

Hoe houden we de verpleegkundigen op de been?

Een kwantitatief onderzoek naar de gewenste arbeidscondities van verpleegkundigen

Masterthesis

Naam: I.T.J.M. Reijerse
Studentnummer: 3685152
Master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventies
Naam begeleider: Dhr. dr. R.J.T. van Rijsselt
Naam tweede beoordelaar: Mevr. dr. D.A. Lepianka
Faculteit Sociale Wetenschappen
Datum: 1 juli 2015
Universiteit Utrecht



Universiteit Utrecht

Samenvatting

Uit recent onderzoek blijkt dat bijna 90% van de verpleegkundigen, die werkzaam zijn in ziekenhuizen, de werkdruk als (te) hoog ervaart en dat 40% van hen aan geeft het beroep te willen verlaten (Abvakabo FNV, 2014). Daarnaast denkt 86% van de verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis dat het beroep niet tot aan het pensioen vol te houden is (de Veer & Francke, 2011). Deze alarmerende cijfers zijn de aanleiding geweest om een onderzoek te doen naar arbeidscondities die langer doorwerken mogelijk maken. Op basis van de theorie van het psychologisch contract (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002) wordt verondersteld dat door veranderingen binnen de zorg en/of privéomstandigheden verpleegkundigen andere en meer arbeidscondities wensen. De volgende vraag is in dit onderzoek beantwoord:

‘Wat zijn de gewenste arbeidscondities, van verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis, die langer doorwerken mogelijk maken en hoe verhouden persoonlijke en werkgerelateerde factoren zich tot deze arbeidscondities?’

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder verpleegkundigen die werkzaam zijn in één academisch ziekenhuis in Nederland. De data is verzameld door middel van gestructureerde vragenlijsten (n=245) en vervolgens geanalyseerd middels het berekenen van correlaties en multi-pele regressieanalyse.

Uit dit onderzoek blijkt dat alle getoetste arbeidscondities er volgens de verpleegkundigen voor zorgen dat het werk beter vol te houden is. De gewenste arbeidscondities die het meest bijdragen zijn: een acceptabele werkdruk, een goede sfeer in het team en dat er goed overleg met de leidinggevende is. Een verpleegkundige met zorgbehoevende kinderen of die zichzelf als een oudere werknemer ziet heeft sterker het gevoel dat de gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken. Een hoge baantevredenheid of een hogere leeftijd vermindert de mate waarin een verpleegkundige denkt dat gewenste arbeidscondities bijdragen.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1 Inleiding.....	5
2 Theoretische verkenning.....	8
2.1 Context en achtergrond.....	8
2.2 Theoretisch kader.....	9
2.3 Vraagstelling empirisch onderzoek.....	15
3 Onderzoeksmethode.....	16
3.1 Verantwoording van de onderzoeksmethode.....	16
3.2 Verantwoording van de dataverzamelmethode.....	16
3.3 Onderzoekspopulatie.....	17
3.4 Operationalisatie.....	17
3.5 Data analyse.....	20
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit.....	20
4 Resultaten.....	22
4.1 Beschrijvende statistiek.....	22
4.2 Het effect van de persoonlijke factoren op gewenste arbeidscondities.....	25
4.3 Het effect van werkgerelateerde factoren op gewenste arbeidscondities.....	28
5 Conclusie en discussie.....	30
Literatuurlijst.....	34
Bijlage.....	38
Bijlage1: Uitnodigingsmail.....	38
Bijlage 2 Informed consent.....	39
Bijlage 3 Meetinstrumenten.....	40
Bijlage 4 Correlaties van de overige persoonlijke factoren.....	44

1 Inleiding

Bijna 90% van de verpleegkundigen, die werkzaam zijn in ziekenhuizen, ervaart de werkdruk als te hoog. Ruim 40% van hen geeft aan de gezondheidszorg te willen verlaten. Deze cijfers komen uit een onderzoek van de vakbond Abvakabo FNV onder verpleegkundigen die werkzaam zijn in algemene en academische ziekenhuizen (Abvakabo FNV, 2014). Deze alarmerende cijfers worden mede veroorzaakt door veranderingen in het takenpakket en de stijgende werkdruk van verpleegkundigen. De verpleegkundige heeft steeds meer verantwoordelijkheden en verricht specialistischer werk (Lambregts & Grotendorst, 2012). Het werk wordt complexer en de patiënt mondiger en veeleisender. Zij zijn door de toegankelijkheid van kwalitatief goede kennis die op internet te vinden is beter geïnformeerd (Lambregts & Grotendorst, 2012; Wigtersma, 2014). Het is dan ook niet vreemd dat deze veranderingen in het werk ertoe leiden dat de behoeftes van de verpleegkundigen veranderen. Door in te spelen op deze nieuwe behoeftes kan het werk beter vol te houden zijn.

Om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren gaat de beroepsstructuur van verpleegkundigen veranderen (Lambregts & Grotendorst, 2012). Voor verpleegkundigen houdt deze verandering in dat zij gespecialiserdere zorg moeten verlenen en hiervoor dus specifiekere kennis dienen te bezitten (ibid.). Tevens nemen de verpleegkundigen meerdere taken van artsen over, waardoor zij complexere handelingen gaan uitvoeren (ibid.). De combinatie van specifiekere kennis verwerven en tegelijkertijd complexere taken moeten verrichten, kan er voor zorgen dat de werkdruk die de verpleegkundige ervaart toeneemt.

Terwijl de patiënten steeds vaker meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben worden de verpleegkundigen steeds specialistischer in plaats van breder opgeleid (Lambregts & Grotendorst, 2012; Wigtersma, 2014). Hierdoor wordt de verleende zorg complexer terwijl de verpleegkundige over minder brede kennis beschikt (Lambregts & Grotendorst, 2012). De verpleegkundigen moeten meer problemen oplossen, terwijl zij minder middelen hebben om problemen op te lossen. Dit veroorzaakt stress waardoor ziekteverzuim en uitval toeneemt (Kuipers, Amelsvoort & Kramer, 2010).

De zorgvraag neemt toe aangezien ziektes steeds vaker chronisch zijn en het aantal behandelingen die mogelijk zijn snel stijgen (Blokstra et al., 2007; Lambregts & Grotendorst, 2012). Daarnaast stijgt de levensverwachting van de Nederlandse bevolking. Het beroep dat een 65-plusser doet op ziekenhuiszorg is vijf tot zeven keer hoger dan dat van een jongere

tussen de 15 en 24 jaar (Blank & Wats, 2009). Het aantal ziekenhuisopnames is de afgelopen vijftien jaar, voornamelijk bij de 65-plussers, snel gestegen namelijk met 75% tegenover 59% van de 65-minners (Gezondheid en zorg, 2012).

De zorginstellingen kampen intussen al jaren met een relatief grote uitstroom van verpleegkundigen. Sinds 2009 is de instroom van verpleegkundigen lager dan de uitstroom. Op die manier ontstaat een tekort aan verplegend personeel (Hellenthal, 2009). Van de verpleegkundigen tussen de 60 en 65 jaar gaat 36% vervroegd met pensioen, voor de landelijke beroeps populatie in dezelfde leeftijdscategorie is dit 24% (Gezondheid en zorg, 2011). Door het hoge percentage verpleegkundigen die met prepensioen gaan terug te dringen kan het personeelstekort deels worden verminderd (ibid.). Dit geldt ook voor de 25% opgeleide verpleegkundigen die voor het (pre-)pensioen de zorgsector verlaten (ibid.). De grote uitstroom binnen deze beroepsgroep tezamen met de hoge werkdruk maakt het voor verpleegkundigen moeilijker om het beroep te blijven volhouden.

Tot voor kort waren er allerlei maatregelen beschikbaar om oudere verpleegkundigen te ontlasten, zoals een vervroegd (deel-)pensioen of minder werken (van Echtelt, Vlasblom & de Voogd-Hamelink, 2014). Door de afschaffing van deze maatregelen kan het werk eerder als zwaar worden ervaren. De afname van werk-verlichtende maatregelen zijn uiteraard ook zichtbaar voor jongere verpleegkundigen. Dit maakt het beroep minder aantrekkelijk voor hen.

Het behoud van voldoende verpleegkundigen is een vraagstuk dat de wetenschap de afgelopen decennia heeft beziggehouden. Een grote uitstroom van verpleegkundigen terwijl tegelijkertijd de zorgvraag toeneemt is een probleem voor veel westerse landen (Hasselhorn et al., 2005). Er is veel onderzoek gedaan naar de indicatoren die bepalen waardoor een verpleegkundige stopt met werken of juist blijft werken (Brouwer et al., 2012; Camerino et al., 2008; Estry-Béhar, van der Heijden, Fry & Hasselhorn, 2010; Hasselhorn et al., 2005; Kooij, de Lange, Jansen & Dijkers, 2008; Moseley, Jefferson & Paterson; Shader et al., 2001). Daardoor is bekend welke individuele of werkgerelateerde aspecten ertoe leiden dat verpleegkundigen hun beroep blijven uitoefenen. Er is in de bestaande literatuur echter weinig aandacht voor de behoeften en wensen van verpleegkundigen ten aanzien van langer doorwerken (Gobeski & Beehr, 2009; Polat, Bal & Jansen, 2012). Dit onderzoek richt zich op de gewenste arbeidscondities die eraan kunnen bijdragen dat verpleegkundigen behouden worden voor de zorg. De relatie tussen persoonlijke en werkgerelateerde factoren enerzijds

en gewenste arbeidscondities anderzijds zullen worden onderzocht in dit onderzoek. Met name de invloed van leeftijdsgerelateerde factoren op de gewenste arbeidscondities, zoals verderop uitgebreid beschreven wordt. Dit vormt momenteel een hiaat in de wetenschappelijke literatuur.

Een overgroot deel van de verpleegkundigen heeft het idee dat het beroep niet uit te oefenen is tot aan het pensioen. Dit gevoel is onder verpleegkundigen die werkzaam zijn in academische ziekenhuizen het sterkst. Van deze verpleegkundigen denkt 86% het beroep niet tot de pensioengerechtigde leeftijd vol te kunnen houden (de Veer & Francke, 2011). Door de relatief grote uitstroom, de toegenomen werkdruk, de complexere zorg en de sombere toekomstvisie van verpleegkundigen is het belangrijk om in kaart te brengen welke arbeidsvoorwaarden zij behoeven om hun werk beter en langer te kunnen volhouden. Door deze behoeften in kaart te brengen kan er gericht beleid worden ontwikkeld (Wang & Shultz, 2010). Hierdoor kan de motivatie om langer door te werken worden verhoogd (Kooij et al., 2008; Zhan & Wang, 2015). Daarnaast wordt het werk aantrekkelijker voor toekomstige verpleegkundigen en de kwaliteit van de zorg blijft behouden of verbeterd.

2 Theoretische verkenning

In het eerste hoofdstuk zijn veranderingen in het beroep van de verpleegkundige verwoord. Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van de context waarin deze veranderingen plaatsvinden. Het tweede gedeelte van dit hoofdstuk bestaat uit het theoretisch kader. Daarin wordt beschreven hoe veranderingen in de persoonlijke en werkgerelateerde factoren leiden tot gewenste arbeidscondities. Deze relatie wordt geïllustreerd met behulp van het principe van het psychologisch contract.

2.1 Context en achtergrond

De Nederlandse bevolking vergrijst. In 2012 was 16% van onze bevolking 65-plusser, hiervan was een kwart 80-plusser. De verwachting is dat in 2040 ongeveer 26% van de Nederlandse bevolking uit 65-plussers bestaat, waarvan ruim één derde 80-plusser is (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Dit vergrijzingsproces vindt uiteraard ook plaats in de groep verpleegkundigen. In 1999 was slechts 16% van de verpleegkundigen 50-plus. In 2008 was het percentage 50-plussers verdubbeld (Gezondheid en zorg, 2011). De beroepsgroep verpleegkundigen vergrijst sneller dan de gemiddelde beroepsbevolking, namelijk 35% tegenover 20% (ibid.). Zoals in voorgaand hoofdstuk beschreven gaan relatief veel oudere verpleegkundigen vervroegd met pensioen. Daarnaast neemt het percentage arbeidsongeschikten snel toe naarmate de leeftijd stijgt. Van de verpleegkundigen die 50 jaar zijn is ongeveer 5% arbeidsongeschikt, dit percentage loopt voor 60-plussers op tot 15% (ibid.).

