

Werken Werkrelaties als Buffer voor het Ziekteverzuim en de Ervaren Werkbelasting voor Zorgmedewerkers?



Afbeelding 1 (Opbloeien, 2021)

Thirsa Steijaert

Sociale wetenschappen, Universiteit Utrecht

Master: Sociology Contemporary Social Problems

Dr. Tali Spiegel

25 juni 2021

Tweede beoordelaar: Luuk Mandemakers

Totaal aantal woorden: 9298



Universiteit Utrecht



Dankwoord

Met veel trots presenteer ik mijn scriptie voor de Master Sociology: Contemporary Social Problems. Toen ik begon, na mijn HBO opleiding, aan de opleiding aan de Universiteit Utrecht zag ik erg op tegen het maken van de afstudeerscriptie. Ik had niet gedacht dat ik dit zelfstandig kon maken. Tijdens de afgelopen 2 jaar op de Universiteit heb ik zo ontzettend veel geleerd en dat is er allemaal uitgekomen tijdens het maken van deze scriptie. De begeleiding van Dr. Tali Spiegel heeft mij tijdens het schrijven van de scriptie erg geholpen om nog meer uit mijzelf te halen en mijn scriptie te blijven verbeteren. Super bedankt aan Dr. Tali Spiegel voor de fijne begeleiding. Daarnaast wil ik Hein van Gorp bedanken voor het begeleiden vanuit Careyn en het geven van de leuke onderzoeksopdracht. Ik wil ik mijn vriend bedanken voor de steun tijdens het werken aan de scriptie en als laatste wil ik mijn ouders bedanken voor het mogelijk maken van het studeren en dat ik aan jullie keukentafel mocht studeren tijdens de corona periode.

Veel leesplezier!

Thirsa Steijaert

24-6-2021

Abstract

De gezondheidszorg in Nederland kampt met een groot personeelstekort en een relatief hoog ziekteverzuim cijfer. Onderzoek naar voorspellers en mogelijke buffers voor ziekteverzuim is nodig voor een duurzame inzet van de zorgmedewerkers. Dit onderzoek kijkt als eerste naar de effecten van het functie type en de jaren in dienst op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting (emotioneel of fysiek), daarna naar de effecten van een hoge kwaliteit van de relatie met de directe collega's en de relatie met de manager op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting (emotioneel en fysiek). Als laatste kijkt dit onderzoek naar de mogelijkheid of de relatie met de directe collega's en de manager kan werken als buffer voor de positieve effecten van het functie type en de jaren in dienst. Om achter het antwoord te komen op de vragen is er een vragenlijst verspreid onder de zorgmedewerkers van Careyn. De uiteindelijke sample was 143 respondenten. Voor verschillende functie types is er een verschil gevonden in de ervaren fysieke werkbelasting, maar dit resultaat moet met veel voorzichtigheid worden behandeld door de kleine omvang van bepaalde functie types. Voor jaren in dienst is er een positieve relatie gevonden met het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting (emotioneel en fysiek). Dit betekent dat het ziekteverzuim meer wordt en de ervaren werkbelasting ook hoger. De relatie met de directe collega's verminderd de emotionele werkbelasting en werkt als buffer tegen de positieve effecten van jaren in dienst op de emotionele werkbelasting. De conclusie van dit onderzoek is dat het werken in de gezondheidszorg zijn tol eist van de zorgmedewerkers op den duur in de vorm van hoger ziekteverzuim en een hogere ervaren emotionele en fysieke werkbelasting.

Inhoudsopgave

Introductie	5
Theoretisch kader	8
Job Demands-Resources model	9
Functie	10
Jaren in dienst	11
Twee type werkrelaties	13
Methode	15
De vragenlijst	15
De afhankelijke variabelen	16
De onafhankelijke variabelen	16
De interactievariabelen	18
De controle variabelen	18
Statistische analyses	19
Resultaten	20
Ziekteverzuim	22
Ervaren werkbelasting	24
Conclusie en discussie	27
Beleidsadvies	32
Verwijzingen	34
Bijlage	38
De Syntax	38
De vragenlijst	48

Introductie

De gezondheidszorg sector is een cruciale sector voor de maatschappij. Op dit moment werken er zo'n 1,5 miljoen mensen in de zorg en welzijn sector. Dat is ruim 15 procent van alle werkenden in Nederland (van Wijk, 2020). Nog steeds kampen we in Nederland met een groot zorgpersoneel tekort en het personeelstekort blijft maar stijgen. De verwachting is dat er in 2022 in het ergste geval een tekort is aan 74.000 mensen (Smits, 2020). Daarnaast is ook hoog ziekteverzuim een probleem in de gezondheidszorg. Het ziekteverzuim in de gezondheidszorg sector was in 2020 gemiddeld 7,9 procent, dat is erg hoog vergeleken met andere sectoren zoals bijvoorbeeld de horeca (2,7 procent), de handel (3,8 procent) en het onderwijs (5,0 procent) (Centraal Bureau van de Statistiek, 2020). In 2019 had de gezondheidszorg de op een na hoogste ziekteverzuim cijfers van alle bedrijfssectoren in Nederland (Volkgezondheidszorg, 2021) en het ziekteverzuim onder verpleegkundigen, verzorgenden en thuiszorgmedewerkers is sinds 2010 alleen maar aan het stijgen (Centraal Bureau van de Statistiek, 2020). Ook is al lange tijd bekend dat het werken in de zorg lichamelijk en emotioneel veel vraagt van de medewerkers (Douwes, van den Heuvel, & Sonneveld, 2008; Steenkamp-Scheinhardt & Näring, 2015), langdurige blootstelling kan leiden tot hogere gezondheidsklachten (Steenkamp-Scheinhardt & Näring, 2015). Een goede gezondheid en welzijn voor de medewerkers van de zorg is belangrijk en het is zorgwekkend dat de gezondheidszorg zo'n hoge tol eist van de medewerkers in de zorg. Een bekend fenomeen, in de volksmond, is het helpersyndroom. Dit fenomeen is zo gezegd vaak te zien onder mensen die werken in de zorg. Een persoon met het helpersyndroom voelt zich schuldig als hij of zij anderen niet helpt, heeft het gevoel dat hij of zij iedereen moet helpen en hun eigen gevoelens worden vaak genegeerd (Riever, 2016). Dit zorgt ervoor dat zorgmedewerkers vaak hun eigen grenzen overschrijden. De ervaren werkbelasting wordt hierdoor erg hoog, wat uiteindelijk leidt tot meer ziekteverzuim. Het is daarom belangrijk om naar de effecten te kijken op de ervaren werkbelasting en op het ziekteverzuim. Omdat de ervaren werkbelasting een voorstadium kan zijn van het ziekteverzuim (Demarest, Henderickx, & Bundervoet, 1994).

