

**De relatie tussen patiënteisen en burnout in de gezondheidszorg: De modererende rol
van collegiale ondersteuning.**



Fleur M.C. Herben, SNR: 2024877

Departement Human Resource Studies, Universiteit van Tilburg

Bachelor thesis Personeelwetenschappen

Thesisbegeleider: S. Hartman

1 juni 2021

Abstract

Burnout wordt tegenwoordig, zeker in tijden van COVID-19, beschouwd als dé beroepsziekte binnen de zorgsector. Patiënteisen werden in eerdere studies reeds geopperd als een mogelijke oorzaak voor het ontstaan van burnout bij het zorgpersoneel. Deze studie heeft daarom de relatie tussen patiënteisen en het ontstaan van burnout bij zorgmedewerkers verder onderzocht, waarbij werd verwacht dat er een positieve, directe relatie zou bestaan tussen deze concepten. Collegiale ondersteuning werd in deze studie ook geanalyseerd om te onderzoeken of dit supporttype kan bijdragen aan het verminderen van burnout, als gevolg van veeleisend patiëntencontact binnen de zorgsector. Er werd daarom verwacht dat collegiale ondersteuning een moderator zou zijn op de relatie tussen patiënteisen en burnout. Deze studie werd uitgevoerd in Ierland met in totaal 980 verpleeg- en verloskundigen die deelnamen aan een online vragenlijst. Regressieanalyses hebben in deze studie geleid tot de volgende conclusie: de veeleisendheid van patiënten kan in veel gevallen leiden tot meer burnout onder het zorgpersoneel. Het zou daarom voor de praktijk wenselijk kunnen zijn om te zoeken naar mogelijkheden, die voorkomen dat zorgmedewerkers negatief worden beïnvloed door veeleisend patiëntencontact. Collegiale ondersteuning als een verzwakkende moderator heeft meer toekomstig onderzoek nodig om eenduidige uitspraken te kunnen doen, want de verwachting omtrent de moderatie door collegiale ondersteuning werd in deze studie niet ondersteund.

Kernwoorden: patiënteisen, burnout, collegiale ondersteuning, zorgsector, Equity Theorie, Job Demands-Resources Model

Nowadays (especially in times of COVID-19), burnout is considered to be the most prominent occupational disease within the sector of healthcare. Patient demands have been suggested as a potential cause for the occurrence of burnout among healthcare workers. This study therefore further investigated the relationship between patient demands and burnout, while hypothesizing a positive, direct relationship between these concepts. Colleague support was also included in this study for investigating whether this support type can contribute to reducing burnout among healthcare professionals, as a consequence of demanding patient contact. It was expected that colleague support could moderate the relationship between patient demands and burnout. This study was conducted in Ireland, and used a sample of 980 nurses and midwives who completed an online survey. Regression analyses led to the following conclusion: demanding patients can possibly increase burnout among healthcare workers. With regard to the sector of healthcare, it might therefore be desirable to search for possibilities to prevent healthcare workers from being

negatively affected by demanding patient contact. However, colleague support as a weakening moderator needs future research for making unambiguous statements, because the expectation about colleague support as a moderator was not supported by this study.

Keywords: patient demands, burnout, coworker support, healthcare sector, Equity Theory, Job Demands-Resources Model

Introductie

Op dit moment kampt 11% van alle verpleegkundigen wereldwijd met een vorm van burn-out (Sultana et al., 2020). Ondanks het feit dat COVID-19 waarschijnlijk de aanleiding is geweest voor deze verhoogde cijfers, betreft het zeker geen nieuwe materie. Burnout heeft zich de afgelopen decennia reeds gemanifesteerd als dé beroepsziekte binnen de gezondheidszorg (Sultana et al., 2020) en raakt daarom volgens eerder onderzoek niet alleen medewerkers, maar ook patiënten en zorginstanties (Jalili et al., 2020). Burnout onder het zorgpersoneel wordt in de meeste gevallen gekoppeld aan toenemende verzuim- en verloopcijfers, gebrek aan motivatie en het verdwijnen van groeps Moraal (Bani-Hani et al., 2016; Jalili et al., 2020). Patiënten lijden voornamelijk onder de afname van de zorgkwaliteit (Bani-Hani et al., 2016; Jalili et al., 2020) en zorginstanties zien de kosten van burnout oplopen en raken economisch uitgeput (Bani-Hani et al., 2016).

Patiënten lijden echter niet alleen onder de gevolgen van burnout bij het zorgpersoneel (Bani-Hani et al., 2016; Jalili et al., 2020), maar zij spelen ook een belangrijke rol bij het ontstaan van deze beroepsziekte (Stacey et al., 2009). De veeleisendheid van patiënten, in relatie tot het ontstaan van burnout bij zorgmedewerkers, heeft daarom de nodige klinische- en sociologische aandacht verkregen in het verleden (Stacey et al., 2009). Het consumentisme en het toenemende internetgebruik hebben ertoe geleid dat patiënten steeds veeleisender worden en op die manier het mentaal-emotionele welzijn van zorgmedewerkers, waaronder artsen, negatief beïnvloeden (Stacey et al., 2009). De hedendaagse consument is gewend aan - of “verwend” door- een breed scala aan mogelijkheden; een gedachtegang die ook in de gezondheidszorg wordt doorgevoerd (Stacey et al., 2009). Patiënten hebben constant behoefte aan voldoende autonomie en controle over hun eigen behandelingen (Stacey et al., 2009). Het zorgpersoneel dient in deze behoefte te voorzien, maar dit eist langzamerhand zijn tol door een disbalans tussen de verwachtingen van zowel patiënten als zorgmedewerkers (Stacey et al., 2009). De patiënteisen stijgen ook door het toenemende internetgebruik: hulpbehoevenden achten zichzelf tegenwoordig in staat om hun eigen ziekte te beoordelen, maar het welzijn van zorgmedewerkers lijdt onder deze ontwikkeling (Stacey et al., 2009).

De relatie tussen zogeheten *job demands*, zoals patiënteisen, en burnout wordt al empirisch ondersteund voor verschillende facetten van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld voor huisartsen, verpleegkundigen en coassistenten (An et al., 2009; Maslach & Jackson, 1984; Shirom, 1989). Deze patiënteisen worden echter in eerder wetenschappelijk onderzoek voornamelijk afgeleid uit zaken als *demanding patient encounters* (An et al., 2009; Kristoffersen & Friberg, 2017) of *job demands* (Bani-Hani et al., 2016; Demerouti et al., 2009). Er bestaat daarom op dit moment wel enige empirie voor de relatie tussen patiënteisen en burnout, die is afgeleid uit - of slechts deel uitmaakt van - deze gerelateerde concepten, maar eerder onderzoek heeft de mogelijke rol van patiënteisen, als een opzichzelfstaand concept, onvoldoende beschouwd voor deze relatie.

De modererende rol van collegiale ondersteuning in de zorgcontext wordt daarnaast in eerdere onderzoeken vooral afgeleid uit het feit dat collegiale ondersteuning fungeert als een *copingbron* tegen werkstressoren, zoals patiënteisen, die kunnen leiden tot een verhoogde kans op burnout (An et al., 2009; Lee & Akthar, 2007). Er wordt ook empirisch bewijs gegeven voor de modererende rol van collegiale ondersteuning door studies naar het belang van interactie met collega's (Keirse et al., 2014; Fridner et al., 2011) of door studies naar de invloed van teamwerk (Montgomery et al., 2015). De modererende rol van collegiale ondersteuning werd echter in het verleden vooral belicht in directe relatie tot uitsluitend burnout (Abdalla, 1991; Eastburg et al., 1994; Jackson et al., 1986), waardoor de specifieke moderatie van collegiale ondersteuning, als een opzichzelfstaand concept en voor de veronderstelde relatie tussen patiënteisen en burnout, eerder onvoldoende werd belicht.

Het doel van deze studie is daarom om bij te dragen aan de creatie van meer kennis over de relatie tussen patiënteisen en burnout in de gezondheidszorg, door middel van verdieping in de invloed van zowel patiënteisen als collegiale ondersteuning. In lijn met dit doel, kan deze studie een aanvulling vormen op de bestaande literatuur, omdat dit niet eerder op een dusdanige manier werd onderzocht voor deze context.

De huidige zorgpraktijk heeft aangetoond dat burnout voorkomt als een belangrijke beroepsziekte, met mogelijke gevolgen voor medewerkers, patiënten en organisaties (Bani-Hani, et al., 2009; Jalili, et al., 2020; Sultana et al., 2020). Deze studie biedt daarom inzichten om burnout in de zorgsector mogelijk te verminderen. Verzuim- en verloopcijfers kunnen dan afnemen, motivatie kan toenemen, en groepsmoraal kan voortbestaan (Bani-Hani et al., 2016; Jalili et al., 2020). De kosten van burnout voor verschillende zorginstanties kunnen dan afnemen en minder organisaties kunnen financieel uitgeput raken (Bani-Hani et al., 2016).

Om de mogelijke bijdragen aan theorie en praktijk te kunnen bewerkstelligen door meer

kennis over de directe relatie tussen patiënteisen en burnout, en collegiale ondersteuning als een mogelijke moderator, staat de volgende onderzoeksvraag centraal in deze studie:

"Wat is de relatie tussen patiënteisen en burnout in de gezondheidszorg en in hoeverre wordt deze relatie gemodereerd door collegiale ondersteuning?"

Theoretisch kader

Patiënteisen en burnout

Patiënteisen worden in de wetenschappelijke literatuur veelal beschouwd als het soort *job demands* dat normaliter toebehoort aan verpleegkundigen in de gezondheidszorg (Bakker et al., 2003). *Job demands* worden beschouwd als fysieke, sociale of organisatorische aspecten van een baan die aanzetten tot fysieke en/of psychologische inspanning en op de lange termijn worden geassocieerd met fysiologische en/of psychologische kosten voor de werknemer, zoals uitputting (Demerouti et al., 2001). Onderzoek door Demerouti et al. (2009) heeft verondersteld dat *job demands* kunnen voorkomen met allerlei kenmerken en in verschillende vormen, zo ook in de vorm van patiënteisen. *Job demands* in de gezondheidszorg worden daarom gemeten door fysieke eisen, werkdruk of patiënteisen (Bani-Hani et al., 2016). In deze studie wordt ten slotte de definitie door Kristoffersen en Friberg (2011) gebruikt; patiënteisen worden beschouwd als *job demands*, die afhankelijk zijn van een actie of besluit van patiënten en vaak afbreuk doen aan het welzijn van verpleegkundigen, waardoor zij geen heil meer zien in hun beroep.

