



Gezond werken in de zorg

Onderzoek naar fysieke en
psychosociale arbeidsbelasting
onder zorgmedewerkers

Wij zijn de zorg

Onderzoek naar 'Gezond werken in de zorg'

Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en Stichting IZZ werken samen aan een wetenschappelijk onderzoek onder zorgmedewerkers naar 'Gezond werken in de zorg'. Centraal in dit onderzoek staan de beïnvloedbare factoren die fysieke en psychosociale arbeidsbelasting verminderen en de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers verbeteren. Met deze inzichten kunnen zorgorganisaties hun eigen beleid verbeteren zodat medewerkers gezonder blijven en duurzaam inzetbaar zijn. Dit leidt tevens tot een vermindering van het zorggebruik voor fysieke en psychische klachten. En dat is goed voor zowel medewerkers, werkgevers als voor de maatschappij waarin beheersing van zorgkosten wordt nagestreefd.

Het onderzoek 'Gezond Werken in de zorg' maakt onderdeel uit van een vierjarig promotieonderzoek. Het promotieonderzoek wordt uitgevoerd door promovendus Babette Bronkhorst MSc onder leiding van prof. dr. Bram Steijn en dr. Lars Tummers van de onderzoeksgroep Public Human Resources and Change (PHRC) aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Stichting IZZ is een collectief van werkgevers en werknemers in de zorg. Zij treedt op als belangenbehartiger namens haar leden: zorgmedewerkers met een collectieve IZZ Zorgverzekering. Stichting IZZ maakt namens het collectief afspraken over de inhoud, premie en service van de IZZ Zorgverzekering met de uitvoerend zorgverzekeraar (Coöperatie VGZ). Hiernaast zet Stichting IZZ zich in voor gezond werken in de zorg. Zij doet hiervoor onderzoek, toetst praktijkoplossingen en meet het effect van investeringen in gezondheidsbeleid. Stichting IZZ werkt samen met sociale partners en zorgorganisaties en deelt haar inzichten en kennis rond gezond werken in de zorg.

**Erasmus
University
Rotterdam**



Inhoud

Samenvatting	4
Aanleiding	4
‘Gezond werken in de zorg’	4
Resultaten onderzoek	5
Lichamelijke gezondheid, fysieke belasting en impact	5
Geestelijke gezondheid, psychosociale arbeidsbelasting en impact	6
1 Aanleiding onderzoek Gezond Werken in de zorg	8
1.1 Verschillen in arbeidsrelevant zorggebruik	8
1.1.1 Grote verschillen in zorggebruik tussen en binnen zorgbranches	8
1.1.2 Spreiding in zorgkosten tussen zorgorganisaties enorm	8
1.1.3 Hoog ziekteverzuim bij hoog percentage fysiotherapiegebruikers	8
1.1.4 Lagere medewerker- en patiënttevredenheid bij hoog percentage fysiotherapiegebruikers	8
1.2 Doel van het onderzoek	9
1.3 Gezondheid, arbeidsbelasting en impact	9
1.3.1 Onderzoeksmodel	9
1.3.2 Leeswijzer	
2 Achtergrond deelnemers onderzoek Gezond Werken in de zorg	11
2.1 Wijze van dataverzameling	11
2.2 Wijze van dataverwerking en –analyse	11
2.2.1 Dataverwerking	11
2.2.2 Data analyse	11
3 Lichamelijke gezondheid en fysieke belasting	13
3.1 De lichamelijke klachten en ervaren fysieke belasting	13
3.1.1 Hoge mate van problemen aan het bewegingsapparaat	13
3.1.2 Hoge mate van fysieke belasting bij groot deel van de zorgmedewerkers	14
3.2 De impact van lichamelijke klachten en fysieke belasting	15
3.2.1 Impact op zorgmedewerkers: vitaliteit	15
3.2.2 Impact op zorgorganisaties: verzuim en presentisme	16
3.2.3 Impact op de maatschappelijke uitdaging om zorgkosten te beheersen	16
3.3 Mogelijke oplossingsrichtingen om lichamelijke klachten te verminderen	17
3.3.1 Verminder de fysieke belasting	17
3.3.2 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat	18
3.3.3 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat	19
4 Geestelijke gezondheid en psychosociale arbeidsbelasting	21
4.1 De geestelijke klachten en ervaren psychosociale arbeidsbelasting	21
4.1.1 Een deel van de zorgmedewerkers voelt zich emotioneel uitgeput door het werk	21
4.1.2 Hoge mate van psychosociale arbeidsbelasting onder een deel van de zorgmedewerkers	22
4.2 De effecten van emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting	23
4.2.1 Impact voor zorgmedewerkers: vitaliteit	23
4.2.2 Impact voor zorgorganisaties: verzuim en presentisme	24
4.2.3 Impact voor de maatschappelijke uitdaging om zorgkosten te beheersen	25
4.3 Mogelijke oplossingsrichtingen om emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting te beperken	26
4.3.1 Verminder de psychosociale arbeidsbelasting: werk-privé conflict en werkdruk	26
4.3.2 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat	27
4.3.3 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat	28

Samenvatting

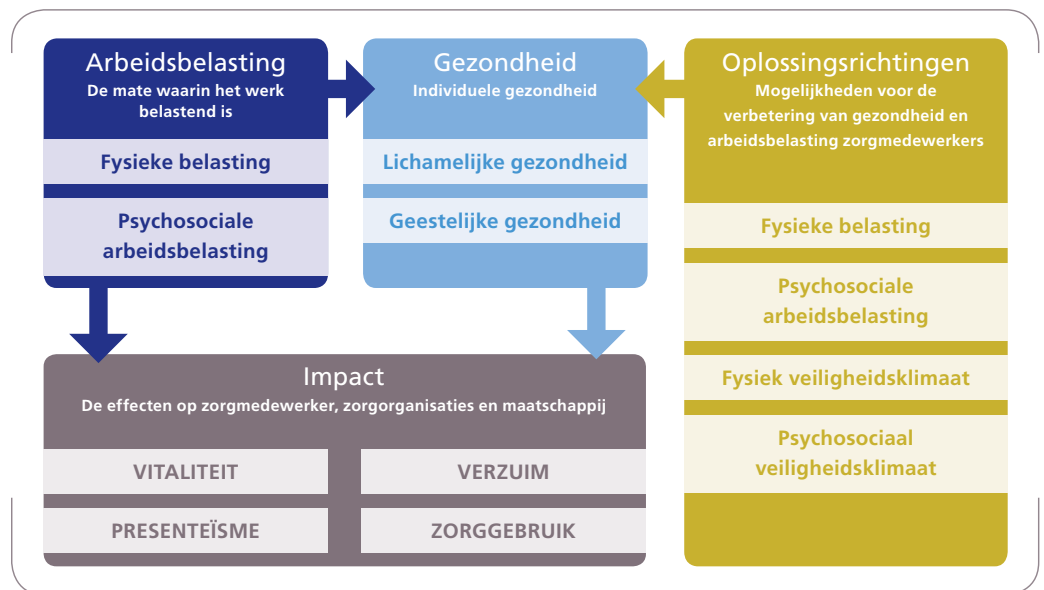
Aanleiding

Het Jaarrapport Zorggebruik 2013 van Stichting IZZ toont aan dat er grote verschillen zijn in zorggebruik tussen en binnen zorgbranches. Ook de spreiding in zorgkosten tussen zorgorganisaties is enorm. Uit aanvullend onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een hoog ziekteverzuim en een hoog percentage fysiotherapiegebruikers samenhangen. In de ziekenhuisbranche hangt een lagere medewerker- en patiënttevredenheid samen met een hoog percentage fysiotherapiegebruikers.

Deze verschillen maken het interessant om onderzoek te doen naar de beïnvloedbare oorzaken. Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en Stichting IZZ werken daarom samen aan een wetenschappelijk onderzoek onder zorgmedewerkers naar ‘Gezond werken in de zorg’.

‘Gezond werken in de zorg’

Dit onderzoek laat de beïnvloedbare oorzaken en oplossingsrichtingen zien voor de vermindering van fysieke en psychosociale arbeidsbelasting en de verbetering van de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers. Medewerkers laten gezond en veilig gedrag zien als zij ervaren dat de organisatie hier waarde aan hecht, dit wordt het veiligheidsklimaat genoemd. In dit onderzoek is het fysieke en het psychosociale veiligheidsklimaat onderzocht. Het veiligheidsklimaat bestaat uit vijf dimensies die elkaar onderling beïnvloeden: (1) prioriteit van hoger management, (2) betrokkenheid van direct management, (3) groepsnormen en -gedrag op de afdeling, (4) communicatie en (5) participatiemogelijkheden van zorgmedewerkers. Verbeteringen op deze vijf dimensies leiden tot een vermindering van fysieke en psychosociale klachten en verbeteren de gezondheid. Met deze inzichten wordt het voor zorgorganisaties mogelijk om hun bestaande beleid op deze terreinen te verbeteren.



FIGUUR | Onderzoeksmodel gezondheid, arbeidsbelasting, impact en oplossingsrichtingen

Resultaten onderzoek

Lichamelijke gezondheid, fysieke belasting en impact

In de zorgsector ervaart men in hoge mate klachten aan het bewegingsapparaat. 85 op de 100 zorgmedewerkers geven aan fysieke klachten te hebben. Ruim 60 op de 100 zorgmedewerkers heeft zelfs klachten aan twee of meer onderdelen van het bewegingsapparaat. Bovendien hebben 23 op de 100 zorgmedewerkers in het afgelopen jaar het werk niet kunnen uitvoeren wegens problemen aan het bewegingsapparaat.

In totaal ervaren 30 op de 100 zorgmedewerkers een hoge mate van fysieke belasting. Werken in ongemakkelijke houdingen en het nodig hebben van veel lichaamskracht worden het meest genoemd. Een hoge mate van ervaren fysieke arbeidsbelasting en problemen aan het bewegingsapparaat zorgen voor afname van de vitaliteit bij zorgmedewerkers.

Daarnaast blijkt dat bijna twee derde van zorgmedewerker weleens werkt ondanks dat men ziek is, dit is een vorm van presenteïsme. Dit verschijnsel wordt vaak gekoppeld aan productiviteitsverlies en is hiermee een interessant onderwerp voor werkgevers. Hoe meer problemen aan het bewegingsapparaat of hoe groter de ervaren fysieke belasting, hoe groter de kans dat zorgmedewerkers gaan werken terwijl ze ziek zijn.

Uiteindelijk verzuimt een derde van de zorgmedewerkers, met lichamelijke en/of psychische klachten, minimaal eenmaal per jaar. Hiervan is bijna de helft werkgerelateerd. Zorgmedewerkers die klachten hebben aan het bewegingsapparaat hebben twee keer zoveel kans om te verzuimen dan zorgmedewerkers zonder klachten aan het bewegingsapparaat. Dit geldt ook, zij het in mindere mate, voor zorgmedewerkers die in een ongemakkelijke houding werken. Als de mate waarin er in een ongemakkelijke houding wordt gewerkt toeneemt, neemt de kans op verzuim ook toe.

