

2016•2017
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Een kwalitatief onderzoek naar psychosociale risico's op het werk: burn-out

Promotor :
dr. Hannelore ROOS

Sarah Colaers

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen

2016•2017
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE
WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Een kwalitatief onderzoek naar psychosociale risico's op
het werk: burn-out

Promotor :
dr. Hannelore ROOS

Sarah Colaers

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen

Woord Vooraf

Ter afsluiting van de Master TEW-Beleidsmanagement heb ik een kwalitatief onderzoek gevoerd naar psychosociale risico's op het werk, namelijk burn-out. Dit onderzoek werd gevoerd in de gezondheidssector aan de hand van een *casestudy* in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) te Genk. In dit woord vooraf wil ik graag mijn dank betuigen aan iedereen die mij geholpen en gesteund heeft tijdens het uitvoeren van deze masterproef.

Allereerst wil ik mijn promotor, Dr. Hannelore Roos, en begeleider, Mevrouw Wendy Gettemans, bedanken voor hun goede begeleiding, ondersteuning, deskundig advies en feedback.

Vervolgens wil ik mijn dank richten aan de experten voor hun tijd, medewerking en expertise. De interviews met deze experten vormden een goede basis om het empirisch onderzoek te starten. Bovendien wil ik mijn dank betuigen aan de directie en de medewerkers van het ZOL voor hun tijd en medewerking aan het empirisch onderzoek. In het bijzonder zou ik de personeelsbegeleider van het ZOL willen bedanken voor zijn hulp bij de praktische regeling van de interviews.

Ten slotte wil ik mijn ouders bedanken voor hun steun tijdens de uitwerking van deze masterproef.

Ik wens U veel plezier bij het doornemen van deze masterproef!

Sarah Colaers

Diepenbeek, april 2017

Samenvatting

In deze masterproef wordt aan de hand van een literatuur- en empirische studie de rol van leiderschap en de organisatiecultuur in het optreden van burn-out en de preventie van burn-out in de gezondheidssector onderzocht.

Allereerst komt de probleemstelling (Hoofdstuk 1) aan bod, waar het probleem van burn-out gesitueerd wordt in deze tijd en maatschappij. Hier worden de gevolgen, wetgeving en kosten omtrent burn-out aangehaald. Ook wordt het fenomeen burn-out gelinkt aan de gezondheidszorg en leiderschap.

In de methodologie (Hoofdstuk 1.3) wordt uitgelegd op welke manier er te werk is gegaan in deze masterproef. Hier wordt de werking van zowel de literatuurstudie als de empirische studie toegelicht.

Het volgende hoofdstuk van deze masterproef is de literatuurstudie (Hoofdstuk 2) waarin het begrip burn-out wordt toegelicht. Verder wordt het fenomeen burn-out binnen de gezondheidssector geschetst en wordt er gefocust op de oorzaken van burn-out. Deze oorzaken kunnen worden opgedeeld in drie categorieën, namelijk: job - en rol kenmerken, organisatiecontext en persoonlijkheidskenmerken. Hierbij wordt het *Job Demands- Resources* model (Schaufeli & Taris, 2013) aangehaald. Bovendien wordt er nagegaan welke genderverschillen er zijn bij het optreden van burn-out.

Een tweede deel van de literatuurstudie handelt over leiderschap. Hier wordt eerst het begrip leiderschap toegelicht, waarna de verschillende leiderschapsrollen en –taken in het model van Quinn (1983) gesitueerd worden. Ook komen de verschillende types organisatiecultuur aan bod. Ten slotte wordt de link gelegd tussen leiderschap, organisatiecultuur en burn-out in de gezondheidssector.

Het laatste deel van de literatuurstudie betreft de interventies omtrent burn-out. Deze kunnen worden opgedeeld in twee dimensies, namelijk 'doel' en 'focus'. Binnen de dimensie 'doel' bestaan drie soorten interventies voor burn-out die aan bod komen in de literatuurstudie: primaire -, secundaire - en tertiaire interventies. Binnen de dimensie 'focus' worden zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte interventies toegelicht.

Na de literatuurstudie komt de empirische studie (Hoofdstuk 3) aan bod, waar gefocust wordt op enerzijds de invloed van leiderschap en organisatiecultuur op burn-out (deelvraag 1) en anderzijds de maatregelen die organisaties nemen ter preventie van burn-out (deelvraag 2).

Na algemene informatie over het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), waar de empirische studie werd uitgevoerd, worden de resultaten van de expertinterviews toegelicht, waarna de resultaten van de interviews in het ZOL aan bod komen. Hier worden de volgende onderwerpen besproken: (1) factoren die leiden tot burn-out, (2) de bespreekbaarheid en benadering van een vertrouwenspersoon, (3) de rol van de leidinggevende en organisatiecultuur, (4) de bestaande en wenselijke maatregelen ter preventie van burn-out en (5) de wetgeving en rol van de overheid.

Vervolgens worden in de discussie (Hoofdstuk 4) de resultaten gelinkt aan de literatuur, aangevuld met eigen inzichten en interpretaties.

In de conclusie (Hoofdstuk 5) van deze masterproef wordt, aan de hand van de resultaten, een antwoord gevormd op de centrale onderzoeksvraag: Welke rol speelt leiderschap in het optreden van burn-out en hoe kan burn-out voorkomen worden in de gezondheidssector? Ten slotte worden er enerzijds enkele beleidsaanbevelingen omtrent de preventie van burn-out in de gezondheidssector gedaan. Anderzijds wordt het gevoerde onderzoek kritisch geëvalueerd.

Inhoudsopgave

Woord Vooraf	i
Samenvatting	iii
1 Probleemstelling	1
1.1 Praktische en theoretische relevantie	1
1.1.1 Mediastudie burn-out.....	1
1.1.2 Burn-out in <i>business journals</i>	2
1.1.3 Burn-out en post-fordisme	2
1.1.4 Burn-out: een veel voorkomend fenomeen	3
1.1.5 Gevolgen psychosociale risico's.....	4
1.1.6 Wetgeving burn-out	4
1.1.7 Burn-out in de gezondheidssector	5
1.1.8 Kosten burn-out en het belang van preventie	5
1.1.9 Leiderschap en burn-out	6
1.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.3 Methodologie	11
1.3.1 Literatuurstudie	11
1.3.2 Empirische studie.....	11
1.3.3 Interviews.....	12
1.3.4 Data-analyse.....	13
2 Literatuurstudie.....	15
2.1 Wat is burn-out.....	15
2.2 Verschil tussen burn-out en bevlogenheid.....	15
2.3 Burn-out in de gezondheidssector.....	15
2.3.1 <i>Emotional labor</i> en emoties	16
2.4 Oorzaken burn-out	16
2.4.1 Job – en rol kenmerken	17
2.4.2 Organisatorische kenmerken	17
2.4.3 Persoonlijkheidskenmerken	17
2.5 <i>Job Demands-Resources</i> model	18
2.6 Gendersverschillen omtrent burn-out	18
2.7 Leiderschap	19
2.7.1 Wat is leiderschap?	19
2.7.2 Leiderschapsrollen	20
2.7.3 Leiderschapstijlen	22
2.8 Organisatiecultuur	24
2.8.1 Wat is organisatiecultuur?	24
2.8.2 Types van organisatiecultuur	25
2.9 Leiderschap en burn-out in de gezondheidszorg	26
2.9.1 Leiderschapstaken, organisatiecultuur en burn-out in de geestelijke gezondheidszorg ..	26

2.9.2	Leiderschap en burn-out in de gezondheidszorg	28
2.10	Preventie burn-out	28
2.10.1	Doel interventie: primaire -, secundaire - en tertiaire interventies	29
2.10.2	Focus interventie: persoonsgerichte - en organisatiegerichte interventies.....	29
3	Empirische studie	31
3.1	Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) Genk	32
3.2	Resultaten Expertinterviews.....	32
3.2.1	Algemene inzichten	32
3.2.2	Factoren die leiden tot burn-out.....	33
3.2.3	Rol van de leidinggevenden	35
3.2.4	Rol van de organisatiecultuur	36
3.2.5	Maatregelen tegen burn-out	38
3.2.6	Wetgeving omtrent burn-out	42
3.2.7	Rol van de overheid	43
3.3	Resultaten Interviews Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)	44
3.3.1	Factoren die leiden tot burn-out.....	44
3.3.2	Bespreekbaarheid burn-out en benadering vertrouwenspersoon.....	47
3.3.3	Rol van de leidinggevenden	49
3.3.4	Rol van de organisatiecultuur	52
3.3.5	Maatregelen die genomen worden tegen burn-out.....	53
3.3.6	Wenselijke maatregelen tegen burn-out.....	59
3.3.7	Verandering maatregelen	63
3.3.8	Rol van de overheid	63
4	Discussie	65
4.1	Factoren die leiden tot burn-out	65
4.2	Bespreekbaarheid burn-out en benadering vertrouwenspersoon	66
4.3	Rol van de leidinggevenden	67
4.4	Rol van de organisatiecultuur	68
4.5	Wenselijke maatregelen tegen burn-out	68
4.6	Wetgeving burn-out.....	69
4.7	Rol van de overheid	69
5	Conclusie.....	71
5.1	Conclusie en beantwoording onderzoeksvragen	71
5.2	Management aanbevelingen.....	73
5.3	Beperkingen en toekomstig onderzoek	74
6	Literatuurlijst	75
7	Bijlagen.....	77

Lijst van grafieken, figuren en tabellen

Grafieken

Grafiek 1: Burn-out in de media.....	1
--------------------------------------	---

Figuren

Figuur 1: Concurrerende-waardenkader van Quinn (1983)	21
---	----

Figuur 2: Situationeel leiderschapsmodel van Hersey & Blanchard (1988)	23
--	----

Tabellen

Tabel 1: Overzicht respondenten ZOL	31
---	----

Tabel 2: Overzicht <i>Policy</i> psychosociaal beleid ZOL.....	56
--	----

Tabel 3: Overzicht maatregelen ZOL	58
--	----

Tabel 2: Overzicht wenselijke maatregelen ZOL.....	62
--	----

1 Probleemstelling

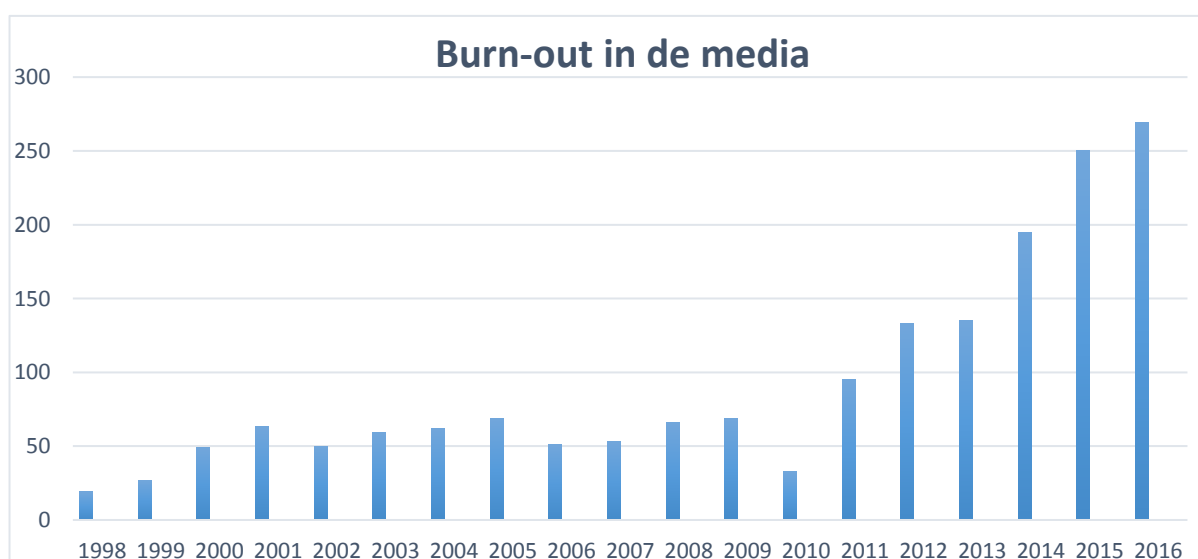
1.1 Praktische en theoretische relevantie

1.1.1 Mediastudie burn-out

Het fenomeen burn-out is de laatste jaren erg populair in de media. Dit wordt duidelijk aan de hand van een systematische zoektocht naar het begrip burn-out/burnout vanaf 1985¹ tot en met 2016 in de kwaliteitskranten De Morgen, De Standaard en De Tijd via de persdatabank *GoPress Academic*. Hier wordt duidelijk dat er in de jaren 80 en 90 amper aandacht geschonken werd aan burn-out. Zo is er voor 1998 zelfs geen sprake van deze term in De Morgen en De Standaard. Echter, vanaf 2000 begint het begrip regelmatig in de kranten te verschijnen. In de loop van de daaropvolgende jaren is er een stijging van het aantal gepubliceerde artikels waarin het begrip burn-out voorkomt. Sinds 1 september 2014 is burn-out opgenomen in de Belgische welzijnswetgeving. Dit is duidelijk te merken aan het aantal publicaties in kranten. Zo zijn er sinds de wettelijke erkenning van burn-out tot en met 2016 maar liefst 610 kwaliteitsartikels, waar het begrip burn-out/burnout in opduikt, te vinden in *GoPress Academic*. Op minder dan drie jaar tijd zijn er dus 610 artikels over burn-out op een totaal van 1753 artikels (1985-2016) gedrukt in De Morgen, De Standaard en De Tijd. Het is dus duidelijk dat burn-out niet meer weg te denken is uit onze samenleving, wat vraagt om verder onderzoek.

Er moet duidelijk gewezen worden op het feit dat *GoPress Academic* enkel de gedrukte krantenartikels beschikbaar stelt, waardoor er dus slechts uitspraak kan gedaan worden over de gedrukte pers, niet over de online pers.

De onderstaande grafiek geeft de jaarlijkse evolutie weer van het aantal gedrukte krantenartikels (De Morgen, De Standaard en De Tijd) waarin het begrip burn-out/burnout voorkomt. Deze evolutie is gebaseerd op de artikels die beschikbaar zijn via *GoPress Academic*, namelijk de gedrukte pers.



Grafiek 1: Burn-out in de media

¹ De databank van *GoPress Academic* voorziet artikels vanaf het jaar 1985.

1.1.2 Burn-out in *business journals*

In *business journals* wordt er, vergeleken met de media, relatief weinig aandacht geschonken aan burn-out. Een systematische zoekopdracht (via *EbscoHost*) naar burn-out in de *business journals* *Journal of occupational health psychology*, *Work and stress* en *Academy of Management* toont aan dat vooral sinds 2000 sprake is van burn-out. De gepubliceerde artikels omvatten zowel theoretische als empirische studies. Opvallend in de *Journal of occupational health psychology* is dat de gezondheidszorg een regelmatig terugkerende sector voor onderzoek naar burn-out vormt. In de artikels uit de andere twee *journals* komen er onderzoeken in zeer uiteenlopende sectoren naar voren. Bovendien wordt in het algemeen vooral gefocust op de oorzaken van burn-out, stress, emoties en het welzijn van de werknemers. Dit in tegenstelling tot de preventie van burn-out of de impact op familie, waar relatief weinig over te vinden is. Dit maakt onderzoek naar de preventie van burn-out zeer wenselijk.

1.1.3 Burn-out en post-fordisme

Burn-out is een erg actueel thema. Burn-out heeft niet enkel gevolgen voor het individu, maar is ook nadelig voor organisaties, doordat het leidt tot hoge verzuimcijfers en meer langdurige afwezigheden. Verder overweegt men vaker om ander werk te zoeken en vreest men het werk niet te kunnen volhouden tot de pensioenleeftijd. Dit zal uiteindelijk een grote kost met zich mee brengen voor de gezondheidszorg en de samenleving (Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe, 2014).

De hoge burn-out cijfers bij werknemers zijn een gevolg van het toegenomen stressniveau op en naast het werk, waarbij twee redenen aan de oorsprong liggen. Enerzijds zorgt digitalisering voor steeds meer informatie die aan een hoger tempo verwerkt moet worden, wat zeer vermoeiend is. Anderzijds leven we in een onstabiele economische tijd waarin werkgevers minder werknemers in dienst nemen voor hetzelfde werk. Dit leidt tot een verhoogde werkdruk en dus een verhoogd stressniveau (Vlogaert, 2014).

In een tijd van globale economische recessie, veroorzaakt door de recente crisis, zijn gevoelens van onzekerheid en bedreiging de voornaamste oorzaken van werk gerelateerde stress. Deze toegenomen druk kan leiden tot burn-out (Dimitrios & Konstantinos, 2014).

De werkzekerheid is gedaald doordat medewerkers tegenwoordig te maken krijgen met ontslagen, *outsourcing*, intense *screening* en controle op prestaties. Deze uitdagingen hebben ook de professionals en leidinggevendenden bereikt, wat aanleiding geeft tot financiële en werk gerelateerde druk (Crowley, Tope, Chamberlain, & Hodson, 2010).

De maatschappij waarin we leven bij het begin van de 21^e eeuw wordt door verschillende auteurs anders benoemt die telkens bepaalde aspecten ervan wensen te belichten. Sommige auteurs beschrijven de overgang van een fordistisch naar een post-fordistisch arbeidsbestel. Het post-fordisme betreft innovaties gericht op het verhogen van de productiviteit, het verlagen van de kosten, alsook het verhogen van de winst (Crowley et al., 2010). Postmoderniteit is een begrip dat betrekking heeft op sociale veranderingen die de verschuiving naar een post-fordistische economie teweeg brengen. Net zoals de moderniteit een donkere kant had, vertoont ook de postmoderniteit kenmerken van menselijke nood of angst. De destructieve restanten van de moderniteit, namelijk

uitbuiting, dominantie en vervreemding, blijven over. Samen met de paniek verbonden aan de postmoderniteit kan de menselijke toestand zo verergeren tot een bijna ondraaglijk niveau. Echter, Hetrick & Boje (1992) zijn ervan overtuigd dat de postmoderniteit ruimte voor verzet toelaat. Dit verzet duidt op het herwinnen van de subjectiviteit en identiteit die verloren zijn gegaan door het streven naar groei en uitbreiding (Hetrick & Boje, 1992).

1.1.4 Burn-out: een veel voorkomend fenomeen

Ruim een kwart van de Belgische werknemers heeft last van stress op het werk. Langdurige, negatieve stress heeft meer verzuim op lange termijn tot gevolg, wat de onderneming duur kan komen te staan. Zo zorgt langdurige stress bij 15,4 procent van de werknemers voor een afwezigheid van dertig dagen per jaar. Dit blijkt uit de resultaten van een enquête bij Belgische werknemers van *Human Resources* dienstverlener *SD Worx*, aldus De Morgen (2015, juni 23). Volgens *SD Worx* wordt stress door verschillende factoren beïnvloed. De werkomstandigheden spelen de grootste rol (81 procent), gevolgd door de sociale relaties op het werk (64 procent) en de bedrijfscultuur (60 procent) (Belga, 2015). Wanneer de hoeveelheid stress en de ernst ervan te groot worden, kan dit leiden tot overbelasting, uitputting en uiteindelijk burn-out (Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2016).

Onderzoek van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) – Stichting Innovatie en Arbeid toont het volgende aan: In 2013 bevindt 9,6 procent van de Vlaamse werknemers zich in een acuut problematische situatie aangaande psychische vermoeidheid of burn-out klachten. Dit wil zeggen dat 220 000 Vlaamse werknemers niet meer ten volle functioneren op het werk. Er is dus aandacht voor burn-out nodig binnen het beleid voor duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking. Werknemers met burn-out symptomen zijn namelijk frequenter en langer afwezig. Bovendien overwegen ze ander werk te zoeken, omdat ze vrezen hun job niet te kunnen volhouden tot aan hun pensioenleeftijd (Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe, 2014). "Het aantal langdurig zieke werknemers stijgt alarmerend", waarschuwt ook De Standaard (Le Bacq, 2016, mei 10). Uit onderzoek van het onafhankelijk ziekenfonds Securex blijkt dat het aantal werknemers dat langer dan een jaar ziek thuis zit nog nooit sterker gestegen is dan vorig jaar, namelijk met 14 procent. De meesten van deze langdurig zieken zijn helemaal 'out'. Eén van de belangrijkste redenen hiervan zijn psychische problemen zoals burn-out (Le Bacq, 2016).

Ook IDEWE, een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, bevestigt de opvallende burn-out cijfers. Volgens IDEWE vertoont een vijfde van de Vlaamse werknemers in hoge mate burn-out symptomen. Bovendien krijgt één op vier mensen te maken met ernstige psychische problemen. Een preventief psychosociaal welzijnsbeleid is dus erg aangewezen (IDEWE, 2016). Duurzame werknemers worden namelijk steeds belangrijker, aangezien men door de verhoogde pensioenleeftijd verplicht is langer te werken. Vakbond ABVV concludeert uit een online bevraging dat 74 procent van de werknemers het huidige werkritme niet kan volhouden tot aan de pensioenleeftijd. De arbeidsorganisatie heeft namelijk een grote invloed op zowel de fysieke als mentale gezondheid van de werknemers, met als gevolg stress, burn-out en slaapproblemen (Belga, 2014).

1.1.5 Gevolgen psychosociale risico's

Blootstelling aan psychosociale risico's resulteert niet enkel in slechte prestaties op het werk en gezondheidsproblemen. Het leidt ook tot een financiële druk op de personen zelf, de organisaties en de samenleving. Op persoonlijk niveau komt dit tot uiting in hoge medische – en verzekeringskosten en een afname van de inkomsten. Op organisatieniveau leidt dit tot kosten door productiviteitsafname, hoger verzuim en hoger verloop van personeel. Op niveau van de samenleving zorgt de langdurige blootstelling aan psychosociale risico's voor een afname van de economische productiviteit, wat een negatief effect heeft op het Bruto Binnenlands Product (Cosmar, Gründler, Flemming, Cosemans, & VandenBroek, 2014). Volgens De Standaard kost langdurige afwezigheid, ten gevolge van onder andere burn-out, onze samenleving dan ook elk jaar 6,5 miljard euro. Hierbij wordt er verwezen naar het boek 'Ze maken ons kapot meneer!', geschreven door therapeute Rogiest, journalist Degrande en bedrijfscoach De Winne. Volgens deze auteurs vormen de leidinggevendenden zelf een deel van de oplossing ("Burn-out op het werk: Leidinggevendenden onderschatten hun impact," 2016).

1.1.6 Wetgeving burn-out

De term burn-out komt recentelijk voor in de Belgische wetgeving. Sinds 1 september 2014 is burn-out wettelijk erkend. Dit betekent dat Belgische werkgevers verplicht zijn om maatregelen te treffen aangaande de preventie van psychosociale risico's, waaronder stress en burn-out. Werkgevers zullen hun personeel moeten sensibiliseren, risico analyses opzetten en een meldingssysteem invoeren. Dit laatste geeft slachtoffers de kans om een neutrale aanvraag tot interventie in te dienen, wat voordien niet mogelijk was (JC, Soir, & Belga, 2014).

Het begrip burn-out werd opgenomen in het Koninklijk Besluit van 10 april 2014 betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk. Op 1 september 2014 trad de wetswijziging effectief in werking. Het Koninklijk Besluit (10 april 2014, afdeling 2, artikel 3) stelt dat de werkgever rekening moet houden met situaties die aanleiding geven tot stress en burn-out veroorzaakt door het werk of tot schade aan de gezondheid die voortvloeit uit conflicten verbonden aan het werk of uit geweld, pesterijen of ongewenst seksueel gedrag op het werk (Kruispuntbank Wetgeving, 2014). Het Koninklijk Besluit van 10 april 2014 is opgenomen in de bijlagen.

De opname van burn-out in de Belgische welzijnswetgeving biedt niet alleen voordelen voor de slachtoffers zelf, maar ook voor de betreffende organisaties en de samenleving. Op deze manier kan er gewerkt worden aan de preventie van burn-out vanuit de organisatie.

Verder werd het Koninklijk Besluit van 28 mei 2003 gewijzigd naar het Koninklijk Besluit van 28 oktober 2016. Dit besluit is in werking getreden op 1 december 2016. Er werd een nieuwe afdeling 6/1 ingevoegd betreffende een re-integratietraject om langdurig arbeidsongeschikte werknemers te begeleiden naar tijdelijk of definitief aangepast of ander werk. Deze nieuwe afdeling 6/1 bevat de stappen van het individueel integratietraject. Bovendien wordt er aandacht geschonken aan re-integratiebeleid op ondernemingsniveau. Het is de bedoeling allereerst te focussen op de integratiemogelijkheden bij de eigen werkgever. Integratie in een vertrouwde werkomgeving zal namelijk de kans op een vlotte integratie verhogen. Aangezien de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer de arbeidsomstandigheden en organisatie kent, fungeert deze als aanspreekpunt

voor werknemer en werkgever (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, 2016). Het Koninklijk Besluit van 28 oktober 2016 is opgenomen in de bijlagen.

1.1.7 Burn-out in de gezondheidssector

Werknemers in uiteenlopende beroepen en sectoren krijgen te maken met burn-out. Ook hulpverleners, waaronder verpleegkundigen en artsen worden hier vaak door getroffen. Emotioneel belastend werk is een risicofactor voor burn-out en typerend voor de zorgsector. Artsen en verpleegkundigen worden namelijk frequent geconfronteerd met aangrijpende situaties. Uit cijfers van de FOD Volksgezondheid blijkt dat 6 procent van de artsen en verpleegkundigen een burn-out heeft. Bovendien lopen dubbel zoveel artsen en verpleegkundigen een ernstig risico hierop. (Vandenbroeck & Godderis, 2012). In deze masterproef zal er dan ook onderzoek worden gedaan naar burn-out in de gezondheidssector. In de literatuurstudie zal er verder worden ingegaan op dit thema (2.3.1 *emotional labor* en emoties).

1.1.8 Kosten burn-out en het belang van preventie

Er is veel belangstelling voor burn-out en de gevolgen voor de productiviteit in de gezondheidssector omwille van de bezorgdheid betreffende een tekort aan arbeidskrachten in deze sector. De link tussen burn-out en de intentie om de gezondheidssector te verlaten, toont aan dat burn-out aanzienlijke kosten met zich mee brengt. Voordat men kan overgaan tot de waardering van initiatieven om burn-out bij artsen te verlagen, moeten de kosten van burn-out geschat kunnen worden (Dewa, Jacobs, Thanh, & Loong, 2014).

Volgens *BusinessDictionary* wordt 'kost' gedefinieerd als het bedrag dat betaald of opgegeven moet worden om iets te krijgen. In de bedrijfscontext is 'kost' gewoonlijk de monetaire waardering van inspanning, materiaal, middelen, geconsumeerde tijd en nutsmiddelen, opgelopen risico en opportuniteit in de productie en levering van een product of dienst (opportuniteitskost) (Business Dictionary, 2016).

Opvallend veel organisaties in Europa krijgen te maken met psychosociale risico's en stress, wat negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid en bedrijfsvoering. Op grond van de kaderrichtlijn gezondheid en veiligheid op het werk (Richtlijn 89/391/EEG) zijn werkgevers wettelijk verantwoordelijk voor het terugdringen van risico's voor de gezondheid en veiligheid van werknemers, waaronder psychosociale risico's (Cosmar et al., 2014). De kaderrichtlijn betreffende de veiligheid en gezondheid op het werk zorgde voor een grote verbetering van de veiligheid en gezondheid op het werk (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk, 2016). De kaderrichtlijn betreffende de veiligheid en gezondheid op het werk is opgenomen in de bijlagen.

In veel organisaties leeft het misverstand dat het aanpakken van psychosociale risico's meer kosten met zich mee brengt. Het tegendeel blijkt echter waar te zijn. Het niet behandelen van psychosociale risico's, zoals burn-out, kan zelfs duurder uitpakken voor de werknemers, werkgevers en de samenleving (Cosmar et al., 2014).

Op persoonlijk niveau zorgen psychosociale risico's zoals burn-out voor hogere medische - en verzekeringskosten en een afname van de inkomsten. Vrijaf nemen en het opzeggen van een job

heeft mogelijk een directe impact op het inkomen van de werknemer, ondanks de terugbetaling van de kosten voor de gezondheidszorg door nationale gezondheidsstelsels in Europa. Op organisatieniveau leiden werk gerelateerde stress en psychosociale risico's tot productiviteitsafname en hogere ziekteverzuim – en personeelsverloopcijfers. Uit nationale onderzoeken blijkt dat een vijfde van het personeelsverloop verbonden is aan stress op het werk. Op niveau van de samenleving is er sprake van een grotere belasting van de nationale gezondheidsinstellingen en economische productiviteitsafname door een slechte gezondheid, ten gevolge van werk gerelateerde stress en langdurige blootstelling aan psychosociale risico's. Dit heeft een negatief effect op het Bruto Binnenlands Product (BBP). De Europese Commissie heeft in 2002 in vijftien lidstaten van de Europese Unie de kosten van werk gerelateerde stress berekend op 20 miljard euro per jaar (Cosmar et al., 2014).

Het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (1999) schatte de maatschappelijke kosten voor alle werk gerelateerde gezondheidsproblemen op 2,6 – 3,8 procent van het Bruto Binnenlands Product. Dit komt overeen met 185 – 269 miljard euro per jaar voor vijftien EU lidstaten. Volgens de aanname dat minstens 10 procent van deze kosten werk-stress gerelateerd zijn (Levi & Lunde-Jense, 1996; Davies & Teasdale, 1994), komt dit neer op 20 miljard euro per jaar (European Commission & Directorate-General for Employment; Social Affairs and Inclusion, 2000).

In een aantal Europese landen brengt elke euro besteed aan stimulerings- en preventieprogramma's binnen het jaar een netto-economisch voordeel tot 13,62 euro op. Acht van de 90 onderzoeken naar de effectiviteit van interventies van stressmanagement die LaMontagne et al. (2007, geciteerd in Cosmar et al., 2014) bestudeerden, bevatten een kosten-baten analyse. Uit deze acht onderzoeken bleek dat de interventies een financieel voordeel opleverde (Cosmar et al., 2014). Het kostenvoordeel dat interventies tegen psychosociale risico's met zich mee brengt, mag dus zeker niet onderschat worden.

1.1.9 Leiderschap en burn-out

'Ze maken ons kapot meneer' is de titel van een boek geschreven door therapeute Rogiest, journalist Degrande en bedrijfscoach De Winne. Deze auteurs leggen de medeverantwoordelijkheid van stress en burn-out openlijk bij de leidinggevenden. Dit wil zeggen dat de leidinggevenden ook een deel uitmaken van de oplossing.