Door de vergrijzing en de hoge uitval onder oudere werknemers verandert de verhouding tussen werkenden, die de neveneffecten van de vergrijzing moeten opvangen, en gepensioneerden. Deze verandering wordt ook wel aangeduid met “grijze druk”. In 2012 was de grijze druk in de Nederlandse samenleving 27%. Dit betekent dat er op elke gepensioneerde ongeveer vier potentieel werkenden zijn. De verwachting is dat de grijze druk oploopt tot 51% in 2040 (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013). Deze trend is al langer zichtbaar en daarom is in 2009 de beslissing genomen om de AOW-leeftijd in Nederland te verhogen van 65 naar 67 jaar (de Krom, 2012). In 2015 is besloten dat deze verhoging versneld zal worden ingevoerd, namelijk in 2022 in plaats van 2024. Daarnaast wordt vanaf 2022 de AOW-leeftijd jaarlijks berekend aan de hand van de actuele levensverwachting (Versnelling stapsgewijze verhoging AOW-leeftijd, 2015). Het verhogen

van de pensioengerechtigde leeftijd gaat er naar verwachting voor zorgen dat de grijze druk in 2040 41% is, in plaats van 51% (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Tegelijkertijd verandert het uitgangspunt van de zorg. Tot nu toe is genezen het voornaamste uitgangspunt van de zorgsector (Wigersma, 2014). Doordat de groep patiënten met comorbiditeit en de groep fragiele ouderen in onze samenleving steeds groter wordt, zien we een verschuiving optreden van 'genezen' naar het verhogen dan wel behouden van de levenskwaliteit als uitgangspunt (Lambregts & Grotendorst, 2012; Wigersma, 2014). Aangezien de zorg voor patiënten met comorbiditeit en fragiele ouderen complexer is, is het aannemelijk dat de vraag naar hoogcomplexere zorg in de nabije toekomst zal toenemen.

Hoogcomplexere zorg doet een groot beroep op de medische infrastructuur, medische technologie en vraagt om zeer gespecialiseerde kennis. In academische ziekenhuizen worden vaker dan in de algemene ziekenhuizen, patiënten behandeld met een hoogcomplexere zorgvraag (Blank & Wats, 2009). In academische ziekenhuizen heeft 50% van alle patiënten die voor het eerst de poli bezoeken hoogcomplexere zorg nodig. In andere ziekenhuizen is dit 1 tot 6% (ibid.).

2.2 Theoretisch kader

Gewenste arbeidscondities

Door de veranderingen in het takenpakket en de stijgende werkdruk, zoals beschreven in de inleiding, wordt verwacht dat er nieuwe behoeftes ontstaan waardoor het werk minder zwaar zal worden en beter vol te houden zal zijn (Kooij, Dijkers, Jansen & van den Broek, 2013a; de Kooij et al., 2013b; Wang & Shultz, 2010). Dit mechanisme kan uitgelegd worden aan de hand van het psychologisch contract (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002). Het psychologisch contract omvat de onuitgesproken en onbeschreven omgangsregelingen en verwachtingen tussen werkgever en werknemer (ibid.). Het contract is gebaseerd op de individuele perceptie van de werkgever en de werknemer. Door substantiële veranderingen in de werkomgeving of privéomstandigheden van de werknemer kunnen de verwachtingen veranderen waardoor de werknemer andere regelingen wenst van de werkgever. Als deze wederzijdse onuitgesproken verwachtingen (deels) niet nagekomen worden is er sprake van contractbreuk waardoor de werknemer eerder geneigd zal zijn de organisatie te verlaten (ibid.).

Door het verplegend personeel inspraak te geven in mogelijke veranderingen in de huidige werksituatie, kan het werk beter afgestemd worden op de persoonlijke omstandigheden en ambities van de verpleegkundigen. Doordat de werkgever de werknemer inspraak geeft wordt de invulling van het psychologisch contract veranderd. De waarde van het contract stijgt voor de verpleegkundige omdat de werkgever meer inlegt. Het werk stelt eisen aan de verpleegkundige, om hieraan te kunnen voldoen doet de verpleegkundige een beroep op de eigen geestelijke en lichamelijke capaciteiten (Bakker & Demerouti, 2006). Als de eisen die het werk aan de verpleegkundige stelt teveel van de geestelijke en lichamelijke capaciteiten gaat kosten ervaart de verpleegkundige de inleg als te groot. Deze hoge inleg van de verpleegkundige kan worden gecompenseerd door de werkgever middels het aanbieden van verschillende arbeidscondities (Bakker & Demerouti, 2006; Coyle-Shapiro & Kessler, 2002). Voorbeelden van arbeidscondities zijn: minder zwaar fysiek werk, meer coachende of begeleidende taken, meer ontwikkelingsmogelijkheden dan wel een andere functie aanbieden (Polat et al., 2012; de Veer & Francke, 2011). In dit onderzoek worden gewenste arbeidscondities gedefinieerd als die arbeidscondities waarover de verpleegkundige (nog) niet beschikt of zich er niet van bewust is dat ze bestaan, maar waar hij of zij wel over zou willen beschikken. De verpleegkundigen hebben verschillende behoeften voor wat betreft gewenste arbeidscondities waardoor het belangrijk is om verpleegkundigen als een heterogene groep te benaderen (Flynn, 2010; Wang & Shultz, 2010). Behoeften om het psychologisch contract te veranderen kunnen eveneens ontstaan doordat er plotselinge of juist geleidelijke ontwikkelingen zijn in de privéomstandigheden van de verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld het krijgen van kinderen of de achteruitgang van het geheugen.

Persoonlijke factoren

Uit een onderzoek van Koolhaas, van der Klink, Groothoff en Dijkers (2011) blijkt dat oudere werknemers vaker dan jongere werknemers aangeven dat zij ondersteuning nodig hebben bij het uitvoeren van hun werk (Koolhaas et al., 2011). De vraag is echter wanneer iemand oud is. Een gezonde werknemer van 58 jaar die nog goed functioneert, hoeft helemaal geen behoefte te hebben aan extra ondersteuning vanuit de organisatie. Terwijl zijn collega van 45 jaar door lichamelijke klachten dusdanig belemmerd wordt in het uitvoeren van zijn taak dat hij het werk, zonder extra ondersteuning door de organisatie, niet vol kan houden.

Ouder worden is een complex proces, waarbij biologische, psychosociale en sociale veranderingen invloed uitoefenen op de mate waarin iemand oud is of zich oud voelt (Kooij et al., 2013a). Deze veranderingen worden leeftijdsgerelateerde factoren genoemd. Leeftijdsgerelateerde factoren zijn ondergebracht in verschillende leeftijden, namelijk de levenscyclusleeftijd, de organisatorische-, de functionele-, de psychosociale- en de chronologische leeftijd (Kooij, de Lange, Jansen & Dijkers, 2008; Kooij et al., 2013a).

De levenscyclusleeftijd verwijst naar belangrijke ontwikkelingen in iemands privéleven, zoals het krijgen van kinderen, ouders die hulpbehoevend worden of het samenwonen met een (zieke) partner (Sterns & Doverspike, 1989). Door deze ontwikkelingen verandert de indeling van het privéleven en kan het privéleven een hogere prioriteit krijgen dan het werk (Kooij et al., 2013b). Het krijgen van zorgtaken voor kinderen of naasten maakt dat het privéleven emotioneel en fysiek uitputtender en daardoor belastender wordt voor de werknemer (Shader et al., 2001). Als gevolg daarvan kunnen de eisen van het werk teveel kosten van de emotionele en fysieke capaciteiten van de werknemer. De inleg van de verpleegkundig in het psychologisch contract wordt te hoog, waardoor de behoefte ontstaat aan andere arbeidscondities. De verpleegkundige verwacht van de werkgever dat de inleg aan diens kant verhoogd wordt. Hierdoor krijgt het psychologisch contract meer waarde voor de verpleegkundige.

De organisatorische leeftijd verwijst onder andere naar de gemiddelde leeftijd in de organisatie en de gemiddelde leeftijd waarop werknemers met pensioen gaan (Sterns & Doverspike, 1989). Als er relatief weinig ouderen werken in een organisatie en deze over het algemeen ook nog eens vervroegd met pensioen gaan, zijn er vaak geen maatregelen getroffen die het oudere werknemers mogelijk maakt tot de pensioengerechtigde leeftijd te blijven werken (Kooij et al., 2008; McCarthy, Heraty, Cross & Cleveland, 2014). Enerzijds heeft dit tot gevolg dat de werknemer verlichtende arbeidscondities verlangt. Anderzijds wordt het zelfbeeld van de werknemer negatiever. Een oudere werknemer kan voor wat het werk betreft het idee ontwikkelen dat hij of zij niet aan de norm voldoet en gemist kan worden (Polat et al., 2012). Hierdoor kan bij (oudere) werknemers de wens ontstaan om een verandering in taken te krijgen. Wederom duidt dit op een verandering in het psychologisch contract, de werknemer heeft namelijk het idee alleen verder te kunnen werken als er een verandering komt in zijn of haar taken.

De functionele leeftijd refereert aan iemands gezondheid (Sterns & Doverspike, 1989). Voor verpleegkundigen is het belangrijk om zowel fysiek als mentaal over een goede gezondheid te beschikken, omdat zij anders belemmerd worden in het voldoen aan de gestelde eisen (Camerino et al., 2008; Estryn-Béhar et al., 2010; van der Schoot & van der Heijden, 2003). Een verslechtering in de mentale of fysieke gezondheid roept de wens op om het verlies te beperken en/of de bestaande capaciteiten zo volledig mogelijk te benutten (Kooij et al., 2013a). Door een slechte gezondheid kan de verpleegkundige de eigen inleg als te hoog gaan ervaren, waardoor de verwachting rijst dat de werkgever arbeidscondities inlegt die het werk laten aansluiten bij de mogelijkheden die verpleegkundige op dat moment heeft. Als de werkgever verandering brengt in het psychologisch contract kan de verpleegkundige blijven doorwerken.

Een andere factor die het functioneren van verplegend personeel belemmert is het werkvermogen (Camerino et al., 2008). Het werkvermogen is de mate waarin werknemers fysiek en mentaal kunnen voldoen aan de eisen die het beroep aan hen stelt (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997). Een laag werkvermogen zorgt er voor dat verpleegkundigen hun werk, zonder aanpassingen, niet meer denken vol te houden. Als de werkgever niet voldoet aan de gewenste arbeidscondities zal dit bij de verpleegkundige de intentie om te blijven werken verzwakken. Een slechte gezondheid of een laag werkvermogen kunnen het zelfbeeld van de verpleegkundige negatief beïnvloeden (Kooij et al., 2008).

De psychosociale leeftijd wordt ook de subjectieve leeftijd genoemd. Het is een leeftijd die refereert aan de perceptie van oud of jong zijn. Een individu kan zichzelf als een oud persoon zien, net zoals de sociale omgeving de persoon als oud kan zien (Sterns & Doverspike, 1989). Veel werkgevers in Nederland denken nog steeds dat oudere werknemers vaker uitvallen, duurder zijn en een lagere productiviteit hebben (van Echtelt, Vlasblom & de Voogd-Hamelink, 2014). Werknemers die zichzelf als oud zien kunnen zich met dit negatieve stigma gaan identificeren. Hierdoor kan bij deze groep het idee ontstaan dat zij hun huidige werk niet meer naar behoren kunnen uitoefenen en voornamelijk een last zijn. Om het idee te hebben dat zij kunnen blijven werken zal de behoefte aan andere arbeidscondities ontstaan, waardoor zij eigenlijk vragen om een verandering in het psychologisch contract (Kooij et al., 2008). Tot slot kan de sociale omgeving, bestaand uit leidinggevenden en collega's, als zij een werknemer oud vinden, er minder blij van geven dat zij gewaardeerd worden en krijgen zij minder kansen om nieuwe vaardigheden te

ontwikkelen. Op die manier wordt er ook meer druk uitgeoefend op de werknemer om met pensioen te gaan (ibid.). Zonder veranderingen door de werkgever van de inleg, zal de werknemer waarschijnlijk vervroegd uitstromen.

