiemateriaal aan), omdat je iemand ook niet half bedekt en nat in bed kunt laten liggen’

‘Avonddienst 1 gediplomeerde op beide kanten, maar soms ben je alleen en moet je medicijnen op beide kanten doen, dan moet je 2x zo snel werken, diabetes patiënten die op tijd geholpen moeten worden, dan is er 1 persoon te weinig. Komt soms voor. Gelukkig voor mij. Ik stress niet zo gauw. Vooral beide medicijnen moet je gewoon de tijd voor nemen’

‘Heeft werkdruk invloed op je werk?: nee je levert zorg die iedereen nodig heeft’

‘Een dag met alles tegelijk, heeft dat invloed op de manier waarop je je werk uitvoert? Nee dat niet, ik ben wel wat minder tijd voor mensen, soms vergeet ik ook wel eens wat natuurlijk, maar anders nee, het moet gedaan worden, wat afgeven probeer ik af te geven, maar gaat niet altijd.

‘Ook invloed op kwaliteit van je werk? Nee, ik wil presteren, moet zijn zoals ik het heb verwacht, daarom werk ik soms ook langer....anders heb ik geen voldoening,

er wordt wel gezegd draag het over, maar ik check toch dingen de volgende dag, soms hebben anderen het druk en niet gedaan en dan check ik het toch de volgende dag. Ik voel die verantwoordelijkheid, dat er geen dingen tussendoor glippen'

4.3.8 *Welke fysieke en psychosociale factoren komen samen voor?*

De respondenten geven aan dat er momenten, dagen of periodes zijn dat alles tegelijk komt. Dan is zowel de fysieke als psychosociale belasting hoog: een hoge tijdsdruk, meer fysieke handelingen in dezelfde tijd, wat eveneens samen kan gaan met een hogere belasting vanuit de cliënten (fysiek zware bewoners en bewoners die vragen om meer aandacht). Dit kan komen door een lagere bezetting (tijdelijk: vakanties, ziekte of meer structureel onderbezetting), periodes met meer zware bewoners en bewoners die elkaar negatief beïnvloeden. Dit is psychisch zwaarder (ervaren werkdruk en stress) maar ook fysiek omdat men meer werk moet verzetten of zwaarder werk moet verzetten. Bij de hulp van sommige bewoners is er sprake van combinatie van zwaardere fysieke handelingen en agressie of onbegrip.

De volgende citaten bevatten beschrijvingen drukke periodes.

Citaten

'Wel eens dag dat je je moe voelt of dat mensen druk zijn, drukke avond, of hectisch omdat er zieken zijn, als bewoners in bed liggen, eten/drinken brengen, of als er een bewoner valt, dan kan het hectisch worden'

'Het is vechten tegen de klok, alles komt op je af: administratie, medicijnen, keuken, verzorging, de bestellingen en je staat vaak met weinig personeel'. Aan het eind van zulke dagen rapporteert met een hogere vermoeidheid.

'Sommige dagen ben ik de enige gediplomeerde voor beide afdelingen: dan moet je fysiek meer doen, maar ook medicatie delen, rapportages schrijven, je bent met alles tegelijkertijd bezig....'

'Standaard werk plus randverschijnselen: cliënten met agressieve bui, die alles van tafel gooien en dan opeens extra veel troep of iets doen met ontlasting dat er extra bij komt'

'O ja, momenten dat belastende factoren samen voorkomen, ja in periode van augustus vakantie periode plus zieken, bezetting was krap, ik was de enige gediplomeerde, medicatie, mensen uit bed, MDO's en familie te woord staan, echt even van dat kan ik niet'

'Zoals gisteren was het hier ontzettend druk, pillen uitdelen, ondertussen iemand die schreeuwt twee aan het bellen, iemand vraagt wat, is even te veel, dan springen collega's in.

'ja, fysieke belasting bij zware mensen, wassen van mensen, agressie en administratie ("mappen") dat komt vaal tegelijkertijd voor. Persoonlijke zorg is het belangrijkste dan; Als het moet, dan moeten die mappen maar even blijven

wachten.

‘Soms alles in een keer, met de bewoners, rennen, dan ben je kapot aan het einde. Met name dat je verantwoordelijkheid bent, iedereen komt met vragen, medicijnen doen, verpleegtechnische handelingen, ADL, je probeert alles zo snel mogelijk te doen.....is wel even stressen. Maar komt niet zo heel vaak voor’

‘Ja er zijn situaties dat alles samenkomt, ook nog morgen ochtend, nog dit, zijn periodes, paar weken geleden erg druk, door veel behoevende mensen’

‘Ja, tuurlijk dat heb je wel, een hele zware dag, iemand zwaar en ziek en drie keer verschonen en ook nog iemand die zit te huilen omdat z'n zoon hele week niet geweest is. Dat is wisselend, soms wel een dag er tussen, alles kwam een pot met ellende en de volgende loopt het weer’

4.3.9 *Hoe werken ze op elkaar in?*

- *Hoge fysieke inspanning*

Veel medewerkers gaven aan dat door een hoge werkdruk de fysieke inspanning (lopen, hollen) hoger is dan in situaties waarin al het benodigde personeel aanwezig is.

Citaten

‘De werkdruk, minder personeel, dan ben je net een jojo, dan moet je hollen, 3 etages doen voor medicaties, calamiteiten ziekte, dan moet je erbij zijn....’

‘Wat het fysieke is, is dat het met minder personeel niet te doen is, het is dan hollen.....soms in de nachtdiensten hollen, dan gaat de bel, een tijdje bewoners die vaak van de grond moesten worden gehaald, dan moet je met de trap....’

‘Ik merk vooral belasting door bepaalde werkzaamheden: als er weinig collega's zijn 's avonds, en je dus veel moet lopen en als je de enige gediplomeerde bent op 3 etages.’

‘Van etage naar etage lopen, en je loopt veel op en neer’

‘.....als je een goede bezetting hebt is het wel te doen, maar de bezetting is heel belangrijk, nu in de vakantie is de bezetting minder, geen gediplomeerde op 5e, dus nu 2 etages, hierbij moet je ook denken aan medicijnen en wondjes omdat anderen het niet mogen. Het rennen van boven naar beneden de hele tijd, de helpenden mogen alleen de ADL doen, mogen niet aan de wondjes of medicijnen komen’

- *Meer fysiek zwaar werk*

De werkdruk vergroot volgens de medewerkers de ervaren fysieke belasting.

Als collega's uitvallen/bezetting niet optimaal is dan moeten meer cliënten geholpen worden en is er dus sprake van meer belasting.

Citaten

'Bij ziekmelding maak ik me niet zo druk/niet snel in de stress, maar in de loop van de dag merk je dat je lichamelijk en fysiek meer doet, je doet meer werkzaamheden, je bent meer bezig dan normaal, ik ga door en door en thuis denk je nog aan werk of je dingen niet vergeten bent'

'Medewerkers proberen zoveel mogelijk de zorg te leveren die ze willen leveren. Gevolg: 'je bent ergens langer mee bezig, je maakt langere dagen'.

- *Werk sneller uitvoeren*

Ook wordt het werk soms sneller uitgevoerd.

Citaten

'Als het snel snel moet dan doe je domme dingen, niet goed voor latere leeftijd, menig collega die iets heeft opgelopen...belangrijk om lang vol te houden, mensen die een hernia hebben. Snel een handeling uitvoeren, je weet hoe het hoort maar je laat je meesleuren door de werkdruk...Je staat tegenover een bewoner met een passieve lift, daar kun je omheen lopen om te bevestigen, soms ga je erover heen hangen en forceren, overkomt iedereen wel eens, maar als het te vaak gebeurt...krijg je er last van vooral als je al kwaaltjes hebt/niet sport. Anders regenereert het lichaam zich zelf wel. Maar dat verschilt per afdeling en hoe sterk je er in staat, je wil toch presteren en juist dan ga je gekke dingen doen. Ben nu door schade en schande wijzer geworden'

'Weinig personeel, maanden gewerkt met heel weinig mensen, eerst 4 tot 5 collega's , nu 3 tot 4 of 2 (bij ziekte), meer mensen wassen en aankleden, je moet het snel snel gaan doen....je raakt overbelast, slijmbeursontsteking in schouder en ook rug gaat er aan, mensen zijn stijf, werken niet mee, je moet toch trekken, sjorren, met z'n 2- en heb je meer hulp, ben je minder belast...'

'Je werkt sneller je raffelt dingen af'

'veel lopen en tillen, snel moeten werken, vechten tegen de klok, alles komt op je af administratie, medicijnen, keuken, verzorging, de bestellingen en je staat vaak met weinig personeel'

'Je weet dat je sneller moet werken en minder tijd voor de bewoners hebt, terwijl je juist die tijd nodig hebt om ze goed te kunnen verzorgen'.

- *Impact werkdruk op gebruik hulpmiddelen*

Medewerkers weten hoe te tillen en dat hulpmiddelen ingezet en gebruikt moeten worden en hoe dit te doen, maar door de werkdruk schiet dit er soms bij in.

Citaten

'Je weet het wel (hoe tillen/gebruik hulpmiddelen) maar schiet er bij in, al is het nog zo prettig een lift is toch zwaar, iemand die over de 150kg is, die moet je wel draaien, wat ga je doen, toch even met je schouder/arm even trekken, dat maakt het moeilijk, ook door werkdruk, soms moet je op de automatische piloot, iedereen uit bed gewassen is dan het belangrijkste, prioriteiten ga je stellen, praatje schiet er bij in'

'Hier minder, 1 dame met passieve lift en paar met actieve lift. Maar zwaar als het bij elke bewoner is. Werk an sich niet, maar je moet persoon een band omdoen, en vastmaken en er omheen draaien, correcte houdingen gebeurt niet altijd, daar moet je de tijd voor nemen, en als het drukker is doe je het minder gecontroleerd en aan het eind van de dag heb je een verdraaiinkje opgelopen een spier verrekt. Gelukkig collega's die me daarop attenderen.