Uit nieuw onderzoek van de KU Leuven blijkt dat stress mede veroorzaakt wordt door de eisen van de baas en de werksfeer. Professor Arbeidsgeneeskunde Lode Godderis onderzocht welke factoren de meeste impact hebben op burn-out. Hieruit blijkt dat niet de sector, wel de werkgever doorslaggevend is. De onredelijke taken die een werkgever oplegt, spelen mee als risicofactor voor burn-out. Een veeleisende baas kan dus doorslaggevend zijn bij burn-out. Volgens Professor Godderis leiden meer autonomie, een goede werksfeer en voldoende kansen om zichzelf te verbeteren tot aangener werk (Andries, 2016).

De link tussen leidinggevenden en burn-out wordt tegenwoordig amper gemaakt, ondanks de belangrijke rol van leiderschap. Dit maakt verder onderzoek naar de invloed van leiderschap op burn-out wenselijk.

1.2 Onderzoeksvragen

Het doel van deze masterproef is het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek naar psychosociale risico's op het werk, namelijk burn-out. Gezien de gevoeligheid van de gezondheidssector betreffende burn-out wordt het onderzoek uitgevoerd in deze sector. De centrale onderzoeksvraag hierbij is:

Welke rol speelt leiderschap in het optreden van burn-out en hoe kan burn-out voorkomen worden in de gezondheidssector?

De centrale onderzoeksvraag wordt onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen:

- Hoe worden leiderschap en de organisatiecultuur ervaren in functie van het psychosociaal welzijn op het werk ter voorkoming van burn-out in de gezondheidssector?
- Welke maatregelen worden getroffen tegen burn-out in de gezondheidssector?
 - o Welke primaire -, secundaire - en tertiaire maatregelen worden er genomen in de gezondheidssector?
 - o Hoe worden deze maatregelen ervaren door de werknemers?

Om de centrale onderzoeksvraag en de bijhorende deelvragen te beantwoorden, wordt er eerst een literatuurstudie (Hoofdstuk 2) uitgevoerd, gevolgd door een empirische studie (Hoofdstuk 3).

1.3 Methodologie

1.3.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie baseert zich op wetenschappelijke literatuur, afkomstig uit de (online) bibliotheek van de UHasselt en databases, waaronder *EbscoHost*. Hierbij werd er gebruik gemaakt van bestaande literatuur aan de hand van onder andere de volgende zoektermen: burn-out, gezondheidssector (*health sector*), oorzaken (*causes*), preventie (*prevention*), kosten (*costs*), *emotional labor* en leiderschap (*leadership*).

1.3.2 Empirische studie

Na de literatuurstudie werd er een empirische studie uitgevoerd om de invloed van leiderschap en de organisatiecultuur op burn-out (deelvraag 1) en de maatregelen tegen burn-out (deelvraag 2) in de gezondheidssector te onderzoeken. Dit gebeurde aan de hand van expertinterviews en een *casestudy* in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), Genk. Deze *casestudy* werd uitgevoerd aan de hand van interviews met werknemers van het ZOL.

Een kwalitatieve *casestudy* is in deze masterproef het meest toepasselijk, aangezien de resultaten afhankelijk zijn van de context. Verder laat een kwalitatief onderzoek slechts een klein aantal onderzoekseenheden toe. Een *casestudy* onderscheidt zich van een *survey* en experiment doordat het onderzoek plaatsvindt in de natuurlijke omgeving, hier het ZOL. In een kwalitatief onderzoek wordt er meestal gebruik gemaakt van tekst in plaats van numerieke gegevens (Jochems & Joosten).

Expertinterviews

Ter voorbereiding van de empirische studie werden drie expertinterviews afgenomen. Een eerste interview werd afgenomen met Frank Lambrechts, organisatiepsycholoog en Prof. Dr. Dr. aan de Universiteit Hasselt. Dankzij zijn expertise kon er voldoende inzicht over leiderschap en de organisatiecultuur, gelinkt aan burn-out in de gezondheidssector, verkregen worden. Frank Lambrechts kon gemakkelijk bereikt worden, aangezien hij professor aan de UHasselt is.

Vervolgens vond er een interview plaats met Lode Godderis, Directeur van de dienst 'Onderzoek en Ontwikkeling' bij IDEWE en professor arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven. In dit interview kon gefocust worden op de link tussen leiderschap en burn-out, aangezien Lode Godderis hier zelf reeds onderzoek over gevoerd heeft. Er kon contact worden opgenomen met Lode Godderis via IDEWE.

Ten slotte werd Kristien Tirez, preventieadviseur psychosociale aspecten bij IDEWE, geïnterviewd. Aangezien Kristien Tirez zelf burn-out coach is, heeft zij veel inzicht in dit fenomeen, alsook de oorzaken en gepaste maatregelen. Kristien Tirez had in het vorige academiejaar reeds tijd gemaakt voor een gesprek omtrent burn-out ter voorbereiding van de motivatie voor de masterproef. Tijdens dit eerdere contact liet zij weten bereid te zijn mee te werken aan de masterproef. Dit contact werd gedurende dit academiejaar dan ook terug opgenomen.

Uit deze drie expertinterviews werd dus inzicht verworven in drie onderdelen: (1) burn-out als collectief fenomeen, namelijk gelinkt aan de organisatie; (2) de focus op leiderschap omtrent burn-out en (3) burn-out als psychologisch fenomeen. Op deze manier kon er een algemeen beeld worden gevormd over burn-out en leiderschap in de gezondheidssector.

Interviews casestudy ziekenhuis

De zoektocht naar een ziekenhuis om de *casestudy* uit te voeren, verliep wat moeizamer dan het vastleggen van de expertinterviews. Alle Limburgse ziekenhuizen en één ziekenhuis buiten Limburg² werden gecontacteerd via mail en via verschillende personen³. Twee ziekenhuizen kon wegens drukte en tijdsgebrek niet meewerken. Een ander ziekenhuis wees het verzoek af wegens vrees voor overbevraging van de medewerkers. Van een aantal ziekenhuizen werd geen respons verkregen. Het Heilig-Hart Ziekenhuis in Mol en het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) in Genk waren de enige gecontacteerde ziekenhuizen die ingingen op het verzoek om mee te werken aan deze masterproef. Na contact met de personeelsbegeleider van het Ziekenhuis Oost-Limburg werd de samenwerking met het ZOL vastgelegd. Via mail werd uitgelegd dat de *casestudy* uitgevoerd zou worden aan de hand van een tiental medewerkers van het ZOL, met het liefst verschillende functies (verpleegkundigen, artsen, directie,...). Zo werd de medewerking van de volgende tien respondenten in het ZOL verkregen: drie arbeidsgeneesheren, een arts, een hoofdverpleegkundige, een diensthoofd, een divisie manager, de personeelsbegeleider zelf, een psychologe en een preventieadviseur psychosociale aspecten. De drie arbeidsgeneesheren en de psychologe zijn vrouwelijke respondenten, de overige zijn mannelijke respondenten. Vervolgens werden deze tien respondenten telefonisch gecontacteerd om zo de interviews in te plannen. De interviews die behoren tot de empirische studie werden dus in persoon afgenomen met tien medewerkers van het Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk.

Er kon een algemeen beeld geschetst worden over burn-out in het ZOL, aangezien de antwoorden van de respondenten complementair waren. Zo hebben bijvoorbeeld de arbeidsgeneesheren en preventieadviseur minder inzicht in de maatregelen tegen burn-out dan de andere respondenten. De arbeidsgeneesheren konden dan wel weer meer vertellen over de factoren die leiden tot burn-out in het ziekenhuis, de bespreekbaarheid en toenadering van een vertrouwenspersoon. De arts, hoofdverpleegkundige en diensthoofd wisten de vragen te beantwoorden vanuit eigen ervaring op de werkvloer. Zo vulden de antwoorden elkaar aan.

1.3.3 Interviews

De interviews die werden afgenomen zijn over het algemeen *topic* gestuurd. Hoewel de vragen op voorhand werden opgesteld, lieten deze voldoende ruimte om in te spelen op bepaalde onderwerpen tijdens het interview. Er werd tijdens de interviews dan ook vooral gebruik gemaakt van een *topic* lijst om te controleren welke onderwerpen aan bod moesten komen.

Voordat er data verzameld kon worden aan de hand van een *casestudy*, was het nodig om achtergrondinformatie te verzamelen over het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Vervolgens konden de kwalitatieve interviews worden afgenomen om zo data te verzamelen.

² Gecontacteerde ziekenhuizen: Jessa Ziekenhuis, Hasselt; Mariaziekenhuis Noord-Limburg, Overpelt; A.Z. Vesalius, Tongeren en Bilzen; Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk en Lanaken; Sint-Franciskusziekenhuis, Heusden-Zolder; Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik; Sint-Trudo Ziekenhuis, Sint-Truiden en H. Hartziekenhuis, Mol.

³ Ziekenhuizen gecontacteerd via: algemeen info mailadres en directie (Directeur patiëntenzorg, Directeur Personeel en Organisatie, HR Directeur, Algemeen Directeur of Personeelsdirecteur; afhankelijk van beschikbaarheid gegevens)

1.3.4 Data-analyse

De resultaten van de empirische studie werden geanalyseerd, samengevoegd en vergeleken met de resultaten van de literatuurstudie. Op deze manier kon er een antwoord worden geformuleerd op de centrale onderzoeksvraag: Welke rol speelt leiderschap in het optreden van burn-out en hoe kan burn-out voorkomen worden in de gezondheidssector?

2 Literatuurstudie

2.1 Wat is burn-out

Burn-out is een syndroom van extreme vermoeidheid (uitputting), afstand nemen van het werk (distantie) en weinig vertrouwen in het eigen kunnen (verminderde competentie), waarbij de oorzaken voor deze aspecten gelegen zijn in hetzij de werksfeer, hetzij de manier waarop werknemers omgaan met stresserende aspecten in hun werk (Taris, Houtman, & Schaufeli, 2013). De term burn-out is afkomstig uit het Engels en verwijst naar een toestand van psychische uitputting. In het Nederlands spreekt men van 'opgebrand zijn'. Oorspronkelijk werd burn-out vooral onderzocht in beroepen met veel contact met andere mensen, waaronder cliënten, patiënten en leerlingen. Zo is de eerste versie van de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) geïntroduceerd. Dit is één van de meeste bekende en gebruikte vragenlijsten om burn-out te meten. Later publiceerden Schaufeli et al. (1996) een niet-beroeps specifieke MBI versie die algemeen toepasbaar is (Taris et al., 2013).

De eerste component van burn-out, uitputting, wordt gekarakteriseerd door een gebrek aan energie en het gevoel dat de emotionele hulpmiddelen zijn opgebruikt. Bovendien verschijnen er ook gevoelens van frustratie en spanning wanneer men beseft dat men het werk niet kan volhouden zoals in het verleden. Ook wordt het vooruitzicht om nog een dag te moeten gaan werken gevreesd. De tweede component is distantie of depersonalisatie. Hierbij behandelen de slachtoffers van burn-out hun cliënten niet meer als personen, maar als objecten. De werknemers kunnen een afstandelijke en emotionele gevoelloosheid weergeven, samen met een cynisme ten opzichte van hun medewerkers, cliënten en organisatie. De derde en laatste component van burn-out, verminderde competentie, wordt gekenmerkt door de trend om zichzelf negatief te evalueren. De individuen ervaren een daling in het gevoel van job bekwaamheid en succes in hun werk of in de interacties met mensen. Bovendien heeft het individu geen gevoel of waarneming van vooruitgang. Er kan dus gesteld worden dat burn-out een proces is waarbij de drie besproken componenten elkaar opvolgen (Cordes & Dougherty, 1993).

2.2 Verschil tussen burn-out en bevlogenheid

Bevlogenheid of 'engagement' wordt als positieve tegenhanger van burn-out beschouwd. Schaufeli en Bakker (2004, geciteerd in Vandenbroeck & Godderis, 2012) definiëren bevlogenheid als volgt: "een positieve, affectief-cognitieve toestand van opperste voldoening gekenmerkt door vitaliteit, toewijding en absorptie". Bevlogenheid zorgt voor energie en het gevoel van sterk en fit te zijn. Waar vitaliteit wordt gezien als de kern van burn-out, wordt met toewijding de sterke betrokkenheid met het werk bedoeld. Absorptie wil zeggen dat men zo opgaat in het werk dat men ermee versmelt (Vandenbroeck & Godderis, 2012).

2.3 Burn-out in de gezondheidssector

Werknemers in de gezondheidssector blijken een groter risico op burn-out te hebben dan anderen. Dit kan voortkomen uit het ervaren van vele job stressoren waaronder contacten met emotioneel veeleisende patiënten, blootstelling aan de dood, tijdsdruk en werkoverlading. Naast persoonlijke

negatieve effecten van burn-out, zoals depressie, vermindert burn-out ook de kwaliteit van de patiëntenzorg. Bovendien leidt burn-out tot vervroegde uittreding en verhoogt het het risico op medische fouten. Hoge werkeisen, vele werkuren, druk van superieuren, gebrek aan sociale steun en ploegendienst zijn voorbeelden van de vele risicofactoren van burn-out bij werknemers in de gezondheidszorg (Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath, & Wiwatanadate, 2014).

2.3.1 Emotional labor en emoties

Emotional labor is de inspanning om de emoties bewust te beheren terwijl men anderen 'dient'. De job die hierbij uitgevoerd wordt, noemt men de *emotional labor* job. Burn-out blijkt één van de negatieve aspecten van *emotional labor* te zijn. *Emotional labor* gedrag bestaat uit vier dimensies (Cukur, 2009, geciteerd in Celik et al., 2010): *Deep Acting*, *Surface Acting*, *Automatic Emotional Regulation* en *Emotional Deviance*. *Deep Acting* houdt in dat de werknemers op voorhand inspanning tonen om de vereiste emoties te bepalen in plaats van vals gedrag te tonen. *Surface Acting* is het tonen van de emoties die men niet voelt, maar vereist zijn in het werk. Dit gebeurt samen met het onderdrukken van de werkelijk gevoelde emoties. *Automatic Emotional Regulation* wordt gedefinieerd als het voelen van de werk gerelateerde emoties wanneer deze nodig zijn, zonder enige voorbereiding, en deze ook reflecteren op de manier waarop ze gevoeld worden. *Emotional Deviance* ten slotte, is het weergeven van de gevoelens zonder aandacht te besteden aan het volgen van de regels. Burn-out zou kunnen optreden als gevolg van de ervaren stress door werknemers die een emotionele interactie aangaan met cliënten en niet de bekwaam zijn om deze interactie te starten en vol te houden. Interactie met mensen vereist vaak het beheren van emoties en wordt geacht de trigger van burn-out te zijn (Celik, Tabak, Uysal, Sigri, & Turunc, 2010).

Emoties worden opgevat als affectieve – en fysiologische toestanden, fysiologische – en gedragsreacties, tijdelijk van aard, en gekenmerkt door de intensiteit en positieve of negatieve valentie (Gross, 1998; Oschner and Gross, 2007, geciteerd in Hayward & Tuckey, 2011). Het managen van emoties is een essentiële vaardigheid voor vele werknemers. Zo moeten verpleegkundigen naast hun klinische taken en besluitvorming ook hun eigen emoties managen die zich voordoen tijdens de interacties met hun patiënten en de families hiervan. Dit proces noemt met *double-faced emotion management*, vertaald als dubbelzijdig emotiebeheer. Het beheren van de eigen emoties, samen met het anticiperen op en het beïnvloeden van de emoties van anderen is cruciaal om succesvol te kunnen voldoen aan de eisen van vele jobs. Bovendien versterkt dit de goede werking van interacties op het werk. Daarom zijn emotie managementvaardigheden strategische instrumenten om de effectieve functionering op het werk te bevorderen (Hayward & Tuckey, 2011).

2.4 Oorzaken burn-out

De oorzaken van burn-out kunnen opgedeeld worden in drie categorieën. De eerste categorie bestaat uit job – en rol kenmerken, de tweede categorie uit organisatorische kenmerken en de derde uit persoonlijkheidskenmerken van de werknemer (Cordes & Dougherty, 1993).

2.4.1 Job – en rol kenmerken

De variabelen interpersoonlijk contact, rolconflicten, rolambiguïteit en roloverlading (werkdruk) worden geassocieerd met burn-out. Hoe hoger het niveau van deze variabelen, hoe hoger het niveau van burn-out. Burn-out wordt frequenter en intenser geacht in helpende beroepen, waaronder gezondheidszorg, vanwege het hoge niveau van opwinding dat voortkomt uit het direct contact met cliënten. Volgens Maslach (1978, geciteerd in Cordes & Dougherty, 1993) is de kans op emotionele belasting het grootst in helpende beroepen omdat men hier voortdurend in contact komt met andere mensen en hun problemen. Rolconflicten zijn het resultaat van onverenigbaarheid van de gecommuniceerde verwachtingen over een rol door de 'rol afzenders'. Rol ambiguïteit wordt geassocieerd met iemands behoefte aan zekerheid en voorspelbaarheid. Rolverlading kan onderverdeeld worden in kwalitatieve en kwantitatieve roloverlading. Kwalitatieve roloverlading ervaart men bij het gevoel van een gebrek aan basisvaardigheden of talenten die noodzakelijk zijn voor het voltooien van een taak. Kwantitatieve roloverlading verwijst dan weer naar de perceptie dat het werk niet uitgevoerd kan worden binnen de toegekende tijd (Cordes & Dougherty, 1993).

2.4.2 Organisatorische kenmerken

De organisatorische kenmerken bestaan uit enerzijds de contingentie van organisatorische resultaten en anderzijds de job context. De contingentie van organisatorische resultaten (de mate waarin beloningen en straffen verbonden zijn aan de prestaties) draagt bij aan burn-out. De twee problematische omstandigheden hierbij zijn: een gebrek aan contingente beloningen en de aanwezigheid van niet-contingente bestraffing. Echter is er, in het weinige onderzoek dat hierover uitgevoerd is, geen significante relatie gevonden tussen de contingentie van organisatorische resultaten en burn-out. Dit impliceert dat verder onderzoek van deze variabele wenselijk is. De job context wordt gekarakteriseerd door verschillende factoren waaronder: subsystemen, werktijd en psychologische omgeving. Deze factoren dragen bij tot burn-out. Een eerder besproken factor die bijdraagt tot burn-out is het interpersoonlijk contact. Indien de job context significant verschilt naargelang de types van interactie, zou de job context op zijn beurt gerelateerd zijn aan burn-out (Cordes & Dougherty, 1993).

2.4.3 Persoonlijkheidskenmerken

Verschillende persoonlijkheidskenmerken kunnen het al dan niet optreden van burn-out verklaren. Deze persoonlijkheidskenmerken bestaan uit: (1) demografische variabelen (zoals geslacht en leeftijd), (2) sociale steun, (3) persoonlijke verwachtingen en (4) loopbaanprogressie (Cordes & Dougherty, 1993).

Ten eerste verklaren bepaalde demografische karakteristieken waarom sommige individuen burn-out ervaren en anderen onaangestast blijven. Zo rapporteren mannen en vrouwen vaak verschillen in de levels van de drie burn-out componenten. Daarnaast rapporteren jongeren hogere levels van burn-out. Ten tweede heeft sociale steun een positief effect op het welzijn van individuen door twee verschillende processen: Enerzijds werkt steun als een buffer tussen job gerelateerde stress en stressvolle gebeurtenissen. Anderzijds kan steun een direct effect hebben op ervaren stress. Zo is sociale steun positief gerelateerd met mentale en fysieke gezondheid. Ten derde kunnen

verwachtingen worden opgedeeld in prestatie-verwachtingen en organisatie-verwachtingen. Prestatie-verwachtingen verwijzen naar het geloof over waartoe men in staat is te bereiken met cliënten. Organisatie-verwachtingen verwijzen dan weer naar de verwachtingen over de aard van het professioneel systeem in het algemeen en de job in het bijzonder. Hoge, onvervulde verwachtingen en veranderingen in verwachtingen dragen bij tot burn-out. Ten slotte ervaren individuen die een loopbaanprogressie ondervinden, dit is een opwaartse beweging in hun carrière, dan weer minder burn-out (Cordes & Dougherty, 1993).

2.5 Job Demands-Resources model

Het *Job Demands-Resources* model (JD-R model) wordt gebruikt om de relaties tussen werkkenmerken en werkuitkomsten te onderzoeken en heeft als doel inzicht te verschaffen in de oorzaken van burn-out. Volgens het JD-R model leiden hoge werkeisen (*job demands*) tot stressreacties en ongezondheid (het uitputtingsproces). Het beschikken over veel energiebronnen (*job resources*) daarentegen heeft hogere motivatie en productiviteit tot gevolg (het motivationele proces) (Schaufeli & Taris, 2013).

Het oorspronkelijke JD-R model betreft twee processen bij het ontstaan van burn-out. Ten eerste moeten er extra inspanningen geleverd worden om de arbeidsprestaties op peil te houden bij sprake van hoge werkeisen. Er is namelijk extra energie nodig om te werken onder hoge druk en dit leidt tot vermoeidheid en irritatie. Indien de werknemers onvoldoende herstellen van deze extra inspanningen ontstaat er een toestand van continue activatie (*sustained activation*). Dit kan uiteindelijk resulteren in lichamelijke en geestelijke uitputting. Ten tweede stelt het JD-R model dat er niet voldoende kan ingespeeld worden op de werkeisen, bij een gebrek aan energiebronnen, waardoor men faalt in het bereiken van de werkdoelen. Dit resulteert in cynisme, wat een vorm is van mentale distantie (Schaufeli & Taris, 2013).

2.6 Genderverschillen omtrent burn-out

Sociologe Sarah Van de Velde (2013) stelt dat psychische problemen een steeds belangrijker probleem voor de volksgezondheid vormen. De mentale gezondheid is, naast de fysieke gezondheid, immers een belangrijke component van het algemeen welzijn en de levenskwaliteit. In de wetenschappelijke literatuur vindt men een sterk genderverschil in mentale gezondheid terug. Zo reageren vrouwen en mannen in het algemeen anders op stress en problemen. Vrouwen internaliseren hun problemen meer, wat leidt tot mentale gezondheidsproblemen zoals gevoelens van angst en depressie. Mannen daarentegen vertonen eerder probleemgedrag, waaronder agressie en overmatig alcoholgebruik, als gevolg van mentale gezondheidsproblemen. Mannen zullen hun problemen dan ook eerder externaliseren om zo de controle en macht proberen te herwinnen. Bovendien stellen de meeste studies dat vrouwen sneller medische hulp zullen zoeken dan mannen. Van de Velde onderzocht hoe de maatschappelijke context, naast de biologische en psychologische verschillen, depressies beïnvloedt. Risicofactoren voor mentale gezondheidsproblemen zijn: lager opleidingsniveau, lager inkomen, werkloosheid en niet getrouwd of samenwonend zijn. Hierbij zijn vrouwen opvallend gevoeliger voor armoede en opleidingsniveau, terwijl mannen het gevoeligst zijn voor echtscheiding. Een opvallende bevinding van deze studie stelt dat in gendergelijke landen zowel

vrouwen als mannen minder last hebben van depressieve gevoelens. Een gezonde samenleving zorgt dus voor gezonde individuen (Van de Velde, 2013).

Volgens Evans en Stepstoe (2002, geciteerd in Innstrand et al., 2011) zijn mannen en vrouwen beiden kwetsbaar voor stress gerelateerde problemen wanneer hun geslacht in de minderheid is in de uitoefening van hun beroep. Uit onderzoek in Finland, uitgevoerd door Innstrand, Langballe, Falkum en Aasland (2011), blijkt dat vrouwen over het algemeen meer uitputting ervaren, maar niet meer onbetrokken zijn in hun werk dan mannen. Toch variëren de genderverschillen met betrekking tot de onbetrokkenheid doorheen verschillende beroepen bij afzonderlijke analyses. Hierdoor wordt er op basis van deze studie besloten dat vrouwen over het algemeen hogere burn-out levels ervaren dan mannen (Innstrand, Langballe, Falkum, & Aasland, 2011).

Uit onderzoek bij Belgische medische residenties (2016) werden genderverschillen en -gelijkenissen vastgesteld per burn-out component. Ten eerste dragen werkdruk, emotionele belasting op het werk en een negatieve werk-thuis interferentie bij tot emotionele uitputting (eerste component) bij beide geslachten. Naast de factoren die een negatieve invloed hebben op emotionele uitputting zijn er ook een aantal factoren met een positieve invloed. Zo werken kansen op jobontwikkeling beschermend tegen emotionele uitputting voor beide geslachten, maar in grotere mate voor mannen. Deelname aan besluitvorming werkt enkel beschermend bij mannen, terwijl prestatiefeedback een (klein) beschermend effect heeft bij vrouwen. De tweede component, depersonalisatie, wordt bij beide geslachten beïnvloed door emotionele eisen. Verassend genoeg blijkt bij vrouwen autonomie bij te dragen tot depersonalisatie in kleine, maar significante mate. Met betrekking tot de positieve factoren, werkt jobontwikkeling beschermend tegen depersonalisatie bij beide geslachten. Prestatiefeedback en deelname aan besluitvorming werken dan weer enkel beschermend bij mannen, terwijl bij vrouwen de steun van de partner van belang blijkt te zijn. Ten slotte zijn er voor de derde component van burn-out, verminderde competentie, enkel beschermende factoren met een significante invloed gevonden. Zo beschermen mentale eisen bij vrouwen in kleine mate tegen verminderde competentie. Kansen op jobontwikkeling werken beschermend bij beide geslachten, maar in grotere mate bij mannen, waar sociale steun van collega's enkel bij mannen doorslaggevend was in de bescherming tegen verminderde competentie (Verweij, van der Heijden, van Hooff, & Prins, 2016).

Er kan dus gesteld worden dat er genderverschillen aanwezig zijn wanneer het gaat over burn-out. Om juiste conclusies te kunnen trekken, moet er echter wel rekening worden gehouden met biologische en psychologische factoren enerzijds en de maatschappelijke context anderzijds.

2.7 Leiderschap

2.7.1 Wat is leiderschap?

Leiderschap heeft een effect op het individuele welzijn van werknemers. Zo is leiderschap een proces van sociale invloed die bepaald wordt door de aangewezen personen met formele leiderschapsrollen in organisaties (Kelloway & Barling, 2010). Hier wordt gesuggereerd dat diegenen in formele leiderschapsfuncties een sterk potentieel hebben om de resultaten omtrent de psychologie van arbeidsgezondheid te beïnvloeden. Bovendien is de relatie met de formele leider in een organisatie

één van de belangrijkste relaties op het werk met gevolgen voor het individuele welzijn omwille van de volgende redenen: Eerst en vooral vormen formele leiders een voorbeeld voor anderen in de organisatie. Vervolgens hebben formele leiders de macht om werknemers te belonen en te straffen. Daarom is de wijze waarop leiders omgaan met hun ondergeschikten van groot belang voor het welzijn van deze werknemers. Daarnaast maken formele leiders vaak beslissingen die additionele stressoren creëren voor hun werknemers. Voor deze reden kunnen leiders de oorzaak zijn voor organisationele stress (Kelloway & Barling, 2010).

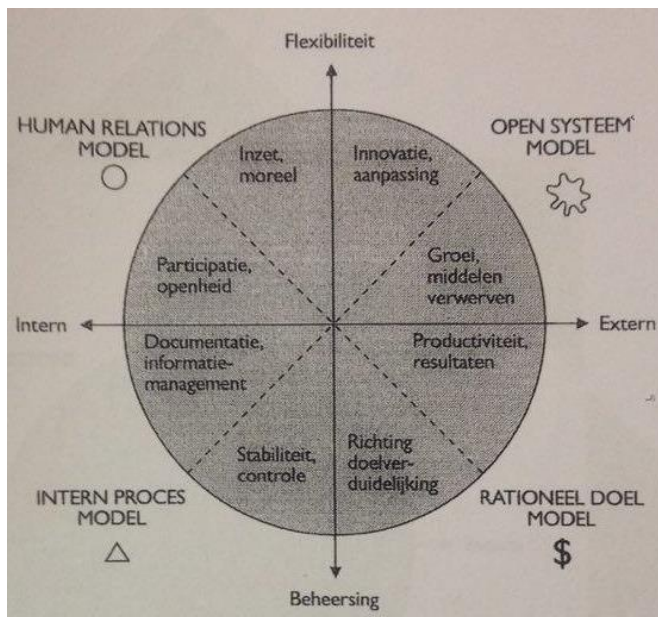
De transformationele leiderschapstheorie bestaat uit drie grote typologieën van leiderschap: (1) transformationeel, (2) transactioneel en (3) niet-transactioneel leiderschap. Ten eerste wordt transformationeel leiderschap gedefinieerd als superieure leiderschapsprestaties die optreden wanneer leiders de belangen van hun werknemers verbreden en verhogen, wanneer ze besef en acceptatie van de doelen en missie van de groep creëren en wanneer ze hun werknemers aanzetten om verder te kijken dan hun eigenbelang, voor het welzijn van de groep. Ten tweede focust transactioneel leiderschap op de gedachte van transacties tussen de leider en de ondergeschikten. Transactioneel leiderschap omvat zowel positieve (voorwaardelijk belonen) als negatieve (*management-by-exception*) gedachten. Ten slotte wordt niet-transactioneel of *laissez-faire* leiderschap beschreven als niet-leiderschap gekenmerkt door de afwezigheid van transacties. Leiderschap is een middel om het individuele welzijn te beïnvloeden, waar transformationeel leiderschap in het bijzonder gelinkt is aan de gezondheid van werknemers (Kelloway, Turner, Barling, & Loughlin, 2012).

Aan de hand van de *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ) (Bass and Avolio, 1990, geciteerd in Zopiatis & Constanti, 2010) kunnen gedragingen die relevant zijn voor effectief leiderschap geïdentificeerd worden en zo de basis vormen om leiderschap te begrijpen. De MLQ meet de transformationele, transactionele en laissez-faire leiderschapsstijlen. Transformationeel leiderschap is gericht op een gedeelde visie tussen de leider en de volger om zo de organisatorische doelen te bereiken. Binnen deze leiderschapsstijl is er een sterke persoonlijke identificatie met de leider die samen gaat met een gedeelde visie over de toekomst of die verder gaat dan het eigenbelang (beloning). Transformationele leiders zijn dan ook gericht op het creëren van emotionele drijfveren van de volgers om zo resultaten te bereiken. Transactioneel leiderschap betreft het idee dat leider-volger relaties gebaseerd zijn op uitwisselingen tussen de leider en de volger. Hierbij beslist de leider wat er gedaan moet worden en beloont wanneer de taak bereikt is (Zopiatis & Constanti, 2010).