Iets meer dan de helft van de zorgmedewerkers heeft in het afgelopen jaar minstens één zorgverlener geconsulteerd voor problemen aan het bewegingsapparaat. Mede bepalend is de werkhouding, de mate waarin het werk veel lichaamskracht vereist of de mate waarin langdurig dezelfde bewegingen gemaakt moeten worden. Medewerkers die deze twee vormen van fysieke belasting in toenemende mate ervaren hebben vaker een zorgverlener nodig om te herstellen.

Uit het onderzoek blijkt dat de drie belangrijkste oplossingsrichtingen om lichamelijke gezondheid te verbeteren zijn:

- 1 Verminder de fysieke belasting; met name taken die veel lichaamskracht en / of ongemakkelijke houding vereisen
- 2 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat
- 3 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat.

Bij het verbeteren van het veiligheidsklimaat blijkt dat de prioriteit van het hoger management en de betrokkenheid van het direct management de belangrijkste positieve invloed heeft.

Geestelijke gezondheid, psychosociale arbeidsbelasting en impact

Een deel van de zorgmedewerkers voelt zich emotioneel uitgeput door het werk. Emotionele uitputting is een dimensie van burn-out en staat voor een ernstige mate van vermoeidheid, frustratie en een opgebrand gevoel vanwege het werk. Bij 14 op de 100 zorgmedewerkers komen gevoelens van emotionele uitputting voor waarvan 6 op de 100 zich vaak of altijd emotioneel uitgeput voelen.

Bijna de helft van de zorgmedewerkers ervaart vaak een hoge mate van psychosociale arbeidsbelasting zoals emotionele belasting, werkdruk, werk-privé conflict en ongewenste omgangsvormen zoals agressie en geweld, pesten en roddelen. Door emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting, vooral werkdruk en werk-privé conflict, daalt de vitaliteit van zorgmedewerkers. Ook pesten en roddelen hebben een negatief effect op de vitaliteit.

Hoe meer de zorgmedewerker emotionele uitputting, werkdruk en werk-privé conflict ervaart, hoe groter de kans is dat men ziek gaat werken. Dit is een vorm van presentisme. Ook blijkt dat alle drie de ongewenste omgangsvormen, agressie, pesten en roddelen, de kans op presentisme vergroten.

De mate van emotionele uitputting en de mate van werk-privé conflict zijn de meest bepalende factoren voor uiteindelijk verzuim. Hoe hoger de mate van emotionele uitputting en werk-privé conflict hoe groter de kans op verzuim. Ook door pesten en roddelen op de werkvloer neemt de kans op verzuim toe.

Van de totale populatie hebben 17 op de 100 zorgmedewerkers het afgelopen jaar minimaal één zorgverlener geconsulteerd voor psychische klachten. Bij medewerkers waarbij de emotionele uitputting of het werk-privé conflict toeneemt, neemt ook de kans op zorggebruik voor psychische gezondheidsklachten toe. We zien ook dat wanneer de emotionele belasting toeneemt het zorggebruik stijgt. Ook pesten op het werk zorgt voor een toename in zorggebruik.

Uit het onderzoek blijkt dat de drie belangrijkste oplossingsrichtingen om de geestelijke gezondheid te verbeteren zijn:

- 1 Verminder de psychosociale arbeidsbelasting: met name werk-privé conflict en werkdruk
- 2 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat
- 3 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat

Ook hier blijkt dat de prioriteit van het hoger management en de betrokkenheid van het direct management de belangrijkste positieve invloed hebben op het veiligheidsklimaat.



1

Aanleiding onderzoek Gezond Werken in de zorg

1.1 Verschillen in arbeidsrelevant zorggebruik

1.1.1 Grote verschillen in zorggebruik tussen en binnen zorgbranches

Werken in de zorg brengt specifieke lichamelijke en geestelijke gezondheidsrisico's met zich mee. Uit onderzoek van Stichting IZZ naar arbeidsrelevant zorggebruik¹ in 2013 blijkt dat bijna 1 op de 3 zorgmedewerkers gebruik maakt van fysiotherapie. Daarnaast bezoekt 1 op de 20 medewerkers een psycholoog. Deze aantallen variëren per branche, maar duidelijk is dat dit ver boven het gemiddelde van werkend Nederland ligt (zie tabel 1).

	% Gebruikers fysiotherapie	% Gebruikers psychische zorg
ZKH (Ziekenhuizen)	26,6%	4,5%
VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg)	32,5%	4,5%
GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg)	27,8%	5,6%
GHZ (Gehandicaptenzorg)	31,7%	5,8%
Zorgsector (gemiddeld)	30,6%	4,9%
Totaal werkend Nederland	21,2%	N.B.

TABEL 1.1 | Percentage gebruikers fysiotherapie en psychische zorg

1.1.2 Spreiding in zorgkosten tussen zorgorganisaties enorm

Uit de analyse van zorggebruikgegevens blijkt bovendien dat er grote verschillen zijn in zorggebruik tussen medewerkers van vergelijkbare zorgorganisaties. Vergelijkbare zorgorganisaties (zelfde branche, zelfde grootte, zelfde regio) scoren zeer verschillend op zorggebruik van hun medewerkers. Omgerekend naar kosten per 1.000 medewerkers variëren de kosten van fysiotherapie per organisatie in de GHZ van € 48.000 tot € 328.000 per 1.000 medewerkers. Bij psychische zorg zijn deze verschillen nog veel groter. Zo variëren de kosten van organisaties in de GGZ van € 9.000 tot € 132.000 per 1.000 medewerkers.

1.1.3 Hoog ziekteverzuim bij hoog percentage fysiotherapiegebruikers

Ook blijkt uit de zorggebruik analyses dat er een verband bestaat tussen het gemiddelde gebruik van fysiotherapie en het ziekteverzuim binnen zorgorganisaties. Bovengemiddeld grote zorgorganisaties met een hoog fysiotherapiegebruik hebben een duidelijk hoger ziekteverzuim.

1.1.4 Lagere medewerker- en patiënttevredenheid bij hoog percentage fysiotherapiegebruikers

De analyse van het zorggebruik laat zien dat er een verband is tussen het gemiddelde fysiotherapiegebruik en de medewerker- en patiënttevredenheid in ziekenhuizen². Beide nemen af naarmate het fysiotherapiegebruik onder medewerkers hoger is.

¹ Bron: Stichting IZZ Jaarrapport Zorggebruik 2013.

² Voor deze analyse zijn gegevens over medewerker- en patiënttevredenheid gebruikt uit het Kwaliteitsvenster 2014 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

1.2 Doel van het onderzoek

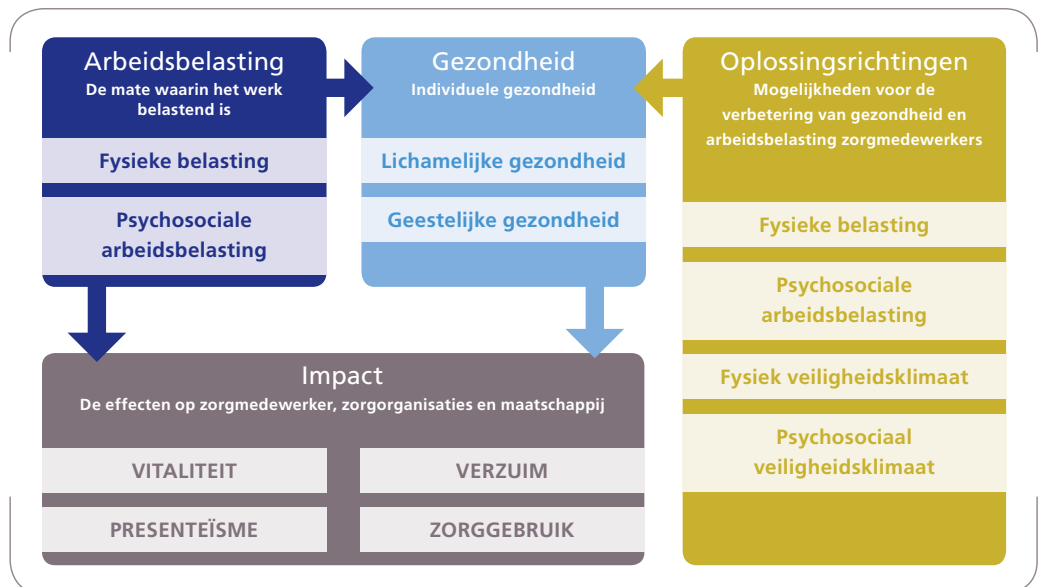
Omdat het zorggebruik op organisatieniveau aanzienlijk verschilt en het effect heeft op zowel ziekteverzuim als medewerker- en patiënttevredenheid is het interessant om onderzoek te doen naar de beïnvloedbare oorzaken. Deze bieden handvatten voor interventies om de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers te verbeteren. Zowel vanuit werknemers- en werkgeversperspectief als breder maatschappelijk perspectief is het belangrijk om te streven naar optimale gezondheid en duurzame inzetbaarheid van zorgmedewerkers.

Het doel van het onderzoek 'Gezond werken in de zorg' is om inzicht te krijgen in de beïnvloedbare factoren voor de vermindering van fysieke en psychosociale arbeidsbelasting en de verbetering van de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers. Met deze inzichten wordt het voor zorgorganisaties mogelijk om hun bestaande beleid op deze terreinen te verbeteren.

1.3 Gezondheid, arbeidsbelasting en impact

1.3.1 Onderzoeksmodel

In figuur 1.1 is een schematische samenvatting van het onderzoeksmodel weergegeven. De individuele gezondheid en de mate waarin het werk belastend is, hebben impact op verschillende factoren die relevant zijn voor zorgmedewerkers, zorgorganisaties en de maatschappij als geheel. De oplossingsrichtingen geven mogelijkheden voor de verbetering van de gezondheid en arbeidsbelasting van zorgmedewerkers waarmee uiteindelijk ook een verbetering op andere uitkomsten kan worden bewerkstelligd (o.a. vitaliteit, verzuim, presentisme en zorggebruik).



FIGUUR 1.1 | Onderzoeksmodel gezondheid, arbeidsbelasting, impact en oplossingsrichtingen

1.3.2 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd uit twee delen. In het eerste deel - het onderzoeksrapport - worden de resultaten op sectorniveau beschreven, aangevuld met de meest opvallende resultaten op brancheniveau. Het tweede deel is een tabellenoverzicht, als losse bijlage bij dit onderzoeksrapport. Hierin wordt een verdieping op brancheniveau en per beroepsgroep gegeven. De indeling van het tabellenoverzicht loopt gelijk aan die van het onderzoeksrapport.