Of dat je aan het bed in lage houding iets doen, er op letten dat het omhoog moet.

- *Hulp vragen aan collega's*

Ook het om hulp vragen aan een collega kan om die reden wel eens achterwege worden gelaten.

Citaten

'Met name in de avonddiensten dan sta je alleen, voor het naar bed brengen, je kunt wel om hulp vragen, maar staan ook met tweeën op 2 afdelingen, meestal probeer ik het zelf'

'Als je alleen staat moet je dingen zelf doen, dan vraag je niet zo snel of iemand je kan helpen, ondanks dat het zwaar is doe je het toch, maak je wel een verkeerde beweging, je voelt je best wel gesloopt eind van de dag, is te veel voor je lichaam'

'Client op bed/transfer, doe ik vaak alleen, dat moet ik niet doen, is mijn valkuil, is aan mijzelf te wijten, kortste weerstand, moet ik niet doen'

'Veel zwaar werk, wassen, toen was ik leerling, dan zei je niet dat ga ik niet doen...'. Nu nog fysieke activiteiten: nee, niet meer alleen tillen, ik roep altijd iemand erbij, maar als je leerling bent, 3 in weekend, dan ga je door, dan heb je niemand om te roepen. Is een proces om te accepteren, je wordt ouder, straks zien ze je als oma die oma verzorgd, dat is gekheid, maar je moet het wel kunnen accepteren'

'Ziekmelding, er loopt iets mis in planning, dan ben je het verplicht, zoveel cliënten die voor bepaalde tijd uit bed moeten, dan kom je in tijdsnood, beginnen te roepen, of familieleden die graag willen dat ze op tijd uit bed zijn en niet begrijpen dat we slecht stonden, soms kan het niet anders'

'Ligt ook aan bewoner, als hij niet kan meewerken, je gebruikt een glijzeil, maar soms zijn ze wat stijver, of begrijpen het niet door ziekte, en werken niet mee, meer kracht zetten, vooral als je op dat moment geen hulp kan vragen'

‘Mensen die hier wonen zijn mensen met multi problemen. PG+. Mensen hebben een CVA gehad, zijn fysiek beperkt, dat is fysiek onhandig en belastend voor mw-ers. Je moet als mw-er soms rare bewegingen maken. Met 2 mw-ers deze bewoners helpen, is veel makkelijker, ontlast ook, maar daar is soms de bezetting niet naar’

- *Variatie tussen medewerkers*

Medewerkers variëren in de mate waarin ze zich ondanks werkdruk toch aan het tilprotocol houden en hulp vragen/eisen.

Citaten

‘Verder hulp vragen als iemand zwaar is, als het niet in eentje lukt, als je tilliften en tilprotocol volgt moet het gewoon kunnen, je kan je zelf belasten als je iets even snel wil doen, ligt ook aan je zelf’

‘Ik vraag altijd collega's om me te helpen als ik cliënten naar bed help. Die krijg ik ook’

‘Bewoners die zwaar zijn. Die doe ik niet alleen. Bewoners die fysiek zwaar zijn, die doe ik samen met een collega. Als die niet op mijn afdeling is, dan zoek ik iemand die me dan wel kan helpen’

‘Ik blijf mijn werk doen zoals het moet bij drukte. Sommige collega's schuiven dingen dan af, maar dat kan ik niet. In de avonddiensten vragen ze dan hulp om te komen helpen.’

4.3.10 *Wat is de impact hiervan op uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid?*

Na drukke dagen en perioden voelen medewerkers zich extra vermoeid en ervaren zij fysieke klachten (pijn in rug, schouders, nek, spieren). Over het algemeen geven medewerkers aan dat de vermoeidheid niet blijvend is.

Citaten

‘Voel me sommige dagen extreem moe....veel schrijfwerk, hele dag bezig, je voelt dat je erg moe bent, geen zin meer om thuis iets leuks te doen, geen zin meer om te sporten, veel collega's die zo moe zijn...’

‘Dag erna hersteld? Vaak wel weer hersteld, tenzij je pijn hebt aan rug/schouder, ja, soms spelen privé omstandigheden ook in mee.....oververmoeid omdat je continu bezig bent’

‘We doen nu met 2 mensen in plaats van 3 mensen het werk, als je thuis komt ben je kapot, als er genoeg mensen staan, kan je ook thuis nog fysiek dingen verzetten, nu met benen gestrekt op de bank zitten...’

'Elke etage 2 collega's, nou dat vind ik niet echt goed voor je lichaam, best veel klachten, moe, rugpijn, schouders, best heel zwaar

'Ja, komt wel tegelijk voor (fysiek en psychisch), maar dat blijf je altijd houden. Als het heel druk is en zwaar, wel minder zin om te beginnen aan een dag, of je weet dat het druk is, vooral zware mensen'

Waar voel je die overbelasting dan? pijn in de nek, last van de rug, voel me dan kapot, mijn hoofd voelt dat ook moe. Zeker na de vakantieperiode, toen er te weinig gediplomeerden waren....dan werk je maar door. Dan merk je pas thuis hoe moe je bent. Soms ben ik behoorlijk moe, dan heb ik 2 dagen op de bank nodig om bij te komen'

Als je met z'n tweeën staat werk je continu met haast, dat heeft weerslag op jezelf, 1 dag of week kan maar 8 weken lang ben je wel op. Lichamelijk vermoeid, laveloos op de bank, geen zin om met vrienden af te spreken of eten koken, afwassen staat tegen, je bent echt op.

'En daarbij wil ik niet iets voor mijn collega's achterlaten als ik naar huis ga. Dan zitten mijn collega's ermee. Dus zet ik me vaak voor 200% in...en dat merk je dan als je moe thuis komt'

'Er zijn periodes heel druk, daar kick ik wel op, is ook een uitdaging, je bent dan wel heel erg moe als je thuis komt, maar na een nacht goed slapen is het ook weer over.'

4.3.11 *Kunnen en willen doorwerken*

Hoewel het niet tot de centrale onderzoeksvragen van dit onderzoek behoorde, is aan een aantal van de geïnterviewde zorgmedewerkers gevraagd hoe zij de toekomst inschatten, kunnen en willen zij doorwerken tot hun pensioen in het huidige beroep?

Over het algemeen werd aangegeven dat het met name de fysieke belasting (versterkt door de werkdruk) is die bepalend is voor het wel of niet kunnen doorwerken in de functie. Het is niet zozeer de emotionele belasting in de omgang met cliënten, familie en collega's. Daarnaast is de mate van uitdaging in de functie voor sommigen een reden om over te stappen naar een andere functie.

Citaten:

'Ik stop met 62,5jr, dan heb ik 40 dienstjaren. Ik vind het een te zware baan om langer dan dat door te werken. Fysiek, mentaal is het te zwaar. Ik was 19 jaar toen ik begon, nu wil ik nog gaan genieten van mijn familie en kleinkinderen. Vanaf 62,5 wil ik langzaam gaan afbouwen'

'Ik ga met nog heel veel plezier naar het werk, ik moet nog tot 67, totdat ik het leuk vind, tot dat ik het kan. Dat is wat ik nu denk, ik weet niet hoe het loopt, denk dat het wel tot 65 moet lukken, misschien een dagje minder'

'Nee denk het niet....misschien nog 7 a 8 jaar, tot 60, dan heb je het gehad hoor...dit kan je echt niet tot 65 doen echt niet....ik zou het nooit redden tot 65....met name fysiek door het tillen en verplaatsen, mentaal kan het wel.....dat zou wel lukken....Of niet de hele dag in de zorg werken, tot 10 a11 uur en dan wat anders gaan doen, papier/regelwerk....'

'maar ik werk hier 19 jaar, heb veel veranderingen gezien, financieel, bezuinigingen...minder mensen 3 i.p.v. 4....dat zie je echt....ook onder bewoners, minder activiteiten voor bewoners, daardoor steeds meer moeite mee, zet me aan het denken, vroeger was er meer personeel, nu is het minder...vroeger was het veel leuker....je ziet achteruitgang voor bewoners, vroeger kon je ze volle aandacht geven, nu is het snel snel, geen praatje maken, vroeger lekker naar park, is nu voor activiteitenbegeleiders...'

'Nee ga er wel voor om op gegeven moment managementfunctie te krijgen, dit is niet wat ik wil ...nee, paar jaartjes is leuk, dan wel gezien. Er zijn collega's die het wel lang doen, dat vind ik knap'

'Niet langer dan 5 jaar denk ik, het is leuk om te helpen maar je interesse gaat weg, dan wil je weer iets anders, verder kijken, meer doen dan wassen aankleden en administratie, ik heb andere ambities. Met name fysiek zwaar om vol te houden'

4.3.12 **Samengevat**

1. *Wat geeft medewerkers energie in het werk?*

De zorg voor bewoners/cliënten is een belangrijke energiegever, het positieve effect wordt echter soms belemmerd door de ervaren werkdruk. Andere energiegevers zijn iets goed kunnen afronden met cliënten/familie, collega's en met je vak bezig zijn.

2. *Fysieke belasting:*

a. *Welke fysieke factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid/welzijn van medewerkers?*

Kracht zetten en duwen en trekken. De belasting is hoger bij zware cliënten en cliënten die niet mee werken.

b. *Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van fysieke belasting en waar is behoefte aan?*

Er zijn veel technische hulpmiddelen beschikbaar, aangevuld met tilprotocollen en de beschikbaarheid van ergotherapeuten en ergo coaches. Er bestaat geen behoefte aan meer of andere hulpmiddelen.