Een werknemer ervaart ziekteverzuim wanneer hij/zij niet op werk verschijnt en hiervoor 'ziekte' als rede geeft (Arboned, 2021). Ziekteverzuim kan lang of kort duren, er is sprake van langdurend ziekteverzuim wanneer een werknemer langer dan 6 weken verzuim ervaart. Onder ziekteverzuim valt geen zwangerschapsverlof of zwangerschapsziekten. Ziekteverzuim heeft verschillende en complexe oorzaken. De meest voorkomende oorzaken van ziekteverzuim zijn omstandigheden in de privésfeer of door werkbelasting (Arboconcern,

2020). Werkbelasting verwijst naar werksituaties die leiden tot werk gerelateerde stress (Demarest, Henderickx, & Bundervoet, 1994). De werkbelasting verwijst dan naar een aantal ‘objectieve’ kenmerken van werk. Dit kunnen lichamelijke of emotionele kenmerken zijn. Werkbelasting wordt vooral ervaren wanneer er een onevenwicht is tussen de vereiste van het werk en de mogelijkheid om aan deze vereiste tegemoet te komen (Demarest, Henderickx, & Bundervoet, 1994).

Ziekteverzuim is al een lange tijd een belangrijk onderwerp voor wetenschappelijk onderzoek door het relatief hoge ziekteverzuim percentage in de sector. Demografische factoren zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (Jettinghoff, de Vroome, Smulders, & van de Bossche, 2004) hebben een grote invloed op het ziekteverzuim. Vrouwen hebben een hogere kans op ziekteverzuim dan mannen (Jettinghoff, de Vroome, Smulders, & van de Bossche, 2004). Daarnaast is bekend dat ouderen meer verzuimen dan jongeren en personen met een hoger opleidingsniveau minder verzuimen dan personen met een lager opleidingsniveau (Klein Hesselink, Veerman, & Buijs, 1993). Er wordt al veel gedaan in de gezondheidszorg in Nederland om deze demografische factoren op te vangen, bijvoorbeeld door het Persoonlijk Levensfase budget (PLB). De werkgever kijkt dan samen met de werknemer naar een plan voor een goede inzet van het PLB budget met als doel een duurzame inzet wat past bij de levensfase van de werknemer (Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, 2021). Toch blijkt dit, aan de bovengenoemde cijfers van de Centraal Bureau van de Statistiek, nog niet genoeg. Daarnaast zijn ook arbeidsomstandigheden een duidelijke voorspeller van ziekteverzuim. Zo bleek dat de arbeidsomstandigheden van artsen en hoofdverpleegkundigen het gunstigste zijn voor het laagste ziekteverzuim (Smulders, 1990). Ook zijn de lichamelijke en emotionele eisen in de gezondheidszorg erg zwaar (Steenkamp-Scheinhardt & Näring, 2015). De lichamelijke en emotionele eisen, veroorzaakt door werkdruk en werkstress, leiden tot ziekteverzuim (Tummers, Van Merode, & Landeweerd, 2002). Dit alles vraagt om meer onderzoek. Kan het zo zijn dat de rode draad in dit verhaal het werken in de gezondheidszorg is? Ligt het wellicht minder aan de demografische factoren en meer aan de arbeidsomstandigheden?

De functie van de werknemer, ook wel rol, positie of beroep genoemd, is de standaardverzameling van rechten en plichten die horen bij de functieomschrijvingen van de medewerker. De verschillende functies in de zorg kunnen worden verdeeld in mate van autonomie, psychologische taakeisen en regelmogelijkheden, lichamelijke inspanning en sociaal organisatorische aspecten (Notelaers & Hoedemakers, 2002). Dit onderzoek maakt daarom onderscheidt tussen 5 functietypes: assistenten, verzorgenden/verpleegkundigen mbo,

welzijnsmedewerkers, coördinerende verpleegkundigen en professionals. Jaren in dienst zijn de precieze jaren dat de medewerker in dienst is bij zijn/haar werkgever. De eerste onderzoeksvraag is: *Wat is het effect van het type functie en de jaren in dienst van de medewerker op het ziekteverzuim en op de ervaren werkbelasting (emotioneel of fysiek)?*

Daarnaast hebben sociale factoren invloed op het ziekteverzuim. Eerder ziekteverzuim en de ziekteverzuim norm van de werkdienst zijn duidelijke voorspellers van kort ziekteverzuim. (Davey, Cummings, Newburn-Cook, & Lo, 2009). Er is ook bekend dat sociale steun in de privésfeer goed werkt als interventie tegen ziekteverzuim (Sjöberg, Pettersson-Strömbäck, Sahlén, Lindholm, & Norström, 2020). Nu is het belangrijk om meer sociale factoren te vinden die kunnen werken als interventie om het ziekteverzuim in de gezondheidszorg te verminderen. In een onderzoek onder werkende mensen in Engeland is gevonden dat goed contact tussen de medewerker en zijn/haar collega's stress vermindert, de werktevredenheid verhoogt en een positief effect heeft op de mentale staat van een medewerker (Fasbender, Burmeister, & Wang, 2019). Daarnaast is er ook in een onderzoek onder politieagenten gevonden dat een hoge kwaliteit van het werkleven, dat betekent een hoge tevredenheid met het salaris, met de collega's en de leidinggevende, resulteert in een hogere mentale en fysieke welzijn (Rani, Kumar, Rastogi, & Garg, 2012). Ook kan een goede relatie met de leidinggevende zorgen voor een veiliger teamklimaat, wat leidt tot positieve gedagsverandering op het gebied van veilig werken, werkbelasting en werkdruk (van Beelen, 2017). De vraag hier is: Zouden werkrelaties ook een positieve rol kunnen spelen in het verlagen van ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting van zorgmedewerkers?