2.7.2 Leiderschapsrollen

Het concurrerende-waardenkader (Quinn, 1983, geciteerd in Lambrechts, 2015) maakt een onderscheid tussen vier tegengestelde modellen van management, namelijk: (1) het rationeel doel model, (2) het intern proces model, (3) het *human relations* model en (4) het open systeem model. Deze bevatten elk hun eigen algemene waarden en vormen vier belangrijke deelgebieden van organisatie-effectiviteit. Ieder model is gebaseerd op veronderstellingen die leiden tot verschillende reacties, beslissingen en gedragingen. Deze modellen kunnen tegengesteld zijn aan elkaar, maar kunnen in realiteit ook naast elkaar binnen een systeem bestaan en elkaar dus aanvullen. Een tweede versie van het concurrerende-waardenkader (Quinn, 1984, 1988, geciteerd in Lambrechts,

2015) legt de nadruk meer op de effectiviteit van leiderschap dan op de effectiviteit van de organisatie. Hier worden dan ook de verschillende leiderschapsrollen die door een manager kunnen worden ervaren, gespecificeerd. Aan de hand van leiderschapsrollen kan achterhaald worden wat leiders precies doen. De focus ligt dan ook op het (veranderbaar) gedrag en niet op persoonlijkheid. Het model van Quinn (1984, 1988, geciteerd in Lambrechts, 2015) maakt een onderscheid tussen de focus die de organisatie legt op enerzijds het individu (intern) of anderzijds de omgeving (extern). Verder onderscheidt het model ook flexibiliteit van controle (Lambrechts, 2015).



Figuur 1: concurrerende-waardenkader van Quinn (1983, geciteerd in Lambrechts, 2015)

Rationeel doel model

Het kwadrant rechtsonder bevat de rollen van producent en bestuurder. Producenten zijn taakgeoriënteerd en gericht op het werk. Bovendien beschikken zij over grote betrokkenheid, motivatie, energie en persoonlijke inzet. Zij accepteren verantwoordelijkheid en brengen opdrachten tot een goed einde met een voortdurend hoge productiviteit. Verder is tijd- en stress-management één van de belangrijkste vaardigheden van een producent (Lambrechts, 2015).

Bestuurders zijn hard werkende en veeleisende individuen. Leiders die goed zijn in de bestuurdersrol zijn zeer competitief ingesteld en snel handelende beslissers met een duidelijk verwachtingspatroon. Zo is effectief delegeren één van de sterke punten van bestuurders. Hun medewerkers weten dan ook precies wat er van hen verwacht wordt. Typische bestuurders zijn van mening dat er soms gecommandeerd moet worden en zelfs ontslagen moeten vallen (Lambrechts, 2015).

Intern proces model

In het kwadrant linksonder zijn de rollen van coördinator en controleur te vinden. Van een coördinator wordt verwacht dat hij of zij de structuur van het systeem onderhoudt. Deze persoon moet dan ook betrouwbaar zijn. Verder zijn het ontwerpen van taken en omgaan met crisissen vaardigheden die eigen zijn aan coördinatoren (Lambrechts, 2015).

De rol van controleur betreft zorg voor detail, controle en analyse. Omgaan met een overvloed aan informatie en deze beheren is dan ook een belangrijke vaardigheid van controleurs (Lambrechts, 2015).

Human relations model

Het kwadrant linksboven bevat de rollen van stimulator en mentor. Stimulators moedigen samenwerking aan en lossen conflicten tussen personen op. Bemiddelen is één van de sterkste punten van stimulators. Bovendien zijn zij van mening dat medewerkers betrokken moeten worden in de besluitvorming (Lambrechts, 2015).

De rol van mentor wordt gekarakteriseerd door een zorgende en medelevende benadering van de medewerkers. Naast zorgzaam zijn mentors behulpzaam, gevoelig, benaderbaar, open en rechtvaardig. Dankzij inzicht in zichzelf en anderen, in combinatie met effectieve communicatie, dragen zij bij tot de ontwikkeling van werknemers (Lambrechts, 2015).

Open systeem model

In het kwadrant rechtsboven worden ten slotte de rollen van innovator en bemiddelaar weergegeven. Innovators schenken aandacht aan de veranderende omgeving en anticiperen op deze veranderingen indien nodig. Verder worden risico en onzekerheid getolereerd. Creatief denken is één van de sterkste punten van een innovator (Lambrechts, 2015).

Bemiddelaars houden zich bezig met de handhaving van externe legitimiteit en het verkrijgen van productiemiddelen van buitenaf. Hierbij zijn imago, presentatie en reputatie erg belangrijk. Zij willen dan ook een machtsbasis opbouwen. Verder zijn bemiddelaars goed in het onderhandelen en overbrengen van ideeën (Lambrechts, 2015).

2.7.3 Leiderschapsstijlen

Terwijl leiderschapsrollen focussen op wat leiders precies doen, focussen leiderschapsstijlen op de manier waarop een leider leidt. De theorie van Hersey & Blanchard (1969, geciteerd in Lambrechts, 2015) is een situationele theorie over leiderschap(effectiviteit) die stelt dat succesvolle leiders hun gedrag kunnen aanpassen aan de situatie. Er bestaat dus geen beste, meest effectieve stijl van leidinggeven die geschikt is in iedere situatie (Lambrechts, 2015). Situationeel leidinggeven is gebaseerd op een wisselwerking tussen taakgedrag, relatiegedrag en het rijpheidsniveau dat de medewerker toont bij het uitvoeren van een specifieke taak (Hersey & Blanchard, 1988).

Taakgedrag en relatiegedrag

Taakgericht gedrag kan worden omschreven als de mate waarin de leider er in slaagt om de verplichtingen en verantwoordelijkheden van een individu of groep duidelijk te maken (Hersey & Blanchard, 1988). Er kan dan ook gesproken worden van éénrichtingscommunicatie, bijvoorbeeld duidelijk zeggen wat men moet doen, gevolgd door controle (Lambrechts, 2015).

Relatiegericht gedrag betreft de mate waarin de leider er in slaagt om twee- of meer richtingscommunicatie toe te passen (Hersey & Blanchard, 1988). Deze tweerichtingscommunicatie bevat onder andere luisteren en aanmoedigen (Lambrechts, 2015).

Door taakgedrag en relatiegedrag te combineren, worden vier leiderschapsstijlen verkregen: stijl 1: hoog taakgericht gedrag en laag relatiegericht gedrag, stijl 2: hoog taakgericht gedrag en hoog relatiegericht gedrag, stijl 3: hoog relatiegericht gedrag en laag taakgericht gedrag en stijl 4: laag relatiegericht gedrag en laag taakgericht gedrag (Hersey & Blanchard, 1988).

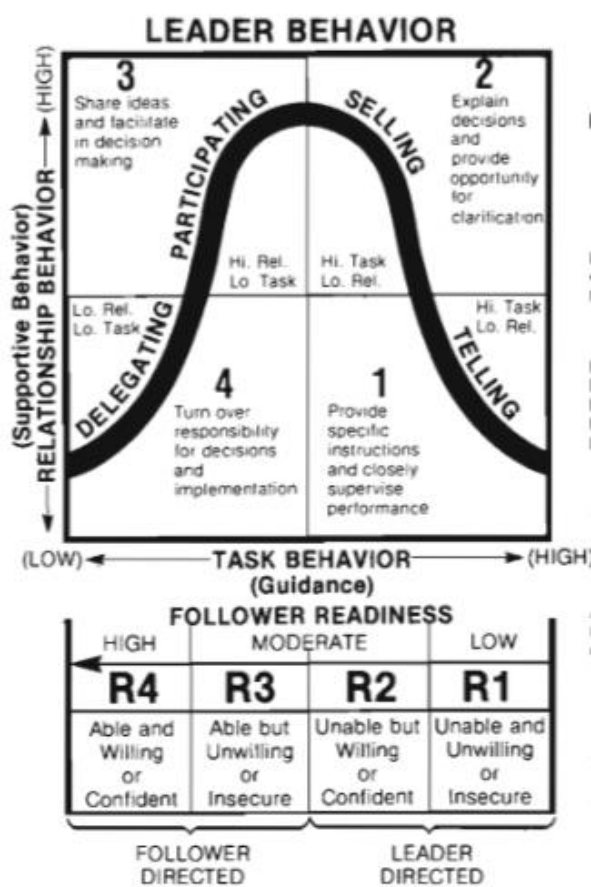
Het maturiteitsniveau van de ondergeschikte

Maturiteit of rijpheid is de mate waarin de volgeling in staat (competentie) en bereid (motivatie) is om een specifieke taak te vervullen. Afhankelijk van de taak vertoont de volgeling een ander maturiteitsniveau (Hersey & Blanchard, 1988). Bereidheid betreft zelfvertrouwen, toewijding en motivatie. Bekwaamheid heeft te maken met de kennis, ervaring en vaardigheden van een individu. De mate van rijpheid moet steeds beschouwd worden in relatie tot een specifieke taak (Lambrechts, 2015).

Zoals eerder vermeld, bestaat er geen 'beste' leiderschapsstijl. Hoe meer leiders hun gedrag kunnen aanpassen aan de situatie, hoe effectiever hun leiderschapsgedrag (Lambrechts, 2015).

Hersey & Blanchard's situationeel leiderschapsmodel

Het situationeel leiderschapsmodel van Hersey & Blanchard (1969, geciteerd in Lambrechts, 2015) wordt verkregen door de vier verschillende basisstijlen te koppelen aan de rijpheidsniveaus (Lambrechts, 2015).



Figuur 2: Situationeel leiderschapsmodel van Hersey & Blanchard (Hersey & Blanchard, 1988)

In het geval van een laag rijpheidsniveau (R1) van de medewerker, is een hoog taakgericht gedrag en laag relatiegericht gedrag van de leider wenselijk (*Telling*). De medewerker is zowel incompetent als ongemotiveerd of onzeker. De leider zal duidelijk moeten aangeven welk werk waar en op welke manier uitgevoerd moet worden. Naarmate de rijpheid toeneemt (R2), is het individu of de groep nog steeds niet helemaal bekwaam, maar wel gemotiveerd. De leider zal hier dan ook zowel hoog taakgericht gedrag als hoger relatiegericht gedrag vertonen (*Selling*). De leider moet de medewerkers ondersteunen in hun motivatie en inzet. Deze leiderschapsstijl verschilt van de vorige, *telling*, aangezien de leider hier voorziet in de mogelijkheid tot dialoog. Indien de rijpheid nog meer toeneemt (R3), zal de leider een hoog relatiegericht gedrag combineren met een laag taakgericht gedrag (*Participating*). De medewerker is competent, maar onzeker om de opdracht alleen uit te voeren. De belangrijkste taken van de leider zijn hier dan ook aanmoedigen en communiceren. Naarmate de medewerker een steeds hoger niveau van rijpheid ontwikkelt (R4), zal de leider zowel het taakgericht – als het relatiegericht gedrag verminderen (*Delegating*). De medewerker is op dit moment competent en zelfzeker genoeg om te taak alleen uit te voeren. De leider zal nu vooral observeren en monitoren (Hersey & Blanchard, 1988).

R1, R2, R3 en R4 betreffen respectievelijk een laag, laag tot gemiddeld, gemiddeld tot hoog en hoog maturiteitsniveau. Deze kunnen gekoppeld worden aan de leiderschapsstijlen: *Telling* (bevelen, instrueren), *Selling* (verklaren, verduidelijken), *Participating* (participeren, aanmoedigen) en *Delegating* (delegeren, observeren, monitoren). Wanneer een leider het juiste gedrag toepast op het overeenkomstige maturiteitsniveau, wordt er gesproken van een *High Probability Match* (Hersey & Blanchard, 1988).

2.8 Organisatiecultuur

2.8.1 Wat is organisatiecultuur?

Binnen het onderzoeksdomein van organisatiecultuur kan er een onderscheid gemaakt worden tussen twee zienswijzen, namelijk: een organisatie is een cultuur versus een organisatie heeft een cultuur. In het eerste geval is de organisatie een cultuur waar symbolen, verhalen en mythen een betekenis geven aan de medewerkers. Volgens deze zienswijze wordt elke cultuur beschouwd als uniek. Volgens de tweede benadering heeft een organisatie een cultuur, naast andere organisatievariabelen zoals structuur, leiderschap, enzovoort. Hier kan de organisatiecultuur dan ook beschouwd worden als de lijm die de organisatie samenhoudt (Deal & Kennedy, 1982, geciteerd in Lambrechts, 2015) (Lambrechts, 2015).

Organisatiecultuur kan onderscheiden worden van organisatieklimaat: klimaat speelt zich af op het concrete niveau en refereert naar gedragingen, attitudes en gevoelens die relatief gemakkelijk te observeren zijn. Cultuur daarentegen heeft te maken met de dieper gelegen assumpties en waarden. Deze worden vaak niet bewust ervaren en worden dan ook als vanzelfsprekend beschouwd (Lambrechts, 2015).

Volgens Schein (1985, geciteerd in Lambrechts, 2015) bestaat cultuur uit drie lagen. De buitenste laag bestaat uit de artefacten en de zichtbare – en hoorbare gedragspatronen. Deze laag is vergelijkbaar met het klimaat. De tweede laag betreft de waarden die richting geven aan het gedrag

van de organisatieleden. De diepste laag ten slotte bevat de onbewuste basisassumpties betreffende de omgeving, aard van de werkelijkheid, menselijke natuur en menselijke verhoudingen (Lambrechts, 2015).

2.8.2 Types van organisatiecultuur

De afdeling Arbeids-en Organisationspsychologie van de K.U Leuven ontwikkelde een vragenlijst om de cultuur van een organisatie op een kwantitatieve en objectieve manier te meten: de FOCUS-vragenlijst (*First Organisational Cultural Unified Search*). Gebaseerd op Schein (1985) en het concurrerende-waardenkader van Quinn (1983) beschouwt de FOCUS-groep een organisatiecultuur als bestaande uit een bovenlaag en een onderlaag. De bovenlaag betreft de artefacten (waaronder gebouwen, logo, ...) en gedragspatronen. De onderlaag beval de kernwaarden en gedragsnormen. Schein (1985, geciteerd in Lambrechts, 2015) integreert deze twee lagen in de volgende definitie: "Organisatiecultuur kan beschouwd worden als een verzameling van waarden, normen, uitingen en gedragingen die mede bepalen hoe mensen in een organisatie met elkaar omgaan en de mate waarin zij energie steken in hun werk en de gehele organisatie" (Lambrechts, 2015).

Een combinatie van de twee dimensies (intern/extern en flexibiliteit/controle) binnen het model van Quinn (1983, geciteerd in Lambrechts, 2015) onderscheidt vier types van organisatiecultuur: ondersteuning, innovatie, regels en doelgerichtheid. Geen enkele organisatie hoort uitsluitend thuis binnen één type van organisatiecultuur. Wel is een bepaald cultuurtype het meest aangewezen voor een organisatie, afhankelijk van waar de organisatie naartoe wil werken (Lambrechts, 2015).

Ondersteuning

Een ondersteunende cultuur komt voor wanneer een organisatie gericht is op de mens en waarbij de flexibiliteit intern gericht is. Er wordt ook wel gesproken van een sociocratische organisatiecultuur, aangezien de mens een centrale positie inneemt. Het effectiviteitscriterium in een ondersteunende cultuur is het ontwikkelen van menselijke relaties. De communicatie gebeurt vooral mondeling, informeel en van onder naar boven. Deze elementen zijn tevens terug te vinden in het eerder besproken *human relations* model (concurrerende-waardenkader Quinn, 1983 – leiderschapsrollen). De stijl van leidinggeven in een ondersteunende organisatiecultuur is dan ook persoons- en relatiegericht. Het grote gevaar van deze cultuur is de vorming van een club in plaats van een organisatie (Lambrechts, 2015).

Innovatie

Organisaties die gericht zijn op de doelstellingen van de organisatie en waarbij de flexibiliteit extern gericht is, vertonen een innovatieve cultuur. Deze cultuur is technocratisch van aard en wordt mede gekenmerkt door de aanwezigheid van 'de specialist' die steeds naar nieuwigheden zoekt. Het effectiviteitscriterium in een innovatieve cultuur is dan ook het ontdekken en vervullen van nieuwe noden. De communicatie verloopt zowel mondeling als schriftelijk en in alle richtingen. Innovatie komt voor in een open systeem model (concurrerende-waardenkader Quinn, 1983 – leiderschapsrollen). Het grote gevaar van een innovatieve organisatiecultuur is chaos (Lambrechts, 2015).

Respect voor regels

Een respect-voor-regels cultuur is gericht op het individu en op het beheersen van de individuele gedragingen. Men kan hier dan ook spreken van een bureaucratische organisatie. Het effectiviteitscriterium van een respect-voor-regels cultuur bestaat uit het ontwikkelen en naleven van de procedures en regels. De communicatie verloopt voornamelijk schriftelijk en in twee richtingen (*top-down* en *bottom-up*). Deze cultuur is nauw verwant met het *internal proces* model (concurrerende-waardenkader Quinn, 1983 – leiderschapsrollen). Het grote gevaar voor een respect-voor-regels cultuur is verstarring indien het onderhouden van regels belangrijker wordt dan het bereiken van de doelstellingen (Lambrechts, 2015).

Doelgerichtheid

Een doelgerichte cultuur komt voor in organisaties die gericht zijn op doelstellingen en het beheersen van de middelen om die doelstellingen te bereiken. Dit cultuurtype is dan ook autocratisch van aard waarbij 'de *professional*' de belangrijkste persoon in de organisatie is. Deze zoekt naar nieuwe ideeën, zoals 'de *specialist*', maar wenst nu de beste te zijn in zijn vak. Het effectiviteitscriterium in een doelgerichte cultuur is het realiseren van doelstellingen, dat resulteert in rendabiliteit. De communicatie verloopt voornamelijk mondeling en is gericht op de organisatiedoelstellingen. Dit cultuurtype is gebaseerd op het *rational goal* model (concurrerende-waardenkader Quinn, 1983 – leiderschapsrollen). Het gevaar in een doelgerichte organisatie is vernauwing dat kan optreden door te sterk gericht te zijn op het bereiken van de doelstellingen (Lambrechts, 2015).

2.9 Leiderschap en burn-out in de gezondheidszorg

Het is in het belang van de organisatie om de werknemers gezond te houden. Indien werknemers het gevoel hebben dat de werkgever belang hecht aan hun welzijn, zullen ze minder snel stress ervaren en zich minder snel moe of opgebrand voelen. Bovendien zullen ze minder problemen in hun sociaal leven ondervinden, alsook minder burn-out of depressie. Organisaties mogen de impact van de leiders en managers op het welzijn van de werknemers niet onderschatten. Zij kunnen het risico op burn-out verminderen door: (1) goed werk te erkennen en te belonen, (2) de juiste uitrusting te voorzien om het werk uit te voeren en (3) ieders mening te respecteren. Hoewel de werknemers zelf de impact van burn-out op hun leven kunnen verminderen, zijn de leidinggevenden verantwoordelijk om de oorzaken van burn-out aan te pakken (Nink, 2016).

2.9.1 Leiderschapstaken, organisatiecultuur en burn-out in de geestelijke gezondheidszorg

Hoog personeelsverloop en een tekort aan werknemers zijn significante problemen in de geestelijke gezondheidszorg over de hele wereld. De voornaamste redenen hiervoor zijn stress en burn-out omwille van de emotioneel veeleisende aard van het werk. Hoewel dit een significante oorzaak van stress is, zijn ook organisationele stressoren, zoals werken in een bureaucratische omgeving, belangrijk om het welzijn van de werknemers te begrijpen. Zo speelt het verhoogde niveau van de complexiteit in de structuur en het werk een cruciale rol in het begrijpen van burn-out bij personeel van de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg. Burn-out heeft niet enkel impact op het welzijn van de werknemer zelf, maar ook op kwaliteit van de service en de functionering van de organisaties.

Het creëren van een werkomgeving die het welzijn en het personeelsbehoud verbetert is dan ook noodzakelijk voor de ontwikkeling van duurzame gezondheidsmedewerkers. Effectief leiderschap is cruciaal in de bestrijding van burn-out en het behouden van de werknemers, wat leidt tot stijgende productiviteit en cliënt tevredenheid in de geestelijke gezondheidszorg. Het is dus duidelijk dat burn-out een groot probleem is in de gezondheidszorg en dat leiderschap een grote rol speelt in het overwinnen hiervan. Welke leidinggevende taken of stijlen geassocieerd worden met het welzijn van de werknemers is echter minder duidelijk. Het doel van het onderzoek van Coates en Howe (2015) was dan ook na te gaan welke leiderschapstaken en/of -stijlen werknemers in de mentale gezondheidszorg beschermen tegen burn-out. Geëngageerd leiderschap blijkt dan ook positief gerelateerd aan het welzijn van de werknemers (Coates & Howe, 2015).

Eerst en vooral is het belangrijk om de juiste personen te plaatsen in de juiste rol. Hierbij moet men zoeken naar kandidaten die gemotiveerd zijn door een verlangen om andere te helpen. Persoonlijke toewijding en het geloof dat men een verschil kan maken komt hierbij op de eerste plaats. Bovendien moet men op de hoogte zijn van de emotionele aard van het werk. Ook kunnen de kandidaten reeds bestaande kwetsbaarheden hebben, die goed gemanaged en ondersteund moeten worden (Coates & Howe, 2015).

Ten tweede moet een leider sterk geëngageerd zijn. Een geëngageerde leiderschapsaanpak leidt namelijk tot grote opportuniteiten om potentieel te maximaliseren, vooral in de gezondheidssector. Geëngageerd leiderschap betreft integriteit, transparantie/openheid en het waarderen van anderen en hun bijdrage. Zo is de tijd nemen om de werknemers individueel te leren kennen essentieel om te kunnen spreken over effectief leiderschap (Coates & Howe, 2015).

Een derde leiderschapstaak is om voldoende orders te geven zonder afbreuk te doen aan de creativiteit en innovatie. Dit wil zeggen dat een effectieve leider voldoende controle en vrijheid over het werk kan geven aan de werknemers, maar tegelijk ook begeleiding en duidelijkheid kan scheppen over wat van hen verwacht wordt (Coates & Howe, 2015).

Ten vierde is ook het creëren van een positieve werkomgeving een belangrijke taak van de leidinggevende, aangezien de organisatiecultuur centraal staat in het welzijn van de werknemers. Zo is de organisatiecultuur significant gecorreleerd aan job tevredenheid, motivatie, prestatie en burn-out. Een onderzoek van Montgomery et al. (2011, geciteerd in Coates & Howe, 2015) toont aan dat burn-out de link vormt tussen organisatiecultuur en de zorg voor patiënten. De organisatiecultuur beïnvloedt stress, ontevredenheid en burn-out bij artsen, wat leidt tot zwakke zorg van de patiënten. Het is dus de taak van de leiders om een cultuur van vertrouwen en psychologische veiligheid te creëren (Coates & Howe, 2015).

Een vijfde taak van leidinggevend is het inspireren van positieve emoties. Hoewel het niet mogelijk is om negatieve emoties te doen verdwijnen, kan een leider wel positiviteit verhogen. Plezier op het werk leidt tot verhoogde productiviteit, creativiteit en tevredenheid van zowel de werknemers als de patiënt. Positiviteit van de leidinggevend (hoop, optimisme, vertrouwen,...) kan geassocieerd worden met positiviteit van de werknemers en dus ook met hun prestaties en welzijn (Coates & Howe, 2015).

Verder zijn flexibele werkregelingen en variatie in het werk belangrijk om welzijn te verbeteren en burn-out tegen te gaan, net zoals het aanmoedigen van carrièreontwikkelingen. Zo moet de leider de werknemer de mogelijkheid geven om carrièreveranderingen te ondergaan binnen de gezondheidszorg. Bovendien moet de werknemer kunnen terugkeren naar de sector na een periode te zijn weggeweest. Ook moet het mogelijk zijn om nieuwe vaardigheden te verwerven om de motivatie te behouden (Coates & Howe, 2015).

Ten slotte zijn beloning en erkenning/appreciatie belangrijke leiderschapstaken. Er moet grondig worden nagedacht over de grootte van de beloning. Een beloning zou klein moeten zijn om zo waarde en prestatie te symboliseren in plaats van economische winst. Erkenning gaat samen met organisatorische dankbaarheid, wat wil zeggen dat men elkaar bedankt. Dankbaarheid stimuleert dan weer het welzijn van de werknemers (Coates & Howe, 2015).

2.9.2 Leiderschap en burn-out in de gezondheidszorg

Artsen worden steeds meer tewerkgesteld door grote gezondheidsorganisaties. Hierdoor worden er nieuwe uitdagingen voor de artsen gecreëerd, waaronder de opoffering van autonomie/flexibiliteit, het bereiken van productiviteitseisen die door de organisatie bepaald worden en verantwoording afleggen aan de organisatorische leiding. Er is weinig geweten over de impact van organisatorisch leiderschap op de professionele tevredenheid en burn-out van individuele artsen. Zowel professionele tevredenheid als burn-out bij artsen is van groot belang voor gezondheidszorgorganisaties, aangezien dit de kwaliteit van zorg, het personeelsverloop en de tevredenheid van patiënten beïnvloedt. Shanafelt et al. (2015) onderzochten de relatie tussen de leiderschapskwaliteiten van de leidinggevenden en het welzijn/burn-out van artsen die werken in grote organisaties in de Verenigde Staten. De resultaten tonen het belang van leiderschap op het welzijn en de tevredenheid van artsen aan. Er werd namelijk een sterke relatie gevonden tussen leiderschap en burn-out/tevredenheid van de artsen. 11 procent van de variatie in burn-out en maar liefst 47 procent van de variatie in tevredenheid werden verklaard door het leiderschap van de leidinggevenden. Dit is opmerkelijk, gezien de vele factoren die tevredenheid beïnvloeden (salaris, verwachtingen, cultuur, ...). Het burn-out level van de leidinggevenden zelf had slechts een kleine impact op het optreden van burn-out bij de artsen. Dezelfde relatie werd waargenomen tussen de tevredenheid van de leidinggevenden en de tevredenheid van de artsen. Deze resultaten hebben belangrijke implicaties voor het selecteren en trainen van leidinggevende artsen. Verder brengen deze resultaten nieuwe inzichten aan in de organisatorische factoren die het welzijn van artsen beïnvloeden (Shanafelt et al., 2015).

2.10 Preventie burn-out

Het is belangrijk om aandacht te besteden aan preventiemaatregelen, gericht op het vermijden van burn-out, aangezien burn-out negatieve gevolgen met zich mee brengt. De interventie maatregelen kunnen worden opgedeeld aan de hand van twee dimensies: het doel van de interventie en de focus ervan. Het is mogelijk om beide soorten te combineren (Vandenbroeck & Godderis, 2012).

2.10.1 Doel interventie: primaire –, secundaire – en tertiaire interventies

De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg stelt dat er drie soorten interventies voor burn-out zijn. Ten eerste is er de primaire interventie, waar men de oorzaken van burn-out gaat elimineren. Ten tweede kan men met een secundaire interventie burn-out in het begin van het proces identificeren en zo vroegtijdig ingrijpen. Ten slotte is er de tertiaire interventie met als doel de gevolgen van burn-out te beperken en de terugkeer naar het werk te bevorderen. De preventie van burn-out kan gebeuren door de ontwikkeling van hulpgroepen en ondersteuning, een verbeterde communicatie tussen de verschillende hiërarchische niveaus, training van het management, het organiseren van seminars over burn-out, het organiseren van workshops over ontspanning en stress management en sensibilisering voor het bestaan van het probleem burn-out. Dit laatste houdt in dat men zich bewust wordt van het risico op of de staat van burn-out aan de hand van vragenlijsten en/of feedback. De verschillende interventies zijn vooral zinvol en efficiënt wanneer ze met elkaar gecombineerd worden. Bovendien moeten ze aangepast worden aan de eigen problemen, cultuur, industriesector en grootte van het bedrijf. Toch houden de bekomen effecten van de interventies zelden langer dan twaalf maanden aan (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, 2012-2013).

Prof. Dr. Lode Godderis en Dr. Sofie Vandenbroeck voegen in hun onderzoek naar arbeidsbeleving bij artsen en verpleegkundigen in België (2012) naast de primaire –, secundaire – en tertiaire interventie ook nog 'signalering of vroege opsporing' en 'rehabilitatie en terugvalpreventie' toe aan de interventie maatregelen in de dimensie 'doel'. Hun onderzoek gebeurde in opdracht van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid. Bij signalering of vroegtijdige opsporing worden de eerste symptomen van burn-out gedetecteerd, wat essentieel is indien men snel en effectief wil handelen. Rehabilitatie en terugvalpreventie betreft enerzijds maatregelen die de terugkeer naar het werk na herstel helpen, anderzijds maatregelen die een nieuwe confrontatie met burn-out helpen vermijden (Vandenbroeck & Godderis, 2012).

2.10.2 Focus interventie: persoonsgerichte – en organisatiegerichte interventies

Interventie programma's omtrent de preventie van burn-out kunnen persoonsgericht (individueel of groepen), organisatiegericht of een combinatie zijn, met zowel persoons- als organisatiegerichte aspecten. Persoonsgerichte interventie programma's zijn gewoonlijk cognitieve gedragsmaatregelen gericht op het verbeteren van de job bekwaamheid en persoonlijke vaardigheden om met een moeilijkheid om te gaan, sociale steun of verschillende relaxatieoefeningen. Organizegerichte interventies daarentegen zijn gewoonlijk veranderingen in de werk procedures, zoals taak herstructurering, werk evaluatie en toezicht gericht op het verlagen van werk eisen (*job demands*) en het verhogen van job controle of de participatie bij beslissingen. Deze maatregelen geven individuen kracht en verlagen hun ervaring met stressoren. Werknemers die deelnemen aan stress interventie programma's ervaren doorgaans minder stress symptomen dan diegenen die hier niet aan deelnemen (Awa, Plaumann, & Walter, 2010). Een combinatie van beide interventie soorten is effectiever en creëert langer aanhoudende effecten. Zo houden de effecten van de meeste louter persoonsgerichte interventies maximaal zes maanden aan, in tegenstelling tot gecombineerde

interventies. Deze bezorgen positieve resultaten tot één jaar of zelfs langer (Vandenbroeck & Godderis, 2012).

3 Empirische studie

Naast de literatuurstudie, wordt er een empirische studie uitgevoerd om enerzijds de rol van leiderschap in het optreden van burn-out en anderzijds de preventie van burn-out te onderzoeken. De empirische studie betreft een *casestudy*, bestaande uit dertien interviews, afgenomen met experts en medewerkers van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) te Genk.