Tenslotte is er de chronologische leeftijd ofwel iemands kalenderleeftijd (Sterns & Doverspike, 1989). De beschikbaarheid van ontzietmaatregelen, waardoor de werknemer verlicht wordt bij het uitvoeren van taken, wordt veelal gerelateerd aan iemands kalenderleeftijd (van Echtelt, Vlasblom & de Voogd-Hamelink, 2014; de Krom, 2012). De mogelijkheid om gebruik te maken van deze regelingen kan de werknemer het idee geven dat hij of zij minder goed functioneert en dat het huidige werk aangepast moet worden (Kooij et al., 2008; Polat et al., 2012). Een verandering, die eveneens gerelateerd is aan de chronologische leeftijd, is een verschuiving in de verhouding tussen intrinsieke en extrinsieke drijfveren (Kooij et al., 2013b). Jongere verpleegkundigen worden meer gemotiveerd door extrinsieke drijfveren, zoals een verhoging in salaris of goede doorgroeimogelijkheden. Oudere verpleegkundigen worden vaker gemotiveerd door intrinsieke drijfveren, zoals het helpen of begeleiden van anderen (de Lange, Schalk & van der Heijden, 2013; Kooij et al., 2013b). Door deze veranderingen ontstaat de behoefte om het psychologisch contract te wijzigen, omdat de werknemer andere verwachtingen krijgt ten aanzien van de werkgever die de arbeidscondities mogelijk maakt.

Samenvattend kunnen wij stellen dat een verandering in de persoonlijke factoren leidt tot nieuwe verwachtingen van de verpleegkundigen ten aanzien van de arbeidscondities. Dit heeft tot gevolg dat het psychologisch contract moet veranderen omdat de verpleegkundige anders minder gemotiveerd is om langer door te werken. Hieruit kan de volgende hypothese geformuleerd worden:

Hypothese 1: Persoonlijke factoren hebben een effect op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities kunnen bijdragen aan langer doorwerken.

Werkgerelateerde factoren

Factoren die gerelateerd zijn aan het beroep zoals daar zijn: baaneisen, werkschema, type contract, werksfeer, baanzekerheid of hoogte van het salaris zijn bepalend voor de baantevredenheid van verpleegkundigen (Camerino et al., 2008; Estryn-Béhar et al., 2010; Shader et al., 2001). Een hoge baantevredenheid is dus een indicatie die laat zien in welke mate een verpleegkundige de inleg van de werkgever in het psychologisch contract

waardeert. Hoe hoger de verpleegkundige deze verschillende facetten waardeert des te minder de verpleegkundige van de werkgever verwacht. Het aantal gewenste arbeidscondities zal daarom lager zijn bij verpleegkundigen met een hoge baantevredenheid dan bij verpleegkundigen met een lage baantevredenheid. Doordat iedere verpleegkundige in verschillende mate tevreden is met de facetten van het werk zullen zij, vergeleken met elkaar, andere aanvullingen in hun psychologisch contract wensen. Met andere woorden: baantevredenheid kan per individu verschillende gewenste arbeidscondities oproepen.

Sociale steun van de leidinggevenden en collega's zorgen voor meer betrokkenheid bij en loyaliteit aan de organisatie, waardoor de verpleegkundige minder geneigd is een verandering in de werkcontext te willen (Hasselhorn et al., 2005). De leidinggevende kan sociale steun geven aan de verpleegkundige door waardering te laten blijken voor het verrichte werk of door hierover feedback te geven. Het geven van waardering zorgt er voor dat de verpleegkundige meer vertrouwen krijgt in het eigen toekomstperspectief (van der Heijden & Kuemmerling, 2003). Het geven van feedback leidt ertoe dat de capaciteiten en mogelijkheden van de verpleegkundige beter benut worden (ibid.). Als de sociale steun van de leidinggevende hoog is, zal de verpleegkundige de inleg van de werkgever in het psychologisch contract hoger waarderen, waardoor de verpleegkundige minder verwacht van de werkgever. Hierdoor zullen de gewenste arbeidscondities laag zijn als de sociale steun van de leidinggevende hoog is.

Een hoge sociale steun van collega's leidt ertoe dat de uitwisseling van informatie onderling en kennis over de laatste ontwikkelingen in het beroep of op de afdeling goed is (ibid.). Daarnaast brengt de sociale steun van collega's een gevoel van waardering en erkenning met zich mee (ibid.). Een lage sociale steun van collega's zorgt er voor dat verpleegkundigen belangrijke handvaten missen bij het uitvoeren van de dagelijkse taken. Als de sociale steun van collega's laag is zal de verpleegkundige minder tevreden zijn over de inleg van de werkgever in het psychologisch contract, waardoor zij meer zal verwachten ten aanzien van de inleg van de werkgever. Het aantal gewenste arbeidscondities zal daardoor hoger zijn als de sociale steun van collega's laag is, dan als deze hoog is.

De reeds beschreven werkgerelateerde factoren hebben een effect op de mate waarin de verpleegkundige de inleg van de werkgever in het psychologisch contract waardeert. Bij een lage waardering zal de verpleegkundige meer verwachtingen hebben in de vorm van gewenste arbeidscondities. Als de verpleegkundige ontevreden is over de inleg

van de werkgever in het psychologisch contract zal dat de intentie om te blijven werken verzwakken. Hierdoor kan de volgende hypothese geformuleerd worden:

Hypothese 2: Werkgerelateerde factoren hebben een effect op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities kunnen bijdragen aan langer doorwerken.

2.3 Vraagstelling empirisch onderzoek

Een psychologisch contract waarbij volgens de werknemer aan de verwachtingen wordt voldaan, zorgt er voor dat werknemers langer in dienst blijven bij de organisatie. Als er door de werkgever niet aan de verwachtingen voldaan wordt is er sprake van een contractbreuk. Een verandering in de persoonlijke en werkgerelateerde factoren hebben een effect op de mate waarin de verpleegkundige de inleg van de werkgever in het psychologisch contract waardeert. Bij een lage waardering van de inleg van werkgevers wordt de verwachting van verpleegkundigen groter, waardoor er meer gewenste arbeidscondities ontstaan. De volgende onderzoeksvraag zal in dit onderzoek beantwoord worden:

‘Wat zijn de gewenste arbeidscondities, van verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis, die langer doorwerken mogelijk maken en hoe verhouden persoonlijke en werkgerelateerde factoren zich tot deze arbeidscondities?’

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden worden de volgende deelvragen gesteld:

Deelvraag 1: Welke arbeidscondities dragen, volgens verpleegkundigen, het meest bij aan het mogelijk maken van langer doorwerken?

Deelvraag 2: Wat is het effect van persoonlijke factoren op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken?

Deelvraag 3: Wat is het effect van werkgerelateerde factoren op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken?

3 Onderzoeksmethode

3.1 Verantwoording van de onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden moet ten eerste achterhaald worden welke gewenste arbeidscondities de verpleegkundigen hebben ten aanzien van langer doorwerken. Ten tweede moet achterhaald worden welk effect de persoonlijke en werkgerelateerde factoren hebben op die gewenste arbeidscondities. Door te kiezen voor een kwantitatieve methode kan er voor een groot aantal verpleegkundigen in een keer gemeten worden welke gewenste arbeidscondities zij hebben. Daarnaast maakt een kwantitatief onderzoek het mogelijk om een causale relatie aan te tonen, in dit geval de relatie tussen oorzaak (de verschillen in de persoonlijke of werkgerelateerde factoren) en gevolg (de verschillen in de gewenste arbeidscondities). De resultaten van dit onderzoek kunnen handvaten bieden voor het ontwikkelen van beleid. De herhaalbaarheid van dit onderzoek is belangrijk zodat onderzocht kan worden of verpleegkundigen, na de implementatie van nieuwe beleid, nog andere gewenste arbeidscondities behoeven. Ook is een hoge generaliseerbaarheid belangrijk, omdat op die manier de resultaten vertaald kunnen worden naar de hele populatie en daarmee het beleid breed ingevoerd kan worden. Juist kwantitatief onderzoek kan een hoge mate van replicerbaarheid en generaliseerbaarheid creëren. Deze voordelen heeft kwalitatief onderzoek in mindere mate.

3.2 Verantwoording van de dataverzamelmethode

De uitnodigingsmail is verstuurd vanuit de organisatie. De verpleegkundigen zijn via hun werkmail benaderd voor deelname aan het onderzoek. De respondent is er zowel in de uitnodigingsmail als in de vragenlijst via een informed consent op geattendeerd dat deelname vrijwillig en anoniem is (Bijlage 1 en Bijlage 2). De data is verzameld via internet door middel van een vragenlijst, waarvan het invullen gemiddeld 7 minuten duurde. Een online vragenlijst biedt de mogelijkheid om veel respondenten in één keer te benaderen. Daarnaast levert deze manier van ondervragen gestandaardiseerde data op, waardoor er door middel van statistische analyse achterliggende patronen ontdekt kunnen worden. Doordat het een online vragenlijst betreft is de toegankelijkheid groot en kan de anonimiteit gewaarborgd worden, waardoor deelname aan het onderzoek een laagdrempelig karakter heeft voor de respondent.

3.3 Onderzoekspopulatie

Er is in dit onderzoek gekozen voor een academisch ziekenhuis omdat juist daar de meeste verpleegkundigen, namelijk 86%, denken hun werk niet tot aan de pensioengerechtigde leeftijd vol te kunnen houden (de Veer & Francke, 2011). In het ziekenhuis waar het onderzoek plaatsvond werken ongeveer 970 verpleegkundigen. Aangezien het mogelijk was om de hele populatie te benaderen, is er in dit onderzoek geen steekproef getrokken.

3.4 Operationalisatie

Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele is de schaal 'gewenste arbeidscondities'. De gewenste arbeidscondities van verpleegkundigen zijn gebaseerd op de doorwerkprofielen van Polat en collega's (2012) en op het onderzoek van NIVEL (de Veer & Francke, 2011). In het onderzoek van NIVEL is aan oudere verpleegkundigen gevraagd welke maatregelen ertoe kunnen bijdragen dat zij hun beroep langer kunnen blijven uitoefenen. Er worden in totaal 29 gewenste arbeidscondities onderscheiden die op een zes punt Likert schaal worden gescoord ('helemaal niet' tot en met 'in zeer sterke mate'). De respondent geeft voor iedere gewenste arbeidsconditie aan in welke mate hij of zij denkt dat dit bijdraagt aan het langer kunnen doorwerken. Voorbeelden van gewenste arbeidscondities zijn: "Minder zwaar fysiek werk" en "Meer begeleiding / ondersteuning bij mentale aspecten van het werk". De gewenste arbeidscondities zijn bijgevoegd als bijlage 3.

Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen bestaan uit de persoonlijke en werkgerelateerde factoren zoals beschreven in het theoretisch kader. De persoonlijke factoren bestaan uit de vijf verschillende leeftijden en het werkvermogen. De werkgerelateerde factoren zijn baantevredenheid en de sociale steun van collega's en leidinggevenden.

Voor 'werkvermogen' is het meetinstrument de Work Ability Index (WAI) gebruikt. De WAI is ontwikkeld en gevalideerd door The Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997; Ilmarinen & Rantanen, 1999). Door middel van dit meetinstrument wordt bepaald in welke mate een respondent denkt dat hij of zij, nu en in de toekomst, aan de eisen die de baan stelt kan voldoen. Er is gebruik gemaakt van de verkorte versie van de WAI-index. De verkorte versie is exact gelijk aan de lange versie. Het

enige verschil is dat de korte versie slechts 14 vragen bevat over de gezondheid en de lange versie 51 vragen. De validiteit en betrouwbaarheid van deze twee vragenlijst is even hoog (Marcelissen & de Weel, 2013). Een voorbeeld van een vraag is: “Als u aan uw werkvermogen in de beste periode van uw leven 10 punten geeft, hoeveel zou u dan aan uw werkvermogen op dit moment toekennen?” (0 – 10). De antwoorden van alle vragen worden opgeteld en leiden tot een score tussen de 7 en 49 punten. Er worden vier soorten werkvermogen onderscheiden, namelijk een slecht (7-27 punten), een matig (28-36 punten), een goed (37-44 punten) en een uitstekend werkvermogen (44-49 punten) (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997). De WAI-index is bijgevoegd als bijlage 3.