Hoofdstuk 2 van het onderzoeksrapport beschrijft de achtergrond van de zorgmedewerkers die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Tevens komen hier de wijze van dataverzameling en dataverwerking aan bod. In hoofdstuk 3 wordt een beeld geschetst van de situatie op dit moment als het gaat om de lichamelijke gezondheid en fysieke arbeidsbelasting van zorgmedewerkers. Bovendien wordt besproken hoe deze lichamelijke klachten en fysieke belasting impact hebben op de medewerker, werkgever en de impact op zorggebruik (een maatschappelijk issue). Ook worden hier de belangrijkste oplossingsrichtingen besproken. Hoofdstuk 4 kent dezelfde opbouw als hoofdstuk 3, alleen komen hier de geestelijke gezondheid en de psychosociale arbeidsbelasting aan bod.

2

Achtergrond deelnemers onderzoek Gezond Werken in de zorg

2.1 Wijze van dataverzameling

De data voor het onderzoek Gezond Werken in de zorg zijn verzameld via een online vragenlijst die op grote schaal is uitgezet. De doelgroep van het onderzoek bestaat uit alle beroepsgroepen werkzaam binnen alle zorgbranches. De vragenlijst stond open vanaf eind mei tot eind juli 2014. Een groot aantal organisaties heeft samengewerkt om zorgmedewerkers te vragen mee te doen aan het onderzoek. Zo werkten naast Stichting IZZ Abvakabo FNV, NU'91, CNV Publieke Zaak, LAD-FBZ, 50 werkgevers uit de zorg en Erasmus Universiteit mee. Ten slotte is ook via verschillende websites en social media aandacht gevraagd voor het onderzoek.

Deze aanpak heeft uiteindelijk geleid tot deelname van meer dan 15.000 zorgmedewerkers. Hiervan hebben er 10.575 de vragenlijst volledig ingevuld. Een nadeel van de bovengenoemde benaderingswijzen is dat het niet mogelijk is om het respons-percentage te berekenen. Niet bekend is hoeveel medewerkers in totaal zijn geattendeerd op het onderzoek. Wel zijn de achtergrondkenmerken van de respondenten vergeleken met de achtergrondkenmerken van de doelpopulatie om een indruk te krijgen van de representativiteit van de steekproef³. Hieruit blijkt dat de man-vrouw verhouding bijna identiek is aan die in de populatie (82,5% vrouw vs. 83% vrouw in populatie). De gemiddelde leeftijd van de respondenten in de steekproef ligt met 47,6 jaar echter hoger dan in de populatie (41 jaar). Overige achtergrondkenmerken van de respondenten staan beschreven in het tabellenboek in de bijlage.

2.2 Wijze van dataverwerking en –analyse

2.2.1 Dataverwerking

Het online veldonderzoek is uitgevoerd door het zelfstandig onderzoeksinstituut Risbo dat verbonden is aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na ontvangst van het Risbo databestand zijn de data opgeschoond door respondenten te verwijderen die de vragenlijst dubbel of niet volledig hadden ingevuld. Vervolgens zijn de open antwoorden gecodeerd en schaalcores toegevoegd. De emailadressen die de respondenten hebben opgegeven zijn direct na ontvangst van het databestand losgekoppeld van de antwoorden in verband met anonimiteit. Alle respondenten hebben een unieke code gekregen die gekoppeld is aan het emailadres. Op deze manier kan in een later stadium een nieuwe ronde van dataverzameling plaatsvinden om vervolgonderzoek te verrichten. Het databestand is eigendom van de Erasmus Universiteit Rotterdam en niet beschikbaar voor andere partijen.

2.2.2 Data analyse

De resultaten in het rapport zijn tot stand gekomen door het gebruik van beschrijvende en toetsende statistiek. In paragraaf 3.1 en 4.1 is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om de data overzichtelijk weer te geven. In paragraaf 3.2 en 4.2 is gebruik gemaakt van toetsende statistiek. Met toetsende statistiek is bijvoorbeeld de samenhang tussen gezondheid, verschillende vormen van arbeidsbelasting en uitkomsten getoetst. Hiervoor is gebruik gemaakt van multivariate regressieanalyses (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten uitgedrukt in β) en logistische regressieanalyses (uitgedrukt in odds ratio, OR). Alle analyses zijn gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, aantal jaren werkzaam, direct contact met patiënten, mantelzorgtaken, roken en bewegen. De beschreven verbanden zijn statistisch significant bij een overschrijdingskans van 1%. Niet-significante verbanden zijn niet weergegeven in de figuren.

³ Achtergrondkenmerken zijn verkregen van de website azwinfo.nl (meest recente cijfers over 2011).

		Aantal respondenten	%
Branches	Totaal zorgsector	10.575	100%
	ZKH (Ziekenhuizen)	3.196	30,2%
	VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg)	2.565	24,3%
	GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg)	2.363	22,3%
	GHZ (Gehandicaptenzorg)	2.019	19,1%
	Overige branches	432	4,1%
Beroepsgroepen	Totaal zorgsector	10.575	100,0%
	Verpleegkundig	3.057	28,9
	Verzorgend	3.120	29,5
	Arts / medisch specialist	176	1,7
	Polikliniek	161	1,5
	Psychologen / therapeuten	399	3,8
	Paramedisch	420	4,0
	Medisch ondersteunend / operatief	476	4,5
	Administratief / secretariaal	603	5,7
	Beleid / advies	482	4,6
	Facilitair	377	3,6
	Management	680	6,4
	Overig / N.B.	624	5,9

TABEL 2.1 | Respondenten in onderzoek verdeeld naar zorgbranches en beroepsgroepen

3

Lichamelijke gezondheid en fysieke belasting

Deelnemers aan het onderzoek is gevraagd naar de lichamelijke problemen aan het bewegingsapparaat in het afgelopen jaar. Daarnaast is gevraagd naar de mate van fysieke belasting in het werk, hoe de medewerker hiermee omgaat en hoe de medewerker vindt dat de leidinggevende, topmanagement en collega's omgaan met fysieke belasting binnen zijn organisatie. Ten slotte is getoetst in hoeverre problemen aan het bewegingsapparaat en fysieke arbeidsbelasting gerelateerd zijn aan uitkomsten voor de werknemer, werkgever en de maatschappelijke opgave om de zorgkosten te beheersen.

3.1 De lichamelijke klachten en ervaren fysieke belasting

3.1.1 Hoge mate van problemen aan het bewegingsapparaat

Werken in de zorg is zwaar: 85,2% van de zorgmedewerkers geeft aan problemen aan het bewegingsapparaat te hebben en 60,9% heeft zelfs klachten aan twee of meer onderdelen van het bewegingsapparaat. Bovendien heeft 23% van de zorgmedewerkers in het afgelopen jaar het werk niet kunnen uitvoeren wegens problemen aan het bewegingsapparaat. Dit betekent niet dat deze groep verzuimt, maar dat ze het werk waarvoor ze zijn aangenomen niet (geheel) kunnen uitvoeren.

Problemen aan de nek of schouders en de rug komen het meest voor en zorgen in de meeste gevallen ook dat men het werk niet kan uitvoeren.

Onderdeel van het bewegingsapparaat	% Medewerkers dat problemen* met lichaamsdeel gehad heeft in het afgelopen jaar	% Medewerkers dat het werk niet kon verrichten wegens problemen* met lichaamsdeel
Nek en/of schouders	64,2%	10,6%
Ellebogen, polsen en/of handen	33,6%	5,8%
Rug	60,3%	12,4%
Heupen en/of dijen	19,6%	3,5%
Eén of enkele knieën, enkels en/of voeten	32,9%	5,4%
Minimaal één onderdeel van het bewegingsapparaat	85,2%	23,1%
* pijn, last of ongemak		

TABEL 3.1 | Problemen aan het bewegingsapparaat

De verdeling naar zorgbranches laat zien dat binnen de GGZ branche het minst vaak problemen worden ervaren. Toch heeft ook daar nog steeds 81,2% van de medewerkers problemen aan het bewegingsapparaat. De mate waarin er lichamelijke problemen ervaren worden binnen de ZKH, VVT en GHZ branches ligt dicht bij elkaar (resp. 87,0%, 86,0% en 86,4%).

Uit de resultaten blijkt dat 87,2% van de zorgmedewerkers direct patiënt/cliëntcontact heeft. Dit is bepalend voor de problemen aan het bewegingsapparaat. Ten opzichte van medewerkers in niet-patiënt/cliëntgebonden functies hebben zij vaker problemen (86% t.o.v. 82%). Bovendien komt het bij een groter deel van de medewerkers in patiënt/cliëntgebonden functies voor dat zij niet kunnen werken wegens problemen aan het bewegingsapparaat (24% t.o.v. 14%). Een verdere uitsplitsing naar beroepsgroepen laat zien dat het per beroepsgroep verschilt aan welke lichaamsdeel problemen worden ervaren. Zo ervaren de beroepsgroepen

administratief personeel (76,9%), polikliniek medewerkers (76,0%) en psychologen (66,4%) de meeste nek- en schouderklachten. Medisch ondersteunend personeel in ziekenhuizen (65,8%), verzorgend personeel (63,7%) en paramedici (63,1%) ervaren het vaakst rugklachten. Managers (78,2%), artsen (76,7%) en beleidsmedewerkers (83,2%) ervaren minder dan gemiddeld problemen aan het bewegingsapparaat.

Mantelzorgers: een risicogroep voor fysieke overbelasting

- 30% van de zorgmedewerkers heeft mantelzorgtaken. Binnen de VVT is het grootste aandeel medewerkers mantelzorger, namelijk 40%.
- Mantelzorgers hebben, vergeleken met niet-mantelzorgers, vaker problemen aan het bewegingsapparaat (87% t.o.v. 85%). Bovendien kan ook een groter deel van de medewerkers met mantelzorgtaken hun werk niet verrichten wegens deze problemen (26% t.o.v. 22%).
- Mantelzorgers ervaren een hogere mate van fysieke belasting (geen mantelzorgtaken: 5,3 score op fysieke belasting, wel mantelzorgtaken: 5,6 score op fysieke belasting op een schaal van 1-10).

3.1.2 Hoge mate van fysieke belasting bij groot deel van de zorgmedewerkers

Aan zorgmedewerkers is gevraagd welke fysieke arbeidsomstandigheden een belangrijk onderdeel uitmaken van hun werk. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om tillen, trekken, duwen, in ongemakkelijke houding werken, manoeuvreren, langdurig dezelfde bewegingen uitvoeren en beeldschermwerk.

Uit de resultaten blijkt dat 78,5% van de zorgmedewerkers aangeeft fysiek belastend werk te hebben, 30,7% ervaart dit vaak of altijd. De vorm van fysieke belasting die in zijn totaliteit het vaakst voorkomt is het werken in ongemakkelijke houdingen: 74,6% geeft aan dit te ervaren tijdens het werk. De vorm van fysieke belasting die door de grootste groep 'vaak' of 'altijd' wordt ervaren is het nodig hebben van veel lichaamskracht (34,8% van de zorgmedewerkers).