Maslach en Schaufeli (1993) veronderstelden dat burnout volgt als reactie op chronische stress in de omgang met anderen, die problemen of gevaren ervaren. Braitwaithe (2008) heeft de definitie van het burnout syndroom, zoals toegepast in deze studie, verder uitgewerkt aan de hand van de volgende kenmerken: emotionele uitputting, depersonalisatie en een gevoel van afnemende prestatie, mogelijk als gevolg van servicewerk op een dagelijkse basis. Emotionele uitputting wordt gekenmerkt door het gebrek aan energie om te investeren in het werk (Maslach et al., 2012; Schaufeli et al., 2009). Depersonalisatie wordt beschouwd als een cynische attitude richting werk, collega's of patiënten (Maslach et al., 2012; Schaufeli et al., 2009). Het gevoel van afnemende prestatie wordt ten slotte gerelateerd aan een gevoel van falen in alle werktaken (Maslach et al., 2012; Schaufeli et al., 2009).

Bakker et al. (2000) hebben reeds aangetoond dat equity theorie (Adams, 1965; Walster, et al., 1978) een potentiële rol kan spelen in het verklaren van de relatie tussen patiënteisen en burnout bij het zorgpersoneel. Deze theorie wordt immers gebruikt om de relaties tussen mensen te evalueren aan de hand van investeringen en uitkomsten (Bakker et al., 2000). Buunk

en Schaufeli (1999) hebben hiermee het belang van reciprociteit binnen relaties onderstreept. Als de wederkerigheid binnen relaties ontbreekt, zullen mensen meer leed ervaren (Buunk & Schaufeli, 1999) en daarom proberen om de relatiebalans te herstellen (Walster et al., 1978). Dit geldt ook voor zorgmedewerkers, die vaak worden geconfronteerd met onmogelijke- of intimiderende patiënteisen (Bakker et al., 2000). De reciprociteit binnen deze veeleisende patiëntrelaties, met hoge investeringen van het zorgpersoneel en weinig dankbaarheid en waardering van patiënten, zal daarom sneller verloren gaan (Bakker et al., 2000). De hoge investeringen van het zorgpersoneel volgen bijvoorbeeld uit het bieden van aandacht, empathie en zorg, waardoor de relaties met patiënten vaak worden beschouwd als ongebalanceerd in de basis: immers, patiënten ontvangen normaliter alleen zorg (Bakker et al., 2000). Het uiten van waardering en dankbaarheid kan daarentegen bijdragen aan meer reciprociteit binnen deze relaties (Bakker et al., 2000). Een belangrijke kanttekening, want het gebrek aan reciprociteit binnen veeleisende patiëntrelaties kan op de lange termijn leiden tot meer emotionele uitputting, depersonalisatie en een gevoel van afnemende prestatie (Bakker et al., 2000). Emotionele uitputting zorg ervoor dat zorgmedewerkers afstand nemen van hun patiënten om de eigen vermoeidheid te verdragen, met als gevolg een cynische attitude richting patiënten (depersonalisatie) en een gevoel van falen en -afnemende prestatie in het vak (Bakker et al., 2000). Kortom, aan de hand van equity theorie (Adams, 1965; Walster et al., 1978) wordt verondersteld dat hoge patiënteisen kunnen leiden tot weinig reciprociteit in de patiëntrelaties, met een vergrote kans op emotionele uitputting, depersonalisatie, en een gevoel van afnemende prestatie in het vak (Bakker et al., 2000), oftewel burnout (Braitwaithe, 2008).

Uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënteisen van nature de kracht hebben om te dienen als belangrijke factoren bij het ontstaan van burnout (Maslach & Jackson, 1984; Shirom, 1989). Het onderzoek van An et al. (2009) heeft bijvoorbeeld verondersteld dat “moeilijke” ontmoetingen met patiënten, in het geval van huisartsen, een belangrijke rol spelen bij stress, burnout, tevredenheid, tijdsdruk, verloopintenties en medische fouten. In deze studie door An et al. (2009) worden moeilijke ontmoetingen onder andere gekenmerkt door veel klachten van patiënten, en een lage mate van respect door patiënten. Patiëntcontact heeft op die manier een tijdrovende en onbevredigende werking op zowel het persoonlijke- als professionele leven van huisartsen (An et al., 2009). Dit onderzoek vergeleek daarom de volgende clusters: cluster één met een hoge mate van moeilijk patiëntcontact, cluster twee met een gemiddelde mate van moeilijk patiëntcontact en cluster drie met een lage mate van moeilijk patiëntcontact (An et al., 2009). De resultaten waren als volgt: huisartsen in het eerste cluster hebben tot 2,2 keer meer kans op het ontstaan van burnout dan huisartsen in het tweede cluster en zelfs tot 12,2 keer meer

kans op het ontstaan van burnout, in vergelijking tot het derde cluster (An et al., 2009). Kortom, An et al. (2009) hebben hiermee aangetoond dat patiënteisen (zoals klachten en weinig respect) positief zijn gerelateerd aan het ontstaan van burnout bij huisartsen.

Een andere studie door Stacey et al. (2009) heeft eerder ook de invloed van veeleisende patiënten op het welzijn van artsen getoetst. Het labelen van een patiënt, als zijnde veeleisend, heeft volgens deze studie te maken met zowel de interactie tussen arts en patiënt als een aantal socioculturele factoren, waaronder het toenemende consumentisme en het internetgebruik van de patiënten (Stacey et al., 2009). Jackson en Kroenke (1999) hebben verondersteld dat één op de zes patiënten wordt beschouwd als moeilijk en veeleisend. Het onderzoek van Stacey et al. (2009) heeft getoond dat er een positief verband bestaat tussen artsen die een perceptie hebben van veel moeilijke patiënten, en het ontstaan van burnout.

Het onderzoek van Demerouti et al. (2009) heeft aangetoond dat het positieve verband tussen patiënteisen en burnout ook geldt voor het verpleegkundig personeel. Patiënteisen zijn volgens Bakker et al. (2003) erg belangrijke en kenmerkende *job demands* voor het beroep van verpleegkundigen. In lijn met deze assumptie van Bakker et al. (2003), heeft het onderzoek van Demerouti et al. (2009) een correlatie gevonden tussen patiënteisen en burnout, gemeten door emotionele uitputting en depersonalisatie. Patiënteisen worden in dit onderzoek beschouwd als onafhankelijke factoren die de kans op burnout (e.g. emotionele uitputting en depersonalisatie) vergroten onder verpleegkundigen (Demerouti et al., 2009).

Empirische voorbeelden uit het onderzoek door Kristoffersen en Friberg (2017) hebben reeds geïmpliceerd dat verpleegkundigen zichzelf vaak wegcijferen in de zorg voor patiënten, een bedreigend fenomeen in de gezondheidszorg. Patiënteisen zorgen er op die manier voor dat verpleegkundigen hun eigen welzijn niet óf niet voldoende kunnen beschermen (Kristoffersen & Friberg, 2017). Kristoffersen en Friberg (2017) hebben verondersteld dat de invloed van veeleisend patiëntencontact voor het verpleegkundig personeel voor een deel afhankelijk is van persoonlijkheid, maar het is bovenal gebleken dat hoge patiënteisen een duidelijk negatieve invloed hebben op het emotionele welzijn van verpleegkundigen, voortkomend uit gevoelens van hulpeloosheid, hopeloosheid en minder zelfvertrouwen. De eisen van patiënten kunnen daarom afbreuk doen aan – of een bedreiging vormen voor – het welzijn van verpleegkundigen, vaak resulterend in burnout (Kristoffersen & Friberg, 2017).

Kortom, eerder onderzoek naar de relatie tussen patiënteisen en burnout in verschillende segmenten van de gezondheidszorg, waaronder bij (huis)artsen (An et al., 2009; Stacey et al., 2009) en het verpleegkundig personeel (Demerouti et al., 2009; Kristoffersen & Friberg, 2017) leidt tot de volgende hypothese:

H1: Patiënteisen zijn positief gerelateerd aan burnout.

Patiënteisen, burnout en collegiale ondersteuning

Collegiale ondersteuning wordt beschouwd als een interpersoonlijke *copingbron*. Het gaat om een breed concept, waarnaar in deze studie wordt gerefereerd als hulp, aanmoediging en begeleiding die werknemers van elkaar kunnen ontvangen en daarmee feedback, support en technische ondersteuning kunnen bieden (Pines & Aronson, 1988). Het onderzoek van Gray-Stanley en Muramatsa (2011) veronderstelt daarnaast dat collegiale ondersteuning wordt gezien als een sociale resource.

Het JD-R model door Demerouti, Bakker, Nachreiner, en Schaufeli (2001) wordt veelal gebruikt om kenmerken van de werkplek te adresseren door middel van twee hoofdprocessen: enerzijds, het linken van *job resources* aan motivatie (e.g. bevlogenheid) en anderzijds, het koppelen van *job demands* aan inspanning (Broetje et al., 2020). Demerouti et al. (2001) hebben hierbij gesteld dat elke sector of beroepsgroep te maken heeft met andere stressoren: *job demands* en *job resources* kunnen verschillen, maar de principes en assumpties van het JD-R model gaan op voor verschillende beroepsgroepen, ook voor de gezondheidszorg. *Job demands* worden beschouwd als fysieke, sociale en organisatorische aspecten van een baan, die zijn gerelateerd aan zowel fysiologische als psychologische kosten (Demerouti et al., 2001). *Job resources* worden daarnaast gezien als fysieke, psychologische, sociale, of organisatorische aspecten van een baan, die kunnen ondersteunen bij: een afname van *job demands* en de daaraan gerelateerde fysiologische en fysieke kosten, het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, en het behalen van doelen (Demerouti et al., 2001).

Patiënteisen worden in dit model beschouwd als *job demands* (Demerouti et al., 2009), collegiale ondersteuning wordt beschouwd als *job resource* (Brauchli et al., 2015), en burnout wordt gezien als gevolg van de inspanningsreactie op *job demands* (Demerouti et al., 2001).