Voor ‘gezondheid’ (ook wel de functionele leeftijd genoemd) is gebruik gemaakt van de Short-Form 12 (SF-12). De SF-12 is een vragenlijst die aan de hand van 12 vragen de algemene gezondheid meet. De SF-12 is een kortere, maar valide versie van de Short-Form 36 (SF-36) (Gandek et al., 1998). Er worden vragen gesteld over de huidige ervaren gezondheid en de ervaren gezondheid in de afgelopen vier weken. Een hoge score impliceert een goede gezondheid zonder beperkingen of pijn. De SF-12 is in 50 landen getest op verschillende onderzoekspopulaties. Uit een betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek van het Centraal Bureau van de Statistiek is gebleken dat de validiteit en betrouwbaarheid van de SF-12 goed is en niet onder doet voor de SF-36 (Botterweck, Frenken, Janssen, Rozendaal, Vree & Otten, 2001). Een voorbeeld van een vraag uit de SF-12 is: “Hoe zou u, over het algemeen, uw gezondheid beoordelen?” (slecht tot en met uitstekend). De SF-12 is bijgevoegd als bijlage 3.

De leeftijdsgerelateerde factoren worden gemeten door middel van verschillende vragen. Voor de psychosociale leeftijd zijn er twee items namelijk: “Ik zie mezelf als een oudere werknemer” en “Mijn collega’s zien mij als een oudere werknemer” (ja- nee – ik weet het niet). Voor de organisatorische leeftijd zijn er twee items namelijk: “Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers” en “Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen” (ja – nee – ik weet het niet). Voor de levenscyclusleeftijd zijn er vier items met betrekking tot het hebben van kinderen, zorgtaken en de burgerlijke staat (Kooij et al., 2008; McCarthy et al., 2014). Een voorbeeld van een vraag is: “Heeft u één of meerdere kinderen die zorgbehoevend zijn?” (ja – nee). De vragen betreffende de leeftijdsgerelateerde factoren zijn bijgevoegd als bijlage 3.

De schaal voor “sociale steun” is geïnspireerd door de conceptualisering uit de NEXT study (Hasselhorn et al., 2005). De sociale steun van collega’s is gemeten door vier items aan de hand van een vijf punt Likert schaal. Een voorbeeld is: “Mijn collega’s laten merken waardering te hebben voor de manier waarop ik mijn werk doe” (‘helemaal niet’ tot en met ‘helemaal mee eens’). De sociale steun van de leidinggevende is met dezelfde vragen gemeten. Het woord collega’s is hier vervangen door mijn leidinggevende. De vragen voor ‘sociale steun van de leidinggevende’ en ‘sociale steun van collega’s’ zijn bijgevoegd als bijlage 3.

Voor ‘baantevredenheid’ is de schaal gebruikt die gehanteerd wordt in de *Workplace Employment Relations Study* (WERS) uit 2011. Dit is een grootschalig onderzoek in Groot Brittannië dat regelmatig wordt herhaald onder werknemers en werkgevers (van Wanrooy et al., 2013). De baantevredenheidsschaal bestaat uit acht items die de tevredenheid over de verschillende aspecten van het werk meten. Een voorbeeld van een vraag is: “In hoeverre bent u tevreden met de voldoening die u uit uw werk haalt?”. De items worden gescoord op een vijf punt Likert schaal (zeer ontevreden tot en met zeer tevreden). De vragen over baantevredenheid zijn bijgevoegd als bijlage 3.

Achtergrondvariabelen

Afgezien van de onafhankelijke variabelen kunnen ook verschillende achtergrondvariabelen, zoals geslacht of type contract, de behoefte aan gewenste arbeidscondities verklaren. Een vrouw heeft bijvoorbeeld vaker zorgtaken voor naasten waardoor haar privéleven emotioneel uitputtender kan zijn (de Boer, Klerck & Merens, 2015). Het draaien van onregelmatige diensten zorgt er voor dat het werk minder goed te combineren is met het privéleven en kan stress opleveren (Hasselhorn et al., 2005). Fulltime werken kan er voor zorgen dat een verpleegkundige eerder overbelast raakt. Een werknemer met een vast contract heeft een beter toekomstperspectief en zal dus meer verwachtingen hebben van de werkgever dan een werknemer met een tijdelijk contract (Polat et al., 2012). Al deze omstandigheden kunnen de verwachting richting de werkgever doen veranderen, waardoor het psychologisch contract wijzigt. De invulling van het psychologisch contract bepaalt of en hoeveel gewenste arbeidscondities de verpleegkundige heeft.

3.5 Data analyse

De data wordt geanalyseerd door middel van SPSS. Voor de eerste deelvraag 'Welke arbeidscondities wensen verpleegkundigen ten aanzien van langer doorwerken?' worden de gemiddelden opgevraagd. De tweede deelvraag 'Wat is het effect van persoonlijke factoren op de gewenste arbeidscondities?' wordt beantwoord via een correlatie en een multiële regressie. Door middel van een correlatie wordt getoetst welke persoonlijke factoren samenhangen met de items van gewenste arbeidscondities. De multiële regressie toetst de voorspelbaarheid van de persoonlijke factoren op de gewenste arbeidscondities. De derde deelvraag 'Wat is het effect van werkgerelateerde factoren op de gewenste arbeidscondities?' wordt op dezelfde manier geanalyseerd als de tweede deelvraag. De variabelen die gebruikt zijn voor de regressies hebben een normaal verdeling, geen homoscedasticiteit, multicollineariteit of extreme uitschieters.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Ten eerste is er een Principal Components Analysis (PCA) losgelaten op de variabelen om te achterhalen welke items tot één schaal gevormd kunnen worden. Vervolgens zijn de cronbach's alpha's berekend door middel van een betrouwbaarheidsanalyse (Field, 2009). De afhankelijke variabele 'gewenste arbeidscondities' bestaat uit 29 items en heeft een uitstekende cronbach's alpha van $\alpha=.92$. De onafhankelijke variabelen werkvermogen ($\alpha=.71$), gezondheid ($\alpha=.90$), sociale steun van de leidinggevende ($\alpha=.93$), sociale steun van collega's ($\alpha=.87$) en baantevredenheid ($\alpha=.86$) hebben ook een goede tot uitstekende betrouwbaarheid. De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyses betekenen dat de samengestelde items nagenoeg hetzelfde concept meten. Het meetinstrument voor de variabele werkvermogen bevat vragen die door respondenten als gevoelig ervaren kan worden waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden wordt vergroot. Doordat dit de betrouwbaarheid aantast, kan voor een deel verklaard worden waarom de cronbach's alpha van werkvermogen lager uitvalt dan die van de anderen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van veel gevalideerde meetinstrumenten waardoor de validiteit hoog is (Bryman, 2012). Doordat de vragenlijsten via de mail verstuurd zijn is de kans groot dat de respons laag is. Om een zo groot mogelijke respons te generen is de vragenlijst naar al het verplegend personeel gestuurd. Ook is duidelijk aangegeven dat deelname vrijwillig en anoniem is. Deze keuzes hebben de bedoeling niet

alleen de respons ,maar ook de representativiteit te verhogen waardoor de kans op generalisatie toeneemt. De kans op een dekkingsfout blijft aanwezig, aangezien de niet zo geïnteresseerde verpleegkundige de vragenlijst minder snel zal invullen waardoor een gedeelte van de populatie niet deelneemt aan het onderzoek. De achtergrondvariabelen sluiten een paar alternatieve verklaringen voor de relatie tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen uit (Neuman, 2012). Het is onmogelijk om voor alle alternatieve verklaringen te controleren en dit verlaagt de kans op causaliteit. Aan de andere voorwaarden van causaliteit, namelijk dat er minimaal twee variabelen samenhangen en dat de oorzaak voorafgaand aan de uitkomst is in tijd, is voldaan (ibid.).

4 Resultaten

4.1 Beschrijvende statistiek

In totaal hebben 245 verpleegkundigen deelgenomen aan het onderzoek, dit is een respons van 25,3%. Van de respondenten is 80% vrouw en 20% man. De minimumleeftijd van de respondenten is 22 jaar en de maximumleeftijd is 65 jaar. De gemiddelde leeftijd is 43,9 jaar ($SD=12,52$), de mediaan is 46 jaar, deze wijkt dus niet veel af van de gemiddelde leeftijd. Het overgrote deel van de respondenten heeft een vast contract, namelijk 93%. Bijna 61% van de respondenten werkt parttime en bijna 76% draait onregelmatige diensten. De helft van de respondenten is Klinisch Verpleegkundige van beroep en is daarmee de functie die het meest vertegenwoordigd wordt in dit onderzoek. Van de respondenten vervult 20% de functie IC Verpleegkundige, waardoor deze functie als één na hoogste vertegenwoordigd wordt in deze studie. In het academische ziekenhuis waar het onderzoek plaatsvond zijn 29 afdelingen te onderscheiden waarop de verpleegkundigen werken. De afdelingen waarop de meeste respondenten werken zijn: Kindergeneeskunde (20,8%), Cardiologie (9,4%), Inwendige geneeskunde (8,6%) en Intensive Care (6,9%).

In Tabel 1 zijn onder andere de gemiddelden per item van de gewenste arbeidscondities weergegeven. Met deze informatie kan de eerste deelvraag: ‘Welke arbeidscondities dragen volgens de verpleegkundigen het meest bij aan het mogelijk maken van langer doorwerken?’ beantwoord worden. Volgens de perceptie van de verpleegkundigen dragen de volgende drie arbeidscondities het meest bij aan langer doorwerken: een goede sfeer in het team ($M=4.76$, $SD=1.18$), acceptabele werkdruk ($M=4.72$, $SD=1.17$) en een goed overleg met de leidinggevende ($M=4.5$, $SD=1.16$). De arbeidscondities die het minst bijdragen zijn: overplaatsing naar een lagere functie ($M=2.64$, $SD=1.47$) of andere afdeling ($M=2.99$, $SD=1.49$), minder of geen weekenddiensten draaien ($M=2.88$, $SD=1.64$) en meer administratieve taken krijgen ($M=2.94$, $SD=1.40$). Alle gewenste arbeidscondities kunnen bijdragen aan langer doorwerken, maar dragen niet in dezelfde mate bij.