Dit onderzoek maakt onderscheid tussen twee type werk relaties. Als eerste de kwaliteit van onderlinge werk relaties tussen de werknemer en zijn/haar directe collega's. Als tweede de relatie tussen de werknemer en de manager van de afdeling waar de werknemer werkt. De tweede onderzoeksvraag is: *Wat is het effect van de kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager op het ziekteverzuim en op de ervaren werkbelasting (emotioneel of fysiek)?*

Daarna kijkt dit onderzoek naar de mogelijkheid dat de twee typen werkrelaties kunnen werken als buffer voor de effecten van het type functie en de jaren in dienst van de zorgmedewerker. Het Job Demands-Resources model van Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli (2001) ondersteunt het idee dat energiebronnen, zoals een hoge kwaliteit van werkrelaties, kunnen werken als buffer tegen werkeisen. De derde onderzoeksvraag is: *In welke*

mate beïnvloedt de kwaliteit van de werkrelaties het effect van de type functie en de jaren in dienst van de medewerker op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting?

Als laatste kijk dit onderzoek naar de toevoeging van dit onderzoek voor het beleid in de gezondheidszorg. De laatste onderzoeksvraag van dit onderzoek is: *Wat kan de werkgever doen om het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting te verminderen aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek?* Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord in de vorm van beleidsadvies.

Careyn

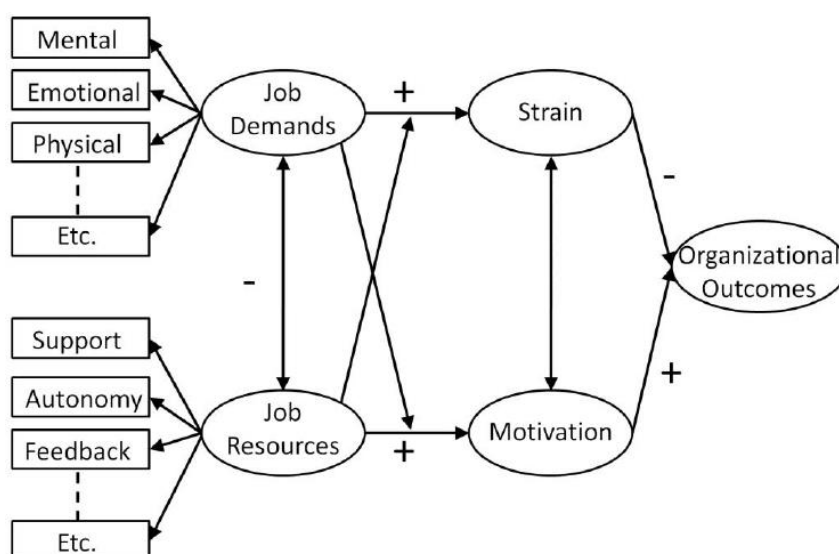
De context van dit onderzoek is de gezondheidszorg organisatie Careyn. De gezondheidszorg organisatie Careyn is gevestigd in Nederland, verdeeld over verschillende locaties in Utrecht, Brabant en Zuid-Holland. Het bedrijf heeft ongeveer 7000 medewerkers. Dit onderzoek wordt gedaan voor de locatie Utrecht Stad, deze locatie heeft ongeveer 1000 medewerkers. Careyn is een zorg organisatie die zich inzet in de thuiszorg, verpleeghuiszorg, jeugdgezondheidszorg, dieetadvisering en welzijn en gemak diensten (Careyn, 2021a). De missie van Careyn is het optimaliseren van het kwaliteit van leven voor de cliënten door het uitdragen van excellente zorg (Careyn, 2021b). Wat hierin centraal staat is een aanpak op maat, het leveren van zorg dat precies aansluit op de wens van de client, ook wel persoonsgericht werken genoemd. Dit noemen zij positieve gezondheid en het doel is om dit niet alleen voor de cliënten maar ook voor de werknemers te behalen (Strijdhorst, 2020).

Theoretisch kader

Het Job Demands-Resources model, ook wel JD-R model genoemd, is voor het eerst uitgebracht door Demerouti en collega's in 2001 en wordt gebruikt om de gezondheid, met name het mentale welzijn, van werknemers te verklaren (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Het Job Demands-Resources model (JD-R) vormt een raamwerk voor het theoretisch kader van dit onderzoek. Het JD-R model wordt eerst uitgelegd en wordt daarna gebruikt om de juiste verwachting uit te spreken over de relaties tussen de functie type, jaren in dienst en de werkrelaties op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting. Verschillende onderzoeken tonen aan dat dit model goed gebruikt kan worden in de gezondheidszorg (Bakker A. B., Demerouti, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2003; Cao, Shang, & Meng, 2020; Falco, Dal Corso, Girardi, De Carlo, & Comar, 2018).

Job Demands-Resources model

Het JD-R model werkt op twee manieren. Ten eerste zorgen werkeisen (*job demands*) voor een hogere kans op gezondheidsklachten en zorgen energiebronnen (*job resources*) voor minder kans op gezondheidsklachten. Als tweede verminderen energiebronnen de hogere kans op gezondheidsklachten door werkeisen, dus werken energiebronnen als een buffer (Schaufeli & Taris, 2013). In een onderzoek in vier thuiszorgorganisaties is aangetoond door Bakker et al. (2003), dat gezondheidsklachten vooral het sterkst zijn wanneer de werknemers over weinig energiebronnen beschikken en wel een hoge mate van werkeisen ervaren. Werkeisen zijn de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van de baan die aanhoudende fysieke of psychologische inspanning van de werknemer vereisen (Bakker & Demerouti, 2007). Voorbeelden van werkeisen zijn hoge werkdruk, lastige interacties met patiënten of ongemakkelijke aspecten in de werkomgeving. Daartegenover staan de energiebronnen. Energiebronnen zijn de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van de baan die zorgen dat de werknemer zijn doelen kan bereiken, daarnaast verminderen de energiebronnen de werkeisen of stimuleren zij de persoonlijke groei en ontwikkeling van de werknemer (Bakker & Demerouti, 2007). Energiebronnen komen vanuit verschillende lagen van de organisatie, zoals de organisatie in het algemeen of interpersoonlijke of sociale relaties (Bakker A. B., Demerouti, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2003). Voorbeelden van energiebronnen zijn de relatie met de manager, sociale steun van de collega's, feedback van collega's en een goed teamklimaat. Deze voorbeelden zijn ook van toepassing voor dit onderzoek. Eventuele kritiek op het JD-R model is de simpelheid ervan. Echter, juist door het simpele karakter is het model flexibel en toepasbaar voor veel werkomgevingen en is er veel empirisch bewijs gevonden voor het model (Cao, Shang, & Meng, 2020).