Het JD-R model heeft verondersteld dat *job resources*, zoals (collegiale) ondersteuning, autonomie en feedback, kunnen ondersteunen bij toenemende *job demands*, die inspanning en een verhoogde kans op burnout voortbrengen (Claessens, 2016; Demerouti et al., 2001; Keyko et al., 2016). *Job resources*, als motiverende energiebronnen, kunnen helpen om doelen te behalen, belasting door *job demands* te laten afnemen en persoonlijke groei te stimuleren (Claessens, 2016). In dit onderzoek geldt dat collegiale ondersteuning, als *job resource*, kan helpen om de negatieve gevolgen van patiënteisen, als *job demands* (Demerouti et al., 2009), te verminderen (Keyko et al., 2016). Burnout, als inspanningsreactie op deze hoge patiënteisen, zal afnemen (Keyko et al., 2016).

Collegiale ondersteuning, als een sociale hulpbron, werd in eerdere onderzoeken al gerelateerd aan lagere burnoutcijfers: in andere woorden, collegiale ondersteuning werd reeds beschouwd als een belangrijke bron in het voorkomen van burnout, ook onder het zorgpersoneel (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Pines & Aronson, 1988). Het onderzoek van Lee en Akthar (2007) heeft aangetoond dat collegiale ondersteuning niet alleen negatief is gerelateerd aan burnout (e.g. emotionele uitputting en depersonalisatie), maar juist ook een belangrijke rol kan spelen als *copingbron* in de relatie tussen werkstressoren, zoals *job demands* in patiëntenzorg, en het ontstaan van burnout. Werkstressoren zijn onmisbaar in de wereld van verpleegkundigen, maar onderzoeken zijn in overeenstemming dat *copingbronnen*, zoals collegiale ondersteuning, kunnen bijdragen aan minder negatieve gevolgen van werkstressoren (Lee & Akthar, 2007). De studie van An et al. (2009) heeft verder de potentiële waarde van een aantal *copingstrategieën* belicht voor de relatie tussen moeilijke patiëntcontacten (e.g. veel patiëntklachten en weinig waardering) en burnout bij huisartsen. Volgens An et al. (2009) is het bieden van collegiale ondersteuning een belangrijke hulpbron voor zorgmedewerkers (e.g. artsen) om beter te kunnen omgaan met patiënteisen, met minder burnout of minder baanontevredenheid als gevolg.

De studie van Claessens (2016) veronderstelt verder dat sociale netwerken, waaronder collegiale contacten, in de regel beschermen tegen de negatieve aspecten van – of de reacties op – het professionele leven van huisartsen, waarin de veeleisendheid van patiënten op dit moment een belangrijke rol speelt. Claessens (2016) heeft daarnaast gesteld dat het contact met collega's, zeker in tijden van hoge werkdruk, wordt afgebouwd: zowel formele- als informele bijeenkomsten met collega's vinden niet langer plaats. Dit ontnemt huisartsen de kans om spanningen en problemen, bijvoorbeeld de veeleisendheid van patiënten, te verwerken tijdens de uitwisseling met collega's (Keirse et al., 2014). Afspraken om stressvolle werksituaties te bespreken en vertrouwelijke discussies te voeren over de meest belastende werkervaringen kunnen veel steun bieden en daarmee dienen als een beschermende factor tegen emotionele problemen, zoals burnout of suïcidale gedachten, die volgen als reactie op het professionele leven (Fridner et al., 2011). Er geldt bovendien dat patiënteisen over het algemeen veeleisender worden en artsen die alleen werken, en daardoor weinig collegiale support ervaren, makkelijker overbelast kunnen raken in de vorm een burnout (Jonckheer et al., 2011; Brems, 2014).

Tenslotte heeft het onderzoek van Montgomery et al. (2015) gesteld dat teamwerk op afdelingsniveau effectief modereert op de positieve relatie tussen *job demands* en burnout (e.g. emotionele uitputting en depersonalisatie). In lijn met de assumptie van Bakker et al. (2003) en Demerouti et al. (2009) dat patiënteisen worden gezien als een vorm van *job demands*, wordt verwacht dat de resultaten van Montgomery et al. (2015) ook kunnen gelden voor de relatie

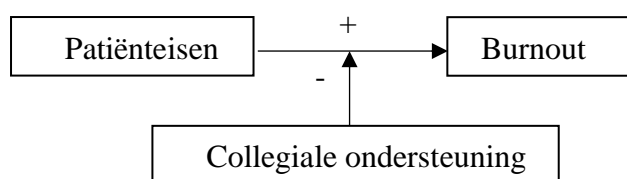
tussen patiënteisen en burnout. *Job demands* zijn positief gerelateerd aan burnout, en effectief teamwerk wordt beschouwd als een geschikte moderator voor de positieve relatie tussen *job demands* en burnout (Montgomery et al., 2015). Effectief teamwerk zal vaak gepaard gaan met collegiaal contact en collegiale ondersteuning, waardoor in deze studie wordt verwacht dat collegiale ondersteuning kan dienen als een geschikte moderator op de positieve relatie tussen patiënteisen en burnout in de gezondheidszorg.

Op basis van eerdere studies naar de rol van collegiale ondersteuning in de relatie tussen patiënteisen en burnout, wordt de volgende hypothese getoetst in deze studie:

H2: De positieve relatie tussen patiënteisen en burnout is sterker in het geval van minder collegiale ondersteuning, vergeleken met meer collegiale ondersteuning.

Figuur 1

Conceptueel model



Methode

Onderzoeksdesign en procedure

Deze studie heeft gebruik gemaakt van kwantitatieve secundaire data-analyse om het conceptuele model (Figuur 1) en de bijbehorende hypothesen te testen. Alle verpleegkundigen en verloskundigen uit de republiek Ierland, van wie het e-mailadres stond geregistreerd, hebben in april 2015 (in verband met het verkrijgen van data voor deze studie) een e-mail ontvangen met daarin een uitnodiging voor deelname aan de online INMO (Irish Nurses and Midwives Organization) vragenlijst (Kilroy et al., 2020). Alle benaderde verpleeg- en verloskundigen waren hiervoor aangesloten bij de INMO, die deze doelgroep op dat moment representeerde (Kilroy et al., 2020). Deelname aan de vragenlijst werd mogelijk gemaakt via de website van de INMO, waarnaar in de e-mail werd verwezen (Kilroy et al., 2020). Een begeleidende brief door het hoofd van de INMO, evenals een brief met meer informatie door de onderzoekers werden bijgevoegd in de e-mail (Kilroy et al., 2020).

De data van deze studie was geheel gebaseerd op zelf-rapportage door de subjectieve aard van de INMO-vragenlijst. Sociale wenselijkheid en bevooroordeling van resultaten werden

voorkomen om daarmee ten goede te komen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Kilroy et al., 2020). Deelname aan de vragenlijst was allereerst geheel vrijwillig, waardoor de kans op sociale wenselijkheid werd verminderd (Kilroy et al., 2020). De vragenlijst bestond daarnaast uit verschillende vragen (e.g. specifieke- of beknopte vragen) en afwisselende antwoordschalen (e.g. twee antwoordmogelijkheden, zes antwoordmogelijkheden en in sommige gevallen de mogelijkheid tot eigen, open antwoorden), waarmee de kans dat de vragenlijsten naar waarheid werden ingevuld verder werd vergroot (Kilroy et al., 2020). De vertrouwelijkheid van de studie werd bovendien benadrukt in de inleidende tekst van de vragenlijst; organisaties zouden alleen een rapport met algemene bevindingen ontvangen en individuele antwoorden werden daarom in geen enkel geval openbaar gemaakt.

Deze studie werd bovendien eenmalig uitgevoerd en de steekproef werd getrokken uit een populatie van Ierse verpleeg- en verloskundigen, waardoor het gaat om een cross-sectioneel onderzoek (Straits & Singleton, 2018).

Onderzoekssample

De INMO-vragenlijst werd per e-mail verstuurd naar in totaal 23,918 Ierse verpleeg- en verloskundigen, voor wie het besluit tot deelname aan deze studie veelal zal zijn gebaseerd op interesse in welbevinden. Het responsepercentage voor deze studie was gelijk aan 6.2%, omdat de vragenlijst werd ingevuld door in totaal 1,480 respondenten. Echter, tijdens het gereedmaken van de dataset werden nog 500 respondenten *listwise* verwijderd door ontbrekende waarden op de onderzoeks- en controlevariabelen, waardoor de uiteindelijke steekproefgrootte gelijk was aan 980 respondenten (N=980).

De gemiddelde leeftijd, binnen de steekproef van 980 respondenten (N= 980), lag tussen de 40 en 50 jaar ($SD= 1.03$) en de respondenten bleken gemiddeld genomen 5 tot jaar 10 jaar in dienst te zijn bij de huidige werkgever ($SD = 1.23$). Het overgrote deel van de steekproef bestond uit vrouwen (96.3%) en het merendeel van de respondenten bleek afkomstig te zijn uit Ierland (93.6%). Statistieken hebben reeds aangetoond dat deze steekproefkenmerken zeer representatief zijn voor de hele populatie van Ierse verpleeg- en verloskundigen (Kilroy et al., 2020). Een overzicht van de demografische kenmerken van de steekproef wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1*Demografische kenmerken van de onderzoekssample*

<i>Variabele</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Leeftijd	3.38	1.03		
18-25 jaar			3.0%	29
26-35 jaar			18.6%	182
36-45 jaar			29.5%	289
46-55 jaar			36.0%	353
56-65 jaar			12.8%	125
66+			0.2%	2
Diensttijd	3.53	1.23		
< 2 jaar			10.4%	102
2-5 jaar			10.2%	100
6-9 jaar			14.7%	144
10-19 jaar			43.0%	421
19+			21.7%	213
Geslacht				
Vrouw			96.3%	944
Man			3.7%	36
Nationaliteit				
Iers			93.6%	917
Niet-Iers			5.5 %	54
Onbekend			0.9%	9

Noot. N = 980

Instrumenten

Patiënteisen werd gemeten aan de hand van een drietal items uit de oorspronkelijke schaal van Herschbach (1992). Een voorbeelditem voor patiënteisen is als volgt: “Ik heb tijdens mijn werk te maken met patiënten die onophoudelijk klagen”. De items van deze schaal werden gemeten op basis van een vijfpuntschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: “sterk mee oneens”, “mee oneens”, “neutraal”, “sterk mee eens” en “mee eens”. De constructvaliditeit van patiënteisen werd bepaald op basis van een principale factoranalyse (PCA). De Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) was gelijk aan 0.727 en dit construct had bovendien een significante Bartlett’s test op Sphericiteit ($3=1230.926$, $p < .001$). De items laadden samen op slechts één component,

die 76.5% van de variantie verklaarde, waardoor de items bijdroegen aan de betrouwbaarheid van deze schaal en samen werden geladen in één factor. Dit werd bovendien verduidelijkt door de scree plot (Appendix A). Cronbach's alpha voor patiënteisen was gelijk aan .842.