- c. *Wat is de impact de fysieke belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?* Klachten aan het bewegingsapparaat en vermoeidheid. Medewerkers vinden zelf uit, in samenwerking met collega's, wat het beste werkt bij individuele cliënten. Hierbij speelt de manier van bejegening van cliënten ook een rol. Daarnaast helpen ze elkaar onderling. Medewerkers beseffen dat ze zelf ook een verantwoordelijkheid hebben in het beheersen van de belasting.
3. *Psychosociale belasting:*
- a. *Welke psychosociale factoren hebben een negatieve impact op de gezondheid/welzijn van medewerkers?*
Werkdruk is de belangrijkste factor. Andere factoren zijn administratieve lasten, gebrek aan herstel mogelijkheden, cliënten (emotionele belasting) en omgang met familie van cliënten. Sociale steun wordt positief gewaardeerd, een gebrek aan sociale steun negatief.
- b. *Welke maatregelen zijn er al beschikbaar ter vermindering van psychosociale belasting en waar is behoefte aan?*
Beschikbare ondersteuning is een psycholoog die adviseert over de omgang met cliënten, (agressie) trainingen, sociale steun van leidinggevende en collega's, inzet van flexkrachten. De grootste behoefte is een betere bezetting gevolgd door een prettig rooster, voldoende pauze mogelijkheden, betere sociale steun, betere inzet van flexkrachten en mogelijkheid tot flexibelere dagindeling.
- c. *Wat is de impact de psychosociale belasting op de uitvoering van het werk, welzijn en gezondheid en hoe gaan medewerkers hier mee om?*
Impact op werk is prioriteiten stellen, de ervaren kwaliteit van zorg is lager. Voor de persoon heeft het invloed op het humeur en gevoelens zoals frustraties. Medewerkers variëren in de mate waarin werkdruk impact heeft op de uitvoering van het werk.
4. *Welke fysieke en psychosociale factoren komen samen voor, hoe werken ze op elkaar in en wat is de impact hiervan op het werk, welzijn en gezondheid?*
Er zijn pieken waarbij de fysieke en psychosociale belasting hoog is. Hogere tijdsdruk, meer fysieke handelingen, meer zware bewoners (zowel fysieke als emotioneel). Door werkdruk kan de energetische belasting omhoog gaan (meer lopen en rennen), is er meer fysiek werk, en het werk wordt sneller uitgevoerd. Daarbij wordt inzet van hulpmiddelen, inzet hulp van collega's en inzet juiste tilmethoden minder. Na drukke dagen of perioden voelen medewerkers zich extra vermoeid en ervaren fysieke klachten. Deze klachten zijn lang niet altijd blijvend.

4.4 Discussie en conclusie

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Ten eerste gaan we na in hoeverre de uitkomsten overeenkomen met de modellen en mechanismen die in de literatuur worden beschreven (hoofdstuk 1). Ten tweede grijpen we terug op de uitkomsten van de literatuurstudie (hoofdstuk 2). Ten derde vergelijken we de resultaten met de resultaten van de kwantitatieve analyses (zie hoofdstuk 3). Tot slot richten we ons op de vraag wat de resultaten betekenen voor interventies en maatregelen in de praktijk.

4.4.1 Toetsing van de resultaten

In hoeverre komen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek overeen met mechanismen beschreven in de literatuur?

Op basis van de literatuur beschreven we in hoofdstuk 2 verschillende mechanismen die de interactie tussen fysieke en psychosociale factoren kunnen verklaren. In onderstaande tabel is weergegeven in hoeverre de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek deze mechanismen ondersteunen.

Tabel 4.2 Overzicht mechanismen en onderbouwing vanuit kwalitatief onderzoek

Mechanismen	Verklaring kwalitatief onderzoek
<p><i>Biomechanische mechanismen:</i> Hoge taakeisen leiden tot sneller en/of meer uitvoeren van fysieke activiteiten waardoor hoger risico op klachten</p>	<p><i>Uitkomsten van kwalitatieve onderzoek lijken verklaring te ondersteunen</i> Uit de interviews komt naar voren dat hoge taakeisen de fysiek belastende handelingen beïnvloeden. De oorzaak van de hoge taakeisen ligt vaak in een constante of tijdelijke te lage bezetting (bijvoorbeeld uitval van collega's door ziekte, vakanties etc.). Medewerkers voeren fysiek belastende taken hierdoor sneller uit en voeren meer fysieke handelingen uit.</p> <p>Daarnaast is een verandering in de populatie cliënten van belang (meer zware cliënten, meer cliënten die intensievere zorg nodig hebben). Dit verhoogt eveneens de tijdsdruk, aangezien het meer tijd kost deze cliënten te helpen. Er dienen daarnaast meer fysiek zware handelingen te worden verricht. Zelfs als tilhulpmiddelen worden ingezet blijft het op de juiste plaats positioneren van de persoon en het draaien van de tillift fysiek zwaar.</p> <p>Verder kunnen cliënten niet mee of zelfs tegenwerken. Dit is zowel fysiek als mentaal belastend doordat meer kracht gezet moet worden en de samenwerking onprettig is. Het vereist van de medewerkers strategieën om de cliënt toch mee te krijgen.</p>
<p><i>Fysiologische mechanismen:</i> Stress leidt tot hogere/langdurige spieractiviteit waardoor hoger risico op klachten</p>	<p><i>Niet goed vast te stellen op basis van kwalitatief onderzoek</i> Het was opvallend dat medewerkers rapporteerden dat fysieke klachten terugkomen (zwakke plekken). Dit zou kunnen duiden op onvolledig herstel.</p>
<p><i>Hulpbronnen als bufferende factoren:</i> Hulpbronnen zoals autonomie en sociale steun kunnen effecten van fysieke belasting bufferen/versterken.</p>	<p><i>Uitkomsten van kwalitatieve onderzoek lijken verklaring te ondersteunen</i> Uit de interviews blijkt dat <i>sociale steun en inzet van hulpmiddelen en juiste tilmethoden</i> de fysieke belasting kan verminderen doordat de fysieke handelingen minder zwaar worden.</p>
<p><i>Uitputting van hulpbronnen:</i> Taakeisen putten (gebruik) hulpbronnen uit</p>	<p><i>Uitkomsten van kwalitatieve onderzoek lijken verklaring te ondersteunen</i> De inzet van <i>hulpmiddelen en de inzet van de juiste tilmethoden</i> kunnen de fysieke belasting verlagen. Medewerkers weten hoe te tillen en dat hulpmiddelen ingezet en gebruikt moeten worden en hoe dit te doen, maar door de werkdruk schiet dit er soms bij in. De mate waarin medewerkers dit wel/niet doen verschilt. Hierbij speelt de persoonlijke houding en de aanspreekcultuur op de afdeling mogelijk een rol.</p> <p>Onder invloed van werkdruk wordt er minder snel om hulp gevraagd/minder gebruik gemaakt van <i>sociale steun</i>. Hulp van collega's verlaagt de fysieke belasting, met z'n tweeën of met meerderen de cliënt tillen/helpen verlicht de belasting. Daarnaast werd ook genoemd dat het samen met collega's bedenken van strategieën om het werk met een bepaalde cliënt lichter te maken en steun bij het gebruik maken van hulpmiddelen (aanspreek gedrag/cultuur) de fysieke belasting kan beperken. Evenals het maken van een evenwichtige werkverdeling. Echter als collega's (bijvoorbeeld door een te lage bezetting/hoge tijdsdruk) niet beschikbaar zijn om te helpen voert de medewerker de handelingen toch alleen uit. Medewerkers zijn zich er van bewust dat de collega het ook druk heeft en voelen de tijdsdruk om het werk op tijd af te krijgen. Hierbij speelt tevens mee dat medewerkers niet alle collega's even behulpzaam vinden, soms is de collega te onervaren of heeft niet de juiste lengte, waardoor zij het gevoel hebben dat zij het beter zelf kunnen doen. Hierbij speelt de attitude van de medewerker een rol. Sommige medewerkers vragen/eisen in alle situaties hulp, terwijl anderen er de voorkeur aan geven het zelf te doen.</p>

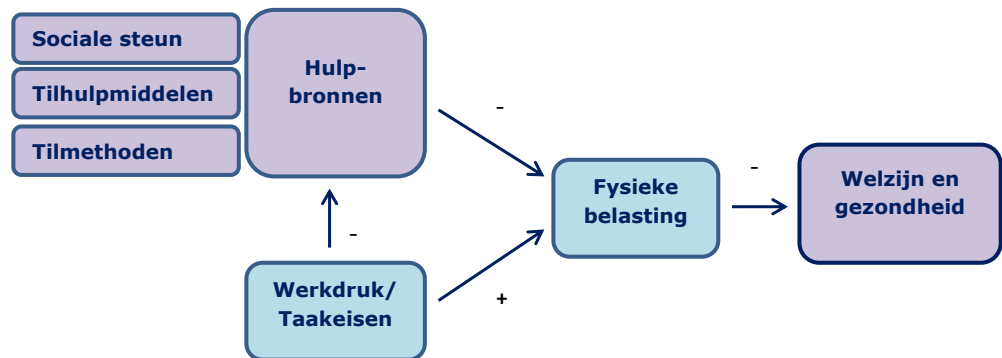
In hoeverre komen resultaten van het kwalitatieve onderzoek overeen met de resultaten van de literatuurstudie?

Uit de literatuurstudie kwamen aanwijzingen naar voren dat een hoge fysieke belasting in combinatie met weinig autonomie het risico op lage rugklachten verhoogt, terwijl veel autonomie het effect van een hoge fysieke belasting buffert.

In de resultaten van onze kwalitatieve studie komt de factor autonomie niet expliciet ter sprake. Met autonomie doelen we op de mate waarin iemand zelf kan beslissen hoe hij/zij het werk uitvoert. Medewerkers gaven een strikte dagindeling weer, bewoners dienen voor een bepaalde tijd uit bed te zijn, op bepaalde tijden te eten etc. Deze strikte dagindeling is een beperking van de autonomie. Zij gaven aan dat een meer flexibele dagindeling zou kunnen bijdragen aan het verlagen van de werkdruk.