Figuur 1 Het JD-R Model van Bakker en Demerouti (2007)

Functie

Een thuiszorgorganisatie heeft veel verschillende *functies*. Om een bepaalde functie te mogen uitvoeren heb je daar het bijpassende diploma voor nodig. Daarnaast worden de verschillende functies verdeeld in mate van autonomie, psychologische taakeisen en regelmogelijkheden, lichamelijke inspanning en sociaal organisatorisch aspecten (Notelaers & Hoedemakers, 2002). Als eerste wordt de mate van autonomie hoger naar mate iemand stijgt in functie. Artsen, managers en psychologen hebben een grote mate van professionele autonomie. Zij hebben die ruimte nodig om goede beslissingen te maken. Zij krijgen deze ruimte omdat zij een brede theoretische kennis hebben, meestal door het behalen van een langdurige academische opleiding (Mackor, 2011). Ook verpleegkundigen met coördinerende taken ervaren professionele autonomie, wel minder dan de artsen, managers en psychologen. Een randvoorwaarde hiervoor is een hbo opleiding (Opdebeeck, Duerinckx, & Goossens, 2019). Coördinerende verpleegkundige zorgen ervoor dat de samenwerking vlot blijft verlopen tussen alle zorgverleners en zorgen voor ontlasting van de taak van de arts.

Ten tweede bestaat er verschil in psychologische taakeisen zoals werktempo, werkhoeveelheid en de geestelijke en emotionele werkbelasting en regelmogelijkheden. Dit verschil wordt beïnvloed door job crafting. Job crafting is het zelf kunnen invullen van je werk (Cheng, Yang, Ding, & Wang, 2020). Het onderzoek van Cheng, Yang, Ding & Wang (2020) toont aan dat job crafting duidelijk werkt als energiebron. Job crafting geeft medewerkers controle over hun werkomgeving, omdat ze hun baan bijstellen naar hun persoonlijke behoeftes en voorkeuren (Gordon, et al., 2018). Job crafting interventies worden steeds populairder in de gezondheidszorg. Er wordt steeds meer gezien dat het een belangrijke toevoeging geeft om gezondheidszorg medewerkers te betrekken in het vormgeven van hun eigen baan om zo de gezondheidszorgsector te blijven verbeteren (Gordon, et al., 2018). Job crafting zorgt voor minder ervaren werkbelasting en minder ziekteverzuim doordat medewerkers actief hun baan veranderen naar de manier waarop zij het graag willen (Gordon, et al., 2018). Job crafting wordt meer gezien onder de hogere functies in de gezondheidszorg. Het onderzoek van Fuller & Unwin (2017) beschrijft drie verklarende mechanismen. Als eerste wordt job crafting nog steeds gezien als alleen toepasbaar bij beroepen met een hoge mate van discretie en expertise, zoals functies met een hoger opleidingsniveau. Ten tweede kunnen mensen met een beter ontwikkelde beroepsidentiteit beter job crafting toepassen. Beroepsidentiteit wordt ontwikkeld door hoe andere mensen de persoon zien. Medewerkers met een hogere sociale status, gezien bij hogere functies, bouwen sneller veiligheid en zelfvertrouwen op door hun baan wat resulteert in een beter ontwikkeld beroepsidentiteit. Ten derde onderschat de werkgever de

vaardigheden van de lagere functies, hierdoor voelen de medewerkers zich niet aangemoedigd om job crafting toe te passen.

Ook ervaart elke functie een andere mate van lichamelijke inspanning. Hierin ervaren vooral de helpende en verzorgenden de meeste lichamelijke inspanning, daarna gevolgd door de verpleegkundigen (Notelaers & Hoedemakers, 2002). Als laatste kijken we naar de sociaal organisatorische aspecten van de verschillende functies. Onder sociaal organisatorische aspecten vallen de relaties met de collega's en leidinggevende, taak gebonden problemen, arbeidsvoorwaarden, welbevinden en spanning, dit wordt door elke functie anders ervaren. Aan de hand van de mate van autonomie, psychologische taakeisen en regelmogelijkheden, lichamelijke inspanning en sociaal organisatorisch aspecten worden de functies in vijf functiegroepen verdeeld:

- Functie type assistenten: zorgassistenten, voedingsassistenten en helpende.
- Functie type verzorgenden/verpleegkundigen mbo: verzorgenden, verzorgende individuele gezondheidszorg (IG), Eerst verantwoordelijke verzorgers en verpleegkundigen mbo.
- Functie type welzijnsmedewerkers.
- Functie type coördinerende verpleegkundigen: verpleegkundigen hbo, behandelaren hbo.
- Functie type professionals: artsen, psychologen, managers en geestelijke verzorgers.

Hieruit worden de eerste hypothesen opgesteld:

H1a: Functie typen assistenten en verzorgende/verpleegkundige mbo zullen meer ziekteverzuim ervaren dan welzijnsmedewerkers, coördinerende verpleegkundigen en professionals.

H1b: Functie typen assistenten en verzorgenden/verpleegkundigen mbo zullen een hogere werkbelasting ervaren dan welzijnsmedewerkers en coördinerende verpleegkundigen zullen een hogere werkbelasting ervaren dan de professionals.

Jaren in dienst

Jaren in dienst hangt nauw samen met de leeftijd van een persoon, want hoe ouder een persoon, hoe langer deze persoon in dienst kan zijn. Hierdoor is het belangrijk om later de variabele leeftijd ook mee te nemen in het onderzoek want het is bekend dat de leeftijd van een persoon een duidelijk effect heeft op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting

(Jettinghoff, de Vroome, Smulders, & van de Bossche, 2004). Jaren in dienst heeft meerdere mogelijke achter hangende mechanismen en is een moeilijk concept om goed te begrijpen.