Burnout werd gemeten door emotionele uitputting en cynisme als twee dimensies van de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (Maslach et al., 1986). Emotionele uitputting werd gemeten door middel van negen items en cynisme werd bepaald aan de hand van vijf items. Het volgende voorbeelditem geldt voor emotionele uitputting: "Ik voel me emotioneel lusteloos door mijn baan"; en een voorbeelditem voor cynisme is als volgt: "Ik maak me zorgen om het feit dat mijn baan een emotioneel verhardende werking heeft op mij". Beide dimensies werden wederom gebaseerd op een vijfpuntschaal met de volgende mogelijkheden: "sterk mee oneens", "mee oneens", "neutraal", "sterk mee eens" en "mee eens". Een principale factoranalyse (PCA) met OBLIMIN-rotatie is uitgevoerd om de constructvaliditeit van burnout te bepalen. De Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) waarde was gelijk aan 0.912 en dit construct had een significante Bartlett's test op Sphericiteit ($91 = 8340.244, p < .001$). De items laadden in dit geval beter op twee componenten, die 62.02% van de variantie verklaarden, waardoor de items voor emotionele uitputting en cynisme samen bijdroegen aan de betrouwbaarheid van deze schaal en daardoor op twee factoren werden geladen. Het laden op twee componenten werd in deze studie daarnaast ondersteund vanuit een theoretisch perspectief. Het concept burnout werd immers verondersteld te bestaan uit drie componenten: emotionele uitputting, depersonalisatie en een gevoel van afnemende prestatie (Braitwaihthe, 2008). Burnout werd binnen deze studie gemeten door een veertiental items, die slechts waren gerelateerd aan emotionele uitputting en depersonalisatie als twee afzonderlijke dimensies, en daarom uiteindelijk in overeenstemming met de definitie werden geladen op twee componenten. Dit werd bovendien verduidelijkt door de scree plot (Appendix B). Cronbach's alpha voor burnout was gelijk aan .912.

Collegiale ondersteuning is gemeten aan de hand van een schaal door Eisenberger et al. (2002). Deze schaal bestond uit drie items, die werden gemeten op basis van een vijfpuntschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: "sterk mee oneens", "mee oneens", "neutraal", "sterk mee eens" en "mee eens". De items uit deze schaal van Eisenberger et al. (2002) zijn voornamelijk gebaseerd op de "organisatie" als belangrijke factor in de ondersteuning van haar medewerkers, waardoor de term "organisatie" in de items van deze studie werd vervangen door "collega's". Een voorbeelditem voor collegiale ondersteuning is daarom als volgt: "Ik weet dat ik op mijn collega's kan bouwen als ik een probleem heb". Een principale factoranalyse (PCA) werd uitgevoerd om de constructvaliditeit van collegiale ondersteuning te bepalen. De Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) waarde was gelijk aan 0.764 en dit construct had verder een significante

Bartlett's test op Sphericiteit ($\chi^2=2379.385$, $p<.001$). De items laadden bovendien op een component, die 87.9% van de variantie verklaarde, hetgeen werd verduidelijkt aan de hand van de scree plot (Appendix C). De items in deze schaal droegen in dit geval allemaal bij aan de betrouwbaarheid, hetgeen betekende dat de drie items samen werden opgenomen in één factor. Cronbach's alpha voor collegiale ondersteuning was gelijk aan .931.

Controlevariabelen in deze studie zijn *leeftijd*, *diensttijd* en *geslacht*. Eerder onderzoek door Maslach et al. (2001) heeft reeds verondersteld dat een hogere mate van burnout wordt verwacht bij jonge werknemers met een kort dienstverband. Leeftijd en diensttijd werden daarom meegenomen als controlevariabelen in deze studie. Leeftijd werd allereerst gemeten in het algemene deel van de vragenlijst aan de hand van zes verschillende antwoordcategorieën, zoals vermeld in Tabel 1. Diverse dummyvariabelen zijn gemaakt voor leeftijd en de categorie "56-65 jaar" werd gebruikt als referentiecategorie. Diensttijd werd daarnaast ook gemeten in het algemene deel van de vragenlijst aan de hand van vijf antwoordcategorieën, zoals vermeld in Tabel 1. Een aantal dummyvariabelen zijn gemaakt voor diensttijd, met "19+ jaar" als referentiecategorie. Eerdere studies over de impact van geslacht, in relatie tot het ontstaan burnout, waren relatief gemixt (Maslach et al., 2001). Enkele studies hebben eerder aangetoond dat vrouwen over het algemeen een sterkere neiging lijken te hebben tot emotionele uitputting (Gaines & Jermier, 1983), als dimensie voor het ontstaan van burnout volgens Braitwaithe (2008). Geslacht werd daarom ook meegenomen als controlevariabele in deze studie, en werd wederom gemeten in het algemene deel van de vragenlijst met behulp van de antwoordcategorieën "man" of "vrouw", zoals vermeld in Tabel 1. De variabele werd in deze studie gehercodeerd tot een dummyvariabele, waarin de mannen in de steekproef werden gedefinieerd als de referentiecategorie.

Analyse

De data van dit onderzoek werd geanalyseerd met IBM SPSS 24 om het conceptuele model en bijbehorende hypothesen te testen. De gegevens werden allereerst gecontroleerd op ontbrekende waarden met behulp van beschrijvende statistieken binnen SPSS. De vragenlijsten met ontbrekende waarden op de onderzoeks- en controlevariabelen werden *listwise* verwijderd uit de dataset, met als gevolg een steekproef van 980 respondenten ($N=980$). De categorische controlevariabelen *geslacht*, *leeftijd*, en *diensttijd* werden gehercodeerd tot dummyvariabelen. Bovendien werd de constructvaliditeit van *patiëntiseis*, *burnout*, en *collegiale ondersteuning* vastgesteld door middel van principale factoranalyse (PCA) met KMO waarde, Bartlett's test op Sphericiteit, eigenwaarde en scree plot. De betrouwbaarheid van de schalen werd daarnaast

gecontroleerd met behulp van Cronbach's alpha.

Tenslotte werd de data geanalyseerd met PROCESS MACRO (versie 3.5.3) van Hayes (2017). Aangezien het in deze studie een moderatie betreft, werd gebruikgemaakt van model 1. Patiënteisen waren hierin de onafhankelijke variabele, burnout was de afhankelijke variabele en collegiale ondersteuning werd gebruikt als moderator. Tenslotte werden leeftijd, diensttijd en geslacht opgenomen als controlevariabelen in het model. Het niveau van significantie werd gemeten met p-waardes (<.05).

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De gemiddelden, standaarddeviaties en Pearson's correlaties van de variabelen uit deze studie zijn opgenomen in de correlatiematrix (Tabel 2). Collegiale ondersteuning was negatief gerelateerd aan burnout ($r = -.221$, $p < .01$), en patiënteisen en burnout waren positief aan elkaar gerelateerd ($r = .427$, $p < .01$). De geslachtsvariabele "vrouw" was negatief gerelateerd aan burnout ($r = -.074$, $p < .05$).

Patiënteisen bleken verder positief gerelateerd aan een leeftijd van 18-25 jaar ($r = .099$, $p < 0.01$) en een leeftijd van 26-35 jaar ($r = .170$, $p < 0.01$). Dit gold ook voor de relatie tussen leeftijd en burnout met een leeftijd van 18-25 jaar ($r = .081$, $p < 0.05$) en een leeftijd van 26-35 jaar ($r = .129$, $p < 0.01$). De leeftijd van 46-55 jaar werd gekenmerkt door een negatieve relatie met patiënteisen ($r = -.104$, $p < 0.01$), burnout ($r = -.067$, $p < 0.05$), en collegiale ondersteuning ($r = -.064$, $p < 0.01$).

Een leeftijd van 18-25 jaar was bovendien positief gerelateerd aan een diensttijd van minder dan 2 jaar ($r = .374$, $p < 0.01$), en een leeftijd van 26-35 jaar was positief gerelateerd aan een diensttijd van 2-5 jaar ($r = .255$, $p < 0.01$). Een leeftijd van 46-55 jaar was tenslotte negatief gerelateerd aan een diensttijd van 6-9 jaar ($r = -.071$, $p < 0.05$).

Tabel 2

Gemiddeldes, standaarddeviaties en Pearson's correlaties

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Patiënteisen	3.70	0.97	-												
2. Burnout	2.99	0.78	.427**	-											
3. Collegiale ondersteuning	3.77	0.91	-.043	-.221**	-										
4. Vrouw	0.96	0.19	-.053	-.074*	-.020	-									
5. Leeftijd: 18-25	0.03	0.17	.099**	.081*	-.017	-.030	-								
6. Leeftijd: 26-35	0.19	0.39	.170**	.129**	.012	-.060	-.083**	-							
7. Leeftijd: 36-45	0.29	0.46	.033	.024	.046	-.040	-.113**	-.309**	-						
8. Leeftijd: 46-55	0.36	0.48	-.104**	-.067*	-.064*	.056	-.131**	-.358**	-.485**	-					
9. Leeftijd: 66+	0.00	0.45	-.017	-.018	-.005	.009	-.008	-.022	-.029	-.034	-				
10. Diensttijd: <2	0.10	0.31	.073*	.018	-.023	-.058	.374**	.198**	-.067*	-.151**	-.015	-			
11. Diensttijd: 2-5	0.10	0.30	.083**	.039	.008	-.006	.080*	.255**	-.026	-.169**	.059	-.115**	-		
12. Diensttijd: 6-9	0.15	0.35	.004	.033	-.014	-.042	-.072*	.158**	.035	-.071*	.045	-.141**	-.140**	-	
13. Diensttijd: 10-19	0.43	0.50	-.034	-.030	.032	-.006	-.152**	-.181**	.230**	.057	-.039	-.296**	-.293**	-.360**	-

Noten. N = 980. **. Correlatie is significant op .01 niveau (tweezijdig). *. Correlatie is significant op .05 niveau (tweezijdig). Referentiecategorie geslacht = man, referentiecategorie leeftijd = 56-65 jaar, referentiecategorie diensttijd = 19+ jaar.