In hoeverre komen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek overeen met de resultaten van de kwantitatieve analyses?

De longitudinale analyses toonden aan dat (on)gunstige psychosociale factoren de relatie tussen een hoge fysieke belasting en bewegingsapparaat klachten, burn-out, verzuim en kunnen doorwerken niet statistisch significant modereren (m.a.w. versterken of bufferen). Een trend ($p=0.06$) suggereert dat werknemers met een hoge fysieke belasting in combinatie met hoge taakeisen na een jaar extra vaak langdurig verzuimen. Uit de interviews met zorgmedewerkers komt naar voren dat in de praktijk de werkdruk (m.a.w. taakeisen) invloed heeft op de fysieke belasting. Wat de impact hiervan is op uitkomstmaten als ziekteverzuim kan niet uit het kwalitatieve onderzoek worden opgemaakt.



Figuur 4.1 Samenvatting resultaten kwalitatief onderzoek

In Figuur 4.1 zijn de resultaten van het kwalitatieve onderzoek samengevat.

Hieruit kan worden opgemaakt dat een hoge werkdruk leidt tot een hogere fysieke belasting wat leidt tot een lagere gezondheid en welbevinden. De hulpbronnen kunnen de fysieke belasting verminderen. Werkdruk kan deze hulpbronnen echter uitputten, waardoor de fysieke belasting hoger wordt.

4.4.2 *Wat zijn de consequenties voor preventieve maatregelen in de praktijk?*

Op basis van het huidige onderzoek lijkt het voor preventieve maatregelen belangrijk om werkdruk én fysieke belasting in samenhang met elkaar aan te pakken. De aanpak van werkdruk is een belangrijk startpunt omdat hoge taakeisen

directe invloed op de fysieke belasting kunnen hebben en hulpbronnen kunnen uitputten. Daarnaast kan bij preventieve maatregelen ingezet worden op hulpbronnen zoals autonomie en sociale steun van collega's en leidinggevende. Belangrijk is dat organisaties voorwaarden scheppen zodat medewerkers in staat zijn om deze hulpbronnen daadwerkelijk aan te wenden. Bij het inplannen van het werk kan bijvoorbeeld gezorgd worden voor voldoende collega's die kunnen bijspringen en medewerkers kunnen de mogelijkheid krijgen om alternatieve werkwijzen of werkvolgorden toe te passen.

Toegepast op de doelgroep van het kwalitatieve onderzoek (verzorgenden en helpenden binnen verpleeg- en verzorgingshuizen) kan ten eerste gedacht worden aan het zorgen voor een **optimale bezetting**, waarbij sprake is van een goede balans tussen ervaren en gediplomeerde medewerkers en uitzendkrachten /flexwerkers. In de interviews werd echter aangegeven dat dit geen gemakkelijk realiseerbare optie is gezien de bezuinigingen binnen de zorg.

Daarom kan ten tweede gedacht worden aan het zodanig **optimaliseren van werkprocessen** dat tijd bespaard wordt en er meer tijd overblijft voor de zorg voor cliënten. Zo worden zowel de energiegevers als ook de kwaliteit van zorg bevorderd en de fysieke belasting verminderd. Hierbij is het van belang dat veranderingen ook daadwerkelijk leiden tot minder werk. Verder kan extra aandacht worden besteed aan het optimaliseren van de opvang van pieken in werkdruk door bijvoorbeeld flexibele krachten.

Bij de inzet van **hulpmiddelen tegen fysieke belasting** is het raadzaam om na te gaan of het gebruik ervan **geen extra tijd** kost, omdat tijdrovende oplossingen naar verwachting minder snel zullen worden gebruikt.

Ten aanzien van de hulpbronnen kan verder extra aandacht uitgaan naar de mate van **autonomie** van medewerkers. Medewerkers kunnen meer autonomie krijgen waardoor ze in afstemming met bewoners het werk beter kunnen verspreiden over een werkdag, en/of een flexibelere dagindeling of roostering kunnen hanteren. Daarnaast kan aandacht uitgaan naar de **sociale steun**. De samenwerking met collega's is van belang. Ook spelen collega's een rol bij het gebruik van hulpmiddelen aangezien zij elkaar onderling kunnen aanspreken op onjuist gedrag. Dit aanspreekgedrag kan vanuit een organisatie worden bevorderd. Ten derde is van belang dat medewerkers altijd aan de bel kunnen trekken bij de leidinggevende en dat deze de medewerkers ondersteunt.

Interventies kunnen zich, naast het organisatieniveau, ook op het individu richten. We zagen dat medewerkers niet allemaal hetzelfde omgaan met fysieke en psychosociale belasting. De medewerker heeft zelf ook een verantwoordelijkheid om goed op zichzelf te passen en zijn grenzen aan te geven. De een doet dit wat meer dan de ander. Het **vergroten van de weerbaarheid** van medewerkers is daarom een aandachtspunt.

5 Conclusie en aanbevelingen

We vatten de antwoorden op de onderzoeksvragen hieronder samen.

Wat is het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en gezondheidsproblemen, verzuim en kunnen doorwerken anderzijds? (m.a.w. Is er sprake van interactie?)

Het literatuuronderzoek wees uit dat tussen 2002 en 2012 in slechts 10 publicaties in internationale peer-reviewed tijdschriften het samenspel tussen de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting was onderzocht. Vier van de tien studies rapporteerden een significant interactie effect. Uit dit beperkte aantal studies concludeerden we dat er aanwijzingen bestaan dat een hoge fysieke belasting in combinatie met weinig autonomie voor medewerkers het risico op lage rugklachten verhoogt, terwijl veel autonomie het negatieve effect van een hoge fysieke belasting buffert. Voor beeldschermwerkers bestaan er daarnaast aanwijzingen dat de invloed van een hoge fysieke belasting op lage rugklachten wordt versterkt door job strain, terwijl de invloed van een hoge fysieke belasting op nekkklachten kan worden gebufferd door sociale steun en autonomie.

Om het longitudinale verband tussen een gecombineerde hoge fysieke en (on)gunstige psychosociale arbeidsbelasting enerzijds en de uitkomstmaten klachten aan het bewegingsapparaat, burn-out, langdurig verzuim en kunnen doorwerken anderzijds nader in kaart te brengen, zijn secundaire analyses uitgevoerd o.b.v. het NEA cohortonderzoek (2007-2008). Voor geen van de bovengenoemde uitkomstmaten werd een statistisch significante interactie gevonden tussen de fysieke belasting en taakeisen, autonomie of sociale steun van collega's of de leidinggevende. Een trend ($p=0.06$) suggereerde echter wel dat werknemers met een hoge fysieke belasting én hoge taakeisen een jaar later extra vaak langdurig verzuimden.

Waarom hangt een gecombineerde hoge fysieke en psychosociale belasting samen met extra gezondheidsproblemen en verzuim (m.a.w. Hoe kan het worden verklaard in de praktijk)?

Samengevat komt uit het kwalitatieve onderzoek naar voren dat een hoge werkdruk invloed heeft op de kwaliteit van de zorg - er is minder aandacht en tijd voor cliënten - én op de fysieke belasting. Medewerkers moeten sneller werken of hebben meer fysiek werk. Daarnaast worden hulpbronnen, zoals hulpmiddelen, inzet van juiste werkhouding, sociale steun en autonomie, uitgeput. Dit leidt tot vermoeidheid, (fysieke) klachten, frustratie en minder werkplezier.

Wat zijn de consequenties van (1) en (2) voor preventieve maatregelen?

Op basis van literatuur en secundaire kwantitatieve analyses bestaan slechts beperkte aanwijzingen voor een interactie tussen fysieke en psychosociale arbeidsbelasting. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat een hoge werkdruk de fysieke belasting verhoogt en daarnaast de beschikbaarheid van bufferende hulpbronnen vermindert.

De aanpak van werkdruk/hoge taakeisen is daarom een belangrijk startpunt. Daarnaast kan ook direct ingezet worden op hulpbronnen zoals autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevende en het verhogen van de weerbaarheid (grenzen aangeven) van medewerkers. Belangrijk is dat organisaties voorwaarden scheppen zodat medewerkers ook daadwerkelijk in staat zijn om deze hulpbronnen aan te wenden.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

We formuleren de volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek voor het verder identificeren van aangrijpingspunten voor maatregelen in specifieke groepen:

1. Ten eerste is meer kwantitatief longitudinaal onderzoek nodig om goed zicht te krijgen op de interactie tussen fysieke en psychosociale factoren. Bij vervolgonderzoek is de manier waarop de fysieke en psychosociale factoren worden gemeten een belangrijk aandachtspunt. Het is van belang dat er onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende typen fysieke en psychosociale factoren en de "match" hiertussen. De negatieve impact van bepaalde vormen van fysieke belasting kan immers mogelijk niet worden tegengegaan door bufferende psychosociale factoren, indien de bufferende factoren de fysieke belasting niet verlagen. Er dient dus nauwkeuriger gemeten te worden. Ten tweede is het bij vervolgonderzoek van belang om te meten of mensen de beschikbare hulpbronnen daadwerkelijk aanwenden om de belasting te verlagen. Indien er belemmeringen zijn om de hulpbronnen aan te wenden zullen deze immers geen effect hebben. Ten derde is het aan te bevelen om kwantitatief onderzoek (ook) binnen een specifieke beroepsgroep uit te voeren. Door te focussen op een specifieke beroepsgroep kunnen specifiekere vragenlijsten worden ingezet.
2. Daarnaast is meer kwalitatief onderzoek binnen sectoren/beroepen met een hoge fysieke en psychosociale belasting zinvol. Dit levert belangrijk inzicht op over hoe fysieke en psychosociale factoren op elkaar inwerken (mechanisme) in de specifieke sector/beroep. Relevante beroepsgroepen zijn brandweerlieden, politiepersoneel en andere hulpdiensten, en medewerkers binnen de transport-, agrarische, ambachtelijke en industriële sector.