In eerste instantie lijkt jaren in dienst een energiebron. Het achter hangende mechanisme daarbij is *organizational commitment*. Organizational commitment, organisatiebetrokkenheid, ontstaat bij medewerkers die langer dan 3 jaar in dienst zijn, rond het moment waarop een medewerker een vast contract krijgt (Sepahvand, Atashzadeh-Shoorideh, Parvizy, & Zagheri Tafreshi, 2017). In de zorg is dat moment meestal al eerder omdat zorgmedewerkers sneller een vast contract krijgen door de hoge vraag naar zorgmedewerkers. Organisationsbetrokkenheid is een sterke positieve houding tegenover de organisatie, een sterke behoefte om in de organisatie te blijven werken en een sterk vertrouwen in de doelen en waarden van de organisatie (Sepahvand, Atashzadeh-Shoorideh, Parvizy, & Zagheri Tafreshi, 2017). Werknemers met een hoge mate van organisatiebetrokkenheid doen meer moeite voor de organisatie, hebben een hogere mate van werktevredenheid, hebben een lagere kans op het nemen van ontslag en hebben een lagere ziekteverzuim percentage (Sepahvand, Atashzadeh-Shoorideh, Parvizy, & Zagheri Tafreshi, 2017). Naar mate iemand langer in dienst is ontwikkelt de medewerker een hogere mate van organisatiebetrokkenheid. De medewerker versterkt zijn emotionele band en voelt zich meer betrokken tot de waarden en normen van het bedrijf. De medewerker ontwikkelt meer loyaliteit en voelt een grotere plicht om bij het bedrijf te blijven werken (Meyer & Allen, 1991).

Aan de andere kant kan het toenemen van dienstjaren ook zorgen voor meer ziekteverzuim en een hogere ervaren werkbelasting in de zorg. Dit komt door het hoge fysieke aspect bij het werken in de gezondheidszorg. Werken in de gezondheidszorg brengt namelijk veel gezondheidsrisico's met zich mee (Douwes, van den Heuvel, & Sonneveld, 2008). Denk hier bijvoorbeeld aan het wassen of verplaatsen van de patiënten/cliënten. Daarnaast is er door het personeelstekort een hoge werkdruk in de zorg en dit vergroot de fysieke belasting voor de zorgmedewerkers (Douwes, van den Heuvel, & Sonneveld, 2008). Naar mate iemand langer in de zorg werkt en iemand langdurig de fysieke werkbelasting ervaart zorgt dit uiteindelijk voor grote consequenties voor het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting. Denk bijvoorbeeld aan nek-, schouder-, gewricht- en rugklachten. Daarnaast is het bekend dat vanaf een leeftijd van ongeveer 50 jaar medewerkers langer de tijd nodig hebben om te herstellen (Ilmarinen & Rantanen, 1999). Naast het fysieke aspect kan het langdurig ervaren van emotionele werkbelasting, door situaties met een hoge emotionele impact, ook slecht uitpakken voor de zorgmedewerker (Steenkamp-Scheinhardt & Näring, 2015). Denk hier aan situaties met

emotionele of problematische contacten met patiënten of cliënten. Langdurig werken in een omgeving met een hoge mate van emotionele werkbelasting kan leiden tot een burn-out (Steenkamp-Scheinhardt & Näring, 2015). Maar we weten ook dat niet alle functies in de gezondheidszorg dezelfde mate van fysieke en emotionele werkbelasting zullen ervaren door de verschillen in mate van autonomie, psychologische taakeisen en regelmogelijkheden, lichamelijke inspanning en sociaal organisatorisch aspecten (Notelaers & Hoedemakers, 2002). Hieruit kan ook opgemaakt worden dat er een interactie effect gevonden kan worden voor de functie types en de jaren in dienst, omdat elke functie type een andere mate van fysieke en emotionele werkbelasting ervaart.

Toch is er reden om aan te nemen dat het effect van jaren in dienst voor elke functie hetzelfde werkt en een directe relatie heeft met het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting. Dit komt door de hoge werkdruk voor elke zorgmedewerker, ongeacht de functie. De hoge werkdruk komt door, zoals eerder genoemd, het personeelstekort, daarnaast kent de zorg veel onregelmatige werktijden en gaat de zorg 24 uur per dag door. Samen met de hoge emotionele en fysieke aspecten van de zorg is de verwachting dat dit op den duur zijn tol eist van alle zorgmedewerkers.

Hieruit worden de volgende hypothesen opgesteld:

H2a: Er is een positieve relatie tussen jaren in dienst en het ziekteverzuim van de medewerker.

H2b: Er is een positieve relatie tussen jaren in dienst en de ervaren werkbelasting van de medewerker.

Twee type werkrelaties

Dit onderzoek maakt onderscheid tussen twee *type werkrelaties*. Als eerste de relatie tussen de werknemer en zijn directe collega's en als tweede de relatie tussen de werknemer en zijn directe leidinggevende, de manager. De relatie tussen de werknemer en zijn directe collega's noemen we het teamklimaat. Een hoge kwaliteit van het teamklimaat staat voor goede samenwerking in het team. Voor grote bedrijven zoals Cisco, Ericsson en Volkswagen is er ook onderzoek gedaan naar het teamklimaat, omdat een hoge kwaliteit van het teamklimaat, naast gezondheidsvoordelen, resulteert in een hogere kwaliteit van de werkkuitkomst (Poth, Kottke, & Riel, 2020). Het begrip kwaliteit is van zichzelf een complex concept, waar op meerdere manieren invulling aan gegeven kan worden. In het onderzoek van Klaic, Burtscher en Jonas (2020) omschrijven ze de kwaliteit van het team als enerzijds het goed uitvoeren van de taak van het team en anderzijds het goed communiceren binnen het team, omdat het samenwerken

van het team zowel taakgericht als sociaal gedrag nodig heeft om goed te kunnen functioneren. Dit wordt onder geschaald in taak-gerelateerde processen en relatie-gerelateerde processen op de werkvloer. Het raamwerk voor teamkwaliteit, afgekort de TWQ genoemd, van Hoegl en Gemuenden (2001) besteed aandacht aan deze beide processen binnen een team. De TWQ bestaat uit 6 onderdelen om teamkwaliteit te meten. Deze onderdelen zijn (Hoegl & Gemuenden, 2001): communicatie, coördinatie, balans in bijdrage van de teamleden, wederzijdse ondersteuning, inspanning en samenhang.