Om te beginnen werden er drie expertinterviews afgenomen met (1) Frank Lambrechts, organisatiepsycholoog en Prof. Dr. Dr. aan de Universiteit Hasselt, (2) Lode Godderis, Directeur van de dienst 'Onderzoek en Ontwikkeling' bij IDEWE en professor arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven, en (3) Kristien Tirez, preventieadviseur psychosociale aspecten bij IDEWE. Vervolgens werden tien medewerkers van het ZOL geïnterviewd, waaronder drie arbeidsgeneesheren, een hoofdverpleegkundige, een arts, een diensthoofd, een divisie manager, de personeelsbegeleider, een psychologe en ten slotte een preventieadviseur. Wegens privacy redenen werd er besloten de anonimiteit van deze medewerkers te waarborgen.

De interviewleidraden zijn terug te vinden in de bijlagen. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de respondenten en hun functie, geslacht, leeftijd, afdeling binnen het ZOL en de campus waar ze tewerkgesteld zijn.

Respondent	Functie	Geslacht	Leeftijd	Afdeling	Campus
Respondent 1	Arbeidsgeneesheer	V	30-40	/	Sint-Jan Genk
Respondent 2	Arts	M	30-40	Anesthesiologie (Divisie 4)	Sint-Jan Genk
Respondent 3	Hoofd-verpleegkundige	M	40-50	Anesthesiologie (Divisie 4)	Sint-Jan Genk
Respondent 4	Arbeidsgeneesheer	V	30-40	/	Sint-Barbara Lanaken
Respondent 5	Arbeidsgeneesheer	V	30-40	/	Sint-Barbara Lanaken
Respondent 6	Diensthoofd	M	40-50	Palliatieve zorg	Sint-Jan Genk
Respondent 7	Divisie manager	M	30-40	Divisie 4	Sint-Jan Genk
Respondent 8	Personeelsbegeleider	M	40-50	Personeelsdienst	Sint-Jan Genk
Respondent 9	Psychologe	V	20-30	/	Sint-Jan Genk
Respondent 10	Preventieadviseur	M	30-40	/	Sint-Jan Genk

Tabel 1: Overzicht respondenten ZOL

3.1 Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) Genk

Het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) is een dynamisch ziekenhuis, actief op drie campussen: campus Sint-Jan in Genk, campus Sint-Barbara in Lanaken en campus André Dumont in Waterschei. De campussen in Genk en Lanaken betreffen ziekenhuisactiviteiten in tegenstelling tot de campus in Waterschei. Deze laatste is een medisch centrum voor raadplegingen (Ziekenhuis Oost-Limburg, 2017).

Het ZOL is een niet-universitair ziekenhuis met 811 bedden en is opgedeeld in zeven divisies. Aan het hoofd van elke divisie staat een divisie manager en een geneesheercoördinator (Ziekenhuis Oost-Limburg, 2017).

De verschillende divisies zijn: (1) Moeder – Kind – Plastische heelkunde, (2) Thorax – Nefrologie – Cardiologie, (3) Abdomen – Zintuigen – Gastro-enterologie, (4) Neurologie – Orthopedie – Revalidatie, (5) Geriatrie – Endocrinologie – Psychiatrie, (6) Kritische diensten en (7) Medisch-Diagnostische diensten (Ziekenhuis Oost-Limburg, 2017).

3.2 Resultaten Expertinterviews

Er werden expertinterviews afgenomen met Frank Lambrechts, Lode Godderis en Kristien Tirez. Frank Lambrechts is organisatiepsycholoog van opleiding en Prof. Dr. Dr. binnen de faculteit toegepaste economische wetenschappen aan de Universiteit Hasselt. Lode Godderis is directeur onderzoek bij IDEWE en professor arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven, centrum voor omgeving en gezondheid. Zo deed hij onderzoek naar burn-out en bevlogenheid in verschillende ziekenhuizen. Kristien Tirez is preventieadviseur psychosociale aspecten bij IDEWE en sociaal bemiddelaar. Verder coacht ze personen met burn-out.

Tijdens de expertinterviews werd er bevraagd naar onder andere: (1) belangrijke factoren die leiden tot burn-out, (2) de rol van de leidinggevende en de organisatiecultuur in het optreden van burn-out, (3) de maatregelen tegen burn-out en (4) de wetgeving en rol van de overheid.

3.2.1 Algemene inzichten

Een aantal opmerkingen omtrent burn-out die men steeds in het achterhoofd dient te houden, worden door Frank Lambrechts herhaaldelijk aangehaald. Eerst en vooral hebben bepaalde type mensen een grotere kans op burn-out dan andere, namelijk perfectionistische werknemers die zeer begaan zijn met hun werk en de organisatie (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“Wie krijgt een burn-out? Meestal zijn dat mensen die zeer perfectionistisch zijn ingesteld, die het goed voorhebben met het bedrijf, die zeer competent zijn en dat zijn juist de mensen die zeer gevoelig zijn om een burn-out te krijgen, gevoelig zijn hé.” – Frank Lambrechts

Vervolgens is burn-out werk gerelateerd: men voelt zich opgebrand tijdens het werk of wanneer men bezig is met iets dat werk gerelateerd is. Echter, éénmaal buiten de werksituatie kan alles goed gaan (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“Mensen voelen zich gewoon totaal uitgeblust, zonder energie op hun werk ofwel als ze bezig zijn met iets dat werk gerelateerd is. Dus burn-out tot nu toe is echt gekoppeld aan de werkinhoud en werksituatie vooral.” – Frank Lambrechts

Verder wordt burn-out meestal gezien als een individueel, psychologisch probleem, terwijl er amper naar de werkcontext gekeken wordt. Leiderschap en organisatiecultuur spelen echter een grote rol in het optreden van burn-out bij bepaalde mensen (perfectionistisch) (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“Dat wordt veroorzaakt door werkomstandigheden of een werkcultuur, een organisatiecultuur die niet goed zit. Dat is een zeer grote factor die burn-out kan uitlokken bij bepaalde mensen. Waar gaat dat dan over? Vaak gaat dat over leiderschap.” – Frank Lambrechts

Ook haalt Frank Lambrechts aan dat de lokale context van een organisatie erg bepalend is. Men kan de resultaten dus niet veralgemenen naar de volledige gezondheidssector (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

3.2.2 Factoren die leiden tot burn-out

In het begin van het interview werd gevraagd naar belangrijke factoren die volgens de geïnterviewde kunnen leiden tot burn-out.

Job Demands Resources model

Lode Godderis haalt bij de vraag omtrent de belangrijke factoren van burn-out het *Job Demands Resources* model (Hoofdstuk 2 literatuurstudie) aan. Dit model gaat uit van job eisen en hulpbronnen. Negatieve factoren (job eisen), dan wel positieve factoren (hulpbronnen) leiden tot het verhogen, respectievelijk verlagen van het risico op burn-out. Hierbij worden de drie belangrijkste job eisen aangehaald. In de eerste plaats kan een hoge werkdruk leiden tot burn-out. Opvallend is dat werkdruk in alle sectoren op nummer één staat. Vervolgens wordt werkdruk nauw gevolgd door emotionele belasting (*emotional labor*), dat typisch is voor de zorg en kan leiden tot emotionele uitputting. De derde belangrijkste job eis is rol- en taakonduidelijkheden, conflicten en ambiguïteit. Risico verlagende factoren (hulpbronnen) daarentegen zijn volgens Lode Godderis: sociale steun van collega's en voldoende gebruik maken van de competenties van de werknemers (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Aard van het werk

Een eerste belangrijke factor van burn-out, volgens Franks Lambrechts, is de aard van het werk. Zo worden werknemers in de gezondheidssector geconfronteerd met emotioneel belastend werk (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts). Emotionele belasting is volgens zowel Frank Lambrechts als Lode Godderis een belangrijke factor die kan leiden tot burn-out in de gezondheidssector (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts en Interview Lode Godderis).

Rol van de leidinggevende

Een tweede belangrijke factor is de rol van het management of de leidinggevende. Zij moeten de juiste omstandigheden creëren waarin de werknemers zich goed voelen. Echter staan de leidinggevendenden vaak zelf onder druk, aangezien zij moeten voldoen aan de zogenaamde prestatie indicatoren. Deze indicatoren worden vaak opgelegd door het hogere ziekenhuismanagement vanuit een rationele, economische logica.

“Maar die leidinggevenden zelf staan vaak ook onder druk om te voldoen aan de *performance* (prestatie) *indicators* die eigenlijk opgelegd worden door het hogere ziekenhuismanagement, die vanuit een meer rationele, economische logica redeneren.” – Frank Lambrechts

Deze factoren samen creëren een context waarin burn-out zich kan ontwikkelen. Bovendien is er in ziekenhuizen vaak sprake van grote statusverschillen, wat kan leiden tot een minder goede werksfeer. Zo is er een link tussen psychologische veiligheid en burn-out bij bepaalde karaktertypes, zoals perfectionistisch.

Net zoals volgens Frank Lambrechts, speelt ook volgens Lode Godderis en Kristien Tirez de leidinggevende een grote rol, omdat het belangrijk is te weten wat van u verwacht wordt. Een leidinggevende is namelijk iemand die ondersteunt. Verder is voldoende autonomie geven aan de werknemers een belangrijke hulpbron. Echter, richting geven is belangrijker, aldus Lode Godderis (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

“Ik denk dat loslaten belangrijk is, maar misschien nog belangrijker is ook richting geven.” – Lode Godderis

Een goede leidinggevende wordt door Lode Godderis dan ook beschreven als een coach die richting kan geven (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Economische efficiëntie logica

Ook haalt Frank Lambrechts aan dat de economische efficiëntie logica steeds meer de bovenhand neemt in de zorgsector. Hierbij ligt de focus op zo efficiënt mogelijk ‘produceren’. Dit veroorzaakt druk, fouten en een tegenstrijdig gevoel bij sommige werknemers: er moet gepresteerd worden op een manier waar de werknemer zich niet goed bij voelt. Hierbij bestaat het gevaar dat men te ver gaat in deze efficiëntie logica. Om dit te vermijden, zou men steeds in het achterhoofd moeten houden dat het verzorgen van mensen de hoofddoelstelling is (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Opvallend is dat dit thema regelmatig ter sprake kwam tijdens de interviews met de ZOL-medewerkers. Hier wordt dan ook nog verder op ingegaan (3.3 Resultaten interviews ZOL).

Aandacht aan organisatie/individue

Verder wordt volgens Franks Lambrechts te weinig aandacht besteed aan de organisatie zelf, in vergelijking met het individu. De mensen moeten uiteraard ondersteund worden in het geval van burn-out, toch zou ook de organisatie of leidinggevende in vraag moeten worden gesteld (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“De aandacht die daarnaartoe gaat binnen de instellingen of de organisaties zelf is absoluut veel minder dan de aandacht die gaat naar het individualiseren van dat probleem.” – Frank Lambrechts

Sociale steun

Aangaande de factoren die leiden tot burn-out maakt Kristien Tirez een onderscheid tussen de organisatie, het individu en de context. Sociale steun van collega’s is erg belangrijk volgens haar, zoals eerder aangehaald door Lode Godderis (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Verder is ook sociale steun en waardering van de directe leidinggevende een belangrijke factor in het optreden van burn-out. Hierbij speelt ook het beeld dat de leidinggevende heeft van de werknemer een rol, alsook communicatie.

Duidelijkheid en flexibiliteit

Wat betreft de organisatie, is duidelijkheid erg belangrijk, net als flexibiliteit aangaande tijdelijke vragen van de werknemer. Hoe langer de carrière, hoe belangrijker de werknemer dit vindt, aldus Kristien Tirez (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

3.2.3 Rol van de leidinggevenden

Zowel Frank Lambrechts als Lode Godderis en Kristien Tirez zijn van mening dat de leidinggevende een belangrijke rol heeft in het al dan niet optreden van burn-out.

Een belangrijke taak van een leidinggevende volgens Frank Lambrechts is luisteren naar de behoeften van de werknemers om zo een goede werkcontext te creëren. Dit kan gerealiseerd worden door op zoek te gaan naar factoren die bijdragen tot een energie gevende werkomgeving, evenals het onderzoeken van problematieke uitdagingen. Bovendien moet een leidinggevende ervoor zorgen dat men zich goed kan voelen op het werk, ondanks de druk om te presteren. Dit is mogelijk via onder andere voorbeeldgedrag (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Frank Lambrechts haalt een aantal kwaliteiten van een goede leidinggevende aan. Een eerste kwaliteit is *walk the talk*: wat er gezegd wordt, moet bevestigd worden met het gedrag. Verder is het belangrijk dat een leidinggevende goede verbindingen maakt met de werknemers. Zo moeten ze niet enkel de kans krijgen de leidinggevende tegen te spreken, maar moet er ook sprake zijn van bespreekbaarheid. Dit kan gerealiseerd worden door men als leidinggevende open en toegankelijk op te stellen naar de werknemers toe en hen intrinsiek te motiveren. Zo is Frank Lambrechts ervan overtuigd dat bonussen klein moeten worden gehouden. Burn-out komt dan ook vaker voor in culturen met een sterke extrinsieke motivatie (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

"Walk the talk. Als je iets zegt, doe dat dan." – Frank Lambrechts

Volgens Lode Godderis is burn-out niet een specifiek sector probleem. Gepercipieerde werkdruk, onduidelijke verwachtingen en een gebrek aan hulpbronnen zijn factoren die in meerdere sectoren aanleiding geven tot burn-out. Wat de zorgsector toch enigszins specifiek maakt, is het typische emotioneel belastend werk. Binnen de zorgsector zijn er verschillende percentages van risico te vinden, afhankelijk van het ziekenhuis, de cultuur en de manier van leidinggeven en dus ook afhankelijk van afdeling en/of specialisme (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

"Ik blijf erbij, dat het niet een specifiek sector probleem is." – Lode Godderis

De leidinggevende heeft een belangrijke impact op het welzijn van de werknemers, aldus Lode Godderis. Hierbij maakt hij duidelijk dat dit niet steeds negatief is. Integendeel, in de meeste gevallen gaat het goed met de werknemers. Zo kan een leidinggevende een positieve impact hebben door de werknemers te motiveren en te stimuleren (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Echter, een leidinggevende kan ook een negatieve impact hebben en dus één van de oorzaken van burn-out zijn. Zo sprak Lode Godderis over onvoldoende coachen en geen teamwerking als risicofactoren. Bovendien moet een leidinggevende het volgende proberen te vermijden: het onduidelijk formuleren van doelen, de opdrachten niet afstemmen met de werknemers en niets doen aan gepercipieerde werkdruk. Door hier geen aandacht aan te besteden, kan men namelijk bijdragen aan burn-out (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

“Maar, als leidinggevende kan je ook een negatieve impact hebben en dus ja, de manier van leidinggeven kan effectief één van de oorzaken zijn. Het is niet de enige oorzaak hé, het is een combinatie van factoren.” – Lode Godderis

Om het risico op burn-out te verlagen, en dus bevlogenheid te stimuleren, is het volgens Lode Godderis erg belangrijk dat de leidinggevende de opdrachten voldoende afstemt met de competenties van de werknemers. Zo moet men proberen de werknemers zoveel mogelijk in te zetten in hun sterktes. Indien ze niet goed zijn in iets, maar wel gemotiveerd zijn, is het van belang om deze werknemers op te leiden (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Naast Frank Lambrechts haalt ook Lode Godderis aan dat perfectionistische werknemers een verhoogd risico op burn-out hebben. Daarom zou een leidinggevende dan ook voldoende zorg moeten dragen voor deze werknemers (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Volgens Kristien Tirez moet een leidinggevende signalen snel kunnen detecteren, aangezien anderen dit sneller opvangen dan de persoon zelf. Hoe belangrijker de leidinggevende welzijn vindt, hoe gemakkelijker er over kwetsbaarheid gesproken zal worden (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Het is belangrijk dat iemand met een burn-out rust probeert te creëren in zijn of haar leven. Het is dan aan de persoon zelf om erachter te komen op welke manier dit kan. Toch kan de leidinggevende bijdragen aan het creëren van rust in het leven van de werknemer door voldoende ondersteuning te bieden en niet te oordelen.

“Het is belangrijk dat je zelf zaken doet preventief, hoe dat je rust kan creëren in uw eigen leven, wat je nodig hebt.” – Kristien Tirez

Kristien Tirez beschrijft een goede leider dan ook als iemand met een hart voor de organisatie en een hart voor de mensen, dus iemand die belang hecht aan welzijn. Bovendien is een goede leider bestand tegen kritiek en staat open om erover te communiceren. Verder moet een leidinggevende goed kunnen luisteren en duidelijkheid creëren door onder andere richting te geven (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“Ja, natuurlijk goed kunnen luisteren. Dus dat enerzijds, de tijd nemen om te luisteren wanneer dat nodig is en anderzijds ook de tijd nemen om helder te spreken.” – Kristien Tirez

3.2.4 Rol van de organisatiecultuur

Naast de leidinggevende, speelt ook de organisatiecultuur een belangrijke rol in het optreden van burn-out, volgens Frank Lambrechts, Lode Godderis en Kristien Tirez.

De organisatiecultuur wordt bepaald vanuit de top, aldus Frank Lambrechts. Zo kan een leidinggevende ongezonde dynamieken creëren door de competitie tussen artsen te bevorderen, bijvoorbeeld aan de hand van het aantal te opereren patiënten (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“Uw organisatiecultuur, de toon wordt gezet vanuit de top.” – Frank Lambrechts

Er zijn nauwelijks burn-out fenomenen in organisaties waar de medewerkers zichzelf kunnen zijn en dus ook plezier hebben in hun werk, terwijl er toch hard gewerkt kan worden.

Het is belangrijk dat de werknemers worden ingezet in hun sterktes. Zo kunnen er culturen gecreëerd worden waar men niet enkel werkt op sterktes, maar waar deze sterktes ook aan elkaar gekoppeld worden. Een leidinggevende kan dit realiseren door voldoende autonomie te geven en niet teveel te controleren of beheersen. Onvoldoende autonomie leidt tot ongelukkige werknemers, wat bij bepaalde personen kan resulteren in burn-out, namelijk bij de beste, perfectionistische mensen.

“Zoveel te meer dat mensen in hun sterktes worden ingezet, dat mensen hun eigen sterktes herkennen en daarop ingezet worden, zoveel te beter dat het zal gaan.” – Franks Lambrechts

Verder moet ook de manier van leidinggeven en de organisatiecultuur in vraag gesteld durven worden in plaats van burn-out te bekijken als enkel een individueel probleem. Burn-out zou gezien moeten worden als een collectief fenomeen, gecreëerd door meerdere actoren (leidinggevendenden, persoon met burn-out, ...) waarbij deze personen zichzelf in vraag durven te stellen.

Volgens Lode Godderis zouden ziekenhuizen, wat betreft de organisatiecultuur, moeten streven naar het worden van ‘magneet ziekenhuizen’. Dit zijn ziekenhuizen waar men wil werken, wil blijven werken en waar het welzijn van medewerkers centraal staat (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Volgens Kristien is het dan weer erg belangrijk een cultuur te creëren waar men kan leren uit de fouten in plaats van gesanctioneerd te worden. Indien er fouten gemaakt worden, is het aan de leidinggevende om de juiste richting aan te geven en dit ook op te volgen. Hierbij is het van belang dat de leidinggevende duidelijk benoemt wat er verwacht wordt van de werknemer (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Bovendien is het ook belangrijk om een gevoel van veiligheid te creëren. Zo haalt Kristien Tirez voorbeelden aan van vrouwen die zich onveilig voelen wanneer ze ‘s nachts alleen moeten werken met psychiatrische patiënten of vreemdelingen. Indien de leidinggevende in zo’n geval niet open staat om veranderingen aan te brengen, kan dit leiden tot stress en burn-out. Dit kan er uiteindelijk voor zorgen dat deze persoon niet meer kan functioneren in de organisatie (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Kristien Tirez geeft aan dat het mogelijk is de cultuur te veranderen, maar dat dit erg traag gaat. Hierbij spelen de leidinggevendenden en de directie een belangrijke rol, namelijk een voorbeeldrol. Indien men geen veranderingen aanbrengt in de cultuur of organisatie terwijl dit toch wenselijk is, kan dit leiden tot apathie. En burn-out is apathie: er is geen *flow* meer. Organisaties kunnen dus

mensen structureel apathisch maken, aldus Kristien Tirez (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“Dat gaat zeer traag. Je kan dat doen veranderen, maar dan gaan de leidinggevende en de directie een zeer belangrijke rol spelen. Een voortrekkersrol en ook een voorbeeldrol. En als dat allemaal uitblijft, dan heb je apathie. En wat is burn-out? Dat is apathie! Dat is eigenlijk, dan is er geen *flow* meer. Dat is net het omgekeerde: burn-out is uitputting, de *flow* is dat de energie stroomt, dat je creatief bent, dat je met aandacht en met veel energie aan het werk gaat.” – Kristien Tirez

3.2.5 Maatregelen tegen burn-out

Preventieve maatregelen

Aandacht aan leiderschap en communicatie

Volgens Frank Lambrechts moet er voldoende aandacht besteed worden aan leiderschap tijdens de opleiding. Hierbij is het van belang dat (toekomstige) leidinggevendenden zich bewust zijn van hun impact op werknemers. Het gaat dan om zowel positieve als negatieve impact (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Bovendien zou er ook voldoende aandacht moeten worden besteed aan communicatie. Zo haalt Frank Lambrechts aan dat er in ziekenhuizen niet altijd op een goede manier gecommuniceerd wordt. Hier speelt hiërarchie een grote rol, wat kan leiden tot onvoldoende psychologische veiligheid. Bovendien worden besprekingen vaak gehouden per ‘niveau’, de verpleegkundigen houden namelijk vergaderingen afzonderlijk van de artsen. Ook dit draagt bij tot burn-out. Besprekingen houden met iedereen samen zou bijdragen aan een gezonde cultuur waar iedereen zich goed voelt (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Interventies die focussen op organisatie en medewerker

In de ziekenhuizen kunnen er verschillen zijn in maatregelen die genomen worden tegen burn-out. Burn-out wordt veroorzaakt door meerdere factoren, dus er zijn interventies nodig die zowel focussen op organisatie als op medewerkers, aldus Lode Godderis. Zo voorzien sommige ziekenhuizen in opleidingen voor de medewerkers, terwijl anderen eerder risicoanalyses opzetten om de pijnpunten te detecteren (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

“Burn-out wordt veroorzaakt door verschillende factoren en dat betekent dat ook uw aanpak van burn-out ook verschillende lagen moet bevatten.” – Lode Godderis

Indien éénmaal iemand een burn-out heeft, geeft dit aanleiding om bepaalde problemen te bespreken binnen het team, evenals de re-integratie van medewerkers met burn-out. Echter zijn er weinig organisaties die maatregelen treffen op alle domeinen. De meesten organisaties scoren op bepaalde aspecten goed en op andere dan weer minder. Er zou eigenlijk aandacht besteed moeten worden aan de volledige cyclus, namelijk vanaf het gezond houden van de medewerker tot en met het omgaan met iemand met een burn-out. Dit is ontzettend moeilijk, maar loont wel de moeite. Zo zou men moeten durven doelstellingen formuleren, samen met de wijze om deze doelstellingen te bereiken, om vervolgens te evalueren.

“Ik heb tot nu toe nog geen enkele organisatie, of weinig organisaties tegengekomen die echt op alle domeinen vanalles doen. Vaak gaat het over stukken van het beleid, aandachtspunten. – Lode Godderis

Persoonlijke factoren analyseren

De manier waarop iemand omgaat met werkdruk is afhankelijk van de persoonlijkheid. Zo zou men individueel kunnen bepalen welke factoren energie schenken en welke energie kosten. Hierbij kunnen de leidinggevenden hulp bieden tijdens bijvoorbeeld functioneringsgesprekken, volgens Lode Godderis (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Toegankelijkheid

Naast functioneringsgesprekken is het volgens Lode Godderis belangrijk dat leidinggevenden de medewerkers kunnen aanspreken en hun bezorgdheid kunnen uiten, bijvoorbeeld als iemand zich niet goed voelt (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Een leidinggevende zou steeds moeten werken aan de toegankelijk. Dit kan door zich kwetsbaar op te stellen en de medewerkers zelf op te zoeken om op deze manier de drempel te verlagen.

“Ja, en daar moet jij als leidinggevende aan werken. Dat is iets waar je dagdagelijks aan moet werken. Dat is een drempel waar je je vaak niet bewust van bent als leidinggevende, want ik ben zelf leidinggevende en dan denk ik: oké, ik ben gemakkelijk te bereiken, terwijl er dan toch drempels zijn.”
– Lode Godderis

Intervisie formules

Naast luisteren en goed voorbeeldgedrag haalt Frank Lambrechts intervisie formules aan als een goede preventieve maatregel tegen burn-out. Hierbij bespreken leidinggevenden samen met hun medewerkers uitdagingen en geven ze elkaar advies. Volgens Frank Lambrechts helpt deze methode, omdat men op deze manier gebruik maakt van de relaties tussen hen. Zo wordt er gewerkt aan een cultuur waar men elkaar helpt. Tijdens deze intervisies kan bijvoorbeeld het spanningsveld tussen het voldoen aan prestaties en het leveren van zorg besproken worden (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“Wat ik een zeer goede methode vind, wat echt helpt, is als leidinggevenden de ruimte scheppen in het bedrijf voor intervisie formules.” – Frank Lambrechts

Intervisie formules vormen een mogelijkheid om te werken aan een betere communicatie. Tijdens deze sessies kan men zich de vraag stellen op welke manier een gezonde werkomgeving waar iedereen zich goed voelt, gecreëerd kan worden.

Organisatiecultuur

Verder kan een leidinggevende werken aan een bredere organisatiecultuur waarbij men zich de vraag stelt hoe een gezonde cultuur gecreëerd kan worden. Dit kan gezien worden als een toepassing van *appreciative inquiry*. De kans op burn-out neemt af wanneer een leidinggevende samen met de medewerkers, in plaats van de top alleen, werkt aan zo’n cultuur.

Verder kunnen stress, burn-out en pesterijen vermeden worden door waarden en een cultuur te creëren waar men bepaald gedrag aanstuurt waar iedereen beter van wordt. Kristien Tirez gaf hierbij

een voorbeeld waar de leidinggevende de waarden van de organisatie niet kent. Op deze manier kan er geen samenhang zijn tussen de leidinggevend en dus ook niet in de teams. Bovendien is ook de samenstelling van de teams van belang (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Duidelijkheid creëren

Aangaande preventieve maatregelen is duidelijkheid heel erg belangrijk, namelijk duidelijk aangeven wat de werkopdrachten zijn, duidelijke afspraken maken, duidelijke communicatie, duidelijke omgangsregels, enzoverder.

“Dat is door helder aan te geven wat zijn werkopdrachten zijn, wat taken zijn, door heldere onderlinge samenwerkingsafspraken met de collega’s te benoemen, dus dat is al zeer belangrijk. Door heldere omgangsregels.” – Kristien Tirez

Ondersteunende maatregelen

Indien iemand uitvalt met burn-out, moet er volgens Lode Godderis aandacht worden geschonken aan twee zaken:

Team

Enerzijds is het belangrijk om als leidinggevend te zorgen dat er geen contaminatie is naar de rest van het team, aangezien de werkdruk zal toenemen. Dit kan door goede afspraken te maken met de overige teamleden, onder andere over hoe de rest van het team de uitval van de persoon met burn-out kan opvangen. Dit kan eventueel door opdrachten te verschuiven of door tijdelijk iemand extra in het team te plaatsen (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Contact houden

Anderzijds vindt Lode Godderis het belangrijk om contact te houden met de persoon die uitvalt door burn-out. Een welgemeende “hoe gaat het met u?” kan leiden tot een goede band met de medewerker, alsook een vlottere re-integratie. Bovendien raadt Lode Godderis aan om dit telefonisch te doen, zodat de medewerker de keuze heeft hier al dan niet op in te gaan (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

“Richting de medewerker toe, vind ik het belangrijk dat er contact gehouden wordt.” – Lode Godderis

Hulp van de leidinggevende

Indien iemand een burn-out heeft, moet een leidinggevende er zijn, aldus Frank Lambrechts. Dit wil zeggen dat deze onder andere de tijd neemt om met de persoon met burn-out in gesprek te gaan. Hierbij is het belangrijk dat de leidinggevende duidelijk maakt dat ook het systeem in vraag wordt gesteld in plaats van enkel te focussen op de persoon zelf. Door het systeem in vraag te stellen, kan er gezocht worden naar een cultuur waar iedereen zich goed voelt. Dit is een belangrijk signaal dat niet enkel gegeven wordt aan diegenen met burn-out, maar ook aan de rest van de medewerkers (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Wanneer iemand een burn-out heeft, zal deze op een lager efficiëntieniveau functioneren, meer fouten maken en bepaalde taken zelfs niet meer kunnen uitvoeren. Het is dan aan de directie en de

leidinggevende om een manier te zoeken om de werknemers uit deze situatie te helpen in plaats van deze te veroordelen. Dit kan bijvoorbeeld door de werknemer opdrachten te geven waar deze zich comfortabel bij voelt en autonoom aan kan werken. Hoe sneller dit gebeurt, hoe minder lang de burn-out periode zal duren.

“Dus daar geen onmiddellijke veroordeling... Dus kijken van: goed, op welke manier kan die daar uit geraken? Hoe sneller dat je dat doet, hoe beter, hoe minder lang dat die burn-out periode gaat duren. Die beweging daar in krijgen is niet alleen wanneer de persoon hier zelf zit belangrijk, maar ook vanuit de organisatie zeer belangrijk.” – Kristien Tirez

Huisarts

Als iemand éénmaal een burn-out heeft, zou de organisatie, net zoals vrienden en partner, deze persoon zo snel mogelijk moeten aansturen om naar de huisarts te gaan.