6 Referenties

- Aittomäki, A., Lahelma, E., Rahkonen, O., Leino-Arjas, P., & Martikainen, P. (2008). Job decision latitude as a potential modifier of the contribution of physical workload to poor functioning in middle-aged employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(8), 975-982.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. The Job Demands-Resources Model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22(3):309-328
- Bakker, E.W., Verhagen, A.P., van T.E., Lucas, C., Koes, B.W. (2009). Spinal mechanical load as a risk factor for low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 34(8):E281-E93.
- Bonde J.P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 65(7):438-45.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: investigating health and health services*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Bongers, P.M., Ijmker, S., van den Heuvel, S., Blatter, B.M. (2006). Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *J Occup Rehabil*, 16:279–302.
- Bossche, S.N.J. van den, Koppes L.L.J., Granzier J.J.M., Vroome E.E.M. de & P.G.W. Smulders (2008). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2007: Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Creswell, J. (2003). *Research Design; qualitative, quantitative and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cote, P., et al., 2008. The burden and determinants of neck pain in workers: Results of the bone and joint decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine [online]*, 33 (4 Suppl.), S60–S74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204402?dopt=Citation>
- De Jonge, J. & Dormann, C. (2006). Stressors, Resources, and Strain at Work: A Longitudinal Test of the Triple-Match Principle *Journal of Applied Psychology*, 91, 5, 1359–1374.
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2003). The DISC model: Demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. In M. F. Dollard, A. H. Winefield, & H. R. Winefield (Eds.), *Occupational stress in the service professions* (pp. 43–74). London: Taylor & Francis.
- De Veer, A.J.E., Francke, A.L. Tot je pensioen werken in de zorg? Wensen van werknemers in de verpleging en verzorging ten aanzien van ouderenbeleid van werkgevers. NIVEL, 2011.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. 'The job-demands resources model of burnout'. *Journal of applied Psychology*, Vol. 86, 2001, pp. 499-512.
- Devereux, J. J., Vlachonikolis, I. G., & Buckle, P. W. (2002). Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), 269-277.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

- Ferguson, S.A., Marras, W.S. (1997). A literature review of low back disorder surveillance measures and risk factors. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 12:211–226.
- Geuskens, G., De Weerd, M., Douwes, M., Wiezer, N. (2011). Gecombineerde fysieke en psychosociale belasting en duurzame inzetbaarheid Is de combinatie meer dan de som der delen? TNO rapport.
- Geuskens, G.A., Oude Hengel K.M., Koppes, L.L., Ybema, J.F. (2012) Predictors of the willingness and the ability to continue working until the age of 65 years. *J Occup Environ Med.*;54(5):572-8
- Hägg, G., Static work loads and occupational myalgia - a new explanation model, in: *Electromyographical Kinesiology, International Congress Series*, 949, P.A.
- Hagberg, M., Silverstein, B.A., Wells, R.V., et al. (1995). *Work related musculoskeletal disorders: a reference for prevention*. London: Taylor and Francis, 28–137.
- Hales, T.R., Bernard, B.P. (1996). Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders. *Orthop Clin North Am*;27:679–709.
- Hannan, L. M., Monteilh, C. P., Gerr, F., Kleinbaum, D. G., & Marcus, M. (2005). Job strain and risk of musculoskeletal symptoms among a prospective cohort of occupational computer users. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(5), 375-386.
- Hoogendoorn, W.E., van Poppel, M.N., Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *ScandJWork EnvironHealth*. 1999;25(5):387-403.
- Hsu, W. & Wang, M. (2003). Physical discomfort among visual display terminal users in a semiconductor manufacturing company: A study of prevalence and relation to psychosocial and physical/ergonomic factors. *American Industrial Hygiene Association Journal*, 64(2), 276-282.
- Huang, G. D., Feuerstein, M., Kop, W. J., Schor, K., & Arroyo, F. (2003). Individual and combined impacts of biomechanical and work organization factors in work-related musculoskeletal symptoms. *American Journal of Industrial Medicine*, 43(5), 495-506.
- Johnston, V., Jull, G., Souvlis, T., & Jimmieson, N. L. (2010). Interactive effects from self-reported physical and psychosocial factors in the workplace on neck pain and disability in female office workers. *Ergonomics*, 53(4), 502-513.
- Karasek, R.A. 'Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign'. *Adm Sci Q*, Vol. 24, 1979, pp.285–308.
- Koppes, L.L.J., De Vroome, E.M.M. & Van den Bossche, S.N.J. (2011). *NEA Cohortonderzoek 2007-2009; Methoden en eerste resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Lapointe, J., Dionne, C. E., Brisson, C., & Montreuil, S. (2009). Interaction between postural risk factors and job strain on self-reported musculoskeletal symptoms among users of video display units: A three-year prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35(2), 134-144.
- Larsman, P., Pousette, A., & Hanse, J. J. (2007). Psychological and mechanical workload and musculoskeletal symptoms among female child-care workers. *Occupational Ergonomics*, 7(4), 275-287.
- Macfarlane, G.J., Pallewatte, N., Paudyal, P., Blyth, F.M., Coggon, D., Crombez, G., et al. Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain: results from a EULAR Task Force. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):885-91.

- Maurits, E.E.M., De Veer, A.J.E., Francke, A.L. Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen. Factsheet Panel Verpleging & Verzorging. NIVEL, november 2012.
- Melin, B. & Lundberg, U. (1997). A biopsychosocial approach to work stress and musculoskeletal disorders. *Journal of Psychophysiology*, 11, 238-247.
- National Institute for Occupational Safety and Health. Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for workrelated musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. Cincinnati, Ohio: DHHS (NIOSH) 1997:2.1–5c.31. (Publication No. 97–141.)
- Palmer, K.T. Regional musculoskeletal conditions: pain in the forearm, wrist and hand. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17(1):113-35
- Smulders, P., Houtman, I., van den Bossche S. Zwaar werk en vervroegd pensioen. 2009. *ESB*;94(4572):682-684
- Stansfeld, S., Candy, B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.
- Vandergrift, J.L., Gold, J. E., Hanlon, A., & Punnett, L. (2012). Physical and psychosocial ergonomic risk factors for low back pain in automobile manufacturing workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(1), 29-34.
- Van Rijn, R.M., Huisstede, B.M., Koes, B.W., Burdorf, A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. *Rheumatology*. 2009;48(5):528-36
- Waters, T. R., Dick, R. B., Davis-Barkley, J., & Krieg, E. F. (2007). A cross-sectional study of risk factors for musculoskeletal symptoms in the workplace using data from the general social survey (GSS). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 172-184.
- Winkel, J., Westgaard, R.H. Occupational and individual risk factors for shoulder-neck complaints: Part II. The scientific basis (literature review) for the guide. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1992;10:85–104.

A. Bijlage: Overzicht van studies geïnccludeerd in literatuuronderzoek naar het samenspel van de fysieke en psychosociale arbeidsbelasting op de gezondheid

Nr.	Auteur, jaar	Design, follow-up	Steekproef	Land, sector, beroep	Variabelen waarvan interactie onderzocht	Uitkomstmaat	Interactie effect? (p< .05)
1	Larsman et al., 2003	Longitudinaal: 18 maanden follow-up	N=789 (werknemers met en zonder klachten op baseline)	Zweden, vrouwelijk werknemers in kinderopvang	Mechanische belasting (samengestelde maat o.b.v. werkhoudingen en herhaalde bewegingen) x Psychologische belasting (samengestelde maat o.b.v.: work overload, mentale druk, 'pushed with work')	Symptomen nek en schouders	Nee
4	Van der Grift et al., 2012	Longitudinaal: 1 jaar follow-up	N=505 (werknemers zonder klachten op baseline)	USA, werknemers in autofabriek	Fysieke belasting (samengesteld o.b.v. ongemakkelijke houdingen, fysieke inspanning, inspanning met handen bij gebruik tools of materiaal, werktempo) X Job strain (samengestelde maat o.b.v. taakeisen en autonomie)	Lage rugpijn	Ja: In de subgroep van werknemers met een hoge fysieke belasting (n=211), hing een lage autonomie samen met een hoger risico op lage rugpijn (RR 1.3 (1.0-1.7)) en een medium/hoge autonomie met een lager risico (RR 0.7 (0.5-1.0))
2	Hannan et al., 2005	Longitudinaal: maximaal 6 maanden follow-up	N=337 (werknemers zonder klachten op baseline)	USA, verschillende grote werkgevers in omgeving van Atlanta, Georgia. Nieuwe werknemers die >15 uur per week computerwerk gaan doen	Duur huidig computer gebruik (dag/week) en computergebruik in het verleden) x Job strain (samengesteld o.b.v. autonomie en taakeisen)	-Nek-schouder symptomen -Arm-hand symptomen	Ja: Voor nek-schouder symptomen bestond bij werknemers met <4 jaar >15 uur computerwerk per week een significante positieve lineaire trend tussen toenemende job strain ratio categorie (=demands gedeeld door autonomie, in 4 categorieën, HR 1.0, 0.5, 2.0, 3.1), terwijl geen trend werd gevonden bij werknemers met >4 jaar >15 uur computerwerk per week (HR 2.3, 1.7, 1.7, 2.0)
3	Lapointe et al., 2009	Longitudinaal: 3 jaar follow-up	N=1854	Canada, witteboordenwerknemers,	Houding (samengesteld o.b.v. statische zit houding, mogelijkheid	-Nek-schouder symptomen	Ja: Onder mannen hangt een