Het tweede type relatie van dit onderzoek, de relatie tussen de werknemer en zijn directe leidinggevende, wordt de leiderschapskwaliteit genoemd. Leiderschap is het proces van het beïnvloeden van anderen om overeen te komen en te begrijpen wat er moet gebeuren, en het proces faciliteren van individuele en collectieve inspanningen om de gedeelde doelen te bereiken (Strömberg, Eriksson, Ahlstrom, Bergman, & Dellve, 2017). Relatiegericht leiderschap legt de focus op een hoge kwaliteit van relaties met de medewerker (Brown, 2003). Er wordt gesteld dat relatiegericht leiderschap een wederzijds beïnvloedingsproces is wat zich uit in sociale relaties. Er is gebleken uit meerdere onderzoeken dat relatiegericht leiderschap heel belangrijk is in de gezondheidszorg (Cummings, et al., 2010). Er is niet één duidelijke manier om relatiegericht leiderschap te meten. Uit het onderzoek van Strömberg et al. (2017) blijkt dat relatiegericht leiderschap sterk lijkt op de drie kenmerken van sociaal kapitaal. Deze kenmerken worden dan ook in dit onderzoek gebruikt om een hoge kwaliteit van relatiegericht leiderschap te omschrijven. Deze kenmerken zijn vertrouwen, erkenning en wederkerigheid.

Het JD-R model stelt dat energiebronnen een positieve werking hebben op de gezondheid van de medewerkers en het goed uitvoeren van het werk. Energiebronnen zorgen voor een lagere kans op gezondheidsklachten. Een hoge kwaliteit van werkrelaties wordt gebruikt als energiebron. Hieruit worden de volgende hypothesen opgesteld:

H3a: Er is een negatieve relatie tussen een hoge kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager en het ziekteverzuim van de medewerker.

H3b: Er is een negatieve relatie tussen een hoge kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager en de ervaren werkbelasting van de medewerker.

Daarnaast toont het JD-R model dat energiebronnen een extra werking hebben op de negatieve effecten van werkeisen. Dit betekent dat energiebronnen fungeren als een buffer. Zoals eerder gezegd zijn de twee type werkrelaties een energiebron. Wanneer er een hoge kwaliteit van werkrelaties wordt ervaren dan werken de positieve effecten van de andere

variabelen op het ziekteverzuim en ervaren werkbelasting minder. Hier zijn verschillende voorbeelden voor te noemen. Als eerste kunnen de medewerkers sneller in gesprek gaan over job crafting. Daarnaast kan een oudere medewerker beter afspraken maken met zijn collega's en de manager over gezond ouder worden op werk. Ook zal iemand die mentale klachten ervaart door zijn functie toch minder snel geneigd zijn te verzuimen wanneer diegene sociale steun ervaart op werk (Marques, et al., 2015). Hieruit worden de volgende hypothesen opgesteld:

H4a: Een hoge kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager werken als een buffer voor de positieve relatie van de functie en de jaren in dienst van de medewerker op het ziekteverzuim.

H4b: Een hoge kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager werken als een buffer voor de positieve relatie van de functie en de jaren in dienst van de medewerkers op de ervaren werkbelasting.

Methode

De vragenlijst

De respondenten van dit onderzoek zijn de zorgmedewerkers van Careyn Utrecht stad. Alle 1042 zorg medewerkers zijn benaderd. De medewerkers kregen informatie over het onderzoek van hun directe manager. Deze manager heeft ze daarna een uitnodiging gestuurd in hun werkmailbox om de vragenlijst anoniem in te vullen. Na de eerste email hebben 133 medewerkers de vragenlijst ingevuld (responsepercentage 12,76 procent), er is na 10 dagen 1 herinnering gestuurd en daarna hebben nog 64 medewerkers de vragenlijst ingevuld (responsepercentage 6,14 procent). Het totale responsepercentage was uiteindelijk 18,79 procent. Niet alle 197 medewerkers die zijn gestart met de vragenlijst hebben hem volledig ingevuld. De uiteindelijke sample zonder missende waarden is 143 (N=143). De vragenlijst bestond uit 4 onderdelen: persoonsgegevens, type werkrelaties, werkbelasting en ziekteverzuim. Alle antwoorden op de vragen zijn niet te herleiden naar de persoon. De eerste pagina van de vragenlijst bestond uit een informatiebrief over het onderzoek en hun gegevens met onderaan de geïnformeerde toestemming. De representativiteit van de verschillende groepen onder de respondenten was goed. 22 mannen en 159 vrouwen hebben de vragenlijst ingevuld. Dit is gelijk aan de zorg medewerkers populatie. De jongste respondent was 22 jaar oud en de oudste respondent was 67 jaar oud. De beschrijvende statistieken van alle variabelen zijn te vinden in Tabel 1 in het resultaten hoofdstuk.

De afhankelijke variabelen

Ziekteverzuim is gemeten door te vragen naar het aantal werkdagen dat de respondent in de afgelopen 12 maanden ziek is geweest en zich daardoor heeft afgemeld voor werk. De antwoordmogelijkheden lopen van helemaal geen ziekteverzuim gehad naar 1 werkdag, 2 werkdagen, 3 werkdagen, 4 werkdagen, 1 week, anderhalve week etc. tot 6 weken en langer (langdurig ziek geweest).