Bespreekbaarheid

Bovendien moet er worden aangegeven dat er gesproken kan worden over de situatie. Hoe meer bespreekbaar het is, hoe gemakkelijker men burn-out kan detecteren en hoe sneller er gewerkt kan worden aan een oplossing. Zo merkt Kristien Tirez grote verschillen wanneer werknemers naar haar toe komen wanneer deze al maanden afwezig zijn of pas een korte tijd (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“Hoe meer de cultuur het toelaat dat je je kwetsbaar kan opstellen en dat dat niet negatief is, hoe gemakkelijker dat je dat bespreekbaar gaat stellen en hoe sneller je dat gaat detecteren, hoe sneller dat je die verwijst, hoe sneller dat die tot hier komt.” – Kristien Tirez

Beweging creëren

Vervolgens is het volgens Kristien Tirez belangrijk om beweging te creëren, wat voor iedereen verschillend is. Aan de hand van deze beweging kan de persoon met burn-out bepalen wat deze nodig heeft om zo voldoende ruimte te creëren voor andere dingen naast het werk, zoals hobby's, vrienden en de partner. Zo kan men de periode dat men afwezig is omwille van burn-out gebruiken om uit te proberen wat men graag doet. Tijdens de eerste fases zal dit moeizaam verlopen, maar na een tijd ontdekt men waar men zich goed bij voelt en wat rust creëert (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“En dat is belangrijk, ik hoor vaak het woordje rust, ik vind het belangrijk om beweging te creëren.” – Kristien Tirez

Persoonlijke factoren analyseren

Voordat men het werk kan hervatten, is het goed om een overzicht te hebben van wat men energie krijgt en waar men voor moet opletten. Kristien Tirez haalt aan dat personen met burn-out terug gaan openbloeien als men meer inzet op wat energie geeft. Dit gebeurt onder andere doordat men het gevoel van controle herwint en de innerlijke rust terugvindt (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

Contact met werkgever

Vervolgens kan er contact worden opgenomen met de werkgever, aangezien begeleiding bij burn-out ook belangrijk is.

Maatregelen aangaande re-integratie

Contact houden

Om de re-integratie van iemand met burn-out te bevorderen, is het belangrijk dat de leidinggevende contact houdt met deze persoon. Hierbij moet de leidinggevende tonen dat de schuld niet gelegd wordt bij de persoon met burn-out, maar dat er ook aan het systeem gewerkt wordt.

Voordat de werknemer het werk hervat, moet er steeds een gesprek met de leidinggevende plaatsvinden. Hier kan dan worden besproken welke werkopdrachten mogelijk zijn, hoe men het werk gradueel kan opbouwen, wat de behoeften van de werknemer zijn, enzoverder. Hierbij wordt de werknemer erg goed opgevolgd.

Re-integratie voorbereiden

Vanaf het moment dat iemand met burn-out te maken krijgt, is het dus aangewezen om te bespreken hoe dit opgevangen zal worden en welke optimalisaties er kunnen gebeuren. Zo kan men op zoek gaan naar hoe men beter kan functioneren als team. Dit geldt ook wanneer de persoon terug aan het werk gaat. Hier is het belangrijk om de re-integratie goed voor te bereiden met zowel het team als met de medewerkers, aangezien er ondertussen een nieuw evenwicht is ontstaan dat opnieuw verstoord gaat worden. Bovendien moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden aangaande de verwachtingen, zowel de verwachtingen van de leidinggevende naar de medewerker toe als omgekeerd. Op deze manier ontstaat er duidelijkheid over wat al dan niet mogelijk is.

Het is belangrijk dat deze gesprekken plaatsvinden vóór de werkhervatting, zodat er nog voldoende tijd is om te reflecteren. Hier bieden de KB's re-integratie goede mogelijkheden volgens Lode Godderis, waar ook de bedrijfsarts een cruciale rol speelt. Deze KB's bevatten de stappen die genomen kunnen worden bij een re-integratie. Plannen betekent afspraken maken, waardoor ook de verwachtingen duidelijk worden. Dit is een goed begin voor succes, aldus Lode Godderis. Een laatste belangrijke stap is de effectieve integratie waarbij de medewerker opnieuw welkom geheten wordt in de organisatie en er bovendien voldoende appreciatie getoond wordt naar de medewerker toe (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

“Ik denk dat dat belangrijk is om dat te bespreken vóór de werkhervatting, zodanig dat er nog voldoende tijd is om te reflecteren.” – Lode Godderis

3.2.6 Wetgeving omtrent burn-out

Wetgeving omtrent burn-out draagt bij tot het individualiseren van het probleem van burn-out, aldus Frank Lambrechts. Het draagt dus niets bij aan het oplossen ervan (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

Kristien Tirez haalt aan dat de wetgeving rond psychosociale aspecten, burn-out, re-integratie, enzoverder erg onderhevig is aan veranderingen. Echter, hierdoor wordt het meer bespreekbaar.

Deze wetgevingen leiden tot een nauwe opvolging, maar er komen ook sancties aan bod. Waar Kristien Tirez erg positief is over de opvolging, heeft zij haar bedenkingen aangaande het sanctioneren van werknemers en organisaties (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“Sancties is een ander verhaal, maar goede opvolging is wezenlijk.” – Kristien Tirez

3.2.7 Rol van de overheid

Ondersteuning en sturing

Volgens Frank Lambrechts moet de overheid in de eerste plaats initiatieven omtrent burn-out ondersteunen en stimuleren, meer bepaald de initiatieven die focussen op burn-out als sociaal probleem. Echter, op dit moment draagt de overheid bij aan het individualiseren van burn-out (Bijlage Expertinterviews, Interview Frank Lambrechts).

“De overheid moet de juiste initiatieven stimuleren. Op dit moment doet de overheid ook gretig mee aan het individualiseren van burn-out, net zoals iedereen bijna daaraan meedoet” – Frank Lambrechts

Burn-out is een maatschappelijk probleem, aldus Lode Godderis. Er zijn hoge verwachtingen, alles moet snel gebeuren, iedereen moet steeds bereikbaar zijn, enzoverder. De overheid zou dus vooral het goede voorbeeld moeten geven en moeten bijsturen, zodat er mogelijkheden zijn om te realiseren wat men wenst. Hier is het KB re-integratie een mooi voorbeeld van: het creëert een context om de re-integratie te ondersteunen (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

KB psychosociale aspecten

De implementatie van het KB omtrent psychosociale aspecten is moeilijker. Bij dergelijke KB's zou de overheid kunnen nadenken over hoe deze gepercipieerd kunnen worden als een opportuniteit voor de organisaties in plaats van een verplichting. Lode Godderis is dus van mening dat de overheid geen regels en verplichtingen moet opleggen, maar wel kansen moet creëren. Door op een positieve manier re-integratie te ondersteunen, zal dit ook op deze manier gepercipieerd worden door organisaties en dus succesvol zijn (Bijlage Expertinterviews, Interview Lode Godderis).

Bespreekbaarheid

Volgens Kristien Tirez is het belangrijk dat thema's zoals burn-out bespreekbaar gesteld worden. Zo haalt ze aan dat de federale overheid werkt aan een film omtrent burn-out. Bovendien wordt er ook informatie gegeven op bijvoorbeeld de website www.werkbelgie.be. Dit helpt allemaal wel volgens Kristien Tirez (Bijlage Expertinterviews, Interview Kristien Tirez).

“Het is in ieder geval een thema, burn-out, dat je moet bespreekbaar stellen op het niveau van het individu, op het niveau van het team, op het niveau van de organisatie.” – Kristien Tirez

3.3 Resultaten Interviews Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)

Tijdens de interviews met de medewerkers van het ZOL werd er bevraagd naar onder andere: (1) belangrijke factoren die leiden tot burn-out, (2) de bespreekbaarheid van burn-out en de benadering van een vertrouwenspersoon, (3) de rol van de leidinggevende en de organisatiecultuur in het optreden van burn-out, (4) de maatregelen tegen burn-out en (5) de rol van de overheid.

3.3.1 Factoren die leiden tot burn-out

Hoge werkdruk

Een te hoge werkdruk wordt door alle respondenten, behalve één, aangehaald als belangrijke factor die kan leiden tot burn-out. Zo hebben de verpleegkundigen en artsen te weinig tijd voor de patiënten, waardoor ze hun werk niet meer kwalitatief kunnen uitvoeren zoals ze zouden willen. Waar vroeger enkel voor de patiënt gezorgd moest worden, moet er nu voldaan worden aan de vele regels, bovenop de zorg van de patiënt. Zo moet men soms meer tijd steken in dossiers dan in de patiënten zelf. Vooral de oudere generatie heeft het hier moeilijk mee, aangezien zij vooral kwaliteitszorg willen leveren. Het niet-klinische gedeelte van iemand die in de zorg werkt, wordt dus steeds groter, wat ook weer leidt tot een grotere verantwoordelijkheid en een bepaalde druk. Zo haalt respondent 3 (hoofdverpleegkundige) aan dat een hoofdverpleegkundige zich vroeger vooral bezig hield met de zorg, terwijl deze vandaag eerder een soort mini-manager is. Het beleidsmatige aspect wordt steeds groter (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“Dat ze niet meer de tijd kunnen nemen om eens te babbelen met een patiënt en om de zorg te geven op de manier waar dat ze zich goed bij voelen. En dat geeft morele stress, dus dat is volgens mij de aller aller allergrootste.” – Respondent 1

“Je bent een mini-manager aan het worden.” – Respondent 3

Volgens respondent 1 (arbeidsgeneesheer) is het dan ook belangrijk om te kunnen communiceren met collega's en leidinggevenden in plaats van het gevoel te hebben dat men nergens terecht kan of niet begrepen kan worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1).

Er worden verschillende oorzaken van deze werkdruk aangehaald. Respondent 2 (arts) en respondent 3 (hoofdverpleegkundige) halen aan dat de druk bij verpleegkundigen de laatste jaren toegenomen is omwille van verplichte vormingen en veranderingen, bijvoorbeeld het behalen van accreditatienormen en het elektronisch patiëntendossier. Vooral de oudere werknemers voelen hier de druk van (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3). Ook volgens respondent 10 (preventieadviseur) wordt de hoge druk veroorzaakt door de snelle medische vooruitgang (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10). De dokters voelen dan weer meer de druk om te blijven werken, aangezien zij zelfstandigen zijn en hun inkomen dus wegvalt indien ze thuisblijven, aldus respondent 2. Hierdoor blijft men soms werken totdat het te laat is. Hierbij spreekt respondent 2 van de vele vergaderingen die vaak na de uren plaatsvinden. Het is dus soms moeilijk om de balans tussen het werk en gezinsleven te vinden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

Volgens respondent 5 (arbeidspsychologe) treedt er een vicieuze cirkel op bij een teveel aan werk: wanneer iemand uitvalt met burn-out, worden de andere werknemers opgeroepen om het werk over

te nemen. Hierdoor stijgt de werkdruk voor deze werknemers waardoor ook zij risico lopen op een teveel aan stress en uiteindelijk burn-out (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 5).

Respondent 8 (personeelsbegeleider) spreekt dan weer over een hoge werkdruk als resultaat van de financiering van de gezondheidszorg. Hetzelfde of meer werk moet door hetzelfde aantal of zelfs minder medewerkers uitgevoerd worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8). Ook respondenten 2 en 3 zijn van mening dat besparingen leiden tot druk (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“En dat heeft ook met financiering te maken. Maggie De Block slaat wild om zich heen om het zo maar te zeggen, wat vaak resulteert in dat hetzelfde werk of meer werk door dezelfde of nog minder mensen moet gedaan worden.” – Respondent 8

Volgens respondent 9 (psychologe) wordt er erg veel verwacht van verpleegkundigen, waaronder een grote flexibiliteit omwille van de posten en nachten (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“Nee, ik zie ook dat de werkdruk zeker meespeelt. Dat is één van die contextfactoren, omdat van verpleegkundigen steeds meer heel veel van hen verwacht wordt. Die hebben echt massa's te doen, die mensen zijn ook mega onderbetaald [lachend]. Er wordt heel veel van die mensen verwacht, die moeten heel flexibel zijn, die moeten nachten doen, die moeten posten doen. Dat is echt ongelooflijk wat die allemaal moeten doen.” – Respondent 9

Naast de snelle medische vooruitgang veroorzaakt ook de grootte van het ziekenhuis een hoge werkdruk, aldus respondent 10. Het ZOL is de laatste jaren erg gegroeid, wat extra druk veroorzaakt bij de ondersteunende diensten zoals de personeelsdienst en preventiedienst. Een te hoge werkdruk leidt dan weer tot stress (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10). Volgens respondenten 2 en 3 is de druk bij de hogere leidinggevenden de laatste jaren erg toegenomen, onder andere omwille van de uitbreiding van het ZOL. Deze druk wordt doorgegeven naar de lagere leidinggevenden en dus ook naar de werknemers (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3). Ook volgens respondent 6 (diensthoofd) kunnen de snelle veranderingen een rol spelen in het ontstaan van burn-out. Alles verandert continu en op een hoog tempo, waardoor sommigen niet altijd kunnen volgen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 6).

Het is dus echt de druk die vooral meespeelt als factor van burn-out, niet zozeer de aard van het werk.

“Ik bedoel, we zijn bezig met mensenlevens, dus op zich is dat ook een druk, maar het is meer de hoeveelheid. Het is meer de hoeveelheid denk ik dan echt het feit waar je mee bezig bent.” – Respondent 2

Aard van het werk

Op palliatieve zorg is, in tegenstelling tot de andere afdelingen in het ziekenhuis, de aard van het werk een grote factor van burn-out en dus niet de werkdruk. Er wordt een hoge motivatie gevraagd van de verpleegkundigen op de palliatieve eenheid, wat de kans op burn-out kan verhogen. De medewerkers op de palliatieve eenheid geven veel en geloven enorm in het concept palliatieve zorg, maar kunnen op een bepaald moment toch teleurgesteld geraken in de ondersteuning en visie.

Hierdoor kan men opgebrand geraken en de energie verliezen. Soms is de motivatie dus zo hoog dat het werk het belangrijkste in hun leven wordt, wat niet altijd gezond is. Wel krijgt men voldoende positieve feedback van de patiënten.

Persoonlijkheid

Een andere belangrijke factor die kan leiden tot burn-out is persoonlijkheid. Zo hebben perfectionistische personen die de lat hoog leggen meer kans om burn-out te ontwikkelen dan diegenen die gemakkelijker kunnen relativeren, aldus respondent 8 (personeelsbegeleider) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8). Hulpverleners vormen een kwetsbare groep voor burn-out omwille van hun perfectionisme, zelfopoffering, anderen vooropstellen, beperkte zelfzorg, enzoverder. Dit in samenspel met de context kan een risico vormen op burn-out. Respondent 9 haalt naast burn-out ook het begrip burn-in aan, namelijk dat men zich de gebeurtenissen op het werk heel hard aantrekt en niet meer van zich af kan zetten (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

Respondenten 2 en 3 gaven het voorbeeld van een werknemer die de laatste zeven jaar drie maal een burn-out gehad heeft. Andere werknemers werken even hard of zelf harder, hebben een gezin en zijn nog nooit getroffen door burn-out, waaruit blijkt dat sommigen toch meer vatbaar voor burn-out zijn. Bovendien weten sommigen op tijd aan de alarmbel te trekken, terwijl anderen het te ver laten komen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3). Respondent 5 (arbeidsgeneesheer) is reeds zelf getroffen geweest door burn-out, net zoals een collega, omwille van de werkdruk door een tekort aan personeel in combinatie met persoonlijkheid. Zo zijn punctuele personen die de lat hoog leggen meer vatbaar voor burn-out.

Communicatie

Communicatie is een volgende belangrijke factor die meermaals ter sprake kwam in de interviews.

Volgens respondent 1 (arbeidsgeneesheer) is het belangrijk om te kunnen communiceren met collega's en leidinggevendenden in plaats van het gevoel te hebben dat men nergens terecht kan of niet begrepen kan worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1). Respondent 4 (arbeidsgeneesheer) spreekt specifiek over de communicatie tussen verpleegkundigen en artsen op sommige diensten als oorzaak van burn-out. Zo durven bijvoorbeeld sommige verpleegkundigen geen tegenspraak te bieden aan de artsen, wanneer zij het niet eens zijn met een beslissing van de artsen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 4).

“Ook een oorzaak is, denk ik, soms het contact met de artsen. De artsen hebben alles te zeggen zozegd en in sommige diensten brengt dat problemen.” – Respondent 4

Verder haalt de personeelsbegeleider aan dat er slecht gecommuniceerd wordt met elkaar in deze maatschappij, ondanks de vele communicatiemiddelen. Sociale media kan dus een belangrijke factor zijn bij het optreden van burn-out. Zo worden er soms geschillen op het werk uitgevochten via de sociale media, terwijl het beter zou zijn om er persoonlijk over te praten. Communicatie is namelijk 80 procent non-verbaal (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8).

“We hebben nog nooit zoveel communicatiemiddelen gehad en we hebben nog nooit zo slecht gecommuniceerd. Heel veel wordt gecommuniceerd via onze sociale media. Ik vind dat geen goede evolutie”

Respondenten 2 en 3 delen dezelfde mening aangaande e-mail. Respondent 3 is zich bewust van de risico's op burn-out en bewaakt zichzelf hier dan ook voor. Zo controleert hij zijn mails niet meer na het werk. Anderen hebben het echter moeilijker om het werk los te laten na de uren. Respondent 2 heeft een zeer duidelijke mening over e-mails: dit is een slechte evolutie, het werk stopt nooit. Ook dit vormt een risico voor burn-out. Hij verkiest dan ook persoonlijk of telefonisch contact (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

Inhoud

Soms kan de inhoud van het werk bijdragen tot stress, bijvoorbeeld in het geval van onduidelijke wetgeving. Zo haalt respondent 1 (arbeidsgeneesheer) de onduidelijkheid rond de nieuwe wetgeving re-integratie aan (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1). Ook respondent 5 (arbeidsgeneesheer) haalt de werkinhoud aan als risicofactor. Hiermee bedoelt ze de technologische veranderingen, zoals de elektronische dossiers (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 5).

Andere factoren

Interpersoonlijke relaties zijn ook van belang, namelijk de manier waarop men met elkaar omgaat. Hier is het aan de leidinggevende om bij te sturen. Factoren uit zowel de werksfeer als de privé sfeer, bijvoorbeeld gezin en gezondheid, kunnen leiden tot stress. Stress kan dan weer burn-out uitlokken. Wanneer privéproblemen of problemen met collega's of een leidinggevende bovenop de werkdruk komen, kan dit leiden tot burn-out. Slechte relaties met collega's zijn meestal moeilijker om te verdragen dan hard werken. Ook teveel willen doen en iets te goed willen doen, is een factor en voortekenen van burn-out. Ten slotte wordt de teamgeest benoemd als belangrijke factor in het al dan niet optreden van burn-out. Een goed team waar men af en toe het hart eens kan luchten, kan enorm helpen.

“Ik denk nog altijd, zeker in de zorg, dat het heel belangrijk is dat je al uw ethische principes hebt en beroepsgeheimen, maar ik denk dat je nog altijd in een team moet zitten waar je heel die zaken even overboord kan gooien.” – Respondent 7

3.3.2 Bespreekbaarheid burn-out en benadering vertrouwenspersoon

Bespreekbaarheid

Over het algemeen zijn alle respondenten het met elkaar eens dat onderwerpen zoals stress en burn-out gemakkelijk bespreekbaar zijn in het ziekenhuis, met de juiste personen weliswaar. Zo is burn-out volgens respondent 1 (arbeidsgeneesheer) gemakkelijk bespreekbaar met de arbeidsgeneesheren. Of het onderwerp onderling bespreekbaar is, hangt volgens haar af van dienst tot dienst. Zo is er in bijvoorbeeld een operatiekwartier sprake van een machocultuur (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1). Volgens respondent 2 (arts) en respondent 3 (hoofdverpleegkundige) wordt er heel kort op de bal gespeeld indien iemand signalen van burn-out vertoont. Zo wordt er in team besproken wat de mogelijkheden zijn voor de persoon met problemen. Bovendien is er nauwe opvolging. Onderwerpen zoals burn-out zijn dus zeker bespreekbaar op de

afdelingen van respondenten 2 en 3. Zo hebben bijvoorbeeld een aantal artsen van het ZOL een interview over burn-out gegeven in de ZOL-magazine. Verder zijn ze het er over eens dat onderwerpen zoals burn-out bespreekbaar moeten zijn tussen de personen die hier belang bij hebben, wat het geval is in het ZOL. Het is dus niet de bedoeling dat iedereen te weten komt wat er aan de hand is (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“Ik weet wel dat de mensen dat terug bespreekbaar willen maken, maar het is niet omdat we dat bespreekbaar willen maken dat dat bij iedereen bekend moet zijn.” – Respondent 2

Op de palliatieve eenheid is er iets meer tijd, in vergelijking met andere afdelingen, om bepaalde casussen te bespreken.

Ook de personeelsbegeleider heeft het gevoel dat er transparant gecommuniceerd wordt in het ZOL. Er wordt gemakkelijk met hem gesproken over onderwerpen zoals burn-out. De werknemers vertrouwen hem namelijk, omdat hij aan niemand verantwoording moet afleggen. Wel merkt hij op dat men zelf vaak niet kan benoemen wat er nu precies aan de hand is. Zo weet men vaak niet of men last heeft van een teveel aan stress, een depressie of burn-out. Door hulp te zoeken, kan men benoemen wat er aan de hand is. Dit lucht vaak op (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8).

Respondent 9 (psychologe) haalt aan dat onderwerpen zoals stress en burn-out aan de ene kant bespreekbaar zijn aangezien dit erg normaliserend geworden is. Iedereen heeft namelijk wel eens stress. Maar aan de andere kant wil men net niet praten over burn-out, omdat men niet wil toegeven dat men een burn-out heeft. Dit wordt namelijk nog vaak geassocieerd met falen. Daarom is het belangrijk om uit te leggen dat burn-out veroorzaakt wordt door zowel omgevingsfactoren als persoonlijkheidsfactoren. Wanneer men beseft dat burn-out niet volledig door zichzelf veroorzaakt wordt, kan het ook gemakkelijker bespreekbaar worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

Vertrouwenspersonen

Men kan met problemen steeds terecht bij de directe leidinggevenden, personeelsbegeleiding, arbeidsgeneesheren, psychologen, preventieadviseur psychosociale aspecten of vertrouwenspersonen. Er zijn twee vertrouwenspersonen aanwezig, waar de personeelsbegeleider er één van is. Op de afdeling van respondent 3 (hoofdverpleegkundige) kunnen werknemers in de eerste plaats bij hem terecht. Hijzelf kan dan weer steun vinden bij zijn manager, welke in sommige gevallen zal aanraden naar de personeelsbegeleiding te gaan. Indien het probleem hier niet opgelost kan geraken, kan de personeelsdirecteur ingelicht worden. Ook is er een officiële 'meldknop' wanneer een bepaalde casus uit de hand loopt. Op de palliatieve eenheid kunnen werknemers met problemen grotendeels bij elkaar terecht.

Er zijn veel mensen in het ziekenhuis die open staan om te praten over burn-out. Het is volgens respondent 7 (divisiemanager) belangrijk dat er dan ook werkelijk iets ondernomen wordt. Dit is niet altijd gemakkelijk aangezien de prioriteiten vaak gericht zijn op de organisatie. Daarom vindt hij het goed dat het ZOL heeft gekozen om iemand voltijds te plaatsen in de functie van

personeelsbegeleiding. Deze persoon biedt een luisterend oor en probeert steeds een oplossing te zoeken (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7).

Men kan doorgaans steeds terecht bij de leidinggevenden, aldus respondent 8 (personeelsbegeleider). Indien men eerst naar de personeelsbegeleider stapt, zal deze steeds adviseren om toch contact op te nemen met de directe leidinggevende (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8).

Drempel

De drempel naar de personeelsbegeleiding is laag in het ZOL, dankzij de vertrouwelijkheid. Zo zal hij enkel de directie op de hoogte brengen mits toestemming van de persoon zelf. Bovendien is de personeelsbegeleider goed gekend bij iedereen en iedereen weet dat men bij hem terecht kan.

“Ja, dus ik moet aan niemand uitleggen wie bij mij komt, waarvoor iemand bij mij komt. En dat geeft toch wel dat de drempel laag is, waardoor dat mensen ook wel terecht kunnen komen.” – Respondent 8

Ook de drempel naar de arbeidsgeneesheren is laag, volgens respondenten 1 en 4, beiden arbeidsgeneesheer (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1 en Interview respondent 4). Naar het diensthoofd stappen is iets moeilijker. Zo is er toch een bepaalde drempel aanwezig om met een probleem zoals burn-out naar de directe leidinggevende toe te stappen uit schrik om zwakte te tonen. Hierdoor heeft men vaak pas te laat door dat iemand een burn-out heeft.

“Ik denk dat het moeilijk is, want als ze het met mij hier op consultatie erover hebben, dan zijn ze redelijk open. Maar om dat zo te brengen naar het diensthoofd, dat is heel moeilijk, want ze lijken, denk ik, zogezegd zwak.” - Respondent 4

“Je moet denken, dat is altijd dualiteit hé. Want je gaat op een gegeven moment een beetje een zwakte of een zwak moment moeten toegeven aan de persoon die op het einde van het jaar wel beslist hoe dat uw evaluatiegesprek verloopt.” – Respondent 7

Of men gemakkelijk de stap zet om met iemand te spreken, hangt echter ook af van de persoonlijkheid. Zo kunnen sommigen hier gemakkelijk over praten, terwijl anderen eerder gesloten zijn. Sommigen zullen in het geval van bijvoorbeeld burn-out dan ook eerder een collega aanspreken dan meteen naar de leidinggevende te stappen.

“Nee, zonder die mogelijkheid denk ik niet dat ik mijn job zou kunnen doen, want dan vertrouwen de mensen u ook niet. Als ze bij iemand terecht moeten gaan die achteraf ook bepaalt wat de maatregel zou zijn, ja dan ga je in sommige gevallen te biecht bij de duivel.” – Respondent 8

3.3.3 Rol van de leidinggevenden

Alle respondenten zijn het erover eens dat de leidinggevende een belangrijke rol heeft in het al dan niet optreden van burn-out. Er werden verschillende rollen en taken van de leidinggevende aangehaald tijdens de interviews.

Openstaan om te praten over problemen zoals burn-out kwam het meest ter sprake. Zo kunnen er volgens respondent 1 (arbeidsgeneesheer) veel problemen worden voorkomen indien leidinggevenden enerzijds oog hebben voor problemen zoals stress en anderzijds openstaan om

erover te praten (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1). Ook respondent 2 (arts) is van mening dat een leidinggevende gehoor moet kunnen geven aan iemand met problemen en open moet staan om te praten over de mogelijkheden. Of de leidinggevende hier al dan niet voor open staat, hangt af van de persoonlijkheid. Hier kunnen opleidingen niet veel aan veranderen, aldus respondenten 2 en 3 (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

Verder wordt aangehaald dat het niet de taak van de leidinggevende is om mensen met burn-out of andere problemen zelf te begeleiden, aangezien zij hier niet voor opgeleid zijn. Men moet als leidinggevende vooral mogelijkheden kunnen bieden aan personen met een burn-out, zoals hen doorsturen naar iemand die opgeleid is om hierover te praten.

Het is echter zeer moeilijk om een evenwicht te vinden: als leidinggevende moet men een deel *people management* hebben en open staan om te praten over problemen. Echter, wanneer dit te ver gaat, is men als leidinggevende de job van een psychologe aan het uitvoeren en niet meer een dienst aan het leiden. Ook komt men soms in een strijd tussen de medewerkers en de organisatie terecht: enerzijds wil men een *people manager* zijn voor de medewerkers, anderzijds moet er gepresteerd worden. Zo vindt respondent 7 (divisiemanager) het moeilijk om te weten wat men als leidinggevende kan doen wanneer iemand zegt dat hij of zij het moeilijk heeft. Werkverlichting is niet altijd een mogelijkheid, aangezien de patiënten verzorgd moeten worden. Wel zullen de teamleden sneller naar de leidinggevende toestappen met een probleem indien deze een *people manager* is (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7).

“Dat is mijn vraag ook altijd. Stel er zou iemand binnenkomen van mijn hoofd en die zegt van: het gaat de laatste tijd moeilijk, ik voel dat het moeilijk wordt. Je kan natuurlijk heel goed luisteren naar die mensen en je kan die ondersteunen waar je kan, maar wat kan je concreet voor zo iemand betekenen? *Show must go on*, dat is zo wat een moeilijk gegeven hé.” – Respondent 7

Respondent 8 (personeelsbegeleider) en respondent 9 (psychologe) zijn van mening dat het oppikken van de eerste signalen van problemen zoals burn-out zeker een taak van de directe leidinggevende is. De directe leidinggevers zijn volgens de personeelsbegeleider het eerste aanspreekpunt, aangezien zij het dichtst bij hun team staan. Zij hebben dan ook één van de belangrijkste functies, aangezien zij als eerste kunnen opmerken wanneer iemand problemen heeft. Het is dan ook belangrijk dat de leidinggevers sterker worden gemaakt (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8).

“Die mensen sterker maken is natuurlijk de sleutel om problemen heel vroeg te kunnen aanpakken, te zien.” – Respondent 8

Wanneer de leidinggevende signalen van burn-out opmerkt, kan hij of zij hierover praten en advies geven om hulp te zoeken. Een leidinggevende moet dus alert zijn en gepast reageren wanneer er signalen van burn-out of andere problemen zijn. Een goede leidinggevende is dan ook iemand die zijn mensen kent en als eerste signalen kan oppikken wanneer iemand minder goed functioneert en hier dan ook op reageert.

De ondersteunende, zorgende, begrijpende en empathische leidinggevende die er is voor zijn team vormt een belangrijke beschermende factor tegen burn-out, aldus respondent 9 (psychologe) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

Volgens respondent 4 (arbeidspsychologe) is het aan de werknemers zelf om te voelen wanneer het niet goed gaat. Verder moeten zij leren durven spreken over problemen met de leidinggevenden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 4). Ook respondent 5 (arbeidsgeneesheer) legt de belangrijkste taak bij de werknemers zelf, namelijk in de manier waarop iemand omgaat met bepaalde zaken. Dan is het aan de leidinggevende om een luisterend oor te bieden en te tonen dat men bij hem of haar terecht kan. Een goede communicatie, ondersteuning en begeleiding van het team zijn dus belangrijke taken van een leidinggevende, aldus respondent 5 (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 5).

Respondent 6 (diensthoofd) stelt dat een leidinggevende een sleutelfiguur is in de manier waarop een team functioneert. Zo heeft een leidinggevende een belangrijke invloed op het al dan niet ontstaan van burn-out en het functioneren van een team (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 6). Verder is het aan de hogere leidinggevenden om de juiste personen te selecteren als directe leidinggevende van een team. Iemand die op handen gedragen wordt door de teamleden is dan ook de juiste leidinggevende voor dat team, aldus respondent 7 (divisiemanager) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7).

Ook aangaande aanwezigheid heeft de directe leidinggevende een belangrijke rol. Zo hebben alle leidinggevenden van het ZOL in 2011 een training rond aanwezigheidsbeleid gekregen. Bovendien vindt men het in het ZOL belangrijk dat de leidinggevende contact houdt met de persoon die uitvalt, afhankelijk van de situatie.

Volgens respondent 10 (preventieadviseur) speelt de leidinggevende een grote rol wat betreft het aanpassen van de werklust. Zo is het aan de leidinggevende, in overleg met de medewerkers, om te bepalen welke taken prioriteit hebben, zodat de werklust niet te groot wordt. Op deze manier kunnen stress en burn-out vermeden worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10).