Hypotheses testen

In deze studie werd verwacht dat patiënteisen en burnout negatief gerelateerd zijn (H1) en dat deze relatie sterker is in het geval van lage collegiale ondersteuning, vergeleken met hoge collegiale ondersteuning (H2). Model 1 van PROCESS MACRO (Hayes, 2017) werd gebruikt om beide hypothesen te testen, en de simpele moderatie te onderzoeken. Alle geteste modellen werden gecontroleerd voor leeftijd, diensttijd en geslacht. Er werd een significante en positieve associatie gevonden tussen patiënteisen en burnout ($\beta = .39$, $p < .05$), waardoor hypothese 1 werd bevestigd volgens Tabel 3. Er werd echter geen significante moderatie gevonden voor collegiale ondersteuning ($B = .03$, $p = .13$), waardoor hypothese 2 niet werd bevestigd volgens Tabel 3. De onderzoeksbevindingen worden in Figuur 2 als samenvatting weergegeven in een conceptueel model met regressiecoëfficiënten.

Tabel 3

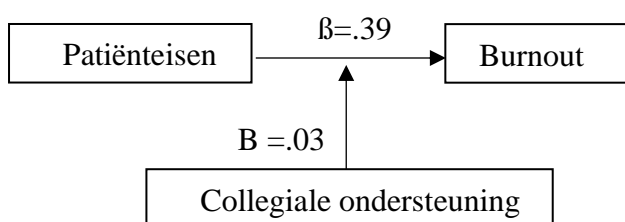
Simpel moderatiemodel. De relatie tussen patiënteisen en burnout, gemodereerd door collegiale ondersteuning

MODEL 1					
$F(13,966) = 23.86^{**}$					
Voorspeller variabele	B	β	SE	t	p
Constant	3.11**		.37	8.39	.00
Patiënteisen		.39**	.09	2.13	.03
Collegiale ondersteuning		-.21**	.09	-3.45	.00
Patiënteisen * Collegiale ondersteuning	.03		.02	1.52	.13
Vrouw		-.05	.11	-1.82	.07
Leeftijd: 18-25		.11**	.16	3.03	.00
Leeftijd: 26-35		.16**	.09	3.55	.00
Leeftijd: 36-45		.12**	.08	2.52	.01
Leeftijd: 46-55		.07	.07	1.53	.13
Leeftijd: 66+		-.00	.49	-.01	.99
Diensttijd: < 2		-.10**	.10	-2.57	.01
Diensttijd: 2-5		-.06	.09	-1.72	.09
Diensttijd: 6-9		-.03	.08	-.87	.38
Diensttijd: 10-19		-.06	.06	-1.35	.18

Noten. N = 980 **. Correlatie is significant op .05 niveau (tweezijdig). Referentiecategorie geslacht = man, referentiecategorie leeftijd = 56-65 jaar, referentiecategorie diensttijd = 19+ jaar.

Figuur 2

Conceptueel model met regressiecoëfficiënten



Discussie

Het doel van deze studie was om een bijdrage te leveren aan de kenniscreatie over de relatie tussen patiënteisen en burnout in de context van de gezondheidszorg. Deze studie heeft daarom de nadruk gelegd op verdiepend onderzoek naar de directe relatie tussen patiënteisen en burnout met de modererende rol van collegiale ondersteuning. De onderzoeksvraag was als volgt: *"Wat is de relatie tussen patiënteisen en burnout in de gezondheidszorg en in hoeverre wordt deze relatie gemodereerd door collegiale ondersteuning?"*.

De eerste hypothese heeft de nadruk gelegd op onderzoek naar de directe relatie tussen patiënteisen en het ontstaan van burnout. De Equity Theorie (Adams, 1965; Walster et al., 1978) en eerdere empirische bevindingen over deze relatie (o.a. door An et al., 2009; Kristoffersen & Friberg, 2017; Maslach & Jackson, 1984; Shirom, 1989; Stacey et al., 2009) hebben geleid tot de volgende hypothese: *"Patiënteisen zijn positief gerelateerd aan burnout"*. De resultaten van deze studie kwamen overeen met die van eerdere studies naar deze relatie, waardoor de eerste hypothese werd bevestigd.

De tweede hypothese heeft onderzoek voortgebracht naar de moderatie van collegiale ondersteuning op de relatie tussen patiënteisen en burnout. Eerdere bevindingen hebben geleid tot de volgende hypothese: *"De positieve relatie tussen patiënteisen en burnout is sterker in het geval van minder collegiale ondersteuning, vergeleken met meer collegiale ondersteuning"*. De resultaten van deze studie waren echter niet in lijn met de tweede hypothese, waardoor deze werd verworpen. Deze studie vond immers een niet-significant, en omgekeerde moderatie van collegiale ondersteuning op de relatie tussen patiënteisen en burnout. Op basis van deze niet-significante uitkomst was het niet mogelijk om een eenduidige conclusie te trekken, maar het feit was wel dat eerdere theoretische en empirische implicaties niet overeenkwamen met deze studie.

Sociale support, waaronder ook collegiale ondersteuning (Gray-Stanley & Muramatsa, 2011), werd in het verleden breed uitgemeten als een belangrijke hulpbron om de negatieve invloed van stressoren, zoals *job demands*, te verminderen (Goussinsky, 2020). Echter, er werd eerder ook verondersteld dat de moderatie door sociale support niet altijd consistent is gebleken en de richting van deze moderatie gaf wisselende resultaten in studies door Monnot en Beehr (2014) en Nahum-Shani en Bamberg (2010). Sociale interactie met collega's, zelfs goedbedoeld en doordacht, kunnen een schadelijke werking hebben op de relatie tussen *job stressoren* en de *strain* reactie die daaruit volgt (Beehr et al., 2010). Deze eerdere bevindingen zouden daarom in het kader van deze studie een eerste mogelijke verklaring kunnen bieden voor de resultaten omtrent de rol van collegiale ondersteuning. Immers, patiënteisen werden eerder gedefinieerd

als *job demands* of *job stressoren*, die volgens het JD-R model door Demerouti et al. (2001) op de lange termijn kunnen leiden tot burnout als *strain* reactie.

De studie van Goussinsky (2020) heeft bijgedragen aan het verklaren van de schadelijke werking die collegiale ondersteuning in sommige gevallen met zich meebrengt. “*Occupational self-efficacy*”, waarnaar werd gerefereerd als “het geloof van een individu in zijn of haar eigen vermogen om te kunnen omgaan met werkstressoren” (Pisanti et al., 2015, p. 35), speelde hierin een belangrijke rol (Goussinsky, 2020). Immers, de “cultivatatie hypothese” door Schwarzer en Knoll (2007) heeft reeds verondersteld dat *self-efficacy* van groot belang is bij het bouwen van sociale netwerken met support (e.g. collegiale ondersteuning), en op die manier kan bijdragen aan het welzijn van werknemers. Onderzoek door Consiglio et al. (2016) heeft voortgebouwd op deze hypothese en verondersteld dat hoge *self-efficacy* bijdraagt aan het vervullen van een aantal sociale behoeftes, zoals verbondenheid, vertrouwen en begrip. De studie door Stetz et al. (2006) heeft verder gesteld dat sociale support dient als een buffer in de *stressor-strain* relatie in het geval van hoge *self-efficacy*, en daarentegen een omgekeerde buffer vormt bij lage *self-efficacy*. Stetz et al. (2006) hebben verondersteld dat sociale support in het geval van lage *self-efficacy* bijdraagt aan zelfbewustzijn van het individu, waardoor de vastberadenheid om te kunnen omgaan met veeleisende en stressvolle situaties verder wordt ondermijnd, en daardoor de negatieve invloed van (werk)stressoren wordt versterkt. Goussinsky (2012) heeft daarnaast gesteld dat individuen met lage *self-efficacy* meer geneigd zijn tot deelname aan onaangepaste vormen van sociale support, waardoor de negatieve rol van stressoren verder wordt versterkt in relatie tot werknemerswelzijn. Een studie door Goussinsky (2020) heeft geconcludeerd dat de moderatie door collegiale ondersteuning op de relatie tussen een slechte of onjuiste behandeling (e.g. door patiënten) en het ontstaan van burnout afhankelijk is van een individu’s *self-efficacy*. Kortom, het uitblijven van een moderatie in de relatie tussen patiënteisen en burnout in deze studie wordt mogelijk verklaard door het ontbreken van een onderscheid tussen individuen met een hoge- of lage mate van *self-efficacy*.

De modererende rol van collegiale ondersteuning is niet uitsluitend afhankelijk van *self-efficacy* (Goussinsky, 2020). De studie van Nahum-Shani en Bamberger (2011) heeft reeds geïmpliceerd dat de modererende rol van sociale support (e.g. collegiale ondersteuning) ook afhankelijk is van de wederkerigheid in supportrelaties. Studies door Rook (1987) en Vaananen, et al. (2005) hebben bijvoorbeeld gesteld dat het ontvangen van sociale support deel uitmaakt van een fenomeen in de bredere context van uitwisselingsrelaties. In lijn met deze assumptie, werd een eerdere studie van Rook (1987) gebaseerd op een tweedeling tussen de situaties met wederkerigheid bij een gelijke mate van gegeven- en ontvangen support, en de situaties zonder

wederkerigheid met *over-reciprocation* in het geval van meer ontvangen- dan gegeven support en *under-reciprocation* in het geval van meer gegeven- dan ontvangen support. De studie van Nahum-Shani en Bamberger (2011) concludeerde tenslotte dat sociale support in het geval van wederkerigheid kan fungeren als een moderator voor de schadelijke invloed van stressoren op werknemerswelzijn. In het geval dat wederkerigheid ontbreekt dan zal bij *over-reciprocation* juist een versterking van de *stressor-strain* relatie optreden, met als gevolg meer psychische ziekte en depressie, terwijl de modererende rol van sociale support in deze relatie bij *under-reciprocation* zal afzwakken (Nahum-Shani & Bamberger, 2011). De studie van Nahum-Shani en Bamberger (2011) biedt daarom een mogelijke verklaring voor de omgekeerde moderatie van collegiale ondersteuning als moderator op de relatie patiënteisen en burnout.