Nr.	Auteur, jaar	Design, follow-up	Steekproef	Land, sector, beroep	Variabelen waarvan interactie onderzocht	Uitkomstmaat	Interactie effect? (p< .05)
			(werknemers zonder klachten op baseline voor onderzochte uitkomstmaat)	beeldschermwerkers	pauzes, houding van de nek, rotatie van de nek, hoek onderarmen, gebruik van armsteunen) x Job strain (samengesteld o.b.v. taakeisen en regelmogelijkheden)	- Symptomen aan armen, polsen en handen - Lage rug symptomen	hoge score voor houdingsrisico's en hoge job strain samen met vaker voorkomen van lage rug symptomen (proportie symptomen die kan worden toegewezen aan interactie: 0.80 (significant)).
8	Aittomäki et al., 2008	Cross-sectioneel	N=8152 (werknemers met en zonder klachten)	Finland, werknemers van stad Helsinki, verschillende beroepen (professional en management, semi-professional, routine werk, manual work)	Fysieke belasting (samengesteld o.b.v. ongemakkelijke posities, gedraaide rug, herhaalde bewegingen, tillen en dragen, staan, lopen) x Autonomie	Fysiek functioneren (SF-36, PCS)	Nee (Enige indicatie gevonden, maar geen robuust interactie-effect)
9	Devereux et al., 2010	Cross-sectioneel	N=720 (werknemers met en zonder klachten)	Verenigd Koninkrijk, werknemers van 26 random geselecteerde werkplaatsen van een Engels bedrijf (manual workers, chauffeurs van pakketdienst, klantenservice en algemeen kantoor personeel)	Fysieke belasting (samengesteld o.b.v. tillen en/of trillingen) x Psychosociale belasting (samengesteld o.b.v. mentale eisen, autonomie, sociale steun)	Symptomen (pijn/discomfort) aan schouders, ellebogen, handen, polsen en nek in afgelopen 7 dagen	Nee (Enige indicaties gevonden, niet significant)
5	Huang et al., 2003	Cross-sectioneel	N=289 (werknemers met en zonder klachten)	USA, actieve mariniers in hoog risico banen voor bewegingsapparaat klachten (verschillende beroepen: Image Interpretation; Auditing and Accounting; Disbursing; Information and Education; and Transportation)	Fysieke belasting (samengesteld o.b.v. blootstelling aan bewegingen, houdingen, lasten, omgevingsfactoren) x Cognitieve eisen, cognitieve verwerking, interpersoonlijke eisen, participatie, skill discretion, tijdsdruk.	- Symptomen lage rug - Symptomen bovenste extremiteiten - Symptomen lage rug en bovenste extremiteiten.	Nee
7	Waters et al., 2007	Cross-sectioneel	N=1484 (werknemers met en zonder klachten)	USA, verschillende beroepen > 20 uur per week (managerial, professional, technical /sales, administrative support, service,	Zwaar tillen en beweging met handen x Werkstress, snel werken, werktijd	- Rugpijn - Pijn in bovenste extremiteiten	Nee

Nr.	Auteur, jaar	Design, follow-up	Steekproef	Land, sector, beroep	Variabelen waarvan interactie onderzocht	Uitkomstmaat	Interactie effect? (p< .05)
				farming/forestry/fishing, precision production/laborers, and operators)			
6	Hsu et al., 2003	Cross-sectioneel	N=119 (werknemers met en zonder klachten)	Taiwan, video display terminal (VDT) gebruikers in een semiconductor producerend bedrijf met hoog risico op klachten (programmeurs, CAD engineers, data entry medewerkers en fabrieksengineers)	Subjectieve beoordeling adequaatheid van werkplek (toetsenbord hoogte, stoelhoogte, monitorhoogte, afstand ogen monitor, diepte tafel, ruimte voor benen, licht) x Tevredenheid werkinhoud, tevredenheid relaties, gebrek aan sociale steun, monotoon werk, gebrek aan autonomie, hoge werk belasting (intensified work load) (allen apart getoetst)	Discomfort aan ogen, nek, schouders, bovenarm, elleboog/onderarm, pols, vingers, rug, billen, dij, onderbeen	Onduidelijk: resultaten niet goed te interpreteren
10	Johnston et al., 2010	Cross-sectioneel	N=333 (werknemers met en zonder klachten)	Australië, vrouwelijke kantoor staf, die computer merendeel van de werkdag gebruikt.	Fysieke factoren: Duur (werkuren, overwerken, duur gebruik toetsenbord en muis, jaren bij de organisatie), type methode (kracht, twee vingers) en inrichting werkplek (hoogte scherm, afstand, positie, mogelijkheid armen te steunen) X Taakeisen, regelmogelijkheden, vereist vakmanschap, sociale steun van leidinggevende en collega's	Nekpijn en beperkingen (Neck Disability Index)	Ja: - Duur computergebruik * decision authority, skill discretion en steun van de leidinggevende (Computergebruik > 2 uur/dag in combinatie met ongunstige score voor de psychosociale factoren hing samen met meer nekpijn en beperkingen) - Type methode, hoogte beeldscherm en gebruik van muis * sociale steun leidinggevende (Indien type methode en hoogte van scherm minder optimaal of muisgebruik> 6 uur, dan hangt hoge steun van de leidinggevende samen met minder nekpijn en beperkingen)

Nr.	Auteur, jaar	Design, follow-up	Steekproef	Land, sector, beroep	Variabelen waarvan interactie onderzocht	Uitkomstmaat	Interactie effect? (p< .05)
							- Afstand tot beeldscherm * decision authority, skill discretion en steun van de leidinggevende (Relatie tussen niet-optimale afstand tot beeldscherm en nekpijn en beperkingen sterker indien ongunstige score voor psychosociale factoren) - Delen van werkplek * taakeisen indien werknemers geen werkplek delen hangen hoge taakeisen samen met meer neklachten en beperkingen

B. Bijlage: Methodologische verantwoording kwantitatieve analyses

B.1 Studiepopulatie: NEA cohortonderzoek

Om het longitudinale verband tussen de fysieke en psychosociale arbeidsomstandigheden enerzijds en gezondheid, verzuim en kunnen doorwerken anderzijds te onderzoeken, is gebruik gemaakt van een groot prospectief cohortonderzoek: het Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) cohort onderzoek.

De NEA is een grootschalige enquête onder werknemers van 15-64 jaar in Nederland. In 2007 voerden TNO en CBS de vierde NEA uit, mede gefinancierd door het ministerie van SZW (Van den Bossche et al., 2008). In deze enquête gaven ruim 19.000 respondenten (85%) aan dat ze in de toekomst opnieuw benaderd mochten worden voor vergelijkbaar onderzoek. Deze grote groep werknemers vormt de basis voor het NEA cohortonderzoek (2007, 2008, 2009).

De studiepoulatie van het huidige onderzoek bestond uit werknemers die deelnamen aan het NEA cohortonderzoek in 2007 en 2008. In totaal waren de vragenlijsten van 10.393 personen beschikbaar. Ook werknemers die in 2008 niet langer werkzaam waren als werknemer, werden meegenomen in de analyses.

B.2 Variabelen

De onderstaande tabel geeft de onafhankelijke variabelen en uitkomstmaten weer. De selectie van de onafhankelijke variabelen die de psychosociale belasting weergeven is gebaseerd op de uitkomsten van het literatuuronderzoek (zie Hoofdstuk 2).

Tabel B.1

Variabele		Vragen en indeling	Variabele in analyse
Onafhankelijke variabelen	Leeftijd	Wat is uw geboortejaar?	Continue
	Geslacht	Wat is uw geslacht?	Man; vrouw
	Contract-omvang	Wat is de omvang van uw dienstverband? → Op basis van aantal uren werden werknemers in 2 groepen gecategoriseerd.	0-31 uur; 32 uur of meer
	Fysieke belasting	Combinatie van de volgende 4 items: (antwoordcategorieën: nee, soms, regelmatig): - Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten, bijvoorbeeld bij tillen, duwen, trekken, sjouwen, of gebruikt u in uw werk gereedschappen of apparaten waarbij u veel kracht moet zetten? - Maakt u bij u werk gebruik van een gereedschap, apparaat of voertuig dat trillingen of schudden veroorzaakt? - Doet u werk in een ongemakkelijke werkhouding? - Doet u werk waarbij u herhalende bewegingen moet maken? → Indien antwoord op 1 van deze 4 items "regelmatig" was, werd fysieke belasting geoperationaliseerd als "hoog".	Laag; hoog

Variabele		Vragen en indeling	Variabele in analyse
	Taakeisen	Schaal op basis van 4 items, bijv.: Moet u veel werk doen? → Op basis van het 25 ^{ste} en 75 ^{ste} percentiel van de schaalscore werden werknemers in 3 groepen gecategoriseerd.	Laag; midden; hoog
	Autonomie	Schaal op basis van 5 items, bijv.: Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert? → Op basis van het 25 ^{ste} en 75 ^{ste} percentiel van de schaalscore werden werknemers in 3 groepen gecategoriseerd.	Laag; midden; hoog
	Sociale steun collega's	Schaal op basis van 4 items, bijv.: Mijn leidinggevende heeft oog voor het welzijn van de medewerkers → Op basis van het 25 ^{ste} en 75 ^{ste} percentiel van de schaalscore werden werknemers in 3 groepen gecategoriseerd.	Laag; midden; hoog
	Sociale steun leidinggevende	Schaal op basis van 4 items, bijv.: Mijn collega's helpen om het werk gedaan te krijgen → Op basis van het 25 ^{ste} en 75 ^{ste} percentiel van de schaalscore werden werknemers in 3 groepen gecategoriseerd.	Laag; midden; hoog
Uitkomstmaat	Bewegings-apparaat klachten	3 items, bijv.: Problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, RSI) → Indien antwoord op 1 van de 3 items "ja", dan werd werknemer gecategoriseerd als "ja, klachten".	Nee; ja
	Emotionele uitputting (burn-out)	Schaal op basis van 5 items, bijv.: Ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk → Indien schaalscore > 3.20, dan werd werknemers gecategoriseerd als "ja, emotionele uitputting".	Nee; ja
	Verzuim gedurende meer dan 6 weken	Hoeveel werkdagen heeft u, alles bij elkaar, de afgelopen 12 maanden naar schatting verzuimd? → Indien verzuimpercentage 11.5% of hoger, dan werd werknemer gecategoriseerd als "ja".	Nee; ja
	Kunnen doorwerken tot het 65 ^e in de huidige functie	Denkt u in staat te zijn uw huidige werk tot uw 65e levensjaar voort te zetten? → Indien antwoord "nee" of "weet niet" werd werknemers als "nee gecategoriseerd, indien antwoord "ja" als "ja, ik kan doorwerken tot 65 ^e in huidige functie"	Nee; ja

B.3 Statistische analyse

De relatie tussen de fysieke en psychosociale belasting enerzijds en de uitkomstmaten gezondheid, verzuim en kunnen doorwerken anderzijds, is onderzocht met behulp van univariate en multivariate logistische regressie analyses. Voor iedere uitkomstmaat zijn aparte analyses uitgevoerd. In alle univariate en multivariate modellen is gecorrigeerd voor de uitkomstmaat op de eerste meting. In de multivariate modellen zijn steeds alle onafhankelijke variabelen opgenomen.