Ervaren werkbelasting is gemeten door de respondent te laten omschrijven hoe de respondent zijn/haar baan ervaart aan de hand van fysieke of emotionele werkbelasting. Als eerste wordt er gevraagd naar fysieke werkbelasting en daarna naar de emotionele werkbelasting. De 4 statements zijn: “ *Ik voel me lichamelijk/emotioneel uitgeput na mijn werk.* ” “ *Het vergt lichamelijk/emotioneel veel van mij om de hele dag (met patiënten) te werken.* ” “ *Ik ervaar lichamelijke/emotionele klachten door de fysieke werkbelasting van mijn werk.* ” “ *Ik ben bang voor lichamelijk/emotionele klachten door de fysieke/emotionele werkbelasting van mijn werk.* ” De antwoord mogelijkheden bestaan uit nooit, enkele keren per jaar, maandelijks, enkele keren per maand, elke week, enkele keren per week en elke dag. De meting van ervaren werkbelasting is gebaseerd op de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden voor Werknemers 2016 en deze vragen zijn een bewerking van items uit de Utrechtse Burn-Out schaal (Schaufeli & van Dierendonck, 2000). De Cronbach’s Alpha voor de vragen van emotionele werkbelasting van dit onderzoek was 0,95 en voor fysieke werkbelasting was de Cronbach’s Alpha 0,88. Door de relatief hoge Cronbach’s Alpha kunnen de antwoorden op de 4 statements worden samengevoegd naar een gemiddelde schaal voor fysieke werkbelasting en een gemiddelde schaal voor emotionele werkbelasting. Beide schalen lopen van 1 tot 6,75. Waarbij 1 staat voor een hele de laagste ervaren werkbelasting en 6,75 de hoogst ervaren werkbelasting.

De onafhankelijke variabelen

De *functie* van de medewerker is gemeten door te vragen naar de functie van de respondent in het bedrijf. De antwoordmogelijkheden voor deze vraag bestaan uit: zorg assistent, voedingsassistent, helpende niveau 2, helpende niveau 2+, verzorgende niveau 3, verzorgende IG niveau 3, eerst verantwoordelijke verzorgende (niveau 3+), verpleegkundige MBO, welzijnsmedewerker, verpleegkundige HBO, behandelaar HBO, arts of psycholoog WO, management functie, staf functie, facilitaire functie of anders. Als vervolg vraag wordt er op deze vraag gesteld: *In het geval dat u leiding geeft aan andere medewerkers. Aan hoeveel mensen geeft u leiding? Graag noteren in cijfers.* De variabelen staf functie en facilitaire functie

zijn veranderd naar ‘andere functie’ en worden gelabeld als missing, omdat dit geen directe zorgfuncties zijn. Om de analyses goed te kunnen uitvoeren met de variabele functie is er voor elke functie type (assistenten, verzorgende/verpleegkundige mbo, welzijnsmedewerkers, coördinerende verpleegkundig en professionals) een dummy variabele gemaakt. De referentiecategorie is het functie type professionals. Wanneer er niet genoeg professionals meedoen aan het onderzoek wordt het functie type coördinerende verpleegkundige ook als referentiegroep gebruikt en wordt er gekeken naar de verschillen in resultaten.

De jaren in dienst wordt gemeten door te vragen naar het aantal jaar dat de respondent in dienst is bij Careyn. De respondent noteert het antwoord in cijfers.

Type werkrelaties worden gemeten aan de hand van een combinatie van meerdere vragen met antwoordmogelijkheden in een 5 punt likert schaal. De antwoordmogelijk heden zijn: *‘helemaal niet mee eens, niet mee eens, niet mee eens/ mee eens, mee eens en helemaal mee eens’*. Als eerste werd gevraagd naar de relatie van de werknemer met de directe collega’s waar hij/zij het meest mee samenwerkt. De 6 statements die werden gebruikt voor de kwaliteit van relaties met de collega’s zijn gebaseerd op de Teamwork Quality (TMQ) vragenlijst van Hoegl en Gemuenden (2001) en besteed aandacht aan communicatie, coördinatie, balans in bijdrage alle teamleden, wederzijdse ondersteuning, inspanning en samenhang. De 6 statements in dit onderzoek zijn deels overgenomen van het onderzoek van Lindsjørn, Sjøberg, Dingsøy, Bergersen en Dybå (2016), zij gebruiken ook een verkortere versie in hun onderzoek naar Teamwork Quality. De 6 gebruikte statements zijn: *‘Er is sprake van voldoende open en directe communicatie tussen mij en mijn collega’s’*, *‘Er is sprake van gezamenlijk gedeelde werkdoelen tussen mij en mijn collega’s’*, *‘Ik en mijn teamleden helpen en ondersteunen elkaar zo goed mogelijk tijdens het werken.’*, *‘Alle teamleden zetten zich volledig in tijdens het werken.’*, *‘Ik en mijn teamleden vinden het belangrijk om goed met elkaar samen te werken.’*, *‘Ik en mijn teamleden accepteren elkaars goede en minder sterke kanten.’*. De Cronbach’s Alpha van de 6 vragen is 0,89. Voor de analyses is er 1 variabele gemaakt voor de respondent, berekent door zijn/haar gemiddelde antwoord op de 6 vragen. De laagst mogelijke score is 1 en de hoogst mogelijke score is 5. tweede wordt de relatie met de manager gemeten aan de hand van de leiderschapskwaliteit van de manager. De leiderschapskwaliteit wordt gemeten aan de hand van vertrouwen, erkenning en wederkerigheid. Vertrouwen wordt gemeten door de vragen: *‘Ik vertrouw de informatie die ik van mijn manager krijg.’* En *‘Ik vertrouw mijn persoonlijke informatie aan de manager.’*. Erkenning wordt gemeten door de vragen: *‘De manager ziet en waardeert het werk wat ik doe.’*, *‘Mijn manager zorgt ervoor dat*

ik mijn werk goed kan uitvoeren.” En *“Ik word op een eerlijke manier behandeld door de manager.”*. Wederkerigheid wordt gemeten door de vragen: *“Mijn manager behandelt mij met warmte en respect.”* En *“Ik voel mijn veilig en geaccepteerd door mijn manager.”*. De Cronbach’s alpha voor deze 7 vragen is 0,94. Ook is er voor deze variabele een nieuwe variabele gemaakt berekent van het gemiddelde antwoord van de respondent om te gebruiken voor de analyses waarbij de laagst mogelijke score 1 is en de hoogst mogelijke score is 5.