Tabel 1
Correlaties, Gemiddelden en Standaarddeviaties

	Mean	S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Gewenste Arbeidscondities	3.71 (1-6)	.77	1													
2 Baantevredenheid	3.60 (1-5)	.60	-.23**	1												
3 Sociale Steun van Leidinggevende	3.32 (1-5)	.98	-.11	.51**	1											
4 Sociale Steun van Collega's	3.94 (1-5)	.57	-.06	.25**	.21**	1										
5 Leeftijd	43.93	12.52	-.38**	-.11	-.08	-.29**	1									
6 Gezondheid	50.04 (12-60)	7.30	-.09	.33**	.12	.04	-.19**	1								
7 Werkvermogen	38.20 (7-49)	5.95	-.02	.38**	.20**	.07	-.24**	.76**	1							
8 Ik zie mezelf als een oudere werknemer	-	-	-.12	-.08	-.04	-.25**	.68**	.17*	-.22**	1						
9 Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer	-	-	-.15	-.10	-.09	-.33**	.57**	-.23**	-.20*	.72**	1					
10 Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vroeger met pensioen	-	-	.10	.42	-.12	-.12	.18	-.06	.09	.11	.15	1				
11 Samenwonend met Partner	-	-	.15*	.03	.05	.08	-.33**	.16*	.16	-.23**	-.25**	.08	1			
12 Kinderen	-	-	-.12	-.03	-.02	.03	.36**	-.06	-.02	.11	.05	.04	-.24**	1		
13 Zorgbehoevende Kinderen	-	-	.12	.07	.11	.09	-.19	.02	-.01	-.15*	-.12	-.05	.08	.32**	1	
14 Zorg voor Naasten	-	-	.05	-.13*	-.05	-.08	.13*	-.13	-.08	.12	.08	.10	.06	.01	-.04	1
Minder zwaar lichamelijk werk	3.89 (1-6)	1.47	.51**	-.06	-.06	.01	-.22**	-.17*	-.13	-.05	-.07	.12	.04	-.24**	.02	.04
Minder zwaar psychisch werk	3.26 (1-6)	1.40	.56**	-.10	-.09	.01	-.20**	-.07	.02	-.04	-.06	.06	.02	-.14*	.08	.03
Meer coachende en begeleidende taken	3.57 (1-6)	1.37	.56**	-.02	-.03	.09	-.28**	-.09	-.05	-.13	-.07	.07	.04	-.04	.13	.10
Meer coördinerende taken	3.50 (1-6)	1.33	.58**	-.02	.05	.13*	-.25**	-.02	.07	-.14*	-.07	.13	.09	.02	.11	.15*
Meer administratieve taken	2.92 (1-6)	1.40	.54**	.00	-.01	.08	-.19**	-.01	.07	-.02	.04	.20**	.00	-.06	.07	.03
Meer begeleiding voor de psychische aspecten	3.09 (1-6)	1.35	.62**	-.09	-.15*	.00	-.25**	-.03	-.03	-.12	-.07	.05	.12	-.11	.02	.12
Meer begeleiding voor de fysieke aspecten	3.53 (1-6)	1.36	.67**	-.11	-.06	.02	-.20**	-.18*	-.16*	-.04	-.01	.15*	.06	-.09	-.01	.19*
Meer stimulans om gezond te blijven	3.15(1-6)	1.38	.58**	-.05	-.07	.01	-.18**	-.04	-.03	-.04	-.03	-.02	.15*	-.01	.08	.05
Meer gesprekken over de gezondheid en belasting van werknemers	3.28 (1-6)	1.33	.60**	-.21**	-.16*	-.00	-.13	-.16*	-.11	.04	.08	.07	.10	-.14*	-.06	.16*
Meer aandacht voor de gezondheid en belasting	4.02 (1-6)	1.29	.58**	-.24**	-.22**	-.00	-.06	-.25**	-.17**	.05	.10	.21**	-.02	-.16*	.03	.08
Betere combinatie werk en privé	3.87 (1-6)	1.37	.50**	-.17**	-.12	-.00	-.05	-.02	-.15*	-.01	.05	.24**	.05	-.00	.16*	.06
Acceptabele werkdruk	4.72 (1-6)	1.17	.62**	-.27**	-.16*	.02	-.23**	-.19**	-.09	-.10	-.14*	.15	.05	-.17**	.04	.01

*p<.05 **<p.01

Vervolg Tabel 1

Correlaties, Gemiddelden en Standaarddeviaties

	Mean	S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Meer waardering en erkenning	4.17(1-6)	1.30	.53**	-.36**	-.31**	-.07	-.14*	-.12	-.13	-.11	-.07	-.01	.16*	-.04	.00	.04
Meer autonomie en verantwoordelijkheid	3.50 (1-6)	1.25	.60**	-.20**	-.09	-.06	-.17**	.05	.07	-.05	-.04	-.01	.19**	-.02	.10	.06
Minder onregelmatige diensten	3.88 (1-6)	1.85	.58**	.02	.06	.05	-.28**	.10	.09	-.13*	-.17*	.10	.12	-.06	.16*	-.07
Minder of geen avond- en nachtdiensten	3.84 (1-6)	1.92	.56**	-.05	.08	.05	-.24**	.09	.07	-.11	-.14*	.13	.10	-.02	.19**	-.02
Minder of geen weekenddiensten	2.88 (1-6)	1.64	.53**	-.01	.05	.06	-.29**	.03	.11	-.12	-.06	.06	.10	-.08	.09	-.04
Minder uren per week werken	3.56 (1-6)	1.49	.50**	-.08	-.04	.01	-.03	-.07	-.08	.08	.07	.11	.05	-.18**	.05	.02
Meer inspraak in het werkschema	3.95 (1-6)	1.36	.55**	-.16*	-.07	-.05	-.07	-.10	-.09	.08	.04	.21**	-.02	-.12	.09	.18**
Meer zeggenschap in de besluitvorming en overleg binnen het team	3.54 (1-6)	1.18	.53**	-.23**	-.25**	-.08	-.08	-.10	-.04	-.07	.04	.10	-.10	.08	.03	.03
Een goede sfeer in het team	4.76 (1-6)	1.18	.52**	-.05	-.09	-.06	-.21**	.00	.03	-.15*	-.16	.12	.09	-.07	.06	-.07
Als overleg met leidinggevende goed is	4.50 (1-6)	1.16	.52**	-.09	-.05	-.04	-.15*	-.01	.05	-.15*	-.12	.08	.13*	-.06	.09	-.01
Ontwikkelingsmogelijkheden	4.08 (1-6)	1.36	.63**	-.07	-.01	.03	-.36**	.13	.15*	-.31**	-.23**	.04	.14*	-.03	.16*	-.01
Loopbaanbegeleiding	3.78 (1-6)	1.41	.66**	-.11	.03	.07	-.28**	.04	.03	-.26**	-.22**	-.01	.11	-.04	.11	.04
De keuze om te veranderen van afdeling	2.99 (1-6)	1.49	.51**	-.15*	-.07	.05	-.37**	-.02	.01	-.25**	-.21**	-.02	.09	-.15*	.07	.08
Overstappen naar een lagere functie	2.64 (1-6)	1.47	.50**	-.05	.10	.11	-.40**	-.01	.07	-.29**	-.25**	-.03	.17*	-.18**	.09	-.02
Scholing en training	3.71 (1-6)	1.34	.59**	-.07	-.04	.11	-.35**	.02	.09	-.32**	-.24**	.01	.01	.05	.14*	.10
Doorgroeimogelijkheden	3.64 (1-6)	1.51	.59**	-.03	.02	.18*	-.47**	.08	.11	-.38**	-.31**	.01	.08	-.03	.15*	.03
Hoger salaris	4.21 (1-6)	1.39	.43**	-.13*	.05	.04	-.28**	.06	.10	-.18**	-.15*	.19*	.07	.05	.06	-.02
Onveranderd blijven doorwerken	3.25 (1-6)	1.34	.05	.06	-.00	-.01	.15*	.05	.08	.13	.17*	.06	-.09	.08	.01	.07

*p<.05 **p<.01

4.2 Het effect van de persoonlijke factoren op gewenste arbeidscondities

De tweede deelvraag is: 'Wat is het effect van persoonlijke factoren op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat de gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken?'. Deze vraag wordt zowel op item- als op schaalniveau beantwoord.

In Tabel 1 zijn de correlaties weergegeven van de persoonlijke factoren samen met de schaal en items van gewenste arbeidscondities. De persoonlijke factoren 'chronologische leeftijd' ($r=-.38$, $p<.01$) en de burgerlijke staat 'samenwonend met partner' ($r=.15$, $p<.05$) correleren met de schaal 'gewenste arbeidscondities'. De vier overige persoonlijke factoren, namelijk de 'functionele-, psychosociale- en organisatorische leeftijd' en 'werkvermogen', correleren niet met de schaal gewenste arbeidscondities. Dit betekent dat bij een toename of afname van deze vier persoonlijke factoren de verpleegkundige niet het idee heeft dat de arbeidscondities tezamen langer doorwerken mogelijk maken of bemoeilijken. De persoonlijke factoren correleren wel met één of meerdere van de items van gewenste arbeidscondities.

Overigens niet alle persoonlijke factoren zijn weergegeven in Tabel 1, omdat deze noch met de schaal, noch met de items van gewenste arbeidscondities samenhangen. De resultaten van deze correlaties zijn te vinden in bijlage 4.

Vervolgens is er een multi-pele regressie uitgevoerd (Tabel 2). In het eerste model zijn enkel de persoonlijke factoren toegevoegd. Dit model is significant ($p<.05$) en heeft een verklaarde variantie van 33%. Het tweede model, waarbij de achtergrondvariabelen zijn toegevoegd, is niet significant en heeft dus weinig verklarende kracht. Verderop is in Tabel 3 te zien dat de werkgerelateerde factoren een suppressor zijn voor persoonlijke factoren, waardoor het effect van de persoonlijke factoren op de gewenste arbeidscondities wordt onderdrukt.

Uit de regressieanalyse blijkt dat er twee persoonlijke factoren voorspellend zijn voor de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat de gewenste arbeidscondities langer doorwerken mogelijk maken. De eerste is de chronologische leeftijd ($\beta=-.59$, $p<.01$). Dit betekent dat wanneer de leeftijd stijgt de verpleegkundige het idee heeft dat de gewenste arbeidscondities minder bijdragen aan langer doorwerken. De tweede voorspeller is het hebben van zorgbehoevende kinderen ($\beta=.27$, $p<.05$). Verpleegkundigen die zorgtaken hebben voor kinderen denken dat de gewenste arbeidscondities in sterkere mate langer doorwerken mogelijk maken.

Tabel 2
Regressieanalyse met de persoonlijke factoren

	B	SE B	β	F	R ²
Model 1				2.039	.330
Leeftijd	-.04	.01	-.59**		
Gezondheid	-.00	.02	-.01		
Werkvermogen	.01	.02	.10		
Getrouwd	.22	.28	.15		
Samenwonend	.30	.28	.18		
Gescheiden	.45	.49	.14		
Weduwe	1.27	.78	.20		
Kinderen	-.14	.24	-.10		
Zorgbehoevende kinderen	.55	.26	.27*		
Zorg voor naasten	.22	.22	.11		
Ik zie mezelf als een oudere werknemer	.32	.37	.21		
Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer	.23	.36	.14		
Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers	.32	.19	.22		
Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen	.07	.17	.05		
Model 2				1.574	.344
Leeftijd	-.04	.01	-.63**		
Gezondheid	-.00	.02	-.02		
Werkvermogen	.02	.02	.12		
Getrouwd	.17	.30	.11		
Samenwonend	.29	.30	.17		
Gescheiden	.48	.52	.15		
Weduwe	1.18	.82	.19		
Kinderen	-.09	.27	-.06		
Zorgbehoevende kinderen	.57	.28	.27*		
Zorg voor naasten	.24	.23	.13		
Ik zie mezelf als een oudere werknemer	.38	.39	.24		
Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer	.23	.38	.14		
Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers	.35	.20	.23		
Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen	.08	.18	.05		
Geslacht***	-.03	.26	-.02		
Onregelmatige diensten	-.15	.25	-.08		
Vast contract	-.25	.35	-.09		
Fulltime	.02	.20	.01		

*p<.05 **p<0.1 *** Geslacht 0=man 1=vrouw N=73

Tot slot is er een multiële regressie uitgevoerd waarin het effect van zowel de persoonlijke als de werkgerelateerde factoren op de gewenste arbeidscondities is getoetst (Tabel 3). Het eerste model, bestaande uit persoonlijke en werkgerelateerde factoren, is significant ($p<.01$) en heeft een verklaarde variantie van 55%. Het tweede model, waarin ook de achtergrondvariabelen zijn meegenomen, is significant ($p<.01$) en heeft een verklaarde variantie van 56,1%. Uit deze regressieanalyse blijkt dat, naast de chronologische leeftijd ($\beta=-.64$, $p<.01$) en het hebben van zorgbehoevende kinderen ($\beta=.44$, $p<.01$), ook 'ik zie mezelf als oudere werknemer' ($\beta=.51$, $p<.05$) een voorspeller is voor de mate waarin een verpleegkundige het idee heeft dat de gewenste arbeidscondities langer doorwerken

mogelijk maakt. Een verpleegkundige die zichzelf als oud ziet heeft het idee dat de gewenste arbeidscondities langer doorwerken beter mogelijk maakt.