Om het samenspel tussen de fysieke en de psychosociale arbeidsbelasting te onderzoeken, zijn de analyses gestratificeerd naar fysieke belasting uitgevoerd (hoog, laag). Vervolgens is voor iedere uitkomstmaat getoetst of er spraken was van interactie tussen de fysieke en de psychosociale belasting. Per uitkomstmaat (4 uitkomstmaten) zijn dus 4 interacties (4 vormen van psychosociale belasting) onderzocht (in totaal 16 interacties).

B.4 Opmerkingen bij de analyses

Graag plaatsen we twee methodologische opmerkingen bij de huidige studie. Ten eerste zijn de grenswaarden voor een hoge fysieke en een lage, gemiddelde of hoge psychosociale belasting door ons gekozen. Uiteraard hadden deze afkappunten ook anders gekozen kunnen worden.

Ten tweede zijn om het samenspel tussen de fysieke en psychosociale belasting te onderzoeken relatief veel interactietermen getoetst (in totaal 16 interacties). Hoewel op basis van het literatuuronderzoek plausibel leek dat een interactie tussen de onderzochte variabelen bestond, verhoogd het onderzoeken van een relatief groot aantal interacties de kans op toevallige bevindingen.

C. Bijlage: Resultaten regressieanalyse gestratificeerd naar fysieke belasting

Tabel C.1. Longitudinale relatie tussen psychosociale factoren en klachten aan het bewegingsapparaat bij werknemers met een lagere en een hoge fysieke belasting (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Lagere fysieke belasting OR (95% CI)		Hoge fysieke belasting OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.09 (0.88-1.36)	1.19 (0.94-1.50)	0.98 (0.77-1.24)	1.02 (0.79-1.33)
Hoog	1.10 (0.85-1.44)	1.21 (0.91-1.62)	1.34* (1.02-1.76)	1.39* (1.03-1.88)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.88 (0.71-1.10)	0.89 (0.70-1.12)	0.92 (0.76-1.12)	0.97 (0.78-1.19)
Hoog	0.93 (0.75-1.15)	0.95 (0.75-1.20)	0.99 (0.79-1.24)	0.99 (0.77-1.26)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.85 (0.68-1.06)	0.86 (0.68-1.07)	0.73* (0.59-0.89)	0.79* (0.64-0.99)
Hoog	0.81 (0.64-1.03)	0.92 (0.72-1.19)	0.84 (0.66-1.07)	1.03 (0.79-1.34)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.94 (0.74-1.21)	0.92 (0.71-1.18)	0.73* (0.58-0.92)	0.77* (0.61-0.98)
Hoog	0.81 (0.61-1.06)	0.81 (0.61-1.08)	0.75* (0.58-0.97)	0.84 (0.63-1.11)

(a): Gecorrigeerd voor klachten aan het bewegingsapparaat op baseline, (b): Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en klachten aan het bewegingsapparaat op baseline, *p<0.05

Tabel C.2 Longitudinale relatie tussen psychosociale factoren en burn-out bij werknemers met een lagere en een hoge fysieke belasting (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Lagere fysieke belasting OR (95% CI)		Hoge fysieke belasting OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.54* (1.12-2.11)	1.63* (1.16-2.29)	1.95* (1.32-2.85)	1.97* (1.29-3.01)
Hoog	2.28* (1.62-3.22)	2.47* (1.71-3.56)	3.23* (2.16-4.84)	3.22* (2.06-5.01)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.07 (0.84-1.38)	1.16 (0.89-1.51)	0.91 (0.72-1.15)	0.94 (0.73-1.20)
Hoog	0.83 (0.64-1.08)	0.85 (0.64-1.13)	0.94 (0.71-1.24)	0.98 (0.73-1.31)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.77* (0.60-0.98)	0.81 (0.63-1.03)	0.77* (0.61-0.98)	0.82 (0.64-1.06)
Hoog	0.63* (0.48-0.84)	0.76 (0.58-1.03)	0.71* (0.52-0.96)	0.86 (0.62-1.18)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.77 (0.59-1.01)	0.85 (0.64-1.12)	0.72* (0.55-0.93)	0.77 (0.58-1.01)
Hoog	0.52* (0.38-0.71)	0.57* (0.41-0.80)	0.55* (0.40-0.75)	0.58* (0.41-0.81)

(a) Gecorrigeerd voor burn-out op baseline, (b) Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en burn-out op baseline, *p<0.05

Tabel C.3 Longitudinale relatie tussen psychosociale factoren en kunnen doorwerken tot het 65^e levensjaar bij werknemers met een lagere of hoge fysieke belasting (NEA cohortonderzoek 2007-2008)

	Lagere fysieke belasting OR (95% CI)		Hoge fysieke belasting OR (95% CI)	
	Univariaat (a)	Multivariaat (b)	Univariaat (a)	Multivariaat (b)
Taakeisen				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	0.79* (0.68-0.92)	0.80* (0.68-0.94)	0.88 (0.72-1.07)	0.85 (0.68-1.06)
Hoog	0.71* (0.59-0.85)	0.68* (0.56-0.83)	0.92 (0.73-1.17)	0.87 (0.67-1.13)
Autonomie				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.21* (1.04-1.41)	1.22* (1.03-1.43)	0.99 (0.83-1.17)	0.95 (0.79-1.14)
Hoog	1.57* (1.34-1.83)	1.51* (1.28-1.79)	1.53* (1.26-1.85)	1.37* (1.12-1.69)
Steun leiding				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.05 (0.90-1.23)	1.02 (0.87-1.20)	1.08 (0.90-1.30)	1.15 (0.95-1.40)
Hoog	1.23* (1.04-1.46)	1.21* (1.01-1.45)	1.13 (0.92-1.40)	1.26 (1.00-1.60)
Steun collega's				
Laag	1.00	1.00	1.00	1.00
Midden	1.13 (0.95-1.35)	1.12 (0.93-1.35)	0.98 (0.80-1.21)	1.01 (0.81-1.26)
Hoog	1.10 (0.91-1.34)	1.15 (0.93-1.41)	0.93 (0.74-1.17)	1.02 (0.79-1.32)

(a) Gecorrigeerd voor kunnen doorwerken op baseline, (b) Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, uren werk per week en kunnen doorwerken op baseline, *p≤0.05

D. **Bijlage: Interviewprotocol**

Gecombineerde fysieke en psychosociale belasting: Opzet interviewstudie en interviewprotocol



Tanja de Jong (tanja.dejong@tno.nl), Goedele Geuskens, Marjolein Douwes

A. Opzet interviews

Doelgroep: Verzorgenden en helpenden binnen verpleeg- verzorgingshuizen. Variatie in leeftijd en ervaring is gewenst.

Bij [organisatie] worden op drie verschillende locaties medewerkers geïnterviewd die werkzaam zijn bij 5 verschillende afdelingen. Per afdeling worden vier medewerkers geïnterviewd.

Aantal interviews: totaal 20 interviews

Duur van het interview: 30-45 minuten.

Setting: Interviews vinden plaats tijdens het werk of aansluitend aan de dienst. Start om 14.30 uur met kort introductie van het onderzoek voor deelnemers binnen de afdeling. Dhr. X zal hierbij aanwezig zijn. Vanaf 14.45 worden de interviews aansluitend afgenomen. In overleg met contactpersonen worden medewerkers geselecteerd en wordt de planning besproken en vastgelegd.

Beloning deelname: VVV bon ter waarde van 10 Euro per deelname.

Data verzameling:

- Alle interviews worden opgenomen (geluidsopname).
- Tijdens het interview maakt de interviewer aantekeningen in een invulformulier (gebaseerd op interview protocol).
- Na afloop van het interview worden deze aantekeningen doorgelezen, en zo nodig aangevuld/verbeterd met behulp van de geluidsopnames.

Overzicht van interview topics

Wij stellen de medewerkers vragen over:

1. Achtergrondgegevens (leeftijd, duur in functie/afdeling, aantal dagen aan het werk etc.)
2. Type werkzaamheden tijdens werkdag/dienst.
3. Werkgerelateerde factoren die een negatieve impact op de gezondheid/welzijn hebben.

- Samenspel van deze risicofactoren en hun invloed op het uitvoeren van het werk

4. Maatregelen

B. Interviewprotocol

0. Introductie

Fijn dat u wilt deelnemen aan dit interview.

Kort voorstellen.