	Gemiddelde score op een schaal 1-10	% Medewerkers waarbij dit zelden of nooit voorkomt	% Medewerkers waarbij dit soms voorkomt	% Medewerkers waarbij dit vaak of altijd voorkomt
Fysieke belasting totaal	5,42	21,7%	47,8%	30,7%
Veel lichaamskracht vereist	5,43	32,8%	32,5%	34,8%
Ongemakkelijke houdingen	5,55	25,3%	43,9%	30,7%
Langdurig dezelfde bewegingen	4,92	42,1%	34,7%	23,2%

TABEL 3.2 | Fysieke belasting

In de zorgsector is de gemiddelde score op fysieke belasting een 5,4 (schaal 1-10). De verschillen tussen branches zijn groot. Naast de ervaren lichamelijke klachten is ook de mate waarin er fysieke belasting wordt ervaren binnen de GGZ het laagst, de gemiddelde score is hier een 4,4. De meeste fysieke belasting wordt ervaren binnen de VVT (gem. 6,0), gevolgd door de ZKH (gem. 5,8) en de GHZ (gem. 5,3).

De verdeling naar beroepsgroepen laat ook grote verschillen zien. Zo wordt de meeste fysieke belasting ervaren door medewerkers in medisch ondersteunende functies binnen ziekenhuizen (gem. 6,2) en facilitair medewerkers (gem. 5,9). Beleidsmedewerkers en psychologen ervaren gemiddeld de minste fysieke belasting (beiden gem. 4,0).

Bekendheid met beleid fysieke belasting en veilig gedrag

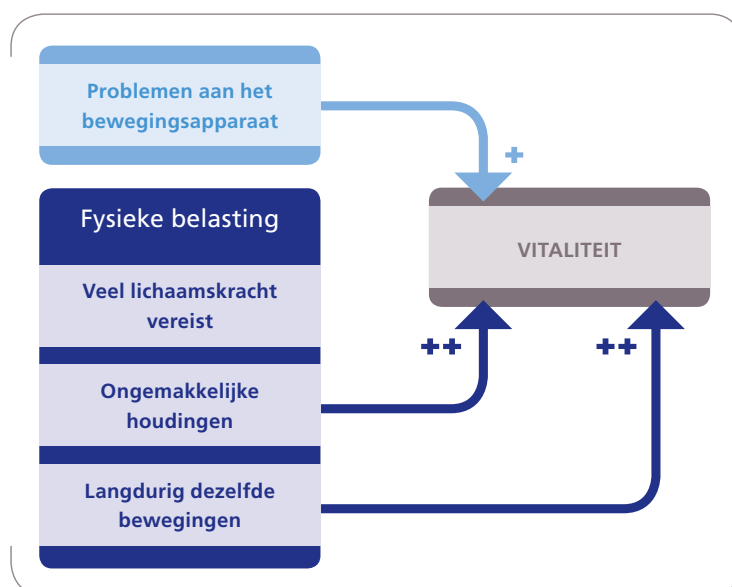
- 14,2% van de zorgmedewerkers is niet bekend met de maatregelen, procedures en afspraken op het gebied van fysieke arbeidsbelasting, 48,2% is deels bekend en 37,6% is volledig bekend.
- Veilig gedrag bestaat uit twee onderdelen: (1) het naleven van maatregelen, procedures en afspraken om de eigen fysieke belasting te verminderen (naleving); (2) het deelnemen aan de verbetering van de veiligheid in de werkomgeving om fysieke belasting bij zichzelf en anderen te verminderen (participeren).
- 59,1% van de zorgmedewerkers leeft het fysieke veiligheidsbeleid altijd na, 37,1% participeert in de verbetering van fysieke veiligheid in de werkomgeving.
- Van de zorgmedewerkers die fysieke belasting ervaren blijkt 6,6% niet bekend met het beleid fysieke belasting. Dit percentage ligt met 23,5% bij artsen en 26,9% bij psychologen het hoogst.
- Ergocoaches zijn meer bekend met het beleid fysieke belasting en vertonen vaker veilig gedrag (gem. 3,8) ten opzichte van medewerkers zonder ergocoach taken (gem. 3,3) op een schaal 1-5. Niet alle ergocoaches laten veilig gedrag zien, hier is ruimte voor verbetering.

3.2 De impact van lichamelijke klachten en fysieke belasting

In de vorige paragraaf is beschreven wat de mate van lichamelijke gezondheid en fysieke belasting is. In deze paragraaf wordt beschreven wat de impact van lichamelijke gezondheidsproblemen en fysieke belasting is op drie gebieden; de zorgmedewerker, de zorgorganisatie en de maatschappelijke uitdaging om de zorgkosten te beheersen.

3.2.1 Impact op zorgmedewerkers: vitaliteit

Vitaliteit gaat over het energiek, fit en sterk voelen om (pro)actief te werken en energie te krijgen uit het werk. Zorgmedewerkers geven hun vitaliteit gemiddeld een 6,8 (schaal 1-10). De ervaring van fysieke belasting op het werk is de grootste bepaler voor vitaliteit. Hoe hoger de fysieke belasting wordt ervaren hoe sterker de vitaliteit afneemt. Werken in een ongemakkelijke houding en langdurig dezelfde bewegingen maken hebben beiden een negatief effect op vitaliteit (resp. $\beta = -0,08$ en $\beta = -0,09$). De tweede bepalende factor is het hebben van problemen aan het bewegingsapparaat. Hierdoor vermindert de vitaliteit van zorgmedewerkers ($\beta = -0,07$).



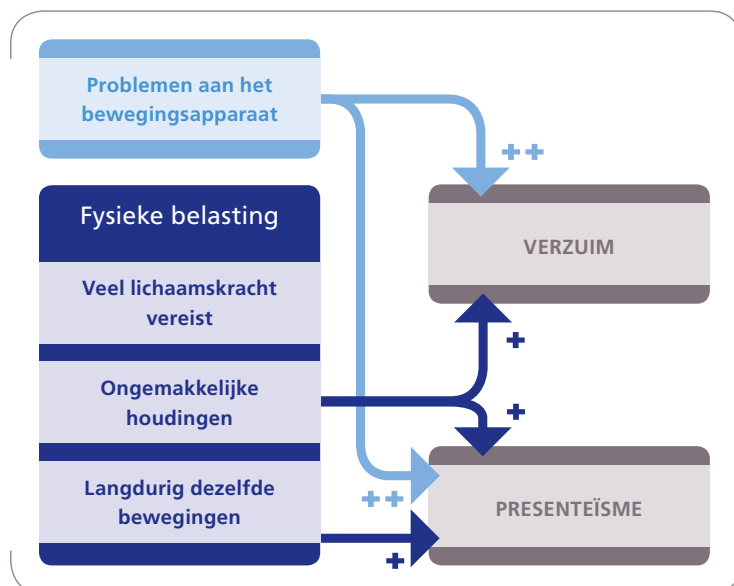
⁴ De plusjes geven aan welke factoren de meeste impact hebben. Hierbij geldt: hoe meer plusjes, hoe sterker het verband.

FIGUUR 3.1 | Impact lichamelijke klachten en fysieke belasting op vitaliteit⁴

3.2.2 Impact op zorgorganisaties: verzuim en presentieisme

Uit de resultaten blijkt dat 33,1% van de zorgmedewerkers aangeeft minstens eenmaal per jaar verzuimd te hebben van het werk, bij 44,7% van deze medewerkers was dit verzuim werkgerelateerd. Werkgerelateerd verzuim is vaker middellang of lang van aard dan niet-werkgerelateerd verzuim.

Zorgmedewerkers die problemen hebben aan het bewegingsapparaat hebben een grotere kans om te verzuimen dan zorgmedewerkers zonder deze problemen (OR = 2,07). Dit geldt ook voor zorgmedewerkers die meer fysieke belasting ervaren, al is dit effect op verzuim minder sterk. Werken in een ongemakkelijke houding is de enige vorm van fysieke belasting die significant gerelateerd is aan verzuim (OR = 1,11). Als de mate waarin er in ongemakkelijke houdingen wordt gewerkt toeneemt, neemt de kans op verzuim ook toe.



FIGUUR 3.2 | Impact lichamelijke klachten en fysieke belasting op verzuim en presentieisme

Naast het verband met verzuim is gekeken naar het verband met presentieisme (naar het werk gaan ondanks ziekte). Dit verschijnsel wordt vaak gekoppeld aan productiviteitsverlies en is hiermee een interessant onderwerp voor werkgevers⁵. Van de zorgmedewerkers geeft 59,9% aan in het afgelopen jaar te zijn gaan werken ondanks ziekte. Bij 10,7% is dit zelfs meerdere keren voorgekomen.

De resultaten laten zien dat zorgmedewerkers met problemen aan het bewegingsapparaat een grotere kans hebben om te gaan werken ondanks ziekte dan medewerkers die deze problemen niet ervaren (OR = 2,48). Daarnaast laten de resultaten zien dat het werken in een ongemakkelijke houding en langdurig dezelfde bewegingen maken ook effect hebben op presentieisme (resp. OR = 1,22 en OR = 1,24). Kortom: hoe meer problemen aan het bewegingsapparaat of hoe groter de ervaren fysieke belasting, hoe groter de kans dat zorgmedewerkers gaan werken terwijl ze ziek zijn.

⁵ Bron: Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.

3.2.3 Impact op de maatschappelijke uitdaging om zorgkosten te beheersen

Analyses op het zelf gerapporteerde zorggebruik laten zien dat 54,3% van de zorgmedewerkers het afgelopen jaar minimaal één zorgverlener heeft geconsulteerd voor problemen aan het bewegingsapparaat. De fysiotherapeut en de huisarts worden het meest geconsulteerd (resp. 37,8% en 26,1%).

Het hebben van problemen aan het bewegingsapparaat vergroot de kans op zorggebruik voor lichamelijke klachten aanzienlijk (OR = 96,1). Ook bepalend, maar in mindere mate, is de fysieke belasting. De mate waarin het werk veel lichaamskracht vereist (OR = 1,13) of de mate waarin langdurig dezelfde bewegingen gemaakt moeten worden (OR = 1,15) zijn ook gerelateerd aan het zorggebruik voor lichamelijke klachten. Medewerkers die deze twee vormen van fysieke belasting in toenemende mate ervaren, hebben ook een grotere kans op zorggebruik. Uit de zorggebruik analyses⁶ blijkt dat er een verband bestaat tussen het zorggebruik fysiotherapie en het ziekteverzuim binnen zorgorganisaties. Bovengemiddeld grote zorgorganisaties met een hoog fysiotherapiegebruik hebben een significant hoger ziekteverzuim. Het is hiermee dus niet alleen een maatschappelijke uitdaging maar ook een belangrijke factor voor werkgevers.



FIGUUR 3.3 | Impact lichamelijke klachten en fysieke belasting op zorggebruik

3.3 Mogelijke oplossingsrichtingen om lichamelijke klachten te verminderen

De zorg eist veel van zorgmedewerkers en werkgevers. Onder andere transitietrajecten, bezuinigingen, wisselende wet- en regelgeving en administratiedruk maken dat er weinig tijd en budget beschikbaar is om gezondheid en inzetbaarheid structureel te verbeteren. Het uitgangspunt in dit onderzoek is het zoeken naar effectieve oplossingsrichtingen voor het verbeteren van de gezondheid met als doel de beperkte tijd en financiële middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Uit eerdere onderzoeken van Stichting IZZ blijkt dat het aanpakken van de meest beïnvloedbare factoren een vliegwielfunctie heeft⁷. De positieve resultaten beïnvloeden de andere factoren ook positief. Hieronder worden drie meest effectieve oplossingsrichtingen besproken om problemen aan het bewegingsapparaat en fysieke belasting te verminderen.