Limitaties en suggesties voor toekomstig onderzoek

Een aantal limitaties van deze studie dienen te worden meegenomen bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. De steekproef kende allereerst een aantal limitaties, die mogelijk niet ten goede zijn gekomen aan de representativiteit van deze studie in de bredere context van de wereldwijde gezondheidszorg. Sultana et al. (2020) hebben in recent onderzoek gesteld dat burnout tegenwoordig wordt beschouwd als een wereldwijde beroepsziekte in de zorgsector, en het raakt daarom momenteel één op de drie zorgmedewerkers. Burnout is bovendien aanwezig gebleken in verschillende delen van de zorgsector, variërend van artsen tot verpleegkundigen of andere zorgmedewerkers (Sultana et al., 2020). Echter, de resultaten van deze studie waren uitsluitend gebaseerd op een steekproef van Ierse verpleeg- en verloskundigen, waardoor deze studie mogelijk een vrij eenzijdig beeld heeft gegeven van burnout in de gezondheidszorg. De steekproef was slechts afkomstig uit één land, waardoor de representativiteit mogelijk in geding komt wanneer de resultaten worden gegeneraliseerd naar een wereldwijde context. Dit gold ook voor het feit dat de vragenlijst slechts werd uitgezet onder verpleeg- en verloskundigen en niet onder andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, zoals artsen en coassistenten. Het zou daarom met het oog op toekomstig onderzoek gewenst kunnen zijn om de vragenlijst breder te verspreiden; niet alleen binnen meerdere landen, maar ook onder meer beroepsgroepen in de gezondheidszorg. In lijn met de assumptie van Sultana et al. (2020) zal er op die manier beter worden bijgedragen aan de conceptualisatie van burnout in de zorgsector.

De empirische implicaties voor de modererende rol van collegiale ondersteuning op de relatie tussen patiënteisen en burnout waren bovendien gebaseerd op een aantal verschillende beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg, waaronder artsen (An et al., 2009; Stacey et al., 2009) en verpleegkundigen (Kristoffersen & Friberg, 2017). Het is daarom ook zeker gewenst

om in toekomstig onderzoek te zorgen voor een bredere steekproef van verschillende segmenten in de gezondheidszorg,

Ten tweede, patiënteisen werden in eerdere studies al beschouwd als een relatief breed concept dat op dit moment nog moeilijk meetbaar is in een eenduidige schaal. Immers, eerdere studies door Bani-Hani et al. (2016) en Demerouti et al. (2009) beschouwden patiënteisen als een mogelijk onderdeel van de zogeheten *job demands*. De studie van An et al. (2009) besloot gebruik te maken van de term *difficult encounters* om onder meer patiënteisen te meten aan de hand van de mate waarin klachten en disrespect richting artsen werd geuit. De verdeeldheid van het concept “patiënteisen” bleek ook uit het feit dat er in deze studie voor werd gekozen om een slechts een aantal vragen uit een bestaande schaal van Herschbach (1992) te gebruiken. Het gebrek aan eenduidigheid over dit concept heeft in deze studie mogelijk geleid tot een limitatie, omdat het onduidelijk is of patiënteisen in alle volledigheid werden gemeten waardoor mogelijk enige vertekening van de onderzoeksresultaten is opgetreden. Het zou daarom voor toekomstig onderzoek gewenst zijn om een eenduidige schaal te ontwikkelen, waarin de meest belangrijke componenten van patiënteisen worden meegenomen.

Deze studie heeft bovendien gebruikgemaakt van een cross-sectioneel design, met als gevolg dat de correlatie tussen concepten (e.g. patiënteisen en burnout) werd gemeten maar het was niet mogelijk om conclusies te trekken over causaliteit. Oftewel, het design van deze studie maakt het niet mogelijk om te impliceren of bijvoorbeeld burnout daadwerkelijk volgt uit een toename van patiënteisen. Er is daarom toekomstig onderzoek nodig om te kunnen concluderen dat een hogere mate van patiënteisen daadwerkelijk leidt tot hogere niveaus van burnout in de zorgsector. Het is gewenst om bij toekomstig onderzoek gebruik te maken van een longitudinaal onderzoeksdesign, waardoor de steekproef over een bepaalde periode wordt gecontroleerd voor mogelijke veranderingen over de tijd. Immers, de eventuele fluctuaties over de tijd kunnen niet worden gemeten aan de hand van een cross-sectioneel onderzoeksdesign, terwijl de zorgsector wel degelijk onderhevig is gebleken aan veranderingen over de tijd door bijvoorbeeld pieken in werkdruk en psychosociale stressoren die een uitputtende werking hebben op het personeel (Sultana et al., 2020). De huidige coronapandemie is hiervan een voorbeeld volgens Sultana et al. (2020).

Tenslotte, het is voor toekomstig onderzoek gewenst om ook de mogelijke verklaringen voor het ontbreken van een negatieve moderatie van collegiale ondersteuning verder te onderzoeken. De suggestie voor toekomstig onderzoek is daarom om de modererende rol van collegiale ondersteuning in relatie tot patiënteisen en burnout te controleren voor verschillende niveaus van *self-efficacy* en reciprociteit binnen de collegiale uitwisseling. Het zou in het licht

van deze suggestie wellicht wenselijk zijn om de modererende rol van collegiale ondersteuning te meten door een verdeling van de steekproef in verschillende clusters, die worden gebaseerd op verschillende niveaus van *self-efficacy* en reciprociteit. Het zou op die manier mogelijk moeten zijn om op basis van gemixte moderatie-rollen duidelijkere conclusies te trekken over de rol van collegiale ondersteuning in de relatie tussen patiënteisen en burnout.

Theoretische en praktische implicaties van het onderzoek

Deze studie heeft op verschillende manieren bijgedragen aan de bestaande literatuur. De kennis over de relatie tussen patiënteisen en burnout in de zorgsector heeft meer vorm gekregen door informatie over enerzijds de directe rol van patiënteisen in het ontstaan van burnout, maar anderzijds over de mogelijke moderatie van collegiale ondersteuning op deze directe relatie.

In eerdere studies door Bani-Hani et al. (2016) en Demerouti et al. (2009) werd de rol van patiënteisen benaderd vanuit *job demands* of in een studie door An et al. (2009) vanuit *difficult encounters*, maar in deze studie werd het als een opzichzelfstaand concept beschouwd. Dit was eerder nog niet gedaan, waardoor deze studie iets heeft toegevoegd aan de bestaande literatuur over de rol van patiënten in relatie tot het ontstaan van burnout in de zorgsector. Ondanks het feit dat de modererende rol van collegiale ondersteuning is verworpen op basis van deze studie, werden er wel een aantal implicaties gegeven om deze studie te gebruiken als een startpunt voor toekomstig onderzoek naar de verzwakkende moderatie van collegiale ondersteuning in deze context, zoals: de rol van self-efficacy en wederkerigheid meenemen in toekomstige studies naar de moderatie van collegiale ondersteuning, longitudinale designs gebruiken, of een andere, minder eenzijdige steekproef toepassen.

De resultaten van deze studie hebben daarnaast implicaties gegeven voor de zorgpraktijk door te veronderstellen dat patiënteisen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van burnout, als een belangrijke beroepsziekte in de wereldwijde gezondheidszorg (Sultana et al., 2020). Het zou voor zorginstellingen daarom wenselijk kunnen zijn om te zoeken naar mogelijkheden om de veeleisendheid van patiënten minder invloed te laten uitoefenen op het zorgpersoneel. Een voorbeeld uit de praktijk dat hierop aansluit, volgt uit het interview met een P&O-adviseur bij MUMC+ (Appendix D), waarin werd gesproken over het feit dat beslissingen tijdens Covid-19 vanuit een organisatorisch perspectief op efficiëntie en effectiviteit vooraf juist leken, maar in praktijk de veeleisendheid van patiënten aanwakkerden met als gevolg toenemende druk op het zorgpersoneel. Organisaties dienen zich hiervan bewust te zijn, zoals ook bij MUMC+ geldt, en dienen dit soort situaties voor de toekomst te voorkomen. Er wordt daarnaast geïmpliceerd dat de modererende rol van collegiale ondersteuning wellicht complexer is dan het lijkt, hetgeen

ook is gebleken bij MUMC+ (Appendix D): het is een langdurig proces, waarvan het belang in tijden van Covid-19 is verduidelijkt. Organisaties dienen bij de implementatie ter ondersteuning van het zorgpersoneel rekening te houden met deze complexiteit.

Conclusie

Gezien het bestaan van een burnout als een belangrijke beroepsziekte in de zorgsector, was een studie naar de directe relatie tussen patiënteisen en burnout van belang. Deze studie heeft verder de mogelijke moderatie van collegiale ondersteuning op de directe relatie tussen patiënteisen en burnout onderzocht, met het oog op een eventuele vermindering van burnout in de zorgsector. Gebaseerd op de equity theorie (Adams, 1965; Walster, et al., 1978) en een aantal empirische bevindingen (An et al., 2009; Demerouti et al., 2009; Kristoffersen & Friberg, 2017; Stacey et al., 2009) werd allereerst verondersteld dat patiënteisen een belangrijke directe rol kunnen spelen in het ontstaan van burnout. Het JD-R model (Demerouti et al., 2001) evenals empirie (An et al., 2009; Claessens, 2016; Fridner et al., 2011; Lee & Akthar, 2007; Montgomery et al., 2015; Wouters, 2011) werd toegepast om te voorspellen dat collegiale ondersteuning mogelijk zou kunnen dienen als een bufferende moderator op de relatie tussen patiënteisen en burnout onder in de gezondheidszorg. Een kwantitatieve data-analyse werd daarom uitgevoerd om deze voorspellingen te testen, waarvoor de steekproef bestond uit 980 verlos- en verpleegkundigen uit Ierland. De data werd geanalyseerd door regressieanalyses met behulp van PROCESS (Hayes, 2017). De voorspelling ten aanzien van de directe relatie tussen patiënteisen en burnout werd ondersteund door de resultaten van deze studie, de eerste hypothese werd aangenomen. De onderzoeksresultaten veronderstelden ook dat de bufferende moderatie van collegiale ondersteuning mogelijk complexer lijkt dan gedacht, en de tweede hypothese werd verworpen. Een mogelijke verklaring daarvoor ligt in het feit dat *self-efficacy* en reciprociteit een belangrijke rol kunnen spelen bij de aanwezigheid van de modererende rol van collegiale ondersteuning, hetgeen verder onderzocht dient te worden in toekomstig onderzoek. Deze studie heeft bijgedragen aan meer kennis omtrent de relatie tussen patiënteisen en burnout in de zorgsector, met uitbreiding van de literatuur over de rol van zowel patiënteisen en collegiale ondersteuning in deze context. Het is voor de zorgpraktijk van belang dat er wordt gezocht naar mogelijkheden om de (invloed van) patiënteisen onder een bepaald niveau te houden om burnout bij het zorgpersoneel te beperken. Collegiale ondersteuning in dit verband heeft meer toekomstig onderzoek nodig, maar deze studie kan hierbij dienen als een startpunt, omdat deze specifieke moderatie in relatie tot patiënteisen en burnout niet eerder werd onderzocht.