Tabel 3
Regressie met de persoonlijke en werkgerelateerde factoren

	B	SE B	β	F	R ²
Model 1				3.803	.550
Baantevredenheid	-.59	.15	-.49**		
Sociale steun van leidinggevende	-.06	.09	-.08		
Sociale steun van collega's	-.17	.14	-.12		
Leeftijd	-.04	.01	-.63**		
Gezondheid	.01	.02	.12		
Werkvermogen	.03	.02	.22		
Getrouwd	.25	.25	.16		
Samenwonend	.11	.25	.07		
Gescheiden	1.05	.52	.28*		
Weduwe	1.34	.68	.21		
Kinderen	-.33	.21	-.22		
Zorgbehoevende kinderen	.85	.24	.41**		
Zorg voor naasten	.07	.20	.04		
Ik zie mezelf als een oudere werknemer	.81	.38	.51**		
Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer	-.14	.36	-.09		
Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers	.23	.17	.15		
Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen	-.02	.16	-.01		
Model 2				2.985	.561
Baantevredenheid	-.57	.16	-.47**		
Sociale steun van leidinggevende	-.08	.1	-.11		
Sociale steun van collega's	-.16	.15	-.12		
Leeftijd	-.04	.01	-.64**		
Gezondheid	.01	.02	.08		
Werkvermogen	.03	.02	.24		
Getrouwd	.19	.27	.13		
Samenwonend	.08	.26	.05		
Gescheiden	1.01	.54	.27		
Weduwe	1.33	.72	.21		
Kinderen	-.29	.23	-.19		
Zorgbehoevende kinderen	.91	.27	.44**		
Zorg voor naasten	.08	.21	.04		
Ik zie mezelf als een oudere werknemer	.81	.39	.51*		
Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer	-.13	.37	-.08		
Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers	.26	.18	.17		
Op mijn afdeling gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen	-.02	.17	-.01		
Geslacht	-.08	.23	-.04		
Onregelmatige diensten	-.02	.23	-.01		
Vast contract	-.32	.33	-.10		
Fulltime	.07	.18	.04		

*p<.05 **p<.01 ***Geslacht 0=man 1=vrouw N=71

De burgerlijke staat 'gescheiden' is in model 1 een voorspeller en in model 2 niet meer (Tabel 3). Dit betekent dat er niet met voldoende zekerheid gesteld kan worden dat de nulhypothese (burgerlijke staat 'gescheiden' geen effect heeft op de gewenste

arbeidscondities) verworpen kan worden. Er kan echter ook niet aangenomen worden dat burgerlijke staat 'gescheiden' wel een effect heeft op gewenste arbeidscondities.

Samenvattend kunnen wij zeggen dat de persoonlijke factoren een effect hebben op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities langer doorwerken mogelijk maken. Hierdoor kan de eerste hypothese aangenomen worden.

4.3 Het effect van werkgerelateerde factoren op gewenste arbeidscondities

De derde onderzochte deelvraag is: 'Wat is het effect van werkgerelateerde factoren op de mate waarin de verpleegkundigen het idee hebben dat de gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken?'

Zoals te zien is in Tabel 1 correleert alleen baantevredenheid met de schaal van de gewenste arbeidscondities ($r=-.23$, $p<.01$). De overige twee werkgerelateerde factoren, namelijk sociale steun van de leidinggevende en sociale steun van collega's, hangen niet samen met de schaal van de gewenste arbeidscondities. Deze twee factoren hangen echter wel samen met één of meerdere items van gewenste arbeidscondities.

Om de derde deelvraag te kunnen beantwoorden is eveneens een multiële regressie uitgevoerd (Tabel 4). Het eerste model, bestaande uit werkgerelateerde factoren, is significant ($p<.01$) en heeft een verklaarde variantie van 8,6%. Het tweede model, waarin de achtergrondvariabelen zijn toegevoegd, is eveneens significant ($p<.01$) en heeft een verklaarde variantie van 12,1%. De resultaten van deze regressieanalyse zijn te vinden in Tabel 4. In beide modellen is baantevredenheid een voorspeller voor de afhankelijke variabele ($\beta=-.28$, $p<.01$). Dit betekent dat een toename in baantevredenheid er voor zorgt dat de verpleegkundige het idee heeft dat gewenste arbeidscondities minder bijdragen aan langer doorwerken. In het eerste model is de sociale steun van collega's een voorspeller ($\beta=.15$, $p<.05$). In model 2 is deze variabele niet meer significant. Dit betekent dat er niet met voldoende zekerheid gesteld kan worden dat de nulhypothese (sociale steun van collega's heeft geen effect op gewenste arbeidscondities) verworpen moet worden. Er kan echter ook niet met voldoende zekerheid gesteld worden dat sociale steun van collega's wel een effect heeft op gewenste arbeidscondities.

De achtergrondvariabele geslacht blijkt een voorspeller te zijn voor de gewenste arbeidscondities ($\beta=.16$, $p<.05$). Dit betekent dat vrouwelijke verpleegkundigen het idee

hebben dat gewenste arbeidscondities in sterkere mate bijdragen aan langer doorwerken, dan hun mannelijke collega's.

Tabel 4
Regressieanalyse werkgerelateerde factoren

	B	SE B	β	F	R ²
Model 1				4.400	.068
Baantevredenheid	-.33	.11	-.26**		
Sociale steun van leidinggevende	.01	.07	.02		
Sociale steun van collega's	.22	.11	.15*		
Model 2				3.517	.121
Baantevredenheid	-.36	.11	-.28**		
Sociale steun van leidinggevende	.05	.07	.06		
Sociale steun van collega's	.16	.11	.11		
Geslacht***	.31	.15	.16*		
Onregelmatige diensten	.16	.13	.09		
Vast contract	-.39	.23	-.12		
Fulltime	.15	.11	.10		

*p<.05 **p<0.1 ***Geslacht 0=man 1=vrouw N=182

Uit de multipele regressie, waar zowel het effect van de persoonlijke als werkgerelateerde factoren op gewenste arbeidscondities is getoetst (Tabel 3), is alleen baantevredenheid van de werkgerelateerde factoren een voorspeller voor de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities langer doorwerken mogelijk maken ($\beta=-.47$, $p<.01$).

Samenvattend kunnen wij zeggen dat uit de regressieanalyses blijkt dat, van de werkgerelateerde factoren, alleen voor baantevredenheid met voldoende zekerheid gesteld kan worden dat het een voorspeller is voor de mate waarin de verpleegkundige denkt dat de gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken. De tweede hypothese, werkgerelateerde factoren hebben een effect op de mate waarin verpleegkundigen het idee hebben dat gewenste arbeidscondities kunnen bijdragen aan langer doorwerken, kan worden aangenomen.

5 Conclusie en discussie

De verpleegkundige beroepsgroep kampt met problemen, aangezien het overgrote deel de werkdruk als te hoog ervaart (90%) en een aanzienlijk deel het beroep wilt verlaten (40%) (Abvakabo FNV, 2014). Tevens hebben veel verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis het idee dat het beroep niet vol te houden is tot aan het pensioen (86%) (de Veer & Francke, 2011). Deze problemen kunnen worden vergroot door de veranderingen binnen het beroep van de verpleegkundigen. De verpleegkundige krijgt meer verantwoordelijkheden en dienen complexere handelingen te verrichten (Lambregts & Grotendorst, 2012; Wigersma, 2014). Daarnaast vergrijst deze beroepsgroep sneller en gaan oudere verpleegkundigen vaker vervroegd met pensioen in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse beroepsbevolking (Gezondheid en zorg, 2011). Het is dan ook niet vreemd dat door deze veranderingen nieuwe behoeftes ontstaan waardoor het werk van de verpleegkundige minder zwaar wordt en beter vol te houden is. Dit mechanisme is onderbouwd door middel van de theorie van het psychologisch contract (Coyle-Shapiro & Kessler, 2002). Het psychologisch contract is de relatie tussen de verpleegkundige en de werkgever, die de arbeidscondities faciliteert. Door veranderingen, in het beroep of de privéomstandigheden, ontstaan er nieuwe verwachtingen ten opzichte van beschikbare arbeidscondities. Deze gewenste arbeidscondities weerspiegelen vanuit dit perspectief de mate van het verlangen van de verpleegkundige om een waardevollere compensatie van de werkgever te ontvangen waardoor langer doorwerken beter mogelijk gemaakt wordt. De onderzoeksvraag die in dit onderzoek beantwoord is luidt als volgt:

‘Wat zijn de gewenste arbeidscondities, van verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis, die langer doorwerken mogelijk maken en hoe verhouden persoonlijke en werkgerelateerde factoren zich tot deze arbeidscondities?’

Uit dit onderzoek komt naar voren dat volgens de verpleegkundigen de volgende arbeidscondities de grootste bijdragen leveren aan langer doorwerken: een goede sfeer in het team, acceptabele werkdruk en een goed overleg met de leidinggevende. Alle gewenste arbeidscondities zorgen er volgens de verpleegkundigen voor dat het werk beter vol te houden is. De verschillende arbeidscondities dragen echter niet allemaal even veel bij. Met dit onderzoek is aangetoond dat zowel persoonlijke als werkgerelateerde factoren effect hebben op de mate waarin verpleegkundigen denken dat gewenste arbeidscondities

bijdragen aan langer doorwerken. Het hebben van zorgbehoevende kinderen (levenscyclusleeftijd) of jezelf zien als een oudere werknemer (psychosociale leeftijd) versterkt de mate waarin men denkt dat de gewenste arbeidscondities langer doorwerken mogelijk maken. Een hogere chronologische leeftijd of een hogere baantevredenheid vermindert de mate waarin een verpleegkundige het idee heeft dat de gewenste arbeidscondities bijdragen aan langer doorwerken.

Voor bepaalde factoren geldt dat zij wel samenhangen met één of meerdere items van gewenste arbeidscondities, maar geen effect hebben op de schaal gewenste arbeidscondities.

De factoren die geen effect hebben op de schaal gewenste arbeidscondities zijn: gezondheid (functionele leeftijd), werkvermogen, organisatorische leeftijd, sociale steun van collega's en sociale steun van de leidinggevende.

Op basis van de theorie van het psychologisch contract (ibid.) werd verwacht dat de organisatorische leeftijd, een verslechtering in de gezondheid of een laag werkvermogen ertoe zouden leiden dat verpleegkundigen een verandering wensten in de huidig beschikbare arbeidscondities (Kooij et al., 2008). Dit is niet teruggevonden in dit onderzoek. Een mogelijke verklaring waarom dit effect uitblijft is dat de verpleegkundigen al over voldoende mogelijkheden beschikken om (tijdelijk) vervangend werk te krijgen. Tevens zijn de verlichtende maatregelen, zoals na een bepaalde leeftijd geen onregelmatige diensten meer draaien, momenteel nog beschikbaar (van Echtelt, Vlasblom & de Voogd-Hamelink, 2014; de Krom, 2012). Er zijn dus (nog) geen behoeften aan nieuwe arbeidscondities. Daarnaast zijn de vragen waaruit werkvermogen en gezondheid bestaan vaak niet volledig ingevuld zijn, waardoor van slechts 29,4% van de respondenten deze factoren berekend kon worden. Door de lage respons is het mogelijk dat bepaalde groepen over- of ondervertegenwoordigd zijn, waardoor de resultaten vertekenen en er wellicht ten onrechte geen effect gemeten wordt.

Op basis van de literatuur zou een lage sociale steun van collega's en leidinggevendens ertoe leiden dat verpleegkundigen andere arbeidscondities zouden wensen, maar dat wordt in dit onderzoek niet bevestigd (van der Heijden & Kuemmerling, 2003). In dit onderzoek is niet getracht een objectieve maat voor sociale steun te hanteren. De verpleegkundige is gevraagd naar zijn of haar beleving. Hierdoor is het mogelijk dat verpleegkundige objectief gesproken een gemiddelde maat van sociale steun ontvangen, terwijl dit door weinigen als

zodanig wordt ervaren. In vervolgonderzoek kan door het vragen naar het sociale netwerk van de verpleegkundige inzichtelijk gemaakt worden van wie en hoe vaak de verpleegkundige sociale steun ontvangt. Deze gegevens kunnen vervolgens gerelateerd worden aan de gewenste arbeidscondities.

Aangezien de respondenten werkzaam zijn in hetzelfde academisch ziekenhuis, kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar verpleegkundigen die werkzaam zijn in andere (academische) ziekenhuizen. Het is interessant om dit onderzoek in meerdere algemene en academische ziekenhuizen uit te voeren. Op die manier kan worden onderzocht of de gewenste arbeidscondities gelden voor alle verpleegkundigen die werkzaam zijn in deze sector of dat het per ziekenhuis verschilt en dus contextafhankelijk is.