3.3.1 Verminder de fysieke belasting

Zoals in paragraaf 3.2 is besproken heeft het verminderen van de fysieke belasting een positieve invloed op de vitaliteit van medewerkers, het verzuim, presentisme en het zorggebruik. Het verminderen van de fysieke belasting heeft het meeste effect op het verminderen van problemen aan het bewegingsapparaat (OR = 2,72). Bij een toename in fysieke belasting neemt de kans op problemen aan het bewegingsapparaat met maar liefst 170% toe. Aangezien de aanwezigheid van problemen met het bewegingsapparaat ook de kans op verminderde vitaliteit, verzuim, presentisme en zorggebruik vergroot, is het van essentieel belang dat de fysieke belasting in de zorg zoveel mogelijk wordt beperkt. Het verder toepassen en integreren van de

⁶ Bron: Stichting IZZ Jaarrapport Zorggebruik 2013.

⁷ Bron: Stichting IZZ Benchmark Vitaliteitsvoorzorg 2012.

normen en praktische handleidingen beschreven in de Arbo catalogi zoals de til-technieken en inzet van hulpmiddelen is daarom een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast zijn er veel goede voorbeelden in de praktijken, kijk bijvoorbeeld op www.zorgsuccessen.nl.

3.3.2 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat

Bij preventie van fysieke belasting wordt veel aandacht besteed aan verandering van gedrag. Hoe iemand iets doet en welke keuzes men maakt zijn immers bepalend voor de mate van fysieke belasting. Uit wetenschappelijke literatuur weten we dat gedrag op de werkvloer in hoge mate wordt bepaald door de percepties die medewerkers hebben van het gedrag dat door de organisatie wordt ondersteund of beloond. Gedrag waarvan gedacht wordt dat het niet beloond of zelfs bestraft wordt, zal daarom minder snel vertoond worden dan gedrag dat in de ogen van de medewerker wordt gewaardeerd door de organisatie⁸. Als we dit vertalen naar het domein van fysieke belasting en lichamelijke gezondheid, betekent dit dat medewerkers gezond en fysiek veilig gedrag vertonen als zij ervaren dat de organisatie hier waarde aan hecht.

De percepties die medewerkers hebben van de waarde en het belang die de organisatie hecht aan fysieke belasting en lichamelijke gezondheid wordt ook wel het veiligheidsklimaat genoemd⁹. Dit veiligheidsklimaat bestaat uit vijf dimensies die elkaar onderling beïnvloeden: prioriteit van hoger management, betrokkenheid van direct management, groepsnormen en -gedrag op de afdeling, communicatie en participatiemogelijkheden van zorgmedewerkers.

	Gemiddelde score op een schaal 1-10	% Medewerkers dat dit als slecht of zeer slecht ervaart	% Medewerkers dat dit als gemiddeld ervaart	% Medewerkers dat dit als goed of zeer goed ervaart
Fysiek veiligheidsklimaat totaal	5,87	16,9%	48,6%	34,4%
Hoger management prioriteit	5,61	28,8%	38,0%	33,1%
Direct management betrokkenheid	6,41	16,7%	30,9%	52,6%
Groepsnormen en -gedrag op de afdeling	6,15	20,0%	31,8%	48,1%
Communicatie	5,54	28,1%	41,3%	30,8%
Participatiemogelijkheden	5,31	23,4%	46,6%	30,2%

TABEL 3.3 | Veiligheidsklimaat met betrekking tot fysieke belasting

Met dit onderzoek hebben we onderzocht hoe het fysieke veiligheidsklimaat in de zorg wordt ervaren en hoe dit klimaat gerelateerd is aan fysieke belasting en problemen aan het bewegingsapparaat.

⁸ Bron: Reichers, A.E. & Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. In: Schneider, B. (red.). *Organizational climate and culture*, pp. 5–39, San Francisco: Jossey-Bass.

⁹ Bron: Zohar, D. (2014). Safety climate: conceptualization, measurement and improvement. In: Schneider, B. & Barbera, K.M. (red.). *The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture*, pp. 318–334, New York: Oxford University Press.

Over het algemeen wordt het fysieke veiligheidsklimaat binnen zorgorganisaties als gemiddeld beoordeeld. Ongeveer de helft (48,6%) van de zorgmedewerkers ervaart het fysieke veiligheidsklimaat van hun organisatie als gemiddeld. De andere helft van de medewerkers (34,4%), ervaart het fysieke veiligheidsklimaat als goed of zeer goed terwijl 16,9% het als slecht of zeer slecht ervaart. De betrokkenheid van het direct management bij fysieke belasting en de groepsnormen op de afdeling omtrent fysieke belasting worden als best beoordeeld (resp. gem. 6,4 en 6,2). De communicatie en de participatiemogelijkheden van zorgmedewerkers met betrekking tot fysieke belasting worden het minst goed beoordeeld (resp. gem. 5,5 en 5,3).

Een uitsplitsing naar de vier grote zorgbranches laat zien dat binnen de VVT en de GHZ het fysieke veiligheidsklimaat een hogere score krijgt (resp. gem. 6,4 en 6,1) dan binnen de ZKH en de GGZ (resp. gem. 5,7 en 5,3). Vooral binnen de GGZ ervaart een relatief groot deel het fysieke

veiligheidsklimaat als slecht (24,3%) en een relatief klein deel ervaart het als goed (18,0%). De grootste verschillen tussen branches zijn te zien op het gebied van groepsnormen op de afdeling en communicatie over fysieke belasting, waarbij dit binnen de VVT het hoogst gescoord wordt (resp. gem. 7,0 en 6,2) en binnen de GGZ het laagst (resp. gem. 5,3 en 4,9). Gezien de verschillen tussen branches kan er nog winst behaald worden door het uitwisselen van kennis en best practices tussen branches.

Een uitsplitsing naar beroepsgroepen maakt duidelijk dat managers en beleidsmedewerkers het fysieke veiligheidsklimaat het meest positief ervaren (resp. gem. 6,9 en 6,2), terwijl de beroepsgroepen psychologen en artsen dit klimaat het slechtst beoordelen (resp. gem. 4,9 en 5,1).

Uit analyses blijkt dat medewerkers die het fysieke veiligheidsklimaat van hun organisatie positiever beoordelen, ook minder fysieke belasting ervaren ($\beta = -0,13$). Bovendien weten we dat dit ook effect heeft op het al dan niet hebben van problemen aan het bewegingsapparaat (OR = 0,65). Analyses laten namelijk zien dat als het fysieke veiligheidsklimaat beter wordt beoordeeld, de kans op problemen aan het bewegingsapparaat met 35% afneemt.

3.3.3 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat

Naast het fysieke veiligheidsklimaat wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar het veiligheidsklimaat voor psychosociale arbeidsbelasting. Dit noemen we het psychosociale veiligheidsklimaat en beschrijft de percepties van medewerkers over de waarde en het belang die de organisatie hecht aan psychosociale belasting en geestelijke gezondheid¹⁰. Het psychosociale veiligheidsklimaat bestaat uit dezelfde vijf dimensies als het fysieke veiligheidsklimaat.

	Gemiddelde score op een schaal 1-10	% Medewerkers dat dit als slecht of zeer slecht ervaart	% Medewerkers dat dit als gemiddeld ervaart	% Medewerkers dat dit als goed of zeer goed ervaart
Psychosociaal veiligheidsklimaat totaal	5,76	18,9%	50,4%	30,8%
Hoger management prioriteit	5,31	33,4%	39,4%	27,3%
Direct management betrokkenheid	6,35	18,1%	29,6%	52,2%
Groepsnormen en -gedrag op de afdeling	6,47	15,6%	28,8%	55,7%
Communicatie	5,35	31,4%	42,0%	26,5%
Participatiemogelijkheden	5,32	29,3%	48,2%	22,6%

TABEL 3.4 | Veiligheidsklimaat met betrekking tot psychosociale belasting

Ook het psychosociale veiligheidsklimaat binnen zorgorganisaties wordt met een 5,76 (schaal 1-10) als gemiddeld beoordeeld. Ongeveer de helft (50,4%) van de zorgmedewerkers ervaart het psychosociale veiligheidsklimaat van hun organisatie als gemiddeld. Van de andere helft ervaart het grootste deel het fysieke veiligheidsklimaat als goed of zeer goed (30,8%), de rest van de medewerkers (18,9%) ervaart het als slecht of zeer slecht.

De betrokkenheid van het direct management bij psychosociale belasting en de groepsnormen op de afdeling omtrent psychosociale belasting worden als best beoordeeld (resp. gem. 6,4 en 6,5). De prioriteit die het hoger management aan dit onderwerp geeft en de participatiemogelijkheden op het gebied van psychosociale belasting worden het minst goed beoordeeld (beiden gem. 5,3).

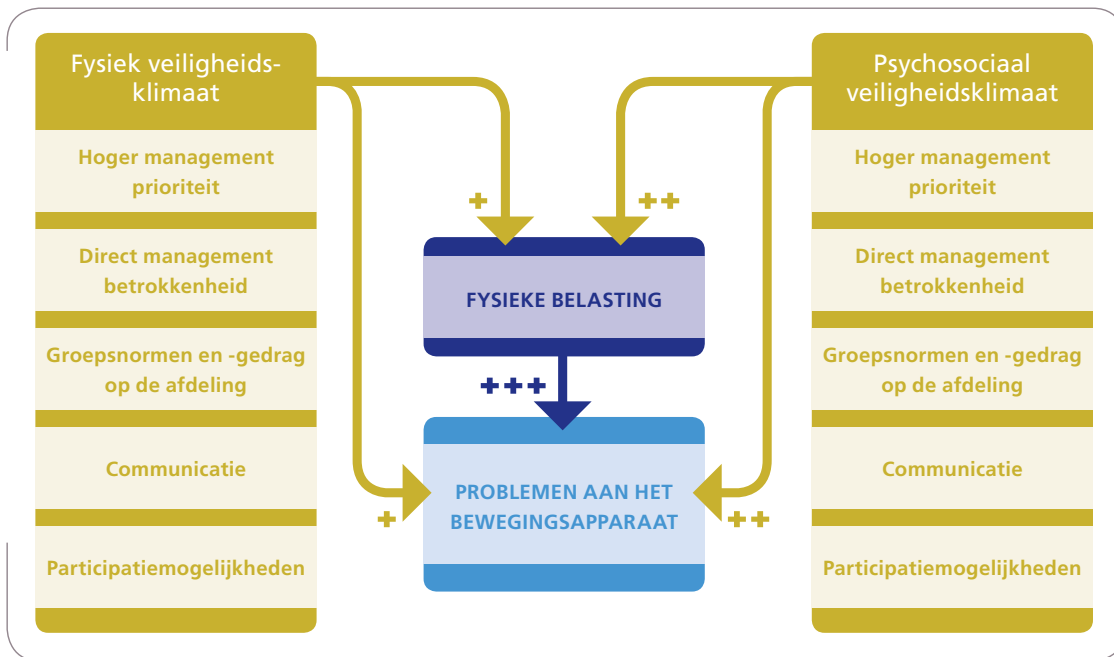
Een uitsplitsing naar de vier grote zorgbranches laat zien dat binnen de VVT en de GHZ branches het psychosociale veiligheidsklimaat een hogere score krijgt (resp. gem. 5,9 en 6,1) dan binnen de ZKH en de GGZ (resp. gem. 5,5 en 5,7). De grootste verschillen tussen branches

¹⁰ Bron: Dollard, M.F. & Bakker, A.B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 579-599.

zijn afdelings- en groepsnormen over psychosociale belasting en prioriteit van het hoger management voor psychosociale belasting. Binnen de GHZ wordt het hoogst gescoord (resp. gem. 6,8 en 5,7) en binnen de ZKH het laagst (resp. gem. 6,0 en 5,0).