Referenties

- Abdalla, I. A. (1991). Social support and gender responses to job stress in an Arab culture. In P. L. Perrewe (Red.), *Handbook on job stress* (pp. 273-288). Select Press.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Red.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 267-299) (Vol. 2). Academic Press.
- An. P., Rabatin, J., Manwell, L., Linzer, M., Brown, R., & Schwartz, M. (2009). Burden of difficult encounters in primary care: Data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of Internal Medicine*, *169*(4), 410-414. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.549>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. (2003). A multi-level group analysis of the job demand-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, *10*(1), 16-38. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, W. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, *21*(4), 425-441. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200006\)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4%3C425::AID-JOB21%3E3.0.CO;2-%23)
- Bani-Hani, M. A., Hamdan-Mansour, A. M., Atiyeh, H. M., & Alslman, E. T. (2016). Theoretical perspective of job demands correlates among nurses: Systematic literature review. *Health*, *8*(15), 1744-1758. <https://doi.org/10.4236/health.2016.815168>
- Beehr, T. A., Bowling, N. A., & Bennett, M. M. (2010). Occupational stress and failures of social support: When helping hurts. *Journal of Occupational Health Psychology*, *15*(1), 45-59. <https://doi.org/10.1037/a0018234>
- Braitwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, *8*(6), 343-347. <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000342767.17606.d1>
- Brauchli, R., Jenny, G. J., Fülleman, D., & Bauer, G. F. (2015). Towards a job demands-resources health model: empirical testing with generalizable indicators of job demands, job resources, and comprehensive health outcomes. *BioMed Research International*, *2015*, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2015/959621>
- Brems, M. (2014). De dokter is ziek. In J. De Lepeleire, & M. Keirse (Reds.), *Zorgverlener, vergeet jezelf niet, Over kwaliteit van zorg en communicatie*. Acco.

- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The key job demands and resources of nursing staff: An integrative review of reviews. *Frontiers in Psychology, 11*(84), 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00084>
- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1999). Reciprocity in interpersonal relationships: An evolutionary perspective on its importance for health and well-being. *European Review of Social Psychology, 10*(1), 259-291. <https://doi.org/10.1080/14792779943000080>
- Claessens, H. (2016). Hoe wordt de arts een (suïcidale) patiënt? *Huisarts Nu, 45*(6), 232-235. <https://doi.org/10.1007/s40954-016-0082-4>
- Consiglio, C., Borgogni, L., Di Tecco, C., & Schaufeli, W. B. (2016). What makes employees engaged with their work? The role of self-efficacy and employee's perceptions of social context over time. *Career Development International, 21*(2), 125-143. <https://doi.org/10.1108/CDI-03-2015-0045>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*, 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International, 14*(1), 50-68. <https://doi.org/10.1108/13620430910933574>
- Ducharme, L. J., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2007). Emotional exhaustion and turnover intention in human service occupations: the protective role of coworker support. *Sociological Spectrum, 28*(1), 81-104. <https://doi.org/10.1080/02732170701675268>
- Eastburg, M. C., Gorsuch, R., Williamson, M., & Ridley, C. (1994). Social support, personality, and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology, 24*(14), 1233-1250. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb00556.x>
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology, 87*(3), 565-573. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.565>
- Fridner, A., Belkic, K., Minucci, D., Pavan, L., Marini, M., Pingel, B., Putoto, G., Simonato, P., Lovseth, L., & Schenk-Gustafsson, K. (2011). Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy: The

- health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study. *Gender Medicine*, 8(4), 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2011.05.009>
- Gaines, J., & Jermier, J. M. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of Management Journal*, 26(4), 567-586. <https://doi.org/10.5465/255907>
- Goussinsky, R. (2012). Coping with customer aggression. *Journal of Service Management*, 23(2), 170–196. <https://doi.org/10.1108/09564231211226105>
- Goussinsky, R. (2020). The combined moderating effects of coworker support and occupational self-efficacy on the relationship between mistreatment by patients and burnout. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(4), 479-497. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1692982>
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1065-1074. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.025>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis approach*. Guilford publications.
- Herschbach, P. (1992). Work-related stress specific to physicians and nurses working with cancer patients. *Journal of Psychological Oncology*, 10(2), 79-99. https://doi.org/10.1300/J077v10n02_05
- Jackson, J., & Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159(10), 1069-1075. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.10.1069>
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.4.630>
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Foutouhi, A. (2020). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.20129650>
- Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schamphelleire, J., De Troyer, M., Kacenenbogen, N., Offermans, A. M., Pierart, J., & Kohn, L. (2011). *Burnout bij huisartsen, preventie en aanpak* (KCE Rapport 165a). *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_165a_burnout_bij_huisartsen.pdf
- Keirse, M., Keirse, L., & Keirse, M. (Eds.), *Zorgverlener, vergeet jezelf niet, Over kwaliteit van zorg en communicatie*. Acco.

- Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O., & Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *61*, 142-164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.003>
- Kilroy, S., Bosak, S., Flood, P. C., & Peccei, R. (2020). Time to recover: The moderating role of psychological detachment in the link between perceptions of high-involvement work practices and burnout. *Journal of Business Research*, *108*, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.10.012>
- Kristofferson, M., & Friberg, F. (2017). Relationship-based nursing care and destructive demands. *Nursing Ethics*, *24*(6), 663-674. <https://doi.org/10.1177/0969733015623097>
- Lee, J. S. Y., & Akthar, S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, *45*(1), 63-84. <https://doi.org/10.1177/1038411107073604>
- Maslach, C. M., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, *33*(2), 296-300. <https://doi.org/10.1002/job.784>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resource Administration*, *7*(2), 189-212. <https://www.jstor.org/stable/25780192>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M.P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Consulting psychologists press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Monnot, M. J., & Beehr, T. A. (2014). Subjective well-being at work: Disentangling source effects of stress and support on enthusiasm, contentment, and meaningfulness. *Journal of Vocational Behavior*, *85*(2), 204–218. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.07.005>
- Montgomery, A., Spanu, F., Baban, A., & Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout Research*, *2*(2-3), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.06.001>
- Nahum-Shani, I., & Bamberger, P. (2011). Explaining the variable effects of social support on work-based stressor-strain relations: The role of perceived pattern of support

- exchange. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 114(1), 49–63. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2010.09.002>
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. *Choice Reviews Online*, 26(3), 26-1580. <https://doi.org/10.5860/choice.26-1580>
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lombardo, C., Lazzari, D., & Violani, C. (2015). Occupational coping self-efficacy explains distress and well-being in nurses beyond psychosocial job characteristics. *Frontiers in Psychology*, 6, 1143. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01143>
- Rook, K. S. (1987). Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older woman. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 145–154. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.145>
- Russell, D. W., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of applied psychology*, 72(2), 269-274. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.72.2.269>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243–252. <https://doi.org/10.1080/00207590701396641>
- Shirom, A. (1989). *Burnout in work organizations*. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). John Wiley & Sons
- Stacey, C. L., Henderson, S., MacArthur, K. R., & Dohan, D. (2009). Demanding patient or demanding encounter?: A case study of a cancer clinic. *Social Science & Medicine*, 69(5), 729-737. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.032>
- Stetz, T. A., Stetz, M. C., & Bliese, P. D. (2006). The importance of self-efficacy in the moderating effects of social support on stressor-strain relationships. *Work & Stress*, 20(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/02678370600624039>
- Straits, B. C., & Singleton, R. (2018). *Social research: Approaches and fundamentals*. Oxford University Press.
- Sultana, A., Sharma, R., Hossain, M. D. M., Bhattacharya, S., & Purohit, N. (2020). Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based

interventions. *Indian Journal of Medical Ethics*.

<https://doi.org/10.20529/IJME.2020.73>

Vaananen, A., Buunk, B. P., Kivimaki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2005). When it is better to give than to receive: Long-term effects of perceived reciprocity in support exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(2), 176–193.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.176>

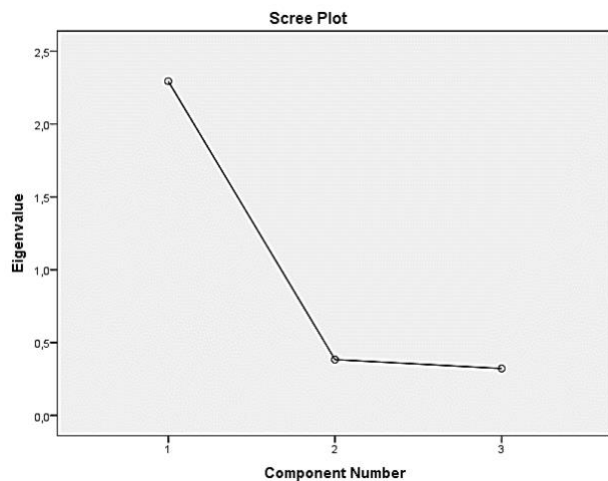
Walster, E., Walster, G. W., & Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and Research*. Allyn & Bacon.