Voor vervolgonderzoek zou het eveneens interessant zijn om dit onderwerp met een kwalitatieve methode te benaderen, omdat hierdoor inzichtelijk gemaakt kan worden waarom een arbeidsconditie voor een verpleegkundige zo belangrijk is. Een kwalitatieve methode kan ook onderzoeken of verpleegkundigen nog andere arbeidscondities behoeven, naast diegene die in dit onderzoek getoetst zijn. De getoetste arbeidscondities zijn nu alleen op wetenschappelijke literatuur gebaseerd.

In dit onderzoek is er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten, waardoor met zekerheid te stellen is dat de juiste concepten gemeten zijn en de replicerbaarheid hoog is. Ook wordt de hele populatie benaderd waardoor de mogelijke bias die bij het trekken van een steekproef kan ontstaan, zoals onder- of oververtegenwoordiging van bepaalde groepen, geen rol speelt.

Uit dit onderzoek blijkt dat hoe jonger de verpleegkundigen is hoe meer gewenste arbeidscondities er zijn. Momenteel is zowel in de wetenschap als in de praktijk relatief weinig aandacht voor deze groep. Door meer onderzoek te doen naar wat de jonge verpleegkundigen willen en nodig hebben om het beroep langer vol te houden, kan er voor deze groep gericht beleid ontwikkeld worden. Waardoor de instroom van jongeren stijgt en de uitstroom terugloopt.

De groep verpleegkundigen is niet homogeen en vraagt daarom om diversiteitsbeleid. Om zo effectief mogelijk beleid te ontwikkelen en te implementeren is het verstandig als het academisch ziekenhuis zich richt op de gewenste arbeidscondities die volgens de verpleegkundigen de grootste bijdragen leveren aan langer doorwerken. Hiermee kan de organisatie aan de wensen van de verpleegkundigen voldoen waarmee zij de waarde

van het psychologisch contract voor de verpleegkundige vergroot. Dit draagt bij aan een verminderde uitstroom.

Literatuurlijst

- Abvakabo FNV (2014). Verpleegkundigen besteden slechts helft van de tijd aan zorgtaken. Verkregen op 27 juni 2015 van:
http://sites.abvakabofnv.nl/uploads/erasmusmc/persbericht_12_mei_2014_ziekenhuizen_-2.pdf
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology, 22*(3), 309-328.
- Blank, J. L. T., & Wats, M. G. (2009). Aanbod ziekenhuiszorg in 2020. *Tijdschrift voor Openbare Financiën, 41*(3), 141-157.
- Blokstra, A., Verschuren, W. M. M., Baan, C. A., Boshuizen, H. C., Feenstra, T. L., Hoogenveen, R. T., Picavet, H. S. J., Smit, H. A. & Wijga, A. H. (2007). Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025.
- de Boer, A., de Klerk, M., & Merens, A. (2015). *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon) ouders*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Botterweck, A., Frenken, F., Janssen, S., Rozendaal, L., de Vree, M., & Otten, F. (2001). Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001. *Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- Brouwer, S., De Lang, A., Van der Meij, S., Wessels, M., Koolhaas, W., Bültmann, U., Van der Heijden, B. I. J. M., & Van der Klink, J. (2012). *Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken. Overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit verschillende perspectieven*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford university press.
- Camerino, D., Conway, P. M., Estry-Béhar, M., Costa, G., & Hasselhorn, H. M. (2008). Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(11), 1645-1659.
- Coyle-Shapiro, J. A. M., & Kessler, I. (2002). Exploring reciprocity through the lens of the psychological contract: Employee and employer perspectives. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11*(1), 69-86.
- Van Echtelt, P. E., Vlasblom, J. D., & de Voogd-Hamelink, A. M. (2014). *Vraag naar arbeid 2013*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Estry-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Fry, C., & Hasselhorn, H. M. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing research, 59*(3), 166-177.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications (3rd ed.).
- Flynn, M. (2010). Who would delay retirement? Typologies of older workers. *Personnel review, 39*(3), 308-324.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L. & Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of clinical epidemiology, 51*(11), 1171-1178.
- Gezondheid en zorg in cijfers: 2011 (2011). Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gezondheid en zorg in cijfers 2012 (2012). Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gobeski, K. T., & Beehr, T. A. (2009). How retirees work: Predictors of different types of bridge employment. *Journal of Organizational Behavior, 30*(3), 401-425.
- Hasselhorn, H. M. et al. (2005). *NEXT Scientific Report*. Wuppertal: University of Wuppertal. *Working life research in Europe, National Institute for Working Life, Stockholm*, pp. 9-18.
- Van der Heijden, B. I. J. M. & Kuemmerling, A. (2003). Social environment and nurses' commitment. In: Hasselhorn et al., (Red), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, pp. 46- 52. Wuppertal: University of Wuppertal.
- Hellenthal, A. (2012). Verpleegkundigen aan het werk¹). In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2011*, pp. 55-64. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Ilmarinen, J., & Rantanen, J. (1999). Promotion of work ability during ageing. *American Journal of Industrial Medicine, 36*(S1), 21-23.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian journal of work, environment & health, 49*-57.
- Kooij, D.T., Dijkers, J., Jansen, P. G., & van den Broek, J. (2013a). Human Resource beleid, duurzame inzetbaarheid en oudere werknemers.
- Kooij, D. T., Guest, D. E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P. G., & Dijkers, J. S. (2013b). How the impact of HR practices on employee well-being and performance changes with

- age. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 18-35.
- Kooij, D.T., de Lange, A., Jansen, P.G., & Dikkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age: A conceptual review. *Journal of managerial psychology*, 23(4), 364-394.
- Koolhaas, W., van der Klink, J. J., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Towards a sustainable healthy working life: associations between chronological age, functional age and work outcomes. *The European Journal of Public Health*, ckr035.
- de Krom, P. (2012). Brief aan de Tweede Kamer over het septemberpakket pensioenen. Verkregen op 11 juni 2015 van:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/09/24/brief-aan-de-tweede-kamer-over-het-septemberpakket-pensioenen.html>
- Kuipers, H., Amelsvoort, P. V., & Kramer, E. (2010). Het nieuwe organiseren. *Leuven: Acco*.
- Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Lange, A. H., Schalk, R., & van der Heijden, B. I. J. M. (2013). Ouder worden en duurzame inzetbaarheid op het werk. In: Schaufeli & Bakker (red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid*, pp. 381-398. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Marcelissen, F., & Weel, A. (2013). De Workability Index: hét screeningsinstrument voor het risico op arbeidsongeschiktheid en zorgconsumptie?. *TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 21(8), 368-370.
- McCarthy, J., Heraty, N., Cross, C., & Cleveland, J. N. (2014). Who is considered an 'older worker'? Extending our conceptualisation of 'older' from an organisational decision maker perspective. *Human Resource Management Journal*, 24(4), 374-393.
- Moseley, A., Jeffers, L., & Paterson, J. (2008). The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse*, 30(1), 46-56.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Geraadpleegd op 9 maart 2015 van
<http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Neuman, W. L. (2012) *Understanding Research*. Boston: Pearson.

- Polat, T., Bal, P. M., & Jansen, P. G. (2012). Hoe willen werknemers na hun pensioen blijven werken?. *Gedrag en Organisatie*, 25(1), 66.
- Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 210-216.
- Van der Schoot, E., & van der Heijden, B. I. J. M. (2003). Intent to leave nursing in the Netherlands. In: Hasselhorn et al., (Red), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, pp. 193- 202. Wuppertal: University of Wuppertal.
- Sterns, H. L., & Doverspike, D. (1989). Aging and the training and learning process.
- de Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2011). Tot je pensioen werken in de zorg? Wensen van werknemers in de verpleging en verzorging ten aanzien van ouderenbeleid van werkgevers.
- Versnelling stapsgewijze verhoging AOW-leeftijd. (n.d.). Verkregen op 11 juni 2015 van: http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34083_versnelling_stapsgewijze/
- Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36(1), 172-206.
- van Wanrooy, B., Bewley, H., Bryson, A., Forth, J., Freeth, S., Stokes, L., & Wood, S. (2013). *The 2011 workplace employment relations study: first findings*. London: Department for Business, Innovation & Skills.
- Wigersma, L. (2014). Medische opleidingen en beroepsuitoefening in verleden en heden. In *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 257-264). Bohn Stafleu van Loghum.
- Zhan, Y., & Wang, M. (2015). Bridge Employment: Conceptualizations and New Directions for Future Research. In *Aging Workers and the Employee-Employer Relationship* (pp. 203-220). Springer International Publishing.

Bijlage

Bijlage1: Uitnodigingsmail

Geachte [naam ziekenhuis]-verpleegkundige of verzorgende,

Medewerkers in de directe zorgverlening aan patiënten stoppen vaak relatief vroeg met werken. In de toekomst dreigt een tekort aan verplegend en verzorgend personeel. Voor het [naam ziekenhuis] is het daarom belangrijk om te achterhalen wat er voor nodig is om verpleegkundigen en verzorgenden in staat te stellen langer door te kunnen en willen werken, zodat zij langer met plezier en in goede gezondheid hun beroep kunnen blijven uitoefenen. Om die redenen wordt in gezamenlijke opdracht van de ARBO-groep en HR dit onderzoek voor het [naam ziekenhuis] uitgevoerd, met instemming van de OR en de verpleegkundig bestuurders.

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan dit onderzoek naar uw wensen met betrekking tot langer doorwerken. Dit onderzoek wordt in eerste instantie gebruikt voor een masterscriptie waarin onderzocht wordt welke behoeften er heersen onder verpleegkundigen en verzorgenden ten aanzien van werken tot aan het pensioen.

Deelname aan het onderzoek houdt in dat u één vragenlijst invult. Dit kost u ongeveer 7 minuten. U vult de vragenlijst anoniem in, waardoor de antwoorden niet te herleiden zijn naar individuele personen. Noch de onderzoeker, noch het [naam ziekenhuis] kan de identiteit van diegenen die de vragenlijst invullen achterhalen. De vragenlijst is te openen door te klikken op de onderstaande link:

[Link naar vragenlijst]

Mocht u vragen hebben over de vragenlijst of het onderzoek, dan kunt u mailen naar [eigen emailadres].

Wij danken u bij voorbaat hartelijk voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Ilona Reijerse

Masterstudent Arbeid, Zorg en Welzijn aan de Universiteit Utrecht

Bijlage 2 Informed consent

Beste [naam ziekenhuis]-verpleegkundige/verzorgende,

Deze vragenlijst heeft als doel om meer inzicht te krijgen in wat er nodig is om de (huidige en toekomstige) verpleegkundigen en verzorgenden langer met plezier en in goede gezondheid hun beroep te kunnen laten uitoefenen.

De vragenlijst wordt anoniem ingevuld, waardoor de antwoorden niet te herleiden zijn naar een individu. *Uw identiteit is voor niemand te achterhalen, noch voor de onderzoeker, noch voor de ARBO-groep, noch voor het [naam ziekenhuis].*

De gegevens worden gebruikt voor een masterscriptie, waarin de algemene behoeften die er heersen onder verpleegkundigen en verzorgenden ten aanzien van werken tot aan het pensioen wordt onderzocht. Daarnaast kunnen de resultaten gebruikt worden voor toekomstig onderzoek en voor verbetering van het aanbod en de ondersteuning van het [naam ziekenhuis] op het gebied van langer doorwerken. De vragenlijstresultaten zijn en blijven eigendom van de ARBO-groep, waar de gegevens in overeenstemming met de privacy wetgeving bewaard worden.

Meedoen aan het onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt op ieder moment beslissen om uw deelname aan het onderzoek te stoppen. Daarvoor hoeft u geen reden te geven en dit heeft voor u ook geen nadelige gevolgen.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 7 minuten. Er bestaan geen goed of fout ingevulde vragen. De vragenlijst kan ieder moment onderbroken worden en op een later moment verder ingevuld worden.

[Vinkje] Ik heb de uitleg over het onderzoek gelezen en begrijp wat mijn deelname aan het onderzoek betekent. Ik geef hierbij mijn toestemming om aan dit onderzoek deel te nemen.