Een uitsplitsing naar beroepsgroepen maakt duidelijk dat managers en verzorgenden het fysieke veiligheidsklimaat het meest positief ervaren (resp. gem. 6,7 en 5,9), terwijl paramedici en psychologen dit klimaat het slechtst beoordelen (beiden gem. 5,4).

Opvallend is dat naast het fysieke veiligheidsklimaat, ook het psychosociale veiligheidsklimaat gerelateerd is aan fysieke belasting en lichamelijke problemen die medewerkers ervaren. Uit analyses blijkt namelijk dat medewerkers die het psychosociale veiligheidsklimaat van hun organisatie positiever beoordelen, ook minder fysieke belasting ervaren ($\beta = -0,19$). De resultaten laten zien dat het effect van psychosociale veiligheidsklimaat zelfs nog groter is dan het effect van het fysieke veiligheidsklimaat. Deze psychosociale variant van veiligheidsklimaat houdt verband met lichamelijke klachten (OR = 0,60). Als het psychosociale veiligheidsklimaat beter wordt beoordeeld, neemt de kans op problemen aan het bewegingsapparaat met 40% af. Blijkbaar maakt het voor fysieke belasting en lichamelijke gezondheid van medewerkers niet alleen uit hoe men ervaart dat er binnen de organisatie met fysieke belasting wordt omgegaan, maar is de omgang met psychosociale belasting minstens zo belangrijk hiervoor.



FIGUUR 3.4 | Overzicht oplossingsrichtingen voor problemen aan het bewegingsapparaat en fysieke belasting

4

Geestelijke gezondheid en psychosociale arbeidsbelasting

Naast lichamelijke gezondheid richt dit onderzoek zich ook op geestelijke gezondheid.

Hiervoor is deelnemers aan het onderzoek gevraagd naar de mate van emotionele uitputting in het afgelopen jaar. Daarnaast is gevraagd naar de ervaring van psychosociale arbeidsbelasting in het werk, hoe de medewerker hier zelf mee omgaat en hoe de medewerker de omgang met psychosociale arbeidsbelasting binnen zijn organisatie ervaart. Ten slotte is getoetst in hoeverre emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting gerelateerd zijn aan uitkomsten voor de werknemer, werkgever en de maatschappij als geheel.

4.1 De geestelijke klachten en ervaren psychosociale arbeidsbelasting

4.1.1 Een deel van de zorgmedewerkers voelt zich emotioneel uitgeput door het werk

Emotionele uitputting is een dimensie van burn-out en staat voor een gevoel van extreme vermoeidheid vanwege het werk¹¹. Het gaat om een ernstige mate van vermoeidheid, frustratie en een opgebrand gevoel. Van de zorgmedewerkers geeft 8,3% aan zich soms emotioneel uitgeput te voelen. 5,5% voelt zich vaak of altijd emotioneel uitgeput.

	Gemiddelde score op een schaal 1-10	% Medewerkers dat zich zelden of nooit zo voelt	% Medewerkers waarbij dit soms voorkomt	% Medewerkers waarbij dit vaak of altijd voorkomt
Emotionele uitputting	3,28	86,3%	8,3%	5,5%

TABEL 4.1 | Emotionele uitputting

Een uitsplitsing naar branches laat zien dat de emotionele uitputting het hoogst is onder medewerkers in de GGZ (gem. 3,4, schaal 1-10) gevolgd door medewerkers in de GHZ (gem. 3,3). Hier geldt dat hoe lager de score op deze puntenschaal, hoe minder emotionele uitputting ervaren wordt. De emotionele uitputting ligt binnen de VVT en de ZKH het laagst (beiden gem. 3,2). De verschillen tussen beroepsgroepen zijn groter dan de verschillen tussen branches. Zo blijkt dat de emotionele uitputting het hoogst is onder psychologen (gem. 3,7) en artsen (gem. 3,6) en het laagst onder polikliniek- en beleidsmedewerkers (beiden gem. 3,0).

Mantelzorgers: een risicogroep voor psychosociale arbeidsbelasting

- 30% van de zorgmedewerkers heeft mantelzorgtaken. De VVT heeft met 40% het grootste aantal medewerkers met mantelzorgtaken.
- Mantelzorgers zijn gemiddeld vaker emotioneel uitgeput dan hun collega's die niet op vrijwillige basis zorg verlenen aan mensen in hun persoonlijke omgeving (geen mantelzorgtaken: gem. score 3,2 op emotionele uitputting, wel mantelzorgtaken: gem. score 3,3).
- Mantelzorgers ervaren een hogere mate van emotionele belasting en een hogere mate van werkdruk tijdens hun werk (geen mantelzorgtaken: gem. score 5,5 op werkdruk/ gem. score 6,0 op emotionele belasting. Wel mantelzorgtaken: gem. score 5,6 op werkdruk/ gem. score 6,2 op emotionele belasting).
- Het grootste verschil tussen mantelzorgers en niet-mantelzorgers is zichtbaar op het gebied van het werk-privé conflict. Mantelzorgers ervaren een hogere mate van werk-privé conflict dan niet-mantelzorgers. (geen mantelzorgtaken: 3,6 gem. score, wel mantelzorgtaken: 3,9 gem. score).

¹¹ Bron: Taris, T., Houtman, I. & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.

4.1.2 Hoge mate van psychosociale arbeidsbelasting onder een deel van de zorgmedewerkers

Psychosociale arbeidsbelasting is een verzamelnaam voor alle arbeidsrisico's die werkstress kunnen veroorzaken zoals emotionele belasting, werkdruk, werk-privé conflict en ongewenste omgangsvormen zoals agressie en geweld, pesten en roddelen.

Emotionele belasting in het werk is de vorm van psychosociale arbeidsbelasting die het vaakst voorkomt onder zorgmedewerkers: 43,7% van de zorgmedewerkers heeft vaak of altijd emotioneel belastend werk. Dit werk vereist dat men zich inleeft in de persoonlijke problemen van anderen, in emotioneel belastende situaties terecht komt en emotioneel betrokken is bij het werk.

Werkdruk en werk-privé conflict komen iets minder vaak voor, maar toch ervaart nog steeds 31,1% vaak of altijd werkdruk en 14% ervaart vaak of altijd werk-privé conflict. Werkdruk gaat over de hoeveelheid werk die verricht moet worden in relatie tot de tijd die men daarvoor heeft. Werk-privé conflict beschrijft de mate waarin het werk de activiteiten in het privéleven bemoeilijkt.

Van de onderzochte ongewenste omgangsvormen komt agressie het vaakst voor: 59,4% van de zorgmedewerkers komt weleens in aanraking met verbale of fysieke agressie op de werkvloer. Bij 12,6% van de medewerkers gebeurt dit vaak of altijd. Van alle medewerkers die aangeven te maken hebben gehad met agressie geeft 94,9% aan dat dit afkomstig is van patiënten/cliënten of bezoekers.

Ongeveer de helft van de zorgmedewerkers (48,3%) geeft aan dat er op de werkvloer sprake is van roddelen of kwaadspreken over een ander, bij 6,7% van de zorgmedewerkers komt dit vaak of altijd voor. De bron van deze ongewenste omgangsvorm is in de meeste gevallen één of meerdere collega's (91,1%). Pesten komt het minst vaak voor, 5% van de zorgmedewerkers geeft aan gepest te worden op het werk. Ook dit gebeurt in de meeste gevallen (70%) door één of meerdere collega's.

	Gemiddelde score op een schaal 1-10	% Medewerkers waarbij dit zelden of nooit voorkomt	% Medewerkers waarbij dit soms voorkomt	% Medewerkers waarbij dit vaak of altijd voorkomt
Emotionele belasting	6,05	10,6%	45,7%	43,7%
Werkdruk	5,53	19,4%	49,5%	31,1%
Werk-privé conflict	3,68	24,5%	61,5%	14,0%
Ongewenste omgangsvormen				
Agressie (verbaal of fysiek)		40,6%	46,8%	12,6%
Pesten		95,0%	4,4%	0,6%
Roddelen of kwaadspreken		51,7%	41,6%	6,7%

TABEL 4.2 | Psychosociale arbeidsbelasting

Evenals bij de scores op emotionele uitputting, zien we dat de hoogste scores op emotionele belasting en werkdruk in de GGZ en GHZ liggen (resp. gem. 6,4/5,8 en 6,2/5,8). De gemiddelde score op deze vormen van psychosociale arbeidsbelasting zijn 5,9 en 5,4 in de VVT en 5,8 en 5,3 in de ZKH. De verschillen in werk-privé conflict zijn kleiner, alle branches scoren hier afgerond 3,7. Wat betreft ongewenste omgangsvormen zien we ook vrijwel geen branche-verschillen op pesten of roddelen. Er zijn wel verschillen zichtbaar op het gebied van agressie; in

de GHZ komt dit het vaakst voor (73,3% heeft hier mee te maken, 25% vaak of altijd), gevolgd door de GGZ (71,1% heeft hiermee te maken, 16,9% vaak of altijd) en de VVT (56,3% heeft hiermee te maken, 11,8% vaak of altijd). In de ZKH komt agressie het minst vaak voor (44,3% heeft hiermee te maken, 2,3% vaak of altijd).