“Ja en ook op basis van prioriteiten stellen. Als ze bijvoorbeeld opdracht geven, je hebt vijf opdrachten die je krijgt van de directie. Je kan niet zeggen dat die alle vijf op het einde van de maand af moeten zijn, bijvoorbeeld door één persoon. En dan is het aan de leidinggevende natuurlijk om te beslissen van: dit of dit gaan we eerst doen.” – Respondent 10

Manier van leidinggeven in het ZOL

De manier van leidinggeven is moeilijk algemeen te beschrijven, aangezien dit verschilt van dienst tot dienst. Sommige leidinggevenden zijn steunend, begrijpend en empathisch. Anderen dan weer niet, aldus respondent 9 (psychologe) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9). Bovendien heeft men op sommige diensten, bijvoorbeeld de palliatieve zorg, de mogelijkheid om vooral mensgericht te leiden. Zo is respondent 6 (diensthoofd van de palliatieve eenheid) voorstander van een individuele aanpak in plaats van steeds te sturen vanuit de procedures en protocollen. Hij beschrijft zijn geloof in de medewerkers, hun kracht, hun motivatie en hun eigenheid als één van zijn sterktes. Ook hier haalt hij de individuele benadering van de medewerkers aan. Zijn geloof in het zelfregulerende effect binnen een team kan soms een zwakte zijn, aangezien men soms toch meer sturing nodig heeft.

Op andere diensten wordt de organisatie voorop gesteld. Zo is de leidinggevende op de dienst anesthesiologie vooral bezig met het draaiende houden van de organisatie. Indien iemand een probleem heeft, zal deze dan ook worden doorwezen naar iemand anders. Wel is er iemand ingesteld als aanspreekpunt, waarbij men terecht kan met problemen.

Respondent 7 (divisiemanager) stelt dat het ZOL werkt op 75 procent *people* management. De reden hiervoor is dat bijna alle leidinggevendenden doorgegroeide zorgverleners zijn. De menselijkheid is dus terug te vinden in alle lagen van het ziekenhuis (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7). Ook volgens de preventieadviseur is de menselijke factor nooit ver weg (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10).

“Ja. Want dat is zo in de gezondheidszorg, de mensen die leidinggeven hebben ooit allemaal voor een zorgberoep gekozen, dus dat zijn karakterieel meestal wel iets zachtere... Dus op zich, die menselijkheid van de gezondheidszorg zit in alle lagen, dat is natuurlijk wel fijn.” – Respondent 7

Er is natuurlijk een evenwicht nodig tussen de organisatie en de mensen, maar volgens de personeelsbegeleider is er in het ZOL sprake van coaching en *people* management. Ook is er veel flexibiliteit aanwezig. Zo zijn er veel verlofstelsels in ZOL en is er veel aandacht voor de balans tussen werk en privé. Er werken dan ook meer deeltijds werkenden dan voltijds werkenden. Verder heeft men de mogelijkheid om via het intranet de dienstlijst te raadplegen en wissels door te voeren. Ook wordt er gewerkt aan een open communicatiemodel, waarbij men steeds terecht kan bij de leidinggevendenden.

3.3.4 Rol van de organisatiecultuur

Ook de organisatiecultuur speelt mee in het al dan niet optreden van burn-out. Voldoende aandacht besteden aan de cultuur is belangrijk. Een cultuur die gericht is op de medewerkers gezond en gelukkig te houden, kan zeker een positieve invloed hebben op burn-out, aldus de personeelsbegeleider (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8). Volgens respondent 10 (preventieadviseur) is het belangrijk dat een organisatie een cultuur heeft waar psychologisch geënte zaken besproken kunnen worden, wat in het ZOL wel het geval is (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10). Respondent 7 (divisiemanager) is van mening dat het groepsgebeuren het inhoudelijke aspect van het werk overstijgt. Hoe goed een team functioneert, zowel professioneel als de teamleden onder elkaar, hangt dan ook gedeeltelijk af van de personen die men samen zet. Het is belangrijk om jonge verpleegkundigen die een verschil willen maken in de gezondheidszorg toch proberen te laten dromen, want ze worden heel erg snel opgeslorpt door de groepscultuur. Zo gaf respondent 7 het voorbeeld van een net afgestudeerde verpleegkundige die in het begin recht sprong voor elk belletje en na een tijd mee in de cultuur zat waar men wacht tot iemand anders initiatief neemt. Dit toont aan hoe overheersend een groepscultuur kan zijn (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7).

“Maar ik merk gewoon de desillusie van de mensen, hun beeld. De mensen komen hier werken en worden heel snel opgeslorpt door de groepscultuur.” – Respondent 7

“Dat maakt mij altijd wel wat bang. De cultuur van uw team is super overheersend” – Respondent 7

Organisatiecultuur

Net zoals de manier van leidinggeven, kan ook de organisatiecultuur moeilijk algemeen beschreven worden, aangezien het ZOL een grote organisatie is. De organisatiecultuur is dus afhankelijk van de afdeling, teamleden en leidinggevendenden. Zo zijn sommige diensten erg open met veel ondersteuning, anderen dan weer gesloten met weinig communicatie.

Over de organisatiecultuur en de sfeer op het werk zijn respondent 2 (arts) en respondent 3 (hoofdverpleegkundige) kort: deze is heel erg goed. Zo is iedereen heel erg open naar elkaar en in het geval van problemen wordt dit meteen besproken. Dit maakt het aangenaam om te komen werken. Bovendien is hun afdeling relatief klein, waardoor iedereen elkaar kent. Verder is er weinig sprake van machtsverhoudingen. Op professioneel vlak kent iedereen zijn of haar plaats. Artsen hebben een bepaalde verantwoordelijkheid op medisch vlak waardoor zij de eindbeslissing nemen. Toch beseffen zij dat ze niet de baas zijn over de verpleegkundigen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“Ja. En machtsverhouding, uiteindelijk wij artsen, wij hebben verantwoordelijkheid. Op een bepaald moment zullen wij wel zeggen: kijk, zo is het en niet anders. Maar goed, dat is vanuit medisch standpunt. Ik ga nooit zeggen tegen iemand van: ik ben uw baas, want ik ben hun baas niet.”

Respondent 6 (diensthoofd) beschrijft het ZOL als een groot ziekenhuis met veel procedures, protocollen en kwaliteitsmetingen. Hoewel dit nodig is, is hij hier toch minder een voorstander van. Teveel procedures en protocollen belemmeren namelijk de denkende verpleegkundigen volgens hem. Verder moet het ziekenhuis op dit moment vooral inspelen op overleven, aldus respondent 6, namelijk financieel gezond blijven en goede zorg verlenen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 6).

3.3.5 Maatregelen die genomen worden tegen burn-out

Preventieve maatregelen

Nazorg team

De personeelsbegeleider vormt samen met de psychologen een nazorg team in het ziekenhuis. Hier bieden ze opvang aan medewerkers die het slachtoffer zijn van een ingrijpende gebeurtenis in het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis, die een invloed hebben op de werksituatie.

De nazorg bestaat uit een individueel luik en een groepsluik. Het individueel luik betreft mensen die zich niet meer zo goed voelen op het werk. Hier zal dan gekeken worden of er sprake is van bijvoorbeeld burn-out en welke hulp er geboden kan worden.

Indien nodig, kan men dan drie sessies met een psycholoog in het ZOL zelf aanbieden. Wanneer drie sessies niet volstaan, zal worden doorverwezen naar een externe dienst, bijvoorbeeld een psycholoog of burn-out coach. Wanneer iemand een burn-out heeft, zijn drie sessies meestal niet voldoende en wordt men dus doorverwezen.

Verder biedt de psychologe proactief ondersteuning en opvang voor een dienst in het geval van een traumatische gebeurtenis of incident. Dit is het groepsluik van de nazorg. Zo vertelt respondent 9

(psychologe) dat medewerkers een spoed interventie gingen doen bij een ongeval waar een andere medewerker bij betrokken was (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

Policy psychosociaal beleid

Het ziekenhuis beschikt over een *policy* psychosociaal beleid, dat stelt dat psychosociaal welbevinden op de werkvloer een basisrecht is. De *policy* psychosociaal beleid bestaat uit drie delen (Hermans, Hermans, & Vandewaerde, 2015).

Het eerste deel betreft de opvang van de medewerker door de rechtstreekse leidinggevende via een actief preventiebeleid. Het tweede deel gaat over de aanspreekpunten en meldingsmogelijkheden. Het derde deel betreft het aanpakken van de gevolgen en het beperken van de schade. Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen een individuele of een collectieve zaak in het geval van schade (Hermans et al., 2015).

1. Actief preventiebeleid

Door het voeren van een actief preventiebeleid wil het ZOL de psychosociale risico's op het werk beperken en haar medewerkers beschermen. Het actief preventiebeleid van de *policy* psychosociaal beleid bevat duidelijke procedures. Ook wordt er gewerkt aan een cultuur van respect aan de hand van een charter respect. Verder worden er risicoanalyses uitgevoerd om problemen te detecteren en psychosociale risico's te vermijden. Ook wordt er een tweejaarlijkse bevraging van de medewerkers opgezet om uit te zoeken waar het ziekenhuis goed scoort en waar minder goed (Hermans et al., 2015).

Verder bevat het actief preventiebeleid een aantal collectieve maatregelen. Zo is de *policy* verlofstelsels belangrijk ter preventie van burn-out. Er zijn voldoende mogelijkheden om werk en privé in evenwicht te houden. Zo werkt het ZOL bijvoorbeeld samen met het kinderdagverblijf op de campus. Het ZOL heeft veel verlofstelsels. Er werken dan ook meer deeltijds werkenden dan voltijds werkenden. Verder kan men via het intranet de dienstlijsten raadplegen en wissels doorvoeren.

“De collectieve preventiemaatregelen zijn ook wel belangrijk als preventie tegen burn-out en dan verwijst ik naar onze *policy* verlofstelsels. Dat er toch heel wat verlofstelsels zijn, dat mensen hun privé en hun werk wat kunnen in evenwicht houden, wat kunnen combineren.” – Respondent 8

Verder is er een *policy* aanwezigheidsbeleid: het ZOL voert een positief aanwezigheidsbeleid waarbij men aan de hand van ziekteverzuimingsgesprekken psychosociale risico's kan ontdekken (Hermans et al., 2015).

Bovendien beschikt het ziekenhuis over een *policy* mutatiebeleid en functiewijzingen. Het is dus mogelijk om door te stromen naar andere functies. Zo wordt een interne vacature verspreid naar alle medewerkers in het ZOL voor elke functie die vrijkomt in het ziekenhuis (Hermans et al., 2015).

Het ZOL beschikt ook over een *policy* teambuilding, aangezien een goede teamspirit preventief naar psychosociale risico's kan werken (Hermans et al., 2015).

Verder worden er in het ZOL vormsessies georganiseerd ter preventie van burn-out. Dit kan gebeuren door externe sprekers of door de klinische psychologen in het ZOL op afdelingsniveau, in overleg en op vraag van de leidinggevenden (Hermans et al., 2015).

Het ZOL besteedt ook aandacht aan open communicatie. Zo wordt elke nieuwe medewerker mondeling ingelicht over de aanspreekpunten tijdens de onthaaldag. Verder worden er infosessies gegeven in het kader van de welzijnswet, gericht naar de directe leidinggevenden. Hier wordt aangehaald wat zij moeten doen wanneer een medewerker een ingrijpende gebeurtenis meemaakt. Ook heeft het ZOL een intranet.

“In dat heel verhaal is ook communicatie heel belangrijk, dat mensen ook weten van: wat kunnen we doen als er wat fout loopt? Dat gebeurt mondeling op de onthaaldag voor iedere nieuwe medewerker, waar de aanspreekpunten ook worden toegelicht.” – Respondent 8

De *policy's* gaan niet enkel over burn-out, maar bevatten ook algemene preventie maatregelen zoals: goede leidinggevenden, goede arbeidsomstandigheden, geen te hoge werkdruk, enzoverder. Deze algemene maatregelen zorgen ervoor dat men gelukkig aan het werk kan blijven.

2. Meldingsmogelijkheden

Wanneer een medewerker psychische schade ondervindt, kan deze begeleiding of bemiddeling vragen. In de eerste plaats kan men terecht bij de directe leidinggevende voor eerste opvang. Indien het probleem niet opgelost kan worden door de leidinggevende, kan men terecht bij de personeelsbegeleiding of interne vertrouwenspersoon. Er is de mogelijkheid om een klacht neer te leggen bij de interne vertrouwenspersoon in geval van agressie, geweld, pesterijen of seksuele intimidatie. Indien deze informele interventie niet voldoet, kan de medewerker beroep doen op een formele interventie van de preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPS). Ook de arbeidsgeneesheer en interne preventiedienst vormen een aanspreekpunten voor medewerkers (Hermans et al., 2015).

3. Schade herstellen of beperken

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een acute crisis, een individueel incident of een incident met impact op meerdere teamleden. In het geval van een acute crisis dient men een stappenplan te volgen. Wanneer er zich een individueel incident voordoet, bijvoorbeeld burn-out, zal de personeelsbegeleider of de vertrouwenspersoon zelf begeleiding bieden als eerste opvang. Indien dit niet volstaat, kan er doorverwezen worden naar een externe klinische psycholoog of psychiater. Ook kan er beroep worden gedaan op een interne klinische psycholoog of psychiater. Deze kan een individueel gesprek aanbieden of doorverwijzen naar een externe klinische psycholoog of psychiater. Wanneer er zich een incident voordoet met impact op meerdere teamleden, wordt het nazorg team ingeschakeld. Bovendien kan er een externe coach worden ingeschakeld om de leidinggevenden tijdelijk te ondersteunen in de detectie, analyse en het oplossen van problemen (Hermans et al., 2015).

Overzicht *policy* psychosociaal beleid in het ZOL

Actief psychosociaal preventiebeleid	Meldingsmogelijkheden	Schade herstellen of beperken
<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijke procedures • Cultuur van respect • Risicoanalyses • Bevraging medewerkers • Collectieve preventiemaatregelen: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Policy</i> Verlofstelsels - <i>Policy</i> Aanwezigheidsbeleid - <i>Policy</i> Mutatie en Functiewijziging - <i>Policy</i> Teambuilding • Vormingssessies • Open communicatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Directe leidinggevende • Personeelsbegeleiding • Interne vertrouwenspersoon • Preventieadviseur psychosociale aspecten • Arbeidsgeneesheer • Interne preventiedienst • Leden CPWB of vakbondsafgevaardigden 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Acute crisis:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Stappenplan • <u>Individueel incident</u> <ul style="list-style-type: none"> - Personeelsbegeleider of vertrouwenspersoon - Externe klinisch psycholoog/psychiater - Interne klinisch psycholoog/psychiater • <u>Incident met impact op meerdere teamleden</u> <ul style="list-style-type: none"> - Nazorg team - Externe coach

Tabel 2: Overzicht *policy* psychosociaal beleid ZOL

Zol-magazine

In de magazine van het ZOL zijn er soms tips aangaande burn-out te vinden, alsook interviews met werknemers over burn-out. Dit draagt bij tot het bespreekbaar maken van het onderwerp.

Vergadering

Er is een tweewekelijkse vergadering met de arbeidsgeneesheren en de directie van de personeelsdienst om eventuele problemen te bespreken.

Gezondheidspromotie

Het ZOL houdt zich bezig met projecten rond gezondheidspromotie betreffende beweging en gezonde voeding, bijvoorbeeld met de fiets naar het werk komen of 's middags een korte wandeling maken. Volgens respondent 5 (arbeidsgeneesheer) kan iemand die zich goed voelt op gezondheidsvlak beter om met stress (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 5).

“Maar aan de andere kant tracht men, dat is wat breder dan uw burn-out of stress dan, is men bezig ook met projecten rond gezondheidspromotie. Dus algemeen van: gezonder bewegen en voeding. Dat men daar ook aandacht voor heeft, is natuurlijk ook één van de factoren. Als je je beter voelt op gezondheidsvlak, meer bewegen, meer sporten, dat meehelpt aan de *coping* van stress, dat dat dan wel beter gaat.” – Respondent 5

Vrijwilligers

Ook zijn er een aantal vrijwilligers actief in het ZOL. Dit zorgt voor werkverlichting, wat dus zou kunnen helpen om burn-out te voorkomen. Echter, de werknemers zelf hebben dan nog steeds het gevoel dat ze te weinig tijd hebben voor de patiënt.

Ondersteunende maatregelen

Personeelsbegeleiding en psychologen

Wanneer een medewerker ervoor kiest om naar de personeelsbegeleider toe te stappen, kan deze zelf een aantal gesprekken voeren of de psychologen van het ZOL erbij betrekken. Het voordeel hiervan is dat de psychologen het ziekenhuis kennen en dus kunnen inschatten of een kort traject voldoende is om de medewerkers terug op het juiste spoor te zetten. Zo niet, dan wordt er extern doorverwezen naar een collega buiten het ziekenhuis.

Werkverlichting

Indien het team akkoord is, kunnen artsen werkverlichting krijgen indien dit nodig is. Wel zullen deze dan minder verdienen, aangezien artsen zelfstandig zijn. Respondent 2 (arts) vertelt dat zijn team zeer flexibel is op dat vlak (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

Respondent 3 (hoofdverpleegkundige) vindt werkverlichting een moeilijker kwestie. Het werk moet uiteindelijk gedaan worden. Er bestaat geen lichtere job voor verpleegkundigen. Indien iedereen met problemen of klachten werverlichting zou krijgen, wordt het moeilijk om de dienst nog gedraaid te krijgen. Men kan als leidinggevende iemand met burn-out of andere problemen ondersteunen en bijstaan, maar uiteindelijk moeten de patiënten verzorgd worden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“Ik begrijp de vraag wel goed, maar ik heb het soms wat moeilijk met arbeidsverlichting. Eigenlijk moet je uw werk gedaan krijgen en je kan wel iemand een andere job geven, maar dat is maar tijdelijk. Er bestaan voor verpleegkundigen geen lichtere jobs.” – Respondent 2

Bovendien is een flexibel team nodig om werkverlichting te kunnen geven, aangezien de overige teamleden dan harder zullen moeten werken. Dit veroorzaakt ook veel druk, waar op dit moment niet echt een goede oplossing voor bestaat in het ZOL.

Huisarts

Eerst en vooral worden werknemers met burn-out naar de huisarts gestuurd. Verder probeert respondent 4 als arbeidsgeneesheer steeds advies te geven. Zo raadt ze bepaalde therapieën aan die kunnen helpen bij burn-out, aangezien men niets oplost door thuis te blijven. Het is belangrijk dat men de juiste ondersteuning krijgt.

Maatregelen aangaande re-integratie

Contact houden

Indien een medewerker uitvalt door bijvoorbeeld burn-out, is het belangrijk dat de directe leidinggevende contact houdt. Zij hebben dan ook een specifieke training rond aanwezigheidsbeleid

gehad. Verder is het ook belangrijk om dit contact warm te houden wanneer de medewerker uit ziekteverlof komt. Indien dit een moeilijk proces is, kan er beroep worden gedaan op een mini-team, bestaande uit de personeelsdirecteur, arbeidsgeneesheren, de personeelsbegeleider, het diensthoofd van de personeelsdienst en eventueel de manager van de desbetreffende dienst. Hier wordt dan overlegd wat er moet gebeuren bij de re-integratie van de medewerker, bijvoorbeeld een geleidelijke opstart of aangepast werk.

“Hoe houdt je contact als directe leidinggevende met iemand die ziek is? Dat is heel lang een taboe geweest: iemand die ziek thuis was, ging je niet contacteren. Wij hebben dat omgedraaid, wij vonden van wel, zelfs doorheen heel de ziekteperiode. Of natuurlijk, je moet individuele casussen bekijken, in sommige gevallen is dat niet aangewezen.” – Respondent 8

Policy aanwezigheidsbeleid

De *policy* aanwezigheidsbeleid is naast preventie en ondersteuning ook gericht op de re-integratie van medewerkers. Deze re-integratie gebeurt op een systematische en doelgerichte manier, waarbij de terugkeer van de medewerker zoveel mogelijk vergemakkelijkt wordt. Er wordt dan ook rekening gehouden met de individuele mogelijkheden van de medewerker. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om tijdelijk deeltijds of geen nachten te werken of op een andere dienst aan de slag te gaan. Bovendien worden deze werknemers goed opgevolgd.

Herinschakelingsbudget

Verder voorziet het ZOL een herinschakelingsbudget om extra personeel in te zetten wanneer iemand re-integreert, zodat deze nog niet de volle verantwoordelijkheid moet dragen.

“Maar het ziekenhuis heeft een eigen budget, men noemt dat een herinschakelingsbudget voor mensen bijvoorbeeld met burn-out problematiek of mensen die met enorme vermoeidheid zitten of kankers of zo die re-integreren, dat die mensen als extra gezet worden en dan heb je een herinschakelingsbudget om die mensen nog niet de volle verantwoordelijkheid te geven.” – Respondent 5

Overzicht Maatregelen die genomen worden tegen burn-out in het ZOL

Preventieve maatregelen	Ondersteunende maatregelen	Maatregelen aangaande re-integratie
<ul style="list-style-type: none"> • Nazorg team • <i>Policy</i> psychosociaal beleid • Zol-magazine • Vergadering • Gezondheidspromotie • Vrijwilligers 	<ul style="list-style-type: none"> • Personeelsbegeleiding en psychologen • Werkverlichting • Huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact houden • <i>Policy</i> aanwezigheidsbeleid • Herinschakelingsbudget

Tabel 3: Maatregelen ZOL

3.3.6 Wenselijke maatregelen tegen burn-out

Preventieve maatregelen

Communicatie

Gebaseerd op zichzelf vindt respondent 1 (arbeidsgeneesheer) een goede, open communicatie tussen de werknemers en de leidinggevenden, maar ook tussen de werknemers onderling belangrijk (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1). Ook respondent 8 (personeelsbegeleider) is van mening dat er aandacht besteed moet worden aan een open communicatiemodel. Bovendien is het goed om aanspreekpunten buiten de dienst te hebben, zoals bijvoorbeeld een personeelsbegeleider of arbeidsgeneesheer. Ook zou men moeten proberen om zoveel mogelijk persoonlijk te communiceren in plaats van via sociale media. Communicatie is namelijk 80 procent non-verbaal, aldus respondent 8 (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8).

Teamwerking

Bovendien is het ook belangrijk om een goede sfeer onder de collega's te creëren en te behouden en om goed met elkaar overweg te kunnen, volgens respondenten 1 en 5, beiden arbeidsgeneesheer. Zo kan er ook worden afgesproken buiten het werk, bijvoorbeeld om te sporten. Samen sporten is een mogelijkheid om de teamwerking te stimuleren (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 1 en Interview respondent 5).

“En dan puur op teamniveau dat men tracht... dat de mensen graag samen werken, wat de sfeer binnen het team goed houdt. Soms hoor je die samen gaan sporten, dat komt altijd een team ten goede.” – Respondent 5

Ook respondent 7 (divisiemanager) is van mening dat er gewerkt moet worden aan een goede onderlinge teamwerking (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 7).

“Ik denk dat we gewoon heel hard moeten sleutelen aan dat elk team een warm hart voor zijn collega's heeft, collegialiteit, klantvriendelijkheid.” – Respondent 7

Verder moet er gewerkt worden aan een cultuur van respect. Zo heeft het ZOL een charter rond respect dat door iedere afdeling ondertekend wordt.

Selectie leidinggevenden

Ook de selectie van leidinggevenden is erg belangrijk. Vooral empathische, ondersteunende, begrijpende personen zouden in aanmerking moeten komen voor een leidinggevende functie, aldus respondent 9 (psychologe) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“Ik denk wel dat het vooral gaat om de juiste leidinggevende op de juiste plaats te zetten. En ik vind dat de persoonlijkheidsfactoren van een leidinggevende heel hard meetellen en dat daar iets beter naar gekeken moet worden.” – Respondent 9

Zeker op de palliatieve afdeling moeten de juiste mensen aangeworven worden, namelijk personen met veel veerkracht, volgens respondent 6 (diensthoofd palliatieve eenheid). Dit zou dan eerder door het hoger management moeten gebeuren, aangezien zij hier beter voor opgeleid zijn (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 6).

Leidinggeevenden versterken

Naast het selecteren van de juiste leidinggeevenden, moeten deze ook versterkt worden. Zij staan namelijk het dichtst bij hun team en kunnen dus als eerste signalen oppikken.

“Die mensen sterker maken is natuurlijk de sleutel om problemen heel vroeg te kunnen aanpakken, te zien.” – Respondent 8

Men kan sterke leidinggeevenden garanderen dankzij vormingen en opleidingen, maar ook door voldoende aandacht te besteden aan de selectie van de leidinggeevenden. Zo moet er voldoende oog zijn voor de personen die de potentie hebben om leidinggevende te worden. Opleidingen voor leidinggeevenden, zoals hierboven vermeld, kunnen hen prikkelen om op een goede manier te zorgen voor zijn of haar team. Echter, het hangt vooral af van de persoonlijkheid van de leidinggevende hoe deze omgaat met problemen in het team, volgens respondent 9 (psychologe) (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“Ik denk als je zelf als persoon dat niet in u hebt zitten, dat zo een opleiding u wel wat handvaten gaat geven. Ik vind ze zeker nuttig, omdat ze anders helemaal niet geprikkeld worden om op die manier te zorgen voor hun personeel. Maar, hoe moet ik het zeggen, je kan een steen in water leggen, maar het gaat geen zand worden hé.” – Respondent 9

Luisteren naar medewerkers en feedback

Ook is het belangrijk dat er geluisterd wordt naar de meningen en initiatieven van de medewerkers. Op deze manier voelt men zich erkend, wat kan bijdragen tot een goed gevoel en dus ook tot het voorkomen van burn-out.

“Ik denk, we hebben daar toch allemaal een beetje nood aan, dat ze ons erkennen in onze rol, dat ze naar ons luisteren. Ik denk dat dat de essentie is om burn-out te kunnen... ja, mensen goed te doen voelen op de werkplaats.”- Respondent 7

Naast luisteren, is het belangrijk dat leidinggeevenden voldoende positieve feedback geven.

Meer informatie en duidelijkheid

Respondent 4 haalt meer informatie aan als wenselijke maatregel tegen burn-out in het ziekenhuis. Zo zouden er meer opleidingen kunnen gegeven worden, aan zowel de medewerkers als de leidinggeevenden, om burn-out te herkennen en te weten wat hiertegen te doen. Verder haalt ze ook campagnes, voldoende ondersteuning en risicoanalyses aan. Naast meer informatie, kan ook meer duidelijkheid aangaande de verwachtingen helpen om burn-out te voorkomen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 4).

Voeling met het team

Volgens respondent 6 is erg belangrijk om als leidinggevende voeling te houden met het team, zowel preventief als wanneer iemand éénmaal een burn-out heeft (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 6).

Verandering van werk

Ook verandering van het werk kan soms helpen tegen burn-out. Op sommige diensten, zoals de palliatieve eenheid, is het echter erg moeilijk om van werk te veranderen. Zo is niet enkel de overstap van het acute ziekenhuis naar de palliatieve afdeling moeilijk, ook de afdeling weer verlaten is niet vanzelfsprekend.

“Het is een aparte job een beetje, de palliatieve zorg, denk ik. De druk in het acute ziekenhuis is moeilijk en groot. De stap is groot. We verlaten het niet zo gemakkelijk.” – Respondent 6

Ondersteunende maatregelen en maatregelen aangaande re-integratie

Contact houden

Contact houden met een werknemer die uitvalt door burn-out is één van de belangrijkste ondersteunende maatregelen. Eens iemand een burn-out heeft, is het als leidinggevende aangewezen om contact te houden met deze persoon, zonder te pushen om opnieuw aan de slag te gaan. Op deze manier kan de uitgevallen werknemer tot rust komen. Vervolgens kan de leidinggevende geleidelijk aan het contact opbouwen en kan er samen naar oplossingen worden gezocht.

Volgens respondent 9 (psychologe) is het belangrijk dat zowel collega's, als het diensthoofd en directie contact houden met uitgevallen medewerkers. Zo kan men eens om de twee weken bellen om te vragen hoe het gaat. Dit gesprek kan best persoonsgericht zijn, zonder het werk te betrekken. Op deze manier wordt er een zeer krachtig signaal gegeven, namelijk dat de persoon met burn-out nog steeds belangrijk is en meetelt (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“Maar gewoon dat het signaal komt vanuit de directie: jij bent belangrijk en jij telt mee. En dat signaal voor iemand die een burn-out aan het doen is, is enorm belangrijk. Ik beteken wel iets, ik ben wel belangrijk.” – Respondent 9

Ook is het wenselijk dat iemand met burn-out voor een langere periode thuis blijft, zodat deze voldoende tot rust kan komen. Indien men slechts twee weken thuis blijft, stijgt de spanning weer alvorens deze voldoende gedaald is.

Extra personeel

Volgens respondent 5 (arbeidsgeneesheer) zou het helpen om sneller extra personeel te kunnen inzetten wanneer iemand uitvalt met burn-out. Dit is echter niet gemakkelijk toe te passen in de praktijk, aangezien het aantal nodige mensen erg afhankelijk is van bijvoorbeeld hoeveel personen thuis blijven of van het aantal bezette ziekenhuisbedden (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 5).

Psycho-educatie

Volgens respondent 9 (psychologe) is het belangrijk om aan iemand met burn-out uit te leggen dat dit veroorzaakt wordt door zowel omgevingsfactoren als persoonlijkheidsfactoren, zodat men beseft dat het niet volledig aan zichzelf ligt (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“Mensen zijn ook heel erg bang van burn-out: ja, het ligt aan mij, ik kan het niet aan. Terwijl, als ik dan goed uitleg, die balans: goh, het zijn omgevingsfactoren, persoonlijkheidsfactoren en daarnaast steunbronnen die je moet hebben, dan beginnen ze wel: oké, het ligt niet aan mij. En dat vind ik heel belangrijk.” – Respondent 9

Psycho-educatie is dus erg belangrijk. Zo moet men niet enkel verklaren wat er aan de hand is, maar ook aandacht besteden aan zelfkennis. Zo kan de persoon in kwestie, eventueel met de psycholoog, op zoek gaan naar zijn of haar persoonlijkheidsfactoren, contextfactoren, beschermende factoren en draagkracht.