Bijlage 3 Meetinstrumenten

Gewenste werkcondities

Geef voor elk van de onderstaande punten aan in welke mate ze er voor kunnen zorgen dat u langer kan blijven werken. (1=helemaal niet, 6= in zeer sterke mate)

- 1.1 Minder lichamelijk zwaar werk
- 1.2 Minder psychisch zwaar werk
- 1.3 Meer coachende en begeleidende taken (bv. mentor zijn)
- 1.4 Meer coördinerende taken
- 1.5 Meer administratieve taken
- 1.6 Meer begeleiding/ondersteuning voor de psychische aspecten
- 1.7 Meer begeleiding/ondersteuning voor de fysieke aspecten
- 1.8 Meer stimulatie om gezond te blijven
- 1.9 Meer gesprekken met de werknemers over de gezondheid en belasting
- 1.10 Meer aandacht voor de gezondheid en belasting van de werknemers
- 1.11 Betere combinatie van werk en privé
- 1.12 Acceptabele werkdruk
- 1.13 Meer waardering en erkenning
- 1.14 Meer autonomie en verantwoordelijkheid
- 1.15 Minder onregelmatige diensten
- 1.16 Minder of geen nacht- en avonddiensten
- 1.17 Minder of geen weekenddiensten
- 1.18 Minder uren werken per week
- 1.19 Meer inspraak in het werkschema
- 1.20 Meer zeggenschap in de besluitvorming en overleg binnen het team
- 1.21 Een goede sfeer in het team
- 1.22 Overleg met de direct leidinggevende goed is
- 1.23 Ontwikkelingsmogelijkheden
- 1.24 Loopbaanbegeleiding
- 1.25 De keuze om te veranderen van afdeling
- 1.26 Mogelijkheid om naar een andere (lagere) functie te gaan
- 1.27 Scholing en training
- 1.28 Doorgroeimogelijkheden
- 1.29 Hoger salaris
- 1.30 Onveranderd hetzelfde werk blijven doen

Werkvermogen

1. Als u aan uw werkvermogen in uw beste periode van uw leven 10 punten geeft, hoeveel punten zou u dan aan uw werkvermogen op dit moment toekennen? (0 = niet in staat te werken, 10=werkvermogen beste periode).
2. Hoe beoordeelt u uw werkvermogen op dit moment als u kijkt naar de lichamelijke eisen die het werk aan u stelt? (zeer goed – zeer slecht)
3. Hoe beoordeelt u uw werkvermogen op dit moment als u kijkt naar de geestelijke (psychische) eisen die het werk aan u stelt? (zeer goed – zeer slecht)
4. In de nu volgende vragen wordt u verzocht door iedere categorie aandoeningen aan te geven of u geen, 1, 2 of 3 verschillende aandoeningen heeft die tot deze categorie behoren.

Geef hierbij eerst het aantal aandoeningen aan zoals u dat zelf ervaart (eigen mening) en vervolgens het aantal aandoeningen dat ook daadwerkelijk is vastgesteld en/of behandeld door een arts.

Aantal aandoeningen ervaren gesteld door u zelf				Aantal aandoeningen vast en/of behandeld door een arts			
1	2	3	Geen	1	2	3	Geen

4.1 verwonding door ongeval

4.2 Aandoening aan het bewegingsapparaat (b.v.: van de rug, schouder, nek, voeten, handen, elleboog, armen, benen, knie etc.)

4.3 Hart- en vaataandoeningen (Hoge bloeddruk, hartinfarct, pijn op de borst bij inspanning, verminderde hartwerking etc.)

4.4 Aandoeningen aan de luchtwegen (b.v.: luchtweginfecties (keelonsteking, bronchitis etc.), astma, longemfyseem, keel- of voorhoofdsholteontsteking, tuberculose etc.)

4.5 Psychische aandoeningen (angstig, depressiviteit, gespannen, slapeloosheid etc.)

4.6 Psychische aandoeningen (angstig, depressiviteit, gespannen, slapeloosheid etc.)

4.7 Neurologische en zintuigaandoeningen (oogaandoeningen, gehoorstoornis, migraïne, zenuwpijn, epilepsie etc.)

4.8 Aandoeningen van de spijsverteringsorganen (galstenen, aandoening aan de darm, lever of alvleesklier etc.)

4.9 Aandoeningen van de urinewegen of geslachtsorgaan (ontstekingen van de blaas of urinewegen, geslachtsziekten etc.)

4.10 Huidaandoeningen (allergische huiduitslag of eczeem etc.)

4.11 Tumoren (goed- of kwaadaardig gezwellen of tumor (kanker))

4.12 Stofwisselingsziekten (diabetes, aanzienlijk overgewicht, aandoening aan schildklier etc.)

4.13 Aandoeningen van het bloed (bloedarmoede etc.)

4.14 Aangeboren ziekten

4.15 Overige aandoeningen of ziekten

5. Geven de ziekten, klachten of letsels die u heeft hinder in de uitoefening van uw beroep? (meerdere antwoorden mogelijk).

- Er is geen hinder/geen ziekte, klacht of letsel
- Ik kan mijn werk doen, maar dat veroorzaakt wel enkele klachten
- Ik moet soms langzamer werken of mijn manier van werken veranderen
- Ik moet vaak langzamer werken of mijn manier van werken veranderen
- Ik ben door mijn ziekte alleen in staat om parttime te werken
- Ik ben naar mijn mening in het geheel niet in staat om te werken

6. Hoeveel hele dagen heeft u in de afgelopen 12 maanden in totaal niet kunnen werken als gevolg van een gezondheidsprobleem (ziekte, opname of onderzoek)?

- 0 dagen
- 1-9 dagen
- 10-24 dagen
- 25-99 dagen
- 100-365 dagen

7. Denkt u, uitgaande van uw huidige gezondheidstoestand, dat u over twee jaar nog in staat bent (of zou zijn) uw huidige werk te kunnen uitvoeren? (zeer onwaarschijnlijk – misschien - zeer waarschijnlijk)
8. Heeft u de laatste tijd plezier in uw gewone dagelijkse bezigheden? (altijd – nooit)
9. Bent u de laatste tijd actief en fit? (altijd – nooit)
10. Heeft u de laatste tijd vertrouwen in de toekomst? (altijd – nooit)

Gezondheid: Short form-12

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen? (uitstekend – slecht)
2. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate? (ja, ernstig beperkt – ja, een beetje beperkt – nee, helemaal niet beperkt)
 - a) Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, stevig doorlopen, tuinieren of fietsen
 - b) Een paar trappen oplopen
3. Heeft u in de afgelopen 4 weken een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid? (Altijd – nooit)
 - a) U heeft minder bereikt dan u zou willen
 - b) U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden
4. Heeft u in de afgelopen 4 weken een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad ten gevolge van emotionele problemen (zoals depressieve gevoelens)? (Altijd – nooit)
 - a) U heeft minder bereikt dan u zou willen
 - b) U deed uw werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig als gewoonlijk
5. In welke mate bent u in de afgelopen 4 weken door pijn gehinderd in uw normale werk? (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk) (helemaal niet – heel erg veel)
6. Deze vragen gaan over hoe u zich voelt en hoe het met u ging in de afgelopen 4 weken. U kunt bij elke vraag het antwoord geven dat het best benadert hoe u zich de afgelopen 4 weken voelde. (Altijd – nooit)
 - a) Voelde u zich rustig en tevreden?
 - b) Had u veel energie?
 - c) Voelde u zich somber en neerslachtig?
7. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd bij uw sociale activiteiten (zoals vrienden of familie bezoeken, etc.)? (helemaal niet – heel erg veel)

Leeftijdsgerelateerde factoren

Chronologische leeftijd

1. Wat is uw leeftijd? ... Jaar

Psychosociale leeftijd

Ik zie mezelf als een oudere werknemer

Mijn collega's zien mij als een oudere werknemer

Organisatorische leeftijd

Op mijn afdelingen gaan werknemers, over het algemeen, vervroegd met pensioen.

Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers

Levenscyclus leeftijd

Wat is uw burgerlijke staat?

Heeft u kinderen?

Heeft u één of meerdere kinderen die zorgbehoevend zijn?

Heeft u zorgtaken, buiten de eventuele zorg voor uw kinderen, voor zorgbehoevenden naasten?

Sociale steun van collega's

1. Mijn collega's laten merken waardering te hebben voor de manier waarop ik mijn werk doe.
2. Als het nodig is helpen mijn collega's me met een bepaalde taak.
3. Mijn collega's hebben aandacht voor mijn gevoelens en problemen.
4. Ik voel mij gesteund door mijn collega's.

Sociale steun van leidinggevenden

1. Mijn leidinggevende laat merken waardering te hebben voor de manier waarop ik mijn werk doe.
2. Als het nodig is helpt mijn leidinggevende mij met een bepaalde taak.
3. Mijn leidinggevende heeft aandacht voor mijn gevoelens en problemen.
4. Ik voel mij gesteund door mijn collega's

Baantevredenheid

In hoeverre bent u tevreden met...

1. De voldoening die u haalt uit uw werk?
2. De mate waarin u zelf initiatief kunt nemen?
3. De invloed die u heeft over uw werk?
4. De training die u krijgt?
5. De mogelijkheid uw vaardigheden te ontwikkelen?
6. De hoogte van uw salaris?
7. Uw baan zekerheid?
8. Uw werk in het algemeen?

Bijlage 4 Correlaties van de overige persoonlijke factoren

Tabel 5
Correlaties van de overige persoonlijke factoren

	1	2	3	4	5
1 Op mijn afdeling werken relatief veel oudere werknemers	1	.12	-.03	.11	-.10
2 Getrouwd	.12	1	-.18**	-.09	-.49**
3 Gescheiden	-.03	-.18**	1	-.02	-.10
4 Weduwe of weduwnaar	.11	-.09	-.02	1	-.05
5 Ongehuwd	-.10	-.49**	-.10	-.05	1
Gewenste arbeidscondities	.03	-.10	-.05	.02	-.03
Minder zwaar lichamelijk werk	-.05	-.10	-.07	.07	.10
Minder zwaar psychisch werk	.03	-.02	-.10	-.05	.05
Meer coachende en begeleidende taken (bv. mentor zijn)	-.06	-.02	-.04	-.07	.00
Meer coördinerende taken	.07	-.03	-.03	-.04	-.04
Meer administratieve taken	.09	.00	-.07	.01	.03
Meer begeleiding / ondersteuning voor de psychische aspecten	-.01	-.07	-.05	-.04	-.02
Meer begeleiding / ondersteuning voor de fysieke aspecten	.00	-.02	-.08	-.00	.00
Meer stimulatie om gezond te blijven	.11	-.10	-.09	-.04	.01
Meer gesprekken met de werknemers over de gezondheid en belasting	.04	-.08	-.03	-.02	.01
Meer aandacht voor de gezondheid en belasting van de werknemers	.10	-.04	-.07	.11	.07
Betere combinatie van werk en privé	.09	-.01	-.09	.08	-.02
Acceptabele werkdruk	-.03	-.05	-.08	.02	.04
Meer waardering en erkenning	.10	-.06	-.02	.02	-.09
Meer autonomie en verantwoordelijkheid	.04	-.08	.03	-.07	-.10
Minder onregelmatige diensten	-.01	-.05	-.08	.03	-.04
Minder of geen nacht- en avonddiensten	.04	-.02	-.06	.01	-.06
Minder of geen weekenddiensten	.01	.04	-.13*	-.05	-.09
Minder uren werken per week	.07	-.07	-.03	-.03	.05
Meer inspraak in het werkschema	.07	-.04	.09	-.06	.04
Meer zeggenschap in de besluitvorming en overleg binnen het team	.03	.04	.12	.08	-.02
Een goede sfeer in het team	-.11	-.08	.02	.06	-.03
Het overleg met de direct leidinggevende goed is	-.02	-.05	.01	.04	-.09
Ontwikkelingsmogelijkheden	.01	-.01	.02	-.01	-.15*
Loopbaanbegeleiding	.09	-.06	.02	.02	-.06
De keuze om te veranderen van afdeling	-.12	-.07	-.06	.03	.01
Mogelijkheid om naar een andere (lagere) functie te gaan	.03	-.06	-.07	.12	-.10
Scholing en training	.06	.09	.01	-.01	-.12
Doorgroeimogelijkheden	.01	.06	-.06	-.01	-.13*
Hoger salaris	-.02	.09	-.11	.12	-.16*
Onveranderd hetzelfde werk blijven doen	-.05	.07	.08	.02	-.03

*p<.05 **p<.01