De emotionele belasting en werkdruk ligt het hoogst bij de beroepsgroepen artsen (gem. 7,1 en 6,5, schaal 1-10) en psychologen (gem. 7,3 en 6,2). Facilitair medewerkers en beleidsmedewerkers ervaren de minste emotionele belasting in hun werk (gem. 4,8 en 5,1), terwijl facilitair medewerkers en medewerkers in medische ondersteunende functies in ziekenhuizen relatief de minste werkdruk ervaren (beiden gem. 5,0). Wat betreft werk-privé conflict zijn het ook de artsen (gem. 4,6) en de psychologen (gem. 3,8) die dit het meest ervaren. Het werk bemoeilijkt activiteiten in het privéleven het minst bij medewerkers met een administratieve functie (gem. 3,3) of een beleidsfunctie (gem. 3,4). Ten slotte laten de resultaten zien dat verzorgenden het vaakst te maken hebben met agressie op de werkvloer (73,8% heeft hiermee te maken, 22,3% vaak of altijd), beleidsmedewerkers het minste (17,4% heeft hiermee te maken, 1,9% vaak of altijd). Verschillen zijn ook zichtbaar als het gaat om geroddel tijdens het werken; managers (54,4% heeft hiermee te maken, 6,7% vaak of altijd) en medewerkers in medisch ondersteunende functies in ziekenhuizen (53,3% heeft hiermee te maken, 9,4% vaak of altijd) hebben hier het vaakst mee te maken, terwijl beleidsmedewerkers (36,9% heeft hiermee te maken, 5,2% vaak of altijd) dit het minst vaak ervaren. Er zijn nauwelijks verschillen zichtbaar tussen beroepsgroepen op het gebied van pesten.

Bekendheid met beleid psychosociale arbeidsbelasting en veilig gedrag

- 19,3% van de zorgmedewerkers is niet bekend met de maatregelen, procedures en afspraken op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting, 54,6% is deels bekend en 26,1% is volledig bekend
- Veilig gedrag bestaat uit twee onderdelen: (1) het naleven van maatregelen, procedures en afspraken om de eigen psychosociale arbeidsbelasting te verminderen (naleving) (2) het participeren in de verbetering van de veiligheid in de werkomgeving om psychosociale arbeidsbelasting bij zichzelf en anderen te verminderen (participatie).
- 56,2% van de zorgmedewerkers leeft het psychosociale veiligheidsbeleid altijd na, 46,1% participeert in de verbetering van psychosociale veiligheid in de werkomgeving
- Van de zorgmedewerkers die emotionele belasting ervaren blijkt 18,9% niet bekend te zijn met het beleid psychosociale arbeidsbelasting. Dit percentage ligt met 36,1% bij artsen en 33,3% bij paramedici het hoogst.

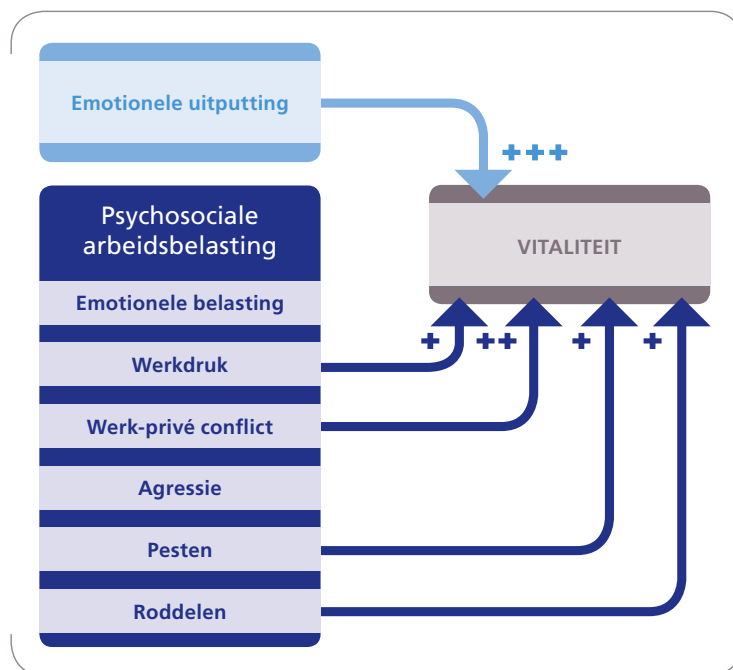
4.2 De effecten van emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting

In de vorige paragraaf werd duidelijk wat de situatie op het gebied van emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting is, maar wat betekent dit nu? In deze paragraaf bespreken we de impact van emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting op drie gebieden: de zorgmedewerker, de zorgorganisatie en de maatschappelijke uitdaging om de zorgkosten te beheersen. De gevolgen op deze drie gebieden worden achtereenvolgens beschreven.

4.2.1 Impact voor zorgmedewerkers: vitaliteit

Zorgmedewerkers geven hun vitaliteit gemiddeld een 6,8 (schaal 1-10). Vitaliteit gaat over het energiek, fit en sterk voelen om (pro)actief te werken en energie te krijgen uit het werk. De mate van emotionele uitputting heeft een duidelijke negatieve invloed op de vitaliteit van zorgmedewerkers ($\beta = -0,55$). Hoewel dit effect sterker is dan het effect van verschillende vormen van psychosociale arbeidsbelasting, laten de resultaten zien dat deze ook gerelateerd zijn aan vitaliteit. Zo blijken werkdruk en werk-privé conflict negatief gerelateerd te zijn aan vitaliteit.

teit ($\beta = -0,11$ en $\beta = -0,30$). Pesten en roddelen hebben ook een negatief effect op de vitaliteit van zorgmedewerkers ($\beta = -0,08$ en $\beta = -0,07$). Emotionele belasting en agressie op de werkvloer zijn niet geassocieerd met vitaliteit.



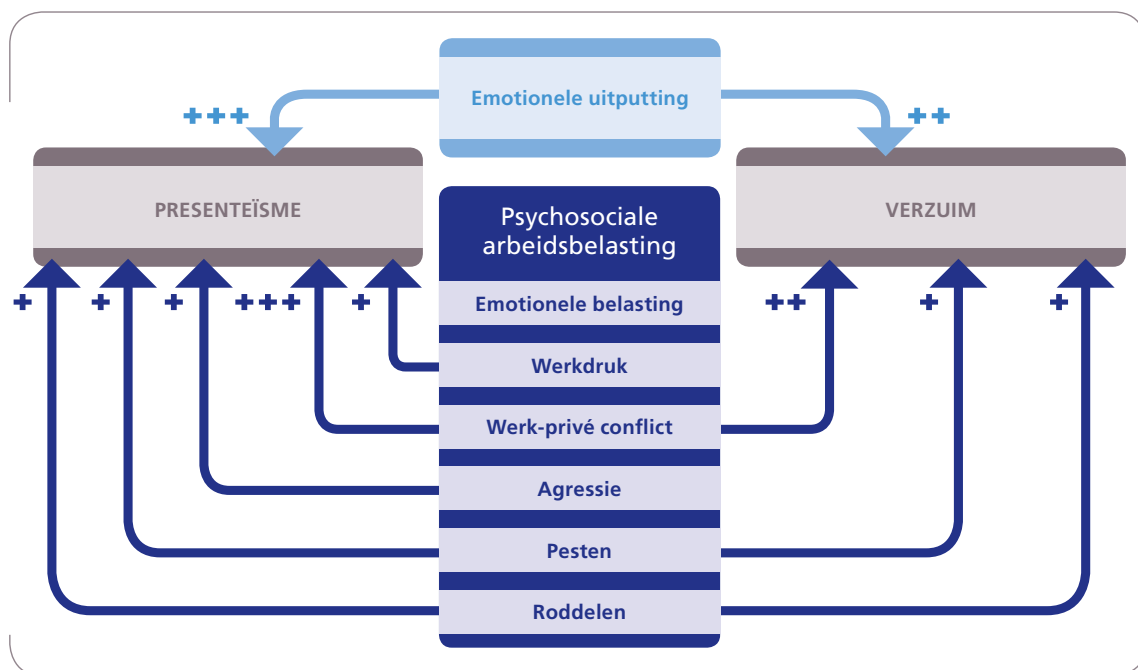
FIGUUR 4.1 | Impact emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting op vitaliteit.¹²

4.2.2 Impact voor zorgorganisaties: verzuim en presentieïsme

Uit de resultaten blijkt dat 33,1% van de zorgmedewerkers aangeeft minstens eenmaal per jaar verzuimd te hebben van het werk, bij 44,7% van deze medewerkers was dit verzuim werkgerelateerd. Werkgerelateerd verzuim is vaker middellang of lang van aard dan niet-werkgerelateerd verzuim.

De meest bepalende factoren voor verzuim onder zorgmedewerkers zijn de mate van emotionele uitputting en de mate van werk-privé conflict. Hoe hoger de mate van emotionele uitputting, hoe groter de kans op verzuim (OR = 1,41). Hetzelfde geldt voor werk-privé conflict (OR = 1,50). Ook pesten en roddelen op de werkvloer hebben een verband met verzuim. Zorgmedewerkers die gepest worden hebben een grotere kans op verzuim dan medewerkers die niet gepest worden (OR = 1,30). Ten slotte blijkt dat ook bij roddelen de kans op verzuim toeneemt (OR = 1,10). Hier zien we, net als bij de invloed op vitaliteit, dat het meemaken van agressie op de werkvloer geen effect heeft. Emotionele belasting en werkdruk hebben ook geen zwaarwegend effect op verzuim.

¹²De plusjes geven aan welke factoren de meeste impact hebben. Hierbij geldt: hoe meer plusjes, hoe sterker het verband.



FIGUUR 4.2 | Impact emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting op verzuim en presenteïsme

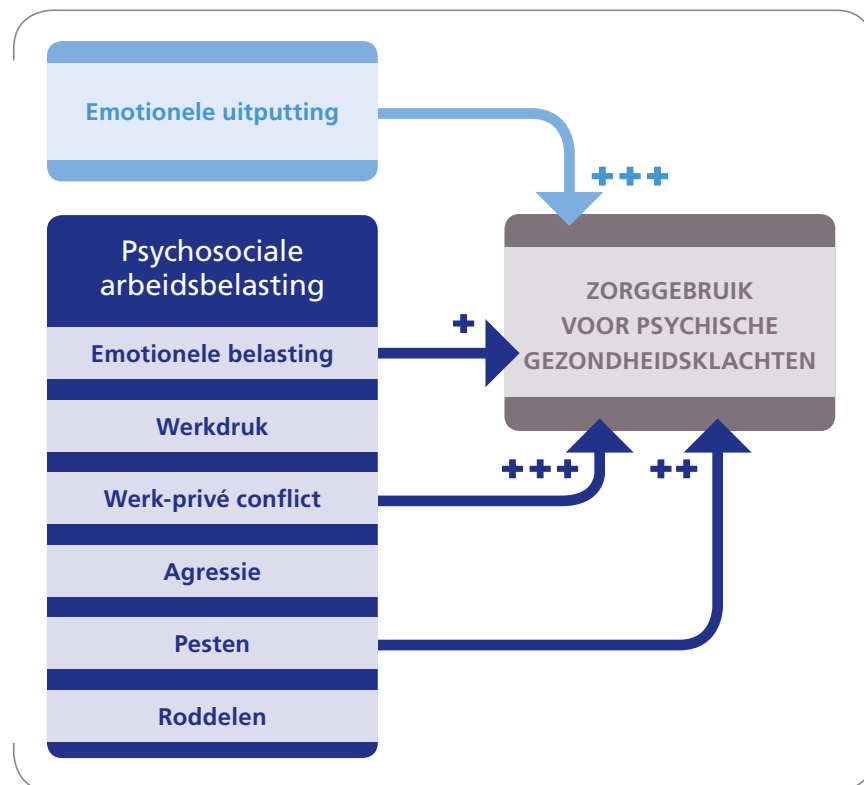
Naast het verband met verzuim is gekeken naar het verband met presenteïsme (verschijnen op het werk terwijl men ziek is). Van de zorgmedewerkers geeft 59,9% aan in het afgelopen jaar te zijn gaan werken ondanks ziekte. Bij 10,7% is dit zelfs meerdere keren voorgekomen.