Doel van het onderzoek: TNO doet onderzoek naar *belastende factoren in het werk en hoe de aanpak hiervan in de praktijk het beste kan worden vormgegeven*. Deze kennis draagt bij aan het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Vertrouwelijkheid: Ik ga vertrouwelijk om met alles wat wij hier vandaag bespreken. Dat wil zeggen dat ik het interview alleen zal gebruiken voor onderzoeksdoeleinden en dat in rapportages over de studie uw naam nergens genoemd zal worden.

Resultaten worden wel anoniem teruggekoppeld aan organisatie door een korte rapportage en presentatie aan de P&O adviseurs. Daarnaast zullen de uitkomsten aan de deelnemers worden teruggekoppeld. .

Ik zou graag een audio-opname van dit interview maken. Dat gebruik ik voor de uitwerking en wordt daarna vernietigd. Ik maak tussendoor ook aantekeningen. Is dat akkoord wat u betreft?*[Indien akkoord audioapparatuur aanzetten. Anders zorgen wegnemen en alsnog kijken of iemand akkoord gaat].*

Tot zover wat ik wilde vertellen. Heeft u op dit moment vragen?

Als u tussendoor vragen heeft of ergens liever niet op in wilt gaan kunt u dat aangeven.

1. Achtergrondgegevens

Noteer: Naam en geslacht

Ik begin met een paar algemene vragen over u en uw werk.

1. Wat is uw leeftijd?
2. Hoe lang werkt u in uw huidige functie?
3. Hoe lang werkt u in deze organisatie/op deze afdeling?
4. Hoeveel uur en dagen per week werkt u?

2. Type werkzaamheden

5. Wat zijn de belangrijkste activiteiten die u uitvoert tijdens een dienst/werkdag?
6. Welke activiteiten die u uitvoert tijdens een dienst geven energie? [organisatie]

Ingevulde gegevens doorlopen:

Kunt u kort iets meer vertellen over de afdeling waar u werkt? (type en aantal cliënten, type kamers/bedden, aantal collega's per dienst, samenstelling team, totaal bezetting, onderdeel van grotere afdeling/gezamenlijke manager?).

3. Werk gerelateerde factoren

Iedereen die werkt staat bloot aan factoren die een positief of negatief effect op de eigen gezondheid en of het welzijn kunnen hebben. Deze aspecten kunnen van fysieke, mentale of sociale aard zijn.

7. Zijn er **fysieke** factoren in uw werk die uw welbevinden/gezondheid negatief beïnvloeden?
 - a. Zo ja, welke?
 - b. Bij welke activiteiten?
 - c. Hoe beïnvloed(en) deze uw welbevinden/gezondheid? /Waar merkt u dit aan?
8. Zijn er **psychische of mentale** factoren in uw werk die uw welbevinden/gezondheid negatief beïnvloeden? (mist u iets?)
 - a. Zo ja, welke?
 - b. Bij welke activiteiten?
 - c. Hoe beïnvloed(en) deze uw welbevinden/gezondheid?/ Waar merkt u dit aan?
9. Zijn er **sociale** factoren in uw werk die uw welbevinden/gezondheid negatief beïnvloeden? (of mist u iets?)
 - a. Zo ja, welke?
 - b. Bij welke activiteiten?
 - c. Hoe beïnvloed(en) deze uw welbevinden/gezondheid?/ Waar merkt u dit aan?

*Indien respondent stopt met praten doorvragen, zijn er nog andere aspecten?
Korte samenvatting geven van de factoren en hun werking.*

Indien respondent uit zichzelf niet werk gerelateerde factoren noemt, deze meenemen in het vervolg van het interview.

10. Komen de belastende factoren die u noemt, dus (*herhalen van factoren*), wel eens tegelijkertijd/op hetzelfde moment voor als u aan het werk bent?
 - a. Zo ja; welke factoren komen tegelijkertijd voor?
 - b. Zo ja; hoe vaak gebeurt dit?
indien nee; doorgaan naar vraag 12.
11. Ik ben nu benieuwd naar wat er gebeurt als (*factor x*) en (*factor y*)(en ...) tegelijkertijd voorkomen.
 - a. Heeft dit invloed op de manier waarop u uw werk uitvoert? (*focus op de wijze waarop werkzaamheden worden volbracht, bv andere handelingen, volgorde, snelheid, hulpmiddelen, etc.*)
 - i. Indien ja; welke?
 - ii. Indien ja; waarom?
Indien nee; ga naar 10b.
 - b. Hoe beïnvloedt dit (*tegelijkertijd voorkomen van risicofactoren / anders uitvoeren van werkzaamheden*) uw gezondheid en welzijn?
 - i. Heeft dit *minder, dezelfde of meer* invloed op uw gezondheid dan als (noem factoren) los van elkaar voorkomen in uw werk?
 - ii. Indien minder/meer; waarom?
 - iii. Waar merkt u dit aan?

4. Maatregelen

12. Welke maatregelen worden door uw werkgever genomen om (*belastende factoren noemen die respondent rapporteerde, en combinatie van factoren indien van toepassing*) te verminderen?
13. Werken deze maatregelen?
 - a. Zo ja, hoe, waarom?*(ga daarna door naar 14)*
 - b. Zo nee, waarom niet?
 - i. Wat zou er veranderd kunnen worden zodat maatregelen wel werken?
14. Welke maatregelen worden door uw leidinggevende genomen om (*belastende factoren noemen die respondent rapporteerde, en combinatie van factoren indien van toepassing*) te verminderen?

15. Werken deze maatregelen?
 - a. Zo ja, hoe, waarom?*(ga daarna door naar 16)*
 - b. Zo nee, waarom niet?
 - i. Wat zou er veranderd kunnen worden zodat maatregelen wel werken?

16. Welke maatregelen neemt u zelf om belastende factoren te verminderen?
 - a. en deelt u deze maatregelen met uw collega's, (sharing of best practices), zo ja ,hoe deelt u deze?

17. Wat kunt u op dit moment zelf extra doen om de factoren (*noemen*) aan te pakken? (individueel niveau)

18. Wat kunnen u en uw collega's zelf extra doen om de factoren (*noemen*)samen aan te pakken? (teamniveau) (optioneel)

19. Stel dat u hier de baas bent, welke extra maatregelen zou u dan nemen (organisatie niveau)?

5. Afsluiting

Dat was mijn laatste vraag. Zijn er nog dingen waarvan u denkt dat ik die moet weten of heeft u nog vragen?

Indien gevraagd wordt of de interviewee nog wat hoort van de interviews aangeven dat de resultaten d.m.v. een korte rapportage en presentatie aan P&O adviseurs zullen worden teruggekoppeld. Daarnaast zullen de resultaten teruggekoppeld worden aan de deelnemers.

Dan wil ik u hartelijk danken voor uw deelname aan dit interview.

E. Bijlage: Introductie interview en introductievragenlijst

Groepsintro interview:

Voorstellen....

Doel van het onderzoek: TNO doet onderzoek naar *belastende factoren in het werk en hoe de aanpak hiervan in de praktijk het beste kan worden vormgegeven*. Deze kennis draagt bij aan het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Dit doen wij door data analyses maar ook door het verzamelen van ervaringen van werknemers.

Uit recent onderzoek van het NIVEL blijkt dat werknemers in de verpleeg- en verzorgingshuissector aangeven dat lichter werk kan bijdragen aan langer doorwerken en dat het hierbij vooral gaat om verlaging van fysieke en geestelijke belasting.

Daarom graag in gesprek met jullie over hoe je je werk ervaart en hoe belastende factoren kunnen worden aangepakt.

Wij doen dit op 3 locaties, binnen 5 afdelingen. Steeds 4 mw per afdeling.

Interview duurt ongeveer 30 minuten.

Beloning deelname: VVV bon ter waarde van 10 Euro per deelname.

Wij stellen de medewerkers vragen over:

1. Achtergrondgegevens (leeftijd, duur in functie/afdeling, aantal dagen aan het werk etc.)
2. Type werkzaamheden tijdens werkdag/dienst.
3. Werkgerelateerde factoren die een negatieve impact op de gezondheid/welzijn hebben.
 - Samenspel van deze risicofactoren en hun invloed op het uitvoeren van het werk
4. Maatregelen

Vertrouwelijkheid: Ik ga vertrouwelijk om met alles wat wij hier vandaag bespreken. Dat wil zeggen dat ik het interview alleen zal gebruiken voor onderzoeksdoeleinden en dat in rapportages over de studie uw naam nergens genoemd zal worden.

Resultaten worden wel **anoniem** teruggekoppeld aan organisatie door een korte rapportage en presentatie aan de P&O adviseurs. Daarnaast zullen de uitkomsten aan de deelnemers worden teruggekoppeld.

Ik zou graag een **audio-opname** van dit interview maken. Dat gebruik ik voor de uitwerking en wordt daarna vernietigd. Ik maak tussendoor ook aantekeningen. Is dat akkoord wat u betreft?

Tot zover wat ik wilde vertellen. Heeft u op dit moment vragen?

Als u tussendoor vragen heeft of ergens liever niet op in wilt gaan kunt u dat aangeven.

Ter voorbereiding op interview wil ik jullie vragen alvast een paar vragen op papier te beantwoorden, zo kunnen we snel van start.

Vorbereidende vragen interview TNO

Ter voorbereiding op het interview wil ik u vragen de volgende vragen te beantwoorden. In het interview lopen we hier kort nog even doorheen.

Achtergrondgegevens	
Naam	
Leeftijd	
Functie en Niveau	
Hoe lang werkt u in deze functie?	
Hoe lang werkt u op deze afdeling?	
Hoe lang werkt u op deze vestiging?/ bij de organisatie?	
Hoeveel uur werkt u per week?	
Type werkzaamheden	
Wat zijn de belangrijkste activiteiten die u uitvoert tijdens een dienst/werkdag?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
Welke activiteiten die u uitvoert tijdens een dienst /werkdag geven u energie en waarom?	