Overzicht Wenselijke maatregelen tegen burn-out in het ZOL

Preventieve maatregelen	Ondersteunende maatregelen en maatregelen aangaande re-integratie
<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie • Teamwerking • Selectie leidinggevenden • Leidinggevenden versterken • Luisteren naar medewerkers • Feedback • Meer informatie en duidelijkheid • Voeling met het team • Verandering van werk 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact houden • Extra personeel • Psycho-educatie

Tabel 4: Overzicht wenselijke maatregelen ZOL

3.3.7 Verandering maatregelen

Het ZOL heeft de laatste jaren een aantal veranderingen omtrent de maatregelen tegen burn-out doorgemaakt.

Zo is er een betere communicatie met de adviseurs van de ziektekas ontstaan, wat de mogelijkheid geeft tot een flexibele, progressieve re-integratie. Dit was een aantal jaren niet mogelijk. Verder is er de laatste jaren in het ZOL meer ingezet op vorming, werkbaar werk, gezonde voeding en beweging. Toch zullen er in de toekomst nog grotere uitdagingen zijn, aangezien de pensioenleeftijd verhoogd is tot 67 jaar. Dit zal zeker leiden tot fysieke klachten en vermoeidheid. Ook is het nazorg team opgericht door de personeelsbegeleider en psychologen. Ten slotte was de *policy* psychosociaal beleid een mooi moment in het ZOL om alle bestaande *policy's* te bundelen.

3.3.8 Rol van de overheid

Ondersteuning en sturing

De meeste respondenten zijn het er over eens dat de overheid vooral ondersteuning en sturing moet bieden aan initiatieven rond burn-out, bijvoorbeeld personeelsbegeleiding, terwijl de aanpak zelf gebeurt in de organisaties. Verder kan de overheid inzetten op mogelijkheden om het werk werkbaar te houden. Zo haalt respondent 10 (preventieadviseur) de verhoogde pensioenleeftijd aan, wat ook druk met zich mee kan brengen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 10).

“Tegen burn-out, naar werkbaar werk zal ik het maar noemen, dat denk ik wel ja. Voornamelijk nu de druk die ze leggen op de pensioenleeftijd, wat toch voor veel mensen een drempel is. Dat denk ik wel dat dat meer en meer gaat meespelen.” – Respondent 10

De overheid zou op zo'n vlakken voor oplossingen kunnen zorgen, bijvoorbeeld door meer flexibiliteit te creëren. Zo zou de overheid kunnen sturen in het creëren van mogelijkheden om van werk te veranderen naarmate men de pensioenleeftijd bereikt, bijvoorbeeld opleidingen geven.

“Meer flexibel mee omgaan hé. Dat opleggen, werken tot, dat is niet meer van deze tijd vrees ik en daar zijn meer en meer van mijn generatie die daar de dupe van gaat worden en uw generatie ook [lachend].” – Respondent 10

Volgens respondent 2 (arts) en respondent 3 (hoofdverpleegkundige) werkt de overheid problemen zoals burn-out voor een stuk zelf in de hand. Door bijvoorbeeld de pensioenleeftijd te verhogen, zijn er veel mensen die hun werk niet volhouden tot het einde en te maken krijgen met burn-out. Maar een goede oplossing is hier volgens hen op dit moment niet voor, het geld moet namelijk van ergens komen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 2 en 3).

“Je hebt de vergrijzing van de bevolking, het geld moet van ergens komen.” – Respondent 2

Financiering

Verder zou de overheid aanpassingen kunnen doorvoeren in de financiering.

Volgens respondent 8 (personeelsbegeleider) zou de overheid middelen kunnen geven om het werk in de gezondheidszorg minder zwaar te maken. Ook zou het enorm helpen om de kosten van psychologen terug te betalen. Op dit moment zoeken velen geen hulp, terwijl ze deze toch nodig

hebben, wegens de hoge kostprijs van psychologen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 8). Ook volgens respondent 9 (psychologe) zou de terugbetaling van psychologen ervoor kunnen zorgen dat men deze effectief raadpleegt indien wenselijk (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

“En ja, misschien ook de kost van de psychologen terugbetalen. Dat kost 70, 80 euro per uur en ik kan u zeggen: de meeste mensen kunnen dat niet betalen.” – Respondent 8

“Nee, dus mensen die nu naar een psycholoog gaan, dat is niet gelijk dat je naar een dokter gaat, dat je een stukje terugkrijgt via de ziekenkas. Dat is niet geregeld via het RIZIV. Dus wat als gevolg heeft dat er heel lange wachtlijsten zijn, dat dat dikwijls heel duur is voor patiënten.” – Respondent 9

Verder zou men het geld dat op dit moment aan posters en campagnes gegeven wordt, kunnen besteden aan extra personeelsbegeleiders. Dit is veel effectiever, aldus respondent 9 (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 9).

Focus op oorzaken

Respondent 4 (arbeidsgeneesheer) is dan weer van mening dat de overheid zich meer zou moeten focussen op de oorzaken van burn-out in plaats van op re-integratie. Meer luisteren naar de ziekenhuizen en meer middelen voorzien ter preventie van burn-out zouden hierbij kunnen helpen (Bijlage Interviews ZOL, Interview respondent 4).

4 Discussie

4.1 Factoren die leiden tot burn-out

Men kan de factoren die leiden tot burn-out benaderen vanuit drie niveaus, namelijk: het niveau van de samenleving (macro), het niveau van de organisatie (meso) en het niveau van het individu (micro).

Niveau van de samenleving (macro)

Het fenomeen burn-out is eigen aan deze tijd en maatschappij. De respondenten bevestigen tijdens de interviews de visie van Vlogaert (2014): de snel veranderende technologische context en onstabiele economische tijd veroorzaakt een hoge druk op het werk, ook in de gezondheidssector. Zo moeten zorgkundigen steeds meer tijd besteden aan niet-klinische zaken, zoals elektronische patiëntendossiers, terwijl men meer tijd aan de patiënt zelf zou willen besteden. Vooral de oudere werknemers hebben het hier moeilijk mee, aangezien zij enerzijds door de generatiekloof moeilijk meekunnen met steeds veranderende technologie en anderzijds vooral kwalitatieve zorg willen verlenen aan de patiënten. De economische efficiëntielogica, zoals Frank Lambrechts aanhaalt, komt dan ook steeds meer op de voorgrond terecht.

Ook de sociale media kan bijdragen aan burn-out. Zo wordt er tegenwoordig meer via sociale media dan persoonlijk gecommuniceerd. Dit kan in sommige gevallen leiden tot misopvattingen. Verder kent e-mail een ongelukkige evolutie: veel professionele conversaties worden via mail gevoerd in plaats van telefonisch of persoonlijk. Het werk stopt dus eigenlijk nooit, waardoor men niet volledig tot rust kan komen na de werkuren. Ook dit kan leiden tot een verhoogde druk en stress.

Bovendien zorgen de besparingen in de gezondheidssector voor een tekort aan werknemers ten opzichte van de hoeveelheid werk. Dit veroorzaakt stress en kan uiteindelijk tot burn-out leiden. Zo kan er een vicieuze cirkel optreden: wanneer een medewerker uitvalt met burn-out, verhoogt de druk voor de overige teamleden, waardoor ook zij meer vatbaar worden voor burn-out. Dit brengt uiteindelijk meer kosten met zich mee dan initieel een extra persoon in het team te plaatsen. Dit is volgens mij dan ook de meest efficiënte oplossing. Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe (2014) stellen namelijk dat burn-out grote kosten met zich mee brengt voor zowel het individu als de organisatie en samenleving, wegens het hoge verzuim en de langdurige afwezigheden.

Werkdruk blijkt dan ook één van de belangrijkste factoren van burn-out in de gezondheidssector te zijn. Ondanks de aanwezige technologie ervaart de gezondheidszorg een grote tijdsdruk. Als zorgkundige zit men dan ook in een constante strijd tussen de tijd nemen om kwalitatief werk te leveren en voldoen aan de vele eisen van de snel veranderende omgeving. Dit spanningsveld kan uiteindelijk onhoudbaar worden en kan gevolgen hebben voor zowel het individu als de naasten. Zo zorgt de grote hoeveelheid werk, bijvoorbeeld late vergaderingen na de werkuren, bij één van de geïnterviewde artsen voor spanningen op privévlak.

Op sommige afdelingen, waaronder de palliatieve eenheid, speelt de werkinhoud een grotere rol in het optreden van burn-out dan de werkdruk. Het diensthoofd van de palliatieve eenheid stelt dat er

een hoge motivatie vereist wordt van de medewerkers op deze dienst. Emoties spelen hier dan ook een grote rol, wegens de ingrijpende gebeurtenissen.

In Celik et al. (2010) wordt beschreven dat verpleegkundigen naast hun klinische taken ook hun emoties moeten beheren, het zogenaamde *emotional labor*. Het beheren van emoties is noodzakelijk als medewerker in de zorgsector, wegens de interactie met mensen. Dit kan dan ook een *trigger* van burn-out zijn als gevolg van de stress die deze interactie met zich meebrengt.

In de literatuur komt *emotional labor* aan bod als belangrijke factor van burn-out in de gezondheidszorg. Dit wordt bevestigd in de *casestudy*. Hieruit wordt namelijk geconcludeerd dat vooral werkdruk een grote rol speelt. Deze werkdruk wordt veroorzaakt door het ontbreken van voldoening, doordat men het werk niet kan uitvoeren zoals men zou willen, namelijk kwalitatief en met voldoende tijd. Deze werkdruk kan dan leiden tot spanning en stress, wat een vorm van *emotional labor* is. Er wordt dus een emotionele spanning en overbelasting veroorzaakt omwille van de tijds- en werkdruk.

Niveau van de organisatie (meso)

Zoals eerder aangehaald kan ook communicatie een rol spelen in het optreden van burn-out. Het gaat dan over zowel communicatie tussen medewerkers en leidinggevenden als medewerkers onderling. De personeelsbegeleider haalt tijdens het interview een pijnlijke waarheid aan: er is nog nooit zo slecht gecommuniceerd als vandaag, ondanks dat er nog nooit zoveel communicatiemiddelen geweest zijn. Verder ben ik van mening dat er voldoende psychologische veiligheid aanwezig moet zijn, aangezien communicatie een cruciale rol speelt in de gezondheidszorg. Wanneer iedereen open zijn of haar eigen mening kan zeggen, zou dit kunnen leiden tot minder fouten, een betere sfeer en dus ook minder druk en stress.

Niveau van het individu (micro)

Een volgende belangrijke factor van burn-out is persoonlijkheid. Zo hebben perfectionistische persoonlijkheden die de lat erg hoog leggen en niet goed kunnen relativiseren meer kans op burn-out. Deze persoonlijkheden zouden volgens mij dan ook goed opgevolgd moeten worden, om zo de eerste signalen op tijd te kunnen oppikken.

4.2 Bespreekbaarheid burn-out en benadering vertrouwenspersoon

Zelfs vandaag blijkt er nog een taboe te heersen over burn-out, aangezien dit fenomeen gelinkt wordt aan falen. Zo leeft er de angst om zowel op persoonlijk vlak als professioneel vlak tekort te schieten, aangezien het ieders wens is om net succesvol te zijn. Daarom is het belangrijk om zo'n onderwerpen bespreekbaar te maken op het werk. Dit kan bereikt worden door uit te leggen dat burn-out veroorzaakt wordt door zowel omgevingsfactoren als persoonlijkheidsfactoren, zodat men beseft dat het niet volledig aan zichzelf ligt. In het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) slaagt men er in om onderwerpen zoals burn-out gemakkelijk bespreekbaar te maken, wat vooral te danken is aan de personeelsbegeleider. Tijdens de interviews werd er dan ook met veel lof over hem gesproken.

4.3 Rol van de leidinggevenden

Zowel uit de (eerder beperkte) literatuur als uit de interviews blijkt dat de leidinggevende een grote rol speelt in het al dan niet optreden van burn-out. Zo heeft de leidinggevende een sterk potentieel om onder andere de arbeidsgezondheid van de medewerkers te beïnvloeden, beschreven in (Kelloway & Barling, 2010). De leidinggevende is dan ook de eerste om signalen van burn-out te kunnen opmerken. Wanneer deze signalen aanwezig zijn, is het dan ook belangrijk dat de leidinggevende hier effectief aandacht aan besteedt. Zo zou men een luisterend oor kunnen bieden en, samen met de medewerker, op zoek gaan naar mogelijkheden om het probleem op te lossen. Ideaal in de zorgsector is dan ook een leidinggevende met 'mentor' als leiderschapsrol in het model van Quinn (1983). De rol van mentor bevindt zich in het *Human Relations Model* en wordt gekarakteriseerd door een zorgende en medelevende benadering van de medewerkers (Lambrechts, 2015).

Eén van de belangrijkste taken van een leidinggevende is openstaan om te praten met de werknemers en proberen hulp te bieden waar nodig. Medewerkers zullen gemakkelijker naar de leidinggevende toe stappen wanneer zij het gevoel hebben dat men hier terecht kan. Luisteren naar en praten met de werknemers komt in de literatuur beperkt aan bod, maar blijkt uit de interviews één van de belangrijkste taken van de (directe) leidinggevende te zijn.

Aangezien de manier waarop leidinggevenden omgaan met hun team afhangt van hun persoonlijkheid, kunnen opleidingen en vormingen hier weinig aan veranderen. Wel kunnen deze een positief effect hebben, aangezien deze de leidinggevende bewust maken van zijn of haar aanpak. Ook kunnen opleidingen en vormingen de leidinggevenden met een empathisch en zorgend karakter versterken in hun leiden.

Toch is het vooral belangrijk om de juiste personen te selecteren voor leidinggevende functies. Zo hebben zorgende, empathische, ondersteunende personen de meeste potentie om de functie van leidinggevende uit te voeren in de zorgsector. Dit is meestal wel het geval, aangezien veel leidinggevende doorgegroeide zorgkundigen zijn. Dit wordt bevestigd door Coates & Howe (2015). Zij stellen dat men in de gezondheidszorg steeds op zoek moet gaan naar de juiste kandidaten die gemotiveerd zijn door het verlangen om anderen te helpen. Een goede leidinggevende is dus een soort *people manager* die openstaat om hulp te bieden wanneer dit nodig is.

Leidinggevenden in de gezondheidssector staan echter voor een moeilijke taak, namelijk het evenwicht vinden tussen de organisatie en de medewerkers. Er kan niet altijd voldaan worden aan de verwachtingen van de medewerkers. Wanneer iemand met burn-out om bijvoorbeeld werkverlichting vraagt, is dit niet altijd mogelijk, aangezien er evenveel patiënten verzorgd moeten worden. Door de besparingen in deze sector is het dus niet altijd gemakkelijk om de medewerkers tevreden te stellen. Ook dit is een kenmerk van deze tijd: er wordt verwacht dat men met steeds meer afnemende financiële middelen een steeds betere kwaliteit aan zorg verleent. Hier komen dan nog eens de continu veranderende omgeving en de hoge verwachtingen van de mondige patiënt bovenop. Leidinggevenden ervaren dus zelf ook een hoge druk. Desondanks is het hun taak om het welzijn van de medewerkers te garanderen.

Zowel de literatuur als de resultaten van de interviews bevestigen het belang van effectief leiderschap in het bestrijden van burn-out in de gezondheidssector. Effectief leiderschap in deze sector houdt in dat de leidinggevende geëngageerd optreedt, namelijk met de juiste integriteit, transparantie en waardering. Verder betreft effectief leiderschap het vinden van het evenwicht tussen controle en vrijheid, aangevuld met voldoende duidelijkheid. Ook het creëren van een positieve werkomgeving, het inspireren van positieve emoties en het tonen van appreciatie zijn belangrijke taken van effectieve leidinggevendenden (Coates & Howe, 2015).

4.4 Rol van de organisatiecultuur

Naast de leidinggevende speelt ook de organisatiecultuur een rol in het al dan niet optreden van burn-out. Uit de interviews in het ZOL blijkt dat de manier waarop men met elkaar omgaat en de sfeer op het werk een grotere impact heeft op het welzijn van de medewerkers dan het werk zelf. Zo kan men een grote werkdruk en emotioneel zwaar werk beter verdragen indien men voldoende steun ervaart van het team en de leidinggevende. Daarom is het belangrijk om de teams met voldoende zorg samen te stellen, zodat iedereen zich goed kan voelen op het werk. Dit zal dan leiden tot gezonde medewerkers met een hoge motivatie en productiviteit, wat ook een betere kwaliteit van zorg betekent.

4.5 Wenselijke maatregelen tegen burn-out

Over het algemeen bezit het ZOL over een sterk psychosociaal welzijnsbeleid. Toch zijn er altijd verbeterpunten, die al dan niet de tussenkomst van de overheid vereisen.

Goede communicatie vormt een belangrijke preventiemaatregel tegen burn-out in de gezondheidssector. Zo moet er gewerkt worden aan een open communicatiemodel, tussen zowel de leidinggevendenden en medewerkers als tussen de medewerkers onderling. Het is belangrijk dat men bij elkaar terecht kan en dat er ook effectief persoonlijk gepraat kan worden over problemen. Zoals eerder aangehaald, wordt er tegenwoordig niet goed met elkaar gecommuniceerd, ondanks de vele mogelijke communicatiemiddelen, bijvoorbeeld sociale media en e-mail. Er werd tijdens de interviews in het ZOL aangehaald dat dit geen goede evoluties zijn, waar ik mij persoonlijk volledig bij aansluit. Waar sociale media misverstanden kan veroorzaken, zorgt e-mail ervoor dat het werk mee naar huis genomen wordt. Dit leidt tot een hoge werkdruk, wat stress en burn-out kan veroorzaken. Helaas maakt de tijdsdruk, die eigen is aan deze maatschappij, het onmogelijk om over alles persoonlijk of telefonisch te communiceren. Alles moet namelijk zo snel mogelijk gebeuren en het liefst aan zo laag mogelijke kosten. Toch zou men moeten proberen om zoveel mogelijk persoonlijk te communiceren, aangezien dit niet alleen de interpersoonlijke relaties zou verbeteren, maar ook veel misverstanden zou vermijden.

Een ondersteunende cultuur en manier van leidinggeven is dan ook het meest aangewezen. Hierbij wordt er gewerkt aan het ontwikkelen van menselijke relaties. Bovendien verloopt de communicatie vooral informeel en mondeling (Lambrechts, 2015).

Verder is het wenselijk om de zorgvuldig geselecteerde leidinggevendenden in de gezondheidssector zoveel mogelijk te versterken. Aangezien vele leidinggevendenden doorgegroeide zorgkundigen zijn, zijn zij hier dan ook niet specifiek voor opgeleid. Ook dit veroorzaakt stress aangezien

leidinggevend in de zorg zich steeds meer met niet-klinische taken moeten bezig houden. Echter, managers uit een niet-zorgkundige sector als leidinggevend in de zorg plaatsten, vormt ook geen oplossing, wegens een gebrek aan voeling met de sector. Het is dus belangrijk om de leidinggevend in ziekenhuizen en andere gezondheidsinstellingen zo goed mogelijk te versterken in hun leiden. Dit kan gebeuren door opleidingen, vormingen en voldoende opvolging.

Bovendien zou het plaatsen van extra personeel veel stress kunnen voorkomen. Door de besparingen in de gezondheidssector is er vaak een tekort aan personeel, wat leidt tot een hoge werkdruk. Hierdoor stijgt de kans op stress en burn-out, waardoor velen voor lange tijd thuis zijn. Dit zorgt dan weer voor een stijging in werkdruk bij de overige teamleden. Dit probleem zou, volgens mij, te voorkomen zijn door initieel voldoende medewerkers in te plannen. Dit is een investering die zorginstellingen en de overheid zouden moeten maken om zo toekomstige kosten te vermijden. Ook zou het beter zijn om geld te besteden aan extra personeelsbegeleiding in plaats van aan posters en campagnes.

Verder is psycho-educatie belangrijk. Men zou voldoende op de hoogte moeten zijn van wat burn-out precies inhoudt. Bovendien zou het helpen om, eventueel samen met een psycholoog, op zoek te gaan naar de eigen persoonlijkheidsfactoren, contextfactoren, beschermende factoren en draagkracht. Door hier een beter beeld over te vormen, kan men gericht werken aan de juiste factoren. Zo kan men sneller uit een burn-out geraken dan wanneer men niet precies weet wat de oorzaken zijn.

4.6 Wetgeving burn-out

Opvallend is dat bijna geen enkele respondent van het ZOL op de hoogte is van de wetswijziging van 1 september 2014 waarbij burn-out opgenomen werd in de welzijnswetgeving. Men heeft dus ook geen veranderingen gemerkt in het ZOL als gevolg van deze wetswijziging. Het louter opnemen van burn-out in de wetgeving is dus niet de meest effectieve maatregel die genomen kan worden tegen burn-out. Wel werd de wetgeving aangaande re-integratie meermaals aangehaald tijdens de interviews. Deze is pas sinds januari 2017 in werking getreden, waardoor de impact nog niet duidelijk is.

4.7 Rol van de overheid

Aangezien burn-out een maatschappelijk probleem is, dient de overheid haar verantwoordelijkheid op te nemen. De overheid draagt op dit moment bij aan het individualiseren van burn-out. Burn-out percipiëren als een collectief probleem zou een grote stap voorwaarts zijn. Burn-out wordt namelijk veroorzaakt door een samenloop van organisatie- en persoonlijkheidsfactoren. De overheid zou dus kunnen bijdragen aan het versterken van de collectieve perceptie van burn-out door initiatieven te ondersteunen die hierop focussen.

Verder ben ik van mening dat de financiële middelen beter verdeeld zouden kunnen worden in de gezondheidszorg. Het niveau van besparingen in de ziekenhuizen zou verlaagd kunnen worden door de bestaande financiële middelen efficiënter te besteden. Op deze manier zouden dan de kosten van de psychologen terugbetaald kunnen worden, een voorstel dat meermaals aan bod kwam tijdens de

interviews in het ZOL. Op dit moment kunnen velen namelijk geen professionele hulp zoeken, wegens de hoge kosten.

De verhoging van de pensioenleeftijd vereist duurzame werknemers. De overheid zal dus in de toekomst een actieve rol moeten spelen in het werkbaar maken van werk. Vele zorgkundigen kunnen hun job niet volhouden tot aan de pensioenleeftijd, wat vraagt om veranderingen. Er zal ooit een einde moeten komen aan de steeds hogere besparingen in de gezondheidszorg, aangezien dit een hoge werkdruk veroorzaakt. Ook het aantal patiënten dat op korte tijd verzorgd moeten worden kan niet blijven stijgen, net zoals de vele procedures waaraan zorgkundigen moeten voldoen. Op deze manier zullen velen namelijk niet kunnen blijven werken tot hun 67^{ste}. De overheid zal dus voldoende aandacht moeten besteden aan werkbaar werk, eventueel met de nodige investeringen.

5 Conclusie

5.1 Conclusie en beantwoording onderzoeksvragen

Burn-out komt steeds vaker voor in onze maatschappij. Ook in de gezondheidssector krijgen veel hulpverleners hiermee te maken. Preventie van burn-out wordt dus steeds belangrijker, aangezien hierdoor veel kosten vermeden kunnen worden. Bovendien moet burn-out gepercipieerd worden als een collectief in plaats van een individueel probleem, waarbij de aanpak niet enkel gericht is op het individu zelf, maar ook op de leidinggevende, organisatie en context.

Aan de hand van de literatuur- en empirische studie is het mogelijk om een antwoord te formuleren op de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen van deze masterproef, namelijk:

Welke rol speelt leiderschap in het optreden van burn-out en hoe kan burn-out voorkomen worden in de gezondheidssector?

- Hoe worden leiderschap en de organisatiecultuur ervaren in functie van het psychosociaal welzijn op het werk ter voorkoming van burn-out in de gezondheidssector?
- Welke maatregelen worden getroffen tegen burn-out in de gezondheidssector?
 - o Welke primaire -, secundaire - en tertiaire maatregelen worden er genomen in de gezondheidssector?
 - o Hoe worden deze maatregelen ervaren door de werknemers?

Deelvraag 1

Leiderschap en organisatiecultuur worden als erg belangrijk ervaren betreffende het al dan niet optreden van burn-out in de gezondheidssector. Een leidinggevende is een sleutel- en voorbeeldfiguur in de werking van een team. Enkele van de belangrijkste taken van een leidinggevende zijn dan ook: luisteren, zich open en toegankelijk opstellen, ondersteunen, het snel detecteren van signalen van burn-out en duidelijkheid creëren.

Ook de organisatiecultuur kan een impact hebben op het optreden van burn-out. Zo zal burn-out niet snel voorkomen in een cultuur van waardering waar medewerkers zichzelf durven te zijn, ingezet worden in hun sterktes, fouten durven te maken en zich goed voelen.

Deelvraag 2

Er worden verschillende maatregelen ter preventie, ondersteuning van burn-out en de re-integratie na burn-out genomen in de gezondheidssector.

De belangrijkste preventieve (primaire) maatregelen die aan bod kwamen tijdens de interviews in het ZOL zijn: het nazorg team, de *policy* psychosociaal beleid, het zol-magazine, vergaderingen, gezondheidspromotie en vrijwilligerswerk.

Personeelsbegeleiding, de beschikbaarheid van psychologen, werkverlichting en contact met de huisarts zijn de ondersteunende (secundaire) maatregelen tegen burn-out in het ZOL.

Om de re-integratie te bevorderen (tertiaire maatregelen) wordt er dan weer voldoende contact gehouden met de medewerkers, wordt de policy aanwezigheidsbeleid toegepast en is er toegang tot een herinschakelingsbudget.

Veel van deze maatregelen hebben een positieve invloed op het optreden van burn-out. De medewerkers van het ZOL hebben over het algemeen dan ook het gevoel dat er voldoende ondernomen wordt tegen psychosociale risico's op het werk. Zo wordt de aanwezigheid en het werk van de personeelsbegeleider erg geapprecieerd en vormt hij voor velen een vertrouwenspersoon. Verder wordt er volgens de medewerkers voldoende aandacht besteed aan het evenwicht tussen werk en privé, bijvoorbeeld aan de hand van verlofmogelijkheden.

Toch zijn er een aantal verbeterpunten en wenselijke maatregelen die de preventie van burn-out in de gezondheidssector zouden kunnen versterken. Zo werd er regelmatig twijfel geuit over de effectiviteit van posters en campagnes over burn-out. Dit geld zou dan ook beter geïnvesteerd kunnen worden in bijvoorbeeld extra personeelsbegeleiding.

Centrale onderzoeksvraag

Leiderschap blijkt dus zowel uit de (eerder beperkte) literatuur als uit de expertinterviews en de *casestudy* in het Ziekenhuis Oost-Limburg een belangrijke rol te spelen in het al dan niet optreden van burn-out. Zo kan de directe leidinggevende zowel een positieve als negatieve impact hebben op het welzijn en functioneren van de medewerkers. Problemen zoals burn-out zouden kunnen voorkomen worden indien de leidinggevende voldoende aandacht besteedt aan deze taken. Een goede leidinggevende is dan ook een empathische, ondersteunende persoon met een hart voor de medewerkers en organisatie.

Een leidinggevende moet het evenwicht kunnen vinden tussen de medewerkers en de organisatie. Hij of zij moet voldoende ondersteuning bieden en gepast reageren in probleemsituaties, maar staat niet zelf in voor de begeleiding van personen met psychosociale problemen.

Aan de hand van de expertinterviews en de interviews in het ZOL kan een overzicht gemaakt worden van de meest effectieve en wenselijke maatregelen ter preventie van burn-out in de gezondheidssector.

Aangezien werkdruk één van de belangrijkste factoren van burn-out in de gezondheidssector is, zou het zeer wenselijk zijn om hier voldoende aandacht aan te besteden. Hier speelt de overheid een belangrijke rol, namelijk in bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van financiële middelen. Bovendien zou de overheid burn-out meer als een collectief probleem moeten percipiëren in plaats van als een individueel probleem. Het ondersteunen van initiatieven die aan de manier van leidinggeven en organisatiecultuur sleutelen, zou dan ook helpen om deze collectieve perceptie onder de aandacht te brengen en te versterken.

Verder kan een goede communicatie tussen enerzijds de leidinggevende en de medewerkers en anderzijds de medewerkers onderling een preventieve werking hebben op burn-out. Dankzij een goede, open communicatie kan er namelijk transparant en duidelijk gewerkt worden. Luisteren naar de medewerkers en voldoende feedback geven kunnen hierbij helpen.

Ook de teamwerking moet de nodige aandacht krijgen, aangezien deze vaak het werk zelf overstijgt. Een goede teamwerking resulteert in gelukkige, gezonde werknemers. Dit leidt automatisch tot een hogere productiviteit en meer kwaliteitsvolle zorg.

De selectie van de leidinggevenden kan een grote impact hebben op het al dan niet optreden van burn-out. Wanneer empathische, begrijpende, open personen die voeling hebben met het team geselecteerd worden voor deze functie, zullen medewerkers gemakkelijker bij hen terecht kunnen. Ook zullen deze leidinggevenden sneller signalen van burn-out oppikken, aangezien zij veel aandacht besteden aan de medewerkers.

Naast de selectie van de leidinggevenden is het dan ook belangrijk om hen proberen te versterken in hun leiden waar mogelijk. Dit kan aan de hand van opleidingen of vormingen.

Ten slotte is voldoende informatie en duidelijkheid essentieel in de preventie van burn-out. Wanneer de medewerkers steeds op de hoogte zijn van de verwachtingen van de leidinggevenden en het management, zal er minder stress en dus ook minder burn-out optreden.

5.2 Management aanbevelingen

De selectie van leidinggevenden in de gezondheidszorg vraagt om voldoende aandacht. Zo is het belangrijk om empathische, ondersteunende en luisterende personen te selecteren voor leidinggevende functies. Wanneer de medewerkers het gevoel hebben dat ze terecht kunnen bij hun directe leidinggevenden, zullen problemen sneller worden aangepakt. Dit leidt tot gelukkigere werknemers en dus minder stress en burn-out. Echter, leidinggeven draait niet enkel om het zijn van een *people manager* voor de medewerkers. Er moet ook gepresteerd worden. De optimale leidinggevende zou dan ook een combinatie van een zorgkundige en beleidsmaker zijn. Aangezien bijna alle leidinggevenden in de zorgsector doorgedroeide zorgkundigen zijn, is de combinatie van zorg en beleid weinig te vinden. Het zou volgens mij dan ook een goed idee zijn om zorgkundigen voldoende te laten bijscholen in beleid en andersom. Wel ben ik van mening dat de menselijke, empathische kant het belangrijkste kenmerk blijft van een goede leidinggevende in de zorg.