De resultaten laten zien dat emotionele uitputting en werk-privé conflict het sterkste effect hebben op presenteïsme: hoe meer de zorgmedewerker emotionele uitputting (OR = 2,12) en werk-privé conflict (OR = 2,93) ervaart, hoe groter de kans dat men ziek gaat werken. Ook een hogere werkdruk vergroot de kans op presenteïsme (OR = 1,30). Tot slot blijkt dat alle drie de ongewenste omgangsvormen de kans op presenteïsme vergroten, namelijk agressie (OR = 1,10), pesten (OR = 1,33) en roddelen (OR = 1,21). Alleen emotionele belasting heeft geen effect op presenteïsme.

4.2.3 Impact voor de maatschappelijke uitdaging om zorgkosten te beheersen

Analyses op het zelf gerapporteerde zorggebruik laten zien dat 17,1% van de zorgmedewerkers het afgelopen jaar minimaal één zorgverlener heeft geconsulteerd voor psychische klachten. De psycholoog en de huisarts worden het vaakst geconsulteerd (resp. 7,6% en 6,5%).

Emotionele uitputting (OR = 1,95) en werk-privé conflict (OR = 2,44) hebben ook het sterkste verband met zorggebruik voor psychische klachten. Oftewel: medewerkers waarbij de emotionele uitputting of het werk-privé conflict toeneemt, hebben ook een grotere kans op zorggebruik voor psychische gezondheidsklachten. In tegenstelling tot de vorige uitkomsten, speelt emotionele belasting wel een rol in het zorggebruik van zorgmedewerkers. We zien namelijk dat emotionele belasting positief gerelateerd is aan zorggebruik (OR = 1,34). Ook pesten op het werk heeft een positief effect op zorggebruik (OR = 1,65). De andere twee ongewenste omgangsvormen - agressie en roddelen - en werkdruk hebben geen opvallend effect op zorggebruik voor psychische klachten.



FIGUUR 4.3 | Impact emotionele uitputting en fysieke arbeidsbelasting op zorggebruik

4.3 Mogelijke oplossingsrichtingen om emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting te beperken

De zorg eist veel van zorgmedewerkers en werkgevers. Onder andere transitietrajecten, bezuinigingen, wisselende wet- en regelgeving en administratiedruk maken dat er weinig tijd en budget beschikbaar is om gezondheid en inzetbaarheid structureel te verbeteren. Het uitgangspunt in dit onderzoek is het zoeken naar effectieve oplossingsrichtingen voor het verbeteren van de gezondheid met als doel de beperkte tijd en financiële middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Uit eerdere onderzoeken van Stichting IZZ blijkt dat het aanpakken van de meest beïnvloedbare factoren een vliegwielfunctie heeft¹³. De positieve resultaten beïnvloeden de andere factoren ook positief.

Hieronder worden drie mogelijke oplossingsrichtingen besproken om emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting te verminderen.

4.3.1 Verminder de psychosociale arbeidsbelasting: werk-privé conflict en werkdruk

Van de verschillende vormen van psychosociale arbeidsbelasting blijkt dat werk-privé conflict en werkdruk de meeste aandacht verdienen. De mate van werk-privé conflict is ten eerste een zeer bepalende factor voor het verbeteren van de vitaliteit, verminderen van het verzuimrisico, presentisme en de mate van zorggebruik. Bovendien laten de data zien dat werk-privé conflict niet alleen gerelateerd is aan de bovengenoemde uitkomsten, maar ook aan emotionele uitputting ($\beta = 0,64$). Hoewel dus maar een deel van de zorgmedewerkers aangeeft vaak of altijd last te hebben van werk-privé conflict, blijkt dit dus een belangrijk aanknopingspunt voor de verbetering van de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers.

Naast werk-privé conflict blijkt ook werkdruk een bepalende factor te zijn voor het verbeteren van de vitaliteit en het verminderen van presentisme onder zorgmedewerkers. Hoewel werkdruk dus geen impact heeft op alle van de bovengenoemde uitkomsten, blijkt uit de analyses dat werkdruk wel gerelateerd is aan emotionele uitputting ($\beta = 0,47$).

¹³Bron: Stichting IZZ Benchmark Vitaliteitsvoorzorg 2012.

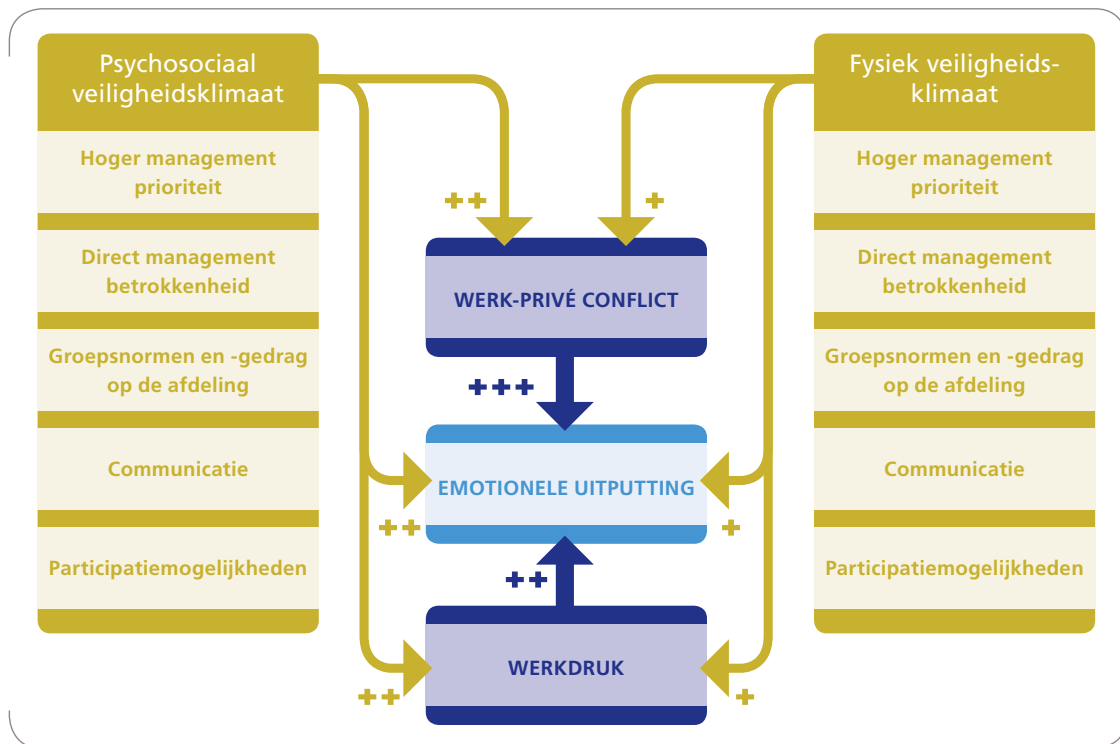
Het verminderen van de werkdruk heeft daarmee niet alleen impact op vitaliteit en presentisme, maar ook op emotionele uitputting van medewerkers. Aangezien we weten dat emotionele uitputting ook bepalend is voor de andere twee uitkomsten - verzuim en zorggebruik - maakt dat de vermindering van werkdruk een belangrijke oplossingsrichting is voor de verbetering van de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers.

Opvallend is dat omgang met agressie op de werkvloer niet van invloed is op verzuim terwijl het in grote mate voorkomt. In Nederlandse zorgcampagnes is momenteel veel aandacht voor agressie op de werkvloer. Het lijkt erop dat zorgmedewerkers agressie als een normaal onderdeel van het werk ervaren. Dit onderzoek laat zien dat in het kader van psychosociale arbeidsbelasting het verbeteren van de invloed van het werk op het privé leven en de werkdruk belangrijker zijn.

4.3.2 Verbeter het psychosociale veiligheidsklimaat

De percepties die medewerkers hebben van de waarde en het belang die de organisatie hecht aan psychosociale arbeidsbelasting en geestelijke gezondheid wordt ook wel het psychosociale veiligheidsklimaat genoemd. Hoe het psychosociale veiligheidsklimaat in de zorg wordt ervaren staat in paragraaf 3.3 beschreven.

Evenals in het vorige hoofdstuk laten de analyses zien dat medewerkers die het psychosociale veiligheidsklimaat van hun zorgorganisatie positief beoordelen, minder arbeidsbelasting ervaren. Zo zien we dat zorgmedewerkers die het psychosociale veiligheidsklimaat positiever beoordelen, een mindere mate van werk-privé conflict ($\beta = -0,25$) en een lagere werkdruk ($\beta = -0,18$) ervaren. Ook zijn deze zorgmedewerkers minder emotioneel uitgeput ($\beta = -0,33$).



FIGUUR 4.4 | Overzicht oplossingsrichtingen voor emotionele uitputting en psychosociale arbeidsbelasting

4.3.3 Verbeter het fysieke veiligheidsklimaat

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat de lichamelijke klachten aan het bewegingsapparaat ook verband houden met het psychosociale veiligheidsklimaat. Analyses laten zien dat het omgekeerde ook geldt: de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers is gerelateerd aan het fysieke veiligheidsklimaat.

Zorgmedewerkers die het fysieke veiligheidsklimaat binnen hun organisatie positiever beoordelen, zijn ook minder emotioneel uitgeput ($\beta = -0,12$). Daarnaast laten de analyses zien dat het fysieke veiligheidsklimaat ook een effect heeft op werk-privé conflict ($\beta = -0,09$) en werkdruk ($\beta = -0,12$). De effecten zijn echter minder sterk dan de effecten van het psychosociale veiligheidsklimaat. Desalniettemin wijzen deze resultaten erop dat een positief beoordeelde omgang met fysieke belasting van medewerkers niet alleen vruchten kan afwerpen in het fysieke domein, maar ook in het psychosociale domein.

Colofon sectorrapport
'Gezond werken in de zorg'

Wetenschappelijke redactie

Babette Bronkhorst

Redactie

Anouk ten Arve

Marc Spoek

Diederik Wieman

Realisatie

Gloedcommunicatie

Grafische vormgeving

Wunderbar visuele communicatie

Communicatie & Coördinatie

Mirella Bulsink

© Copyright november 2014. Niets uit deze uitgave mag op enigerlei wijze worden gekopieerd of gereproduceerd, zonder uitdrukkelijke toestemming van Stichting IZZ. Alle rechten voorbehouden.

**Erasmus
University
Rotterdam**



Stichting IZZ
Amersfoortseweg 15h
7313 AB Apeldoorn
Telefoon (055) 750 65 00
www.stichtingizz.nl