Appendix A

Scree plot, betrouwbaarheids-, en factoranalyse (patiënteisen)

Figuur A1

Scree plot Patiënteisen



Figuur A2

Betrouwbaarheid Patiënteisen

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,842	3

Tabel A1

Factoranalyse Patiënteisen

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,294	76,465	76,465	2,294	76,465	76,465
2	,384	12,789	89,254			
3	,322	10,746	100,000			

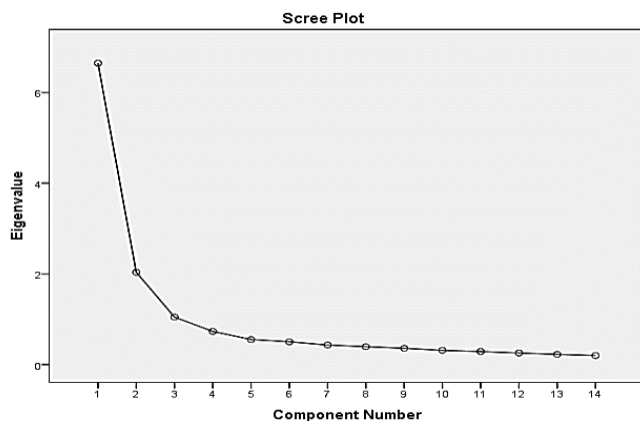
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Appendix B

Scree plot, betrouwbaarheids-, en factoranalyse (burnout)

Figuur B1

Scree plot Burnout



Figuur B2

Betrouwbaarheid burnout

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,912	14

Tabel B1

Factoranalyse Burnout

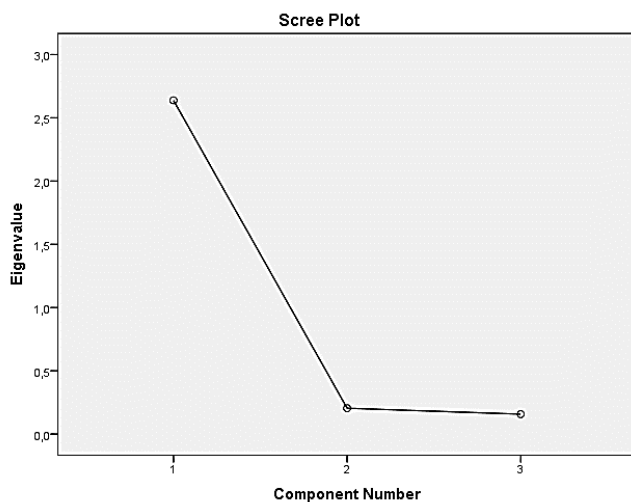
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,647	47,477	47,477	6,647	47,477	47,477
2	2,036	14,546	62,023	2,036	14,546	62,023
3	1,049	7,490	69,513			
4	,733	5,233	74,746			
5	,555	3,961	78,707			
6	,505	3,608	82,315			
7	,433	3,091	85,407			
8	,395	2,825	88,232			
9	,360	2,573	90,805			
10	,315	2,250	93,055			
11	,290	2,069	95,124			
12	,256	1,831	96,955			
13	,226	1,612	98,567			
14	,201	1,433	100,000			

Appendix C

Scree plot, betrouwbaarheids-, en factoranalyse (collegiale ondersteuning)

Figuur C1

Scree plot Collegiale Ondersteuning



Figuur C2

Betrouwbaarheid collegiale ondersteuning

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,931	3

Tabel C1

Factoranalyse Collegiale Ondersteuning

Total Variance Explained

Component	Total	Initial Eigenvalues		Extraction Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,638	87,932	87,932	2,638	87,932	87,932
2	,204	6,817	94,749			
3	,158	5,251	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Appendix D

Interview met HR-professional

Organisatie

Het interview met een PO-adviseur van een Nederlands Universitair Medisch Centrum (MUMC+) vond plaats op 16 april jl. Deze professional is werkzaam bij het Hersen + Zenuw Centrum van de zorginstelling, waarvoor geldt dat dit centrum functioneert als een zelfstandig bedrijfs onderdeel met een medisch- en bedrijfskundig directeur aan het hoofd; daaronder valt de P&O-adviseur in de hiërarchie. De zorginstelling werkt bovendien samen met Universiteit Maastricht en bestaat uit tien centra met ieder hun eigen aandachtsgebied.

HR(-thema's)

De P&O-adviseur bekleedt een strategische functie, waarin advisering van directieleden en management in samenwerking met andere adviseurs centraal staat, en houdt zich bezig met HR-thema's voor organisatieoptimalisatie. De professional maakte ook deel uit van een werkgroep, die een driejarig ontwikkelplan voor het centrum opstelde, gebaseerd op een organisatiebreed plan, met visie, strategie en ambities voor organisatieoptimalisatie. Het betreft de ontwikkeling naar een matrixorganisatie, waarin medewerkers anders gaan samenwerken. De specifieke HR-agenda, op basis van het ontwikkelingsplan, focust daarom op ontwikkeling van medewerkers, teams en leidinggevenden.

Het is een alomvattend agendapunt om veranderingen niet alleen top-down te benutten; daarom zal een pilot van twaalf “ambassadeurs” in dit centrum een ontwikkelprogramma aangeboden krijgen en een project gaan leiden (met eigen werkgroep en mentor) om zo samen met andere medewerkers het verschil te maken in de nieuwe cultuur van samenwerken. Hier gaan talentontwikkeling, cultuurontwikkeling en strategische ontwikkeling hand in hand.

Het is ook een organisatiebreed speerpunt om ziektebeelden als leidend te beschouwen, waardoor de ketenzorg beter op elkaar wordt afgestemd en patiënten ook worden betrokken in de zorgoptimalisatie. Medewerkers werken hierdoor functioneel samen, maar vallen hierbij niet altijd onder één leidinggevende.

Buiten het ontwikkelplan met bijkomstige agenda, houdt de geïnterviewde adviseur zich ook bezig met het aangaan van strategische samenwerkingscontracten met andere instellingen. Individuele detacheringen naar partnerinstanties worden hieraan verbonden. Neurochirurgen en AIOS-en worden bijvoorbeeld ingezet in andere instellingen in de regio.

Covid-19

De Covid-19 pandemie heeft ook in deze zorginstelling zijn sporen achtergelaten. In de hectiek, als gevolg van de snelle uitbreiding van de besmettingen en ziekenhuisopnames in het begin van de pandemie, werd daarom vorig jaar gekozen om alle poliklinieken zo veel mogelijk af te schalen en het aantal OK's terug te brengen. Hierdoor werd gekwalificeerd personeel vrijgespeeld voor de Covid-zorg. De geïnterviewde HR-professional diende op dat moment 24/7 beschikbaar te zijn als lid van het crisisteam.

Interne artsen en verpleegkundigen werden bijgeschoold om inzetbaar te zijn in de Covid-zorg, en externe inhuur werd geworven, geselecteerd en ingezet. Oud-verpleegkundigen werden opgeroepen en bijgeschoold, zodat ze bevoegd in de Covid-zorg aan de slag konden, en in de verpleging werd functiedifferentiatie benut: MBO- en HBO-geschoolden werden ingezet op gekwalificeerde werkzaamheden, en eenvoudigere werkzaamheden (zoals het wassen van patiënten) werden uitgevoerd door afdelingsassistenten en een zorgondersteuningsteam. HR-professionals vervulden hierin een begeleidende rol door te zorgen voor werving, selectie, arbeidscontracten en administratieve verwerking.

Fase 1 werd verder gekenmerkt door het feit dat een crisisorganisatie de bevoegdheid van de Raad van bestuur tijdelijk overnam voor het nemen van Covid-gerelateerde besluiten. De focus werd gedurende Fase 2 (vanaf de zomerperiode) verlegd, toen de crisisorganisatie terugging naar de bestaande hiërarchie om op deze wijze gelijktijdig de reguliere zorg in stand te houden en in te halen in combinatie met de noodzakelijke Covid-zorg. Het zorgpersoneel loopt momenteel inmiddels ruim een jaar op haar tenen, omdat er veel van hen werd (en nog steeds wordt) gevraagd. Het ziekteverzuim in de zorginstelling is hoger dan voor de pandemie: het verzuim is gerelateerd aan Covid-19, ook onder het eigen personeel worden mensen besmet, maar ook de werkdruk is enorm als gevolg van Covid-zorg in combinatie met het verlenen van zo veel mogelijk reguliere zorg. Het personeel kampt daarom ook met psychosociale gevolgen van het werk tijdens dit Covid-jaar. De werkdruk in de zorg is echter geen nieuw fenomeen, want de veeleisendheid van het werk speelde al parten ruim voor de Covid-19 pandemie. De zorg heeft al jaren een slecht imago, waardoor de animo voor zorgopleidingen afloopt. Oftewel, de zorgzwaarte neemt door veeleisendheid van het werk toe, terwijl het aantal opgeleiden steeds afneemt: een tegengesteld verband, waardoor de werkdruk oploopt. Covid-19, als losstaand gegeven, heeft nu een component toegevoegd door het belang van hoogstaande zorg.

Er zijn tijdens de pandemie de volgende initiatieven genomen om zorgmedewerkers te steunen en voldoende tegemoet te komen:

1. Het intern “Hart onder de riem” team om externe steun in de vorm van cadeaupakketten en andere initiatieven, zoals bijvoorbeeld de actie “klappen voor de zorg” te managen.
2. Het inrichten van sport- en ontspanningsruimtes.
3. Psychosociale ondersteuning door een team met psychiaters, psychologen en de dienst geestelijke verzorging. Een psychosociaal team en arboteam worden inmiddels ingezet voor ondersteuning van het zorgpersoneel.
4. Het aanbieden van peer support: alle afdelingen leiden een aantal medewerkers op om collega's te kunnen helpen als dit nodig is. Het is van belang dat ze signalen kunnen opvangen en inschatten wat collega's nodig hebben. Het benutten van peer support heeft echter langzaam moeten groeien: het betreft een complex fenomeen, maar het wordt wel ingezet bij verpleegkundigen in het MUMC+. De behoefte aan peer support is erg groot: Covid-tijden, gekenmerkt door hoge werkdruk en afwisselende teams, blijken een extra uitdaging doordat zorgmedewerkers weinig in contact staan met bekende collega's, die signalen van overbelasting snel kunnen opvangen en op een juiste wijze kunnen handelen. Het aanbieden van peer support (en vroegtijdige signalering van problemen) laat dus nog te wensen over, maar het is belangrijk om dit verder uit te breiden.
5. Een tweewekelijkse livestream voor medewerkers door de Raad van Bestuur, waarin op een persoonlijke manier belangrijke informatie wordt gegeven over onder meer Covid-cijfers, prognoses, landelijke ontwikkelingen, MUMC beleid, vaccinatieaanpak.

De medium cares van deze zorginstelling werden bovendien samengevoegd in verband met efficiëntie en effectiviteit. Veel patiënten werden daarom geconfronteerd met het overlijden van anderen, waardoor diens eisen steeds meer druk uitoefenden op het zorgpersoneel. Iets dat vanuit organisatieperspectief goed leek, heeft daarom verkeerd uitgedrukt voor de werkdruk van het personeel, door toedoen van de eisen die patiënten stelden.

Aantal woorden: 994