Verder zouden de financiële middelen efficiënter besteed kunnen worden, waardoor de besparingen in de gezondheidssector kunnen stabiliseren of zelfs dalen. Op dit moment wordt er in België te veel en te frequent gebruik gemaakt van de gezondheidszorg, mede dankzij de hoge toegankelijkheid. Zo gaat men regelmatig onnodig op consultatie bij de dokter en laat men zich vaak voor de zekerheid onderzoeken aan de hand van scans, bloedtesten, enzoverder. Er worden dus veel overbodige behandelingen terugbetaald. Door dit gebruik beter te monitoren en te controleren, zonder de toegankelijkheid te beperken, zouden er veel kosten vermeden kunnen worden. Ook een betere communicatie tussen huisartsen, specialisten en huisverpleging zou hier een positieve invloed op hebben. Op deze manier kunnen er meer middelen besteed worden aan het inplannen van voldoende medewerkers, wat leidt tot een verlichting van de werkdruk. Ook de terugbetaling van psychologen zou zowel het individu als de organisatie ten goede komen, aangezien dit de re-integratie kan bevorderen. Ten slotte zouden deze financiële middelen ook besteed kunnen worden aan extra personeelsbegeleiding, aangezien dit als effectief beschouwd wordt in het bestrijden van burn-out.

5.3 Beperkingen en toekomstig onderzoek

Er werd in deze masterproef een kwalitatieve *casestudy* omtrent burn-out uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Door onder andere het tijdslimiet van één academiejaar bestond deze *casestudy* uit tien interviews met medewerkers met verschillende functies van verschillende afdelingen. Tien interviews volstaan echter niet om een volledig beeld te schetsen van het ZOL, aangezien dit een groot ziekenhuis met meer dan 3000 werknemers is.

Bovendien werken de bevroegde tien medewerkers, behalve de drie arbeidsgeneesheren, op afzonderlijke afdelingen of diensten, waardoor hun antwoorden niet kunnen worden vergeleken met die van andere medewerkers van dezelfde afdeling of dienst.

Bijkomend toekomstig onderzoek met meerdere medewerkers per afdeling op alle afdelingen zou dan ook wenselijk zijn om een volledig beeld van het ZOL te verkrijgen. Op deze manier kan er ook worden nagegaan of de perceptie van de medewerkers en directe leidinggevende binnen een afdeling overeenkomt. Dit vergt echter een erg uitgebreid onderzoek en veel tijd.

Verder is het aantal onderzoeken naar de rol van leidinggevenden in het optreden van burn-out eerder beperkt, hoewel deze toch als erg belangrijk ervaren wordt. Daarom zou verder onderzoek hiernaar, en naar de preventie van burn-out, zeker ten goede komen.

Uit de interviews in het ZOL kwam werkdruk aan bod als belangrijkste oorzaak van burn-out. Het lijkt mij dan ook noodzakelijk om deze factor verder te onderzoeken, alsook de mogelijkheden om deze te verlagen. Dit kan bijvoorbeeld door het efficiënter besteden van de financiële middelen vanuit de overheid.

Ten slotte zijn de resultaten van een *casestudy* niet veralgemeenbaar naar de volledige sector. De resultaten in deze masterproef zijn dan ook afhankelijk van de context in het ZOL, bijvoorbeeld een bepaalde afdeling, een leidinggevenden, enzoverder.

6 Literatuurlijst

- Andries, S. (2016, 8 maart 2016). Veeleisende baas doorslaggevend bij burn-out. *De Standaard*.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Belga. (2014, 27 april 2014). Driekwart werknemers kan arbeidsritme niet volhouden tot pensioen. *De Morgen*.
- Belga. (2015, 23 juni 2015). Ruim kwart werknemers heeft te veel stress op het werk. *De Morgen*.
- Bourdeaud'hui, R., & Vanderhaeghe, S. (2014). *Knipperlicht voor burn-out*.
- Burn-out op het werk: Leidinggevendens onderschatten hun impact. (2016, 26 april 2016). *De Standaard*.
- Business Dictionary. (2016, 25 oktober).
- Celik, M., Tabak, A., Uysal, M. P., Sigri, U., & Turunc, O. (2010). The relationship between burnout and emotional labour of the employees in hospital sector. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BUSINESS AND MANAGEMENT STUDIES*, 2(1), 47-54.
- Coates, D., & Howe, D. (2015). Combatting staff burnout in mental health: Key managerial and leadership tasks that are fundamental to staff wellbeing and retention. *Asia Pacific journal of health management*, 10(2), 24-32.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 18(4), 621.
- Cosmar, M., Gründler, R., Flemming, D., Cosemans, B., & VandenBroek, K. (2014). *Berekening van de kosten van werkgerelateerde stress en psychosociale risico's*.
- Crowley, M., Tope, D., Chamberlain, L. J., & Hodson, R. (2010). Neo-Taylorism at Work: Occupational Change in the Post-Fordist Era. *Social Problems*, 57(3), 421-447.
- Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X., & Loong, D. (2014). An estimation of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services research*, 14(254).
- Dimitrios, B., & Konstantinos, V. (2014). Organizational culture & job burnout - a review *IMPACT: International Journal of Research in Business Management*, 2(1), 43-62.
- European Commission, & Directorate-General for Employment; Social Affairs and Inclusion. (2000). *Guidance on work-related stress*.
- Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk. (2016, 5 maart). Kaderrichtlijn veiligheid en gezondheid op het werk.
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. (2012-2013). *Onderzoek over burn-out in België*.
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. (2016, 14 april). Re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers.
- Geestelijk Gezond Vlaanderen. (2016, 6 september). Stress, overspannenheid, en burn-out.
- Hayward, R. M., & Tuckey, M. R. (2011). Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Human Relations*, 64(11), 1501-1523.
- Hermans, D., Hermans, P., & Vandewaerde, J. (2015). *Policy psychosociaal beleid (medewerkers)*.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1988). Situational Leadership. *Management of organizational behaviour*, 169-201.

- Hetrick, W., & Boje, D. (1992). Organization and the Body: Post-Fordist Dimensions. *Journal of Organizational Change Management*, 5(1), 48-57.
- IDewe. (2016, 5 september). Bevlogenheid of burn-out?
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., Falkum, E., & Aasland, O. G. (2011). Exploring within- and between-gender differences in burnout: 8 different occupational groups. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(7), 813-824.
- JC, Soir, L., & Belga. (2014, 28 augustus 2014). Burn-out wettelijk erkend vanaf 1 september. *De Morgen*.
- Jochems, M., & Joosten, R. *De gevalsstudie*.
- Kelloway, E. K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work and stress*, 24(3), 260.
- Kelloway, E. K., Turner, N., Barling, J., & Loughlin, C. (2012). Transformational leadership and employee psychological well-being: The mediating role of employee trust in leadership. *Work and stress*, 26(1), 39.
- Kruispuntbank Wetgeving. (2014, 8 februari). Koninklijk besluit betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk.
- Lambrechts, F. (2015). *Organisatieverandering en strategievorming*: UHasselt.
- Le Bacq. (2016, 10 mei 2016). Alarmerende stijging aantal langdurig zieken. *De Standaard*.
- Nink, M. (2016). The high cost of worker burnout in Germany. *Gallup*.
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2013). Het Job Demands-Resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag en Organisatie*, 26(2), 182-204.
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., . . . Swensen, S. J. (2015). Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.
- Taris, T., Houtman, I., & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
- Van de Velde. (2013). Gendersverschillen in depressie. *Uitgelezen*, 19(4).
- Vandenbroeck, S., & Godderis, L. (2012). *Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen*.
- Verweij, H., van der Heijden, F. M. M. A., van Hooff, M. L. M., & Prins, J. T. (2016). The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Advances in health sciences education : theory and practice*.
- Vlogaert, H. (2014, 17 december 2014). Neem hier eens de tijd voor: hoe herken en voorkom je een burn-out? *De Morgen*.
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 64(4), 279-286.
- Ziekenhuis Oost-Limburg. (2017, 27 maart). Divisiestructuur ZOL.
- Zopiatis, A., & Constanti, P. (2010). Leadership styles and burnout: is there an association? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(3), 300-320.

7 Bijlagen

KB 10 april 2014, afdeling 2, artikel 3

In het kader van de risicoanalyse uitgevoerd overeenkomstig artikel 8 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, identificeert de werkgever inzonderheid de situaties die aanleiding kunnen geven tot psychosociale risico's op het werk.

Hij houdt inzonderheid rekening met de situaties die aanleiding kunnen geven tot stress of burn-out veroorzaakt door het werk of tot schade aan de gezondheid die voortvloeit uit conflicten verbonden aan het werk of uit geweld, pesterijen of ongewenst seksueel gedrag op het werk.

Hij bepaalt en evalueert de psychosociale risico's op het werk rekening houdend met de gevaren verbonden aan de elementen van de arbeidsorganisatie, de arbeidsinhoud, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden en de interpersoonlijke relaties op het werk.

De risicoanalyse van de psychosociale risico's wordt uitgevoerd door de werkgever met medewerking van de werknemers. De werkgever betreft er de preventieadviseur psychosociale aspecten bij wanneer hij deel uitmaakt van de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk. Bij ontstentenis betreft hij er de preventieadviseur psychosociale aspecten van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk bij, wanneer de complexiteit van de analyse het vereist.

KB 28 oktober 2016, artikel 1, afdeling 6/1, artikelen 73/1 tot 73/11

Artikel 1. - In het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wordt een afdeling 6/1 ingevoegd die de artikelen 73/1 tot 73/11 omvat, luidende:

"Afdeling 6/1. - Het re-integratietraject van een werknemer die het overeengekomen werk tijdelijk of definitief niet kan uitoefenen.

Art. 73/1. - Het re-integratietraject bedoeld in deze afdeling beoogt de re-integratie te bevorderen van de werknemer die het overeengekomen werk niet kan uitoefenen, door deze werknemer:

- ofwel tijdelijk een aangepast of een ander werk te geven in afwachting van het opnieuw uitoefenen van zijn overeengekomen werk,
- ofwel definitief een aangepast of een ander werk te geven indien de werknemer definitief ongeschikt is voor het uitoefenen van zijn overeengekomen werk.

Het re-integratietraject is niet van toepassing op wedertewerkstelling bij arbeidsongeval of beroepsziekte.

Het comité neemt deel aan het ontwikkelen van een globale omkadering van het re-integratiebeleid dat in de onderneming wordt gevoerd, overeenkomstig artikel 73/8.

Art. 73/2. - § 1. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer start een re-integratietraject op verzoek van:

1° de werknemer tijdens de periode van zijn arbeidsongeschiktheid, of de behandelende geneesheer als de werknemer hiermee instemt;

2° de adviserend geneesheer, indien deze van mening is dat de werknemer in aanmerking komt voor re-integratie krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° de werkgever, ten vroegste vanaf 4 maanden na aanvang van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer, of vanaf het ogenblik waarop de werknemer hem een attest van zijn behandelend geneesheer bezorgt waaruit de definitieve ongeschiktheid om het overeengekomen werk uit te voeren blijkt.

§ 2. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer verwittigt de werkgever vanaf het ogenblik dat hij een re-integratieverzoek, zoals bedoeld § 1, 1° of 2°, heeft ontvangen.

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer verwittigt de adviserend geneesheer vanaf het ogenblik dat hij een re-integratieverzoek, zoals bedoeld § 1, 1° of 3°, heeft ontvangen.

§ 3. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer nodigt de werknemer voor wie hij een re-integratieverzoek heeft ontvangen, uit voor een re-integratiebeoordeling om:

- na te gaan of de werknemer op termijn het overeengekomen werk, desgevallend mits een aanpassing van de werkpost, opnieuw zal kunnen uitoefenen;
- de mogelijkheden voor re-integratie te onderzoeken, op basis van de arbeidscapaciteiten van de werknemer.

Mits toestemming van de werknemer, pleegt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer eventueel overleg met de behandelende geneesheer van de werknemer, de adviserend geneesheer, andere preventieadviseurs en personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie.

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer onderzoekt tevens de werkpost of werkomgeving van de werknemer met het oog op het nagaan van de mogelijkheden tot aanpassing van deze werkpost.

Hij maakt een verslag op van zijn bevindingen en van deze van de bij het overleg betrokken personen, dat wordt gevoegd in het gezondheidsdossier van de werknemer.

§ 4. Na afloop van de re-integratiebeoordeling en rekening houdend met het resultaat van het overleg bedoeld in § 3, neemt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer zo spoedig mogelijk één van de volgende beslissingen die hij vermeldt op het formulier voor de re-integratiebeoordeling:

- a) de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten, desgevallend mits aanpassing van de werkpost, en de werknemer is in staat om in tussentijd bij de werkgever een aangepast of ander werk uit te voeren, desgevallend mits aanpassing van de werkpost. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer legt de modaliteiten vast van het aangepast of ander werk, evenals van de aanpassing van de werkpost. Op een door hem vast te stellen tijdstip herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratietraject overeenkomstig § 3;

b) de mogelijkheid bestaat dat de werknemer op termijn het overeengekomen werk kan hervatten, desgevallend mits aanpassing van de werkpost, maar de werknemer is niet in staat om in tussentijd bij de werkgever enig aangepast of ander werk uit te voeren. Op een door hem vast te stellen tijdstip herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratietraject overeenkomstig § 3;

c) de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten, maar is in staat om bij de werkgever een aangepast of een ander werk uit te voeren, desgevallend mits aanpassing van de werkpost. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer legt de modaliteiten vast van het aangepast of ander werk, evenals van de aanpassing van de werkpost;

d) de werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten en is niet in staat om bij de werkgever enig aangepast of ander werk uit te voeren.

e) hij oordeelt dat het om medische redenen niet opportuun is een re-integratietraject op te starten. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer herbekijkt elke 2 maanden de mogelijkheden voor het opstarten van het re-integratietraject. Deze beslissing kan niet worden genomen voor re-integratietrajecten opgestart op verzoek van de adviserend geneesheer, bedoeld in artikel 73/2, § 1, 2°.

Bij de re-integratiebeoordeling heeft de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer bijzondere aandacht voor de progressiviteit van de maatregelen die hij voorstelt.

§ 5. Uiterlijk binnen een termijn van 40 werkdagen na ontvangst van het re-integratieverzoek, zorgt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer ervoor dat:

1° het formulier voor de re-integratiebeoordeling wordt overgemaakt aan de werkgever en aan de werknemer;

2° de adviserend geneesheer op de hoogte wordt gebracht als hij geen aangepast of ander werk voorstelt, zoals bedoeld in § 4, b), d) en e);

3° het formulier voor de re-integratiebeoordeling wordt toegevoegd aan het gezondheidsdossier van de werknemer.

Art. 73/3. - § 1. De werkgever maakt een re-integratieplan op in overleg met de werknemer, de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en, in voorkomend geval, andere personen die kunnen bijdragen tot het slagen van de re-integratie:

1° na ontvangst van de re-integratiebeoordeling, wanneer het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, a);

2° na het verstrijken van de termijn voor het instellen van beroep overeenkomstig artikel 73/9 of na ontvangst van het resultaat van de beroepsprocedure waarin de beslissing van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer werd bevestigd, wanneer het gaat om een definitieve ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c).

§ 2. Het re-integratieplan bevat één of meerdere van de volgende maatregelen op een zo concreet en gedetailleerd mogelijke wijze:

a) een omschrijving van de redelijke aanpassingen van de werkpost;

b) een omschrijving van het aangepast werk, inzonderheid het volume van het werk en het uurrooster waaraan de werknemer kan worden tewerkgesteld, en in voorkomend geval, de progressiviteit van de maatregelen;

c) een omschrijving van het ander werk, inzonderheid de inhoud van het werk dat de werknemer kan uitvoeren, evenals het volume van het werk en het uurrooster waaraan de werknemer kan worden tewerkgesteld, en in voorkomend geval, de progressiviteit van de maatregelen;

d) de aard van de voorgestelde opleiding met het oog op het verwerven van de competenties die moeten toelaten dat de werknemer een aangepast of ander werk kan uitvoeren;

e) de geldigheidsduur van het re-integratieplan.

In voorkomend geval bezorgt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het re-integratieplan aan de adviserend geneesheer die een beslissing neemt over de progressieve werkhervatting en de arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het re-integratieplan maakt melding van deze beslissing. De werkgever past indien nodig het re-integratieplan aan.

§ 3. De werkgever bezorgt het re-integratieplan aan de werknemer:

1° binnen een termijn van maximum 55 werkdagen na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een tijdelijke ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, a);

2° binnen een termijn van maximum twaalf maanden na ontvangst van de re-integratiebeoordeling wanneer het gaat om een definitieve ongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c).

§ 4. Een werkgever die na het overleg bedoeld in § 1 geen re-integratieplan opmaakt omdat hij meent dat dat technisch of objectief onmogelijk is, of om gegronde redenen redelijkerwijze niet kan worden geëist, motiveert dit in een verslag.

Hij bezorgt dit verslag aan de werknemer en aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer binnen dezelfde termijnen als bedoeld in § 3, en houdt het ter beschikking van de met het toezicht belaste ambtenaren.

Art. 73/4. - § 1. De werknemer beschikt over een termijn van 5 werkdagen na ontvangst van het re-integratieplan om al dan niet met het plan in te stemmen en het terug te bezorgen aan de werkgever:

1° indien de werknemer instemt met het re-integratieplan, ondertekent hij voor akkoord;

2° indien de werknemer niet instemt met het re-integratieplan, vermeldt hij hierin de redenen van zijn weigering.

§ 2. De werkgever bezorgt een exemplaar van het re-integratieplan aan de werknemer en aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, en houdt het ter beschikking van de met het toezicht belaste ambtenaren.

§ 3. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer maakt, al naar gelang het geval, het re-integratieplan of het verslag bedoeld in artikel 73/3, § 4 over aan de adviserend geneesheer en voegt het toe aan het gezondheidsdossier van de werknemer.

Art. 73/5. - § 1. Voor een werknemer die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, is het re-integratietraject definitief beëindigd op het ogenblik dat de werkgever:

1° van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer een formulier voor de re-integratiebeoordeling heeft ontvangen waarin deze laatste heeft geoordeeld dat er geen aangepast of ander werk mogelijk is zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, d), en de beroepsmogelijkheden bedoeld in artikel 73/9 zijn uitgeput;

2° het verslag bedoeld in artikel 73/3, § 4, heeft bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer;

3° het re-integratieplan waarmee de werknemer niet heeft ingestemd, zoals bedoeld in artikel 73/4,

§ 1, 2°, heeft bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer.

§ 2. De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer volgt de uitvoering van het re-integratieplan op regelmatige basis op, in overleg met de werknemer en de werkgever.

Een werknemer die tijdens de uitvoering van het re-integratieplan van mening is dat alle of een deel van de in dit plan vervatte maatregelen niet meer zijn aangepast aan zijn gezondheidstoestand, kan een spontane raadpleging vragen bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer met het oog op het herbekijken van het re-integratietraject overeenkomstig artikel 73/2, § 3.

Art. 73/6. - De werknemer kan zich gedurende het hele re-integratietraject laten bijstaan door een werknemersafgevaardigde in het comité of bij ontstentenis hiervan, door een vakbondsafgevaardigde van zijn keuze.

Art. 73/7. - De werkgever en de werknemers werken mee aan het vlot verloop van het re-integratietraject om de slaagkansen van de re-integratie te bevorderen.

Art. 73/8. - Met het oog op het ontwikkelen van een doeltreffend re-integratiebeleid overlegt de werkgever regelmatig, en minstens één keer per jaar, met het comité over de mogelijkheden op collectief niveau voor aangepast of ander werk en de maatregelen voor aanpassing van de werkposten, in aanwezigheid van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en in voorkomend geval van de andere bevoegde preventieadviseurs.

De collectieve aspecten van de re-integratie worden éénmaal per jaar geëvalueerd en overlegd in het comité op basis van een kwantitatief en kwalitatief verslag van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer. Het re-integratiebeleid wordt zo nodig aangepast in functie van deze evaluatie.

Art. 73/9. - § 1. De werknemer die niet akkoord gaat met de re-integratiebeoordeling van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer waarbij hij definitief ongeschikt is verklaard voor het overeengekomen werk zoals bedoeld in artikel 73/2, § 4, c) of d), kan hiertegen beroep instellen.

§ 2. De werknemer stuurt hiertoe binnen de 7 werkdagen nadat de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het formulier voor de re-integratiebeoordeling aan hem heeft bezorgd, een aangetekende brief aan de bevoegde geneesheer sociaal inspecteur van de Algemene Directie Toezicht op het Welzijn op het werk, en verwittigt ook de werkgever.

§ 3. De geneesheer sociaal inspecteur roept de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en de behandelende geneesheer van de werknemer op een door hem bepaalde plaats en tijdstip samen voor overleg, en vraagt hen de relevante documenten mee te brengen in verband met de gezondheidstoestand van de werknemer. In voorkomend geval roept hij ook de werknemer op om te worden gehoord en onderzocht.

§ 4. Tijdens dit overleg nemen de drie geneesheren een beslissing bij meerderheid van stemmen, en uiterlijk binnen een termijn van 31 werkdagen na de ontvangst van het beroep door de geneesheer sociaal inspecteur.

Bij afwezigheid van de behandelende geneesheer of van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, of indien er geen akkoord wordt bereikt onder de aanwezige artsen, neemt de geneesheer sociaal inspecteur zelf de beslissing.

§ 5. De geneesheer sociaal inspecteur neemt de beslissing op in een medisch verslag dat door de aanwezige geneesheren wordt ondertekend en dat in het gezondheidsdossier van de werknemer wordt bewaard.

De geneesheer sociaal inspecteur deelt het resultaat van de beroepsprocedure onmiddellijk mee aan de werkgever en aan de werknemer.

§ 6. Afhankelijk van het resultaat van de beroepsprocedure herbekijkt de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer de re-integratiebeoordeling bedoeld in artikel 73/2, § 4.

§ 7. Tijdens een re-integratietraject kan de werknemer slechts één keer de beroepsprocedure aanwenden.

Art. 73/10. - De werkgever neemt de verplaatsingskosten van de werknemer verbonden aan het re-integratietraject voor zijn rekening.

Art. 73/11. - De minister kan modellen van formulieren inzake het re-integratietraject vastleggen."

Directive 89/391/EEC - OSH "Framework Directive"

of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work - "Framework Directive"

Objective

The aim of this Directive is to introduce measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. It applies to all sectors of activity, both public and private, except for specific public service activities, such as the armed forces, the police or certain civil protection services.

It is of fundamental importance as it the basic safety and health legal act which lays down general principles concerning the prevention and protection of workers against occupational accidents and diseases. It contains principles concerning the prevention of risks, the protection of safety and health, the assessment of risks, the elimination of risks and accident

factors, the informing, consultation and balanced participation and training of workers and their representatives.

On the basis of this "Framework Directive" a series of individual directives were adopted. The Framework Directive with its general principles continues to apply in full to all the areas covered by the individual directives, but where individual directives contain more stringent and/or specific provisions, these special provisions of individual directives prevail.

Definitions

Definition of the terms "worker", "employer", "workers' representative with specific responsibility for the safety and health of workers" and "prevention".

Contents

The Framework Directive contains basic obligations for employers and workers. Nevertheless, the workers' obligations shall not affect the principle of the responsibility of the employer.

It is the employer's obligation to ensure the safety and health of workers in every aspect related to work and he may not impose financial costs to the workers to achieve this aim. Alike, where an employer enlists competent external services or persons, this shall not discharge him from his responsibilities in this area.

The general principles of prevention listed in the directive are the following:

- avoiding risks
- evaluating the risks
- combating the risks at source
- adapting the work to the individual
- adapting to technical progress
- replacing the dangerous by the non- or the less dangerous
- developing a coherent overall prevention policy
- prioritizing collective protective measures (over individual protective measures)
- giving appropriate instructions to the workers

Employers' and workers' obligations

The employer shall:

- evaluate all the risks to the safety and health of workers, inter alia in the choice of work equipment, the chemical substances or preparations used, and the fitting-out of work places

- implement measures which assure an improvement in the level of protection afforded to workers and are integrated into all the activities of the undertaking and/or establishment at all hierarchical levels
- take into consideration the worker's capabilities as regards health and safety when he entrusts tasks to workers;
- consult workers on introduction of new technologies; designate worker(s) to carry out activities related to the protection and prevention of occupational risks.
- take the necessary measures for first aid, fire-fighting, evacuation of workers and action required in the event of serious and imminent danger
- keep a list of occupational accidents and draw up and draw up, for the responsible authorities reports on occupational accidents suffered by his workers
- inform and consult workers and allow them to take part in discussions on all questions relating to safety and health at work;
- ensure that each worker receives adequate safety and health training

The worker shall:

- make correct use of machinery, apparatus, tools, dangerous substances, transport equipment, other means of production and personal protective equipment
- immediately inform the employer of any work situation presenting a serious and immediate danger and of any shortcomings in the protection arrangements
- cooperate with the employer in fulfilling any requirements imposed for the protection of health and safety and in enabling him to ensure that the working environment and working conditions are safe and pose no risks.

Health surveillance should be provided for workers according to national systems. Particularly sensitive risk groups must be protected against the dangers which specifically affect them.

Interviewleidraden

Interview extern: Lode Godderis, IDEWE/KU Leuven

- Zou u kunnen vertellen wat uw huidige functie is binnen IDEWE en KU Leuven?
- U heeft zelf een aantal onderzoeken gevoerd naar burn-out in de gezondheidssector, wat zijn volgens u belangrijke factoren die leiden tot burn-out in deze sector?
- Volgens u is de sector niet doorslaggevend bij burn-out, toch is er bewijs dat burn-out meer voorkomt in een aantal emotioneel belastende sectoren (onderwijs, gezondheidszorg). Wat is uw mening hierover?
- Volgens u bepaalt dus niet de sector, wel de werkgever burn-out. Kan u dit uitleggen?
- Welke rol speelt een leidinggevende of een manier van leidinggeven volgens u in het optreden van burn-out?
- Volgens u speelt de baas een grote rol in het optreden van burn-out. Kan u dit verklaren?
- Welke rol speelt de organisatiecultuur volgens u in het optreden van burn-out?
- Welke maatregelen tegen burn-out worden vooral genomen in de gezondheidssector?
- Welke maatregelen zijn volgens u het meest effectief?
- Welke preventieve maatregelen zou een leider kunnen nemen tegen burn-out?
- Welke ondersteuning zou een leider kunnen bieden tijdens een burn-out?
- Welke begeleiding zou een leider kunnen bieden na een burn-out?
- Heeft u bepaalde veranderingen of een evolutie gemerkt aangaande de maatregelen tegen burn-out? Welke?
- Vindt u dat de overheid meer moet ondernemen tegen burn-out? Waarom?
- Heeft u nog opmerkingen of toevoegingen?

Interview extern: Kristien Tirez, IDEWE

- Zou u kunnen vertellen wat uw huidige functie is binnen IDEWE?
- U heeft zelf onderzoek gevoerd naar burn-out, wat zijn volgens u belangrijke factoren die leiden tot burn-out in deze sector?
- Welke rol speelt een leidinggevende of manier van leidinggeven volgens u in het optreden van burn-out?
- Wat zijn volgens u belangrijke kwaliteiten van een goede leider?
- Welke rol speelt de organisatiecultuur volgens u in het optreden van burn-out?
- Welke preventieve maatregelen zou een leider kunnen nemen tegen burn-out?
- Welke ondersteuning zou een leider kunnen bieden tijdens een burn-out?
- Welke begeleiding zou een leider kunnen bieden na een burn-out?
- Welke maatregelen worden vooral genomen in de gezondheidssector?
- Welke maatregelen zijn volgens u het meest effectief?
- Heeft u bepaalde veranderingen of een evolutie gemerkt aangaande de maatregelen tegen burn-out? Welke?
- Vindt u dat de overheid meer moet ondernemen tegen burn-out? Waarom?
- Heeft u nog opmerkingen of toevoegingen?

Interview extern: Frank Lambrechts, UHasselt

- Zou u kunnen vertellen wat uw huidige functie is binnen de UHasselt?
- U bent in uw carrière al in veel organisaties geweest, zitten daar ook organisaties in de gezondheidssector tussen? Welke?
- Bent u in deze organisaties ooit in aanraking gekomen met burn-out? Voorbeeld?
- Wat zijn volgens u belangrijke factoren die leiden tot burn-out in de gezondheidssector?
- Welke rol speelt een leidinggevende of manier van leidinggeven volgens u in het optreden van stress of burn-out?
- Wat zijn volgens u belangrijke kwaliteiten van een goede leider?
- Welke rol speelt de organisatiecultuur volgens u in het optreden van stress of burn-out?
- Welke preventieve maatregelen zou een leider kunnen nemen tegen burn-out?
- Welke ondersteuning zou een leider kunnen bieden tijdens een burn-out?
- Welke begeleiding zou een leider kunnen bieden na een burn-out?
- Welke maatregelen worden vooral genomen in de gezondheidssector?
- Welke maatregelen zijn volgens u het meest effectief?
- Vindt u dat de overheid meer moet ondernemen tegen burn-out? Waarom?
- Heeft u nog opmerkingen of toevoegingen?

Interview Medewerkers ZOL

- Zou u kunnen vertellen wat uw huidige functie is binnen het ziekenhuis?
- De gezondheidszorg is een gevoelige sector aangaande burn-out, hoe gaat het ziekenhuis om met stress en burn-out?
- Wat zijn volgens u belangrijke factoren die leiden tot burn-out in de gezondheidssector?
- Zijn onderwerpen zoals stress en burn-out gemakkelijk bespreekbaar in het ziekenhuis?
- Bij wie kan men terecht bij problemen zoals burn-out? Vertrouwenspersoon/directie/externe dienst?
- Is er volgens u een bepaalde drempel om deze persoon/dienst te contacteren?
- Wat is uw eigen ervaring omtrent burn-out?
- Welke rol speelt een leidinggevende volgens u in het optreden van burn-out?
- Hoe zou u de manier van leidinggeven in het ziekenhuis omschrijven?
- Is de manier van leidinggeven eerder gericht op de mensen of op organisatie? Waarom?
- Is de manier van leidinggeven eerder flexibel of beheersend? Waarom?
- Welke rol speelt de organisatiecultuur volgens u in het optreden van burn-out?
- Hoe zou u de organisatiecultuur in het ziekenhuis omschrijven?
- Welke maatregelen tegen stress en burn-out worden er in het ziekenhuis genomen?
- Welke maatregelen zouden volgens u moeten worden genomen?
- Heeft u bepaalde veranderingen of een evolutie gemerkt aangaande de maatregelen tegen burn-out? Welke?
- Vindt u dat de overheid meer moet ondernemen tegen burn-out? Waarom?
- Heeft u nog opmerkingen/toevoegingen?

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:
Een kwalitatief onderzoek naar psychosociale risico's op het werk: burn-out

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement**

Jaar: **2017**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Colaers, Sarah

Datum: **31/05/2017**