De interactievariabelen

Er zijn 10 interactievariabelen geconstrueerd voor hypothese 4a en 4b. (1) Assistent * relatie collega’s, (2) Verzorgende/ verpleegkundige mbo * relatie collega’s, (3) Welzijnsmedewerker * relatie collega’s, (4) Coördinerende verpleegkundige * relatie collega’s, (5) Jaren in dienst * relatie collega’s, (6) Assistent * relatie manager, (7) Verzorgende/ verpleegkundige mbo * relatie manager, (8) Welzijnsmedewerker * relatie manager, (9) Coördinerende verpleegkundige * relatie manager en (10) Jaren in dienst * relatie manager.

De controle variabelen

De variabelen *leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus en kinderen thuiswonend* zijn gebruikt als controle variabelen. Al deze variabelen kunnen mogelijk van invloed zijn op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting van de medewerkers. De leeftijd van de respondent werd gevraagd aan de hand van de vraag: *“Wat is uw geboortjaar?”* de respondent noteert dan zijn of haar geboortjaar in cijfers en hierdoor kan de leeftijd van de respondent berekend worden. Het opleidingsniveau werd gevraagd door middel van de volgende vraag: *“Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond met een diploma?”* De antwoord mogelijkheden stonden van laag naar hoog. De laagste antwoordoptie is *“basisschool”* en de hoogste antwoordoptie is *“master, doctoraal, postdoctoraal of promotieonderzoek”*. Daartussen stonden nog 13 andere antwoordopties (CBS, 2019). Ook is het antwoord *“geen opleiding”* mogelijk. De gezondheid werd gevraagd door middel van de volgende vraag: *“Hoe is over het algemeen uw gezondheid?”*. De antwoordopties zijn *“heel goed”, “goed”, “enigszins goed”, “niet goed, niet slecht”, “enigszins slecht”, “slecht”* en *“heel slecht”*. Het geslacht werd gevraagd door middel van de vraag: *“Wat is uw geslacht?”*, met de antwoordopties *“man”, “vrouw”* en *“overig”*. De relatiestatus van de respondent werd gevraagd door middel van de volgende vraag: *“Wat is uw relatiestatus op dit moment?”*. De antwoordopties zijn: *“geen relaties”, “relatie en niet samenwonend”, “relatie en wel samenwonend”, “geregistreerd partnerschap”, “getrouwd”, “gescheiden”* en *“weduwe, weduwnaar”*. Voor de variabele relatiestatus zijn voor de analyses voor elke antwoordmogelijkheid dummy variabelen gemaakt.

De variabele kinderen thuiswonend werd gevraagd door te vragen hoeveel kinderen de respondent thuis heeft wonen. Het antwoord werd als cijfer genoteerd.

Statistische analyses

Dit onderzoek gebruikt het programma SPSS, versie 26. Wanneer de analyses worden uitgevoerd wordt er ook gekeken naar de bijhorende assumpties van een multipele regressie; lineaire relatie, multivariate normaliteit, geen multicollineariteit en homoscedasticiteit (Statistics Solutions, 2021).

De eerste analyse is een multipele regressie voor de afhankelijke variabele ziekteverzuim. Model 1 kijkt naar de effecten van de functietypes (de categorische variabelen), de jaren in dienst en de twee type werkrelaties. Model 2 voegt hieraan de controle variabelen toe: de leeftijd, het opleidingsniveau, de relatiestatus (de categorische variabelen) en het aantal kinderen thuiswonend. Model 3a voegt hieraan de interactievariabelen voor de functie types en de jaren in dienst met de relatie met de collega's. Model 3b voegt aan Model 2 de interactievariabelen voor de functie types en de jaren in dienst met de relatie met de manager.

De tweede analyse en de derde analyse zijn ook multipele regressies voor de afhankelijke variabele emotionele werkbelasting en fysieke werkbelasting. De multipele regressies worden hetzelfde uitgevoerd als voor de afhankelijke variabelen ziekteverzuim.

Resultaten

Tabel 1 toont de beschrijvende statistieken van alle gebruikte variabelen. Het aantal respondenten is 143 ($N = 143$). De jongste respondent was 22 jaar oud en de oudste respondent 67 jaar oud ($M = 45,05$, $SD = 13,18$). Het ziekteverzuim gemiddelde was 1 week met een standaarddeviatie van een week. Wanneer er voor de assumpties werd getest, waren de antwoorden op de ziektedagen vraag van de respondenten niet normaal verdeeld. Na het bekijken van de histogram bleek dit te komen door een groepje langdurig zieke respondenten (6 weken of meer). De analyses zijn twee keer gedaan met en zonder de langdurig zieke

Tabel 1. Beschrijvende statistieken

Variabel	N	Meetniveau	Minimum	Maximum	Gemiddelde	St. Deviatie
Ziekteverzuim dagen	143	Ratio	1,00	16,00	5,18	4,89
Emotionele werkbelasting	143	Interval	1,00	6,75	2,42	1,33
Fysieke werkbelasting	143	Interval	1,00	6,75	3,09	1,61
Functietype	143	Nominaal: <i>referentiegroep professionals</i>	1,00	5,00	2,87	1,12
Assistenten	143	Dummy	-,50	,50	-,47	,19
Verzorgenden/ Verpleegkundigen mbo	143	Dummy	-,50	,50	,02	,50
Welzijnsmedewerkers	143	Dummy	-,50	,50	-,43	,26
Coördinerende verpleegkundige	143	Dummy	-,50	,50	-,20	,46
Professionals	143	Dummy	-,50	,50	-,42	,27
Jaren in dienst	143	Ratio	0,00	39,00	10,09	9,84
Relatie collega's	143	Interval	1,83	5,33	3,99	0,72
Relatie manager	143	Interval	1,00	5,00	3,75	0,82
Leeftijd	143	Ratio	22,00	67,00	45,05	13,18
Opleidingsniveau	143	Ordinaal	2,00	15,00	9,99	2,74
Gezondheid	143	Ordinaal	3,00	7,00	5,71	0,91
Relatiestatus	143	Nominaal: <i>referentiegroep geen relatie</i>	1,00	7,00	3,32	1,39
Geen relatie	143	Dummy	-,50	,50	-,34	,37
Relatie niet samenwonend	143	Dummy	-,50	,50	-,40	,30
Relatie wel samenwonend	143	Dummy	-,50	,50	-,32	,39
Getrouwd	143	Dummy	-,50	,50	-,04	,50
Gescheiden	143	Dummy	-,50	,50	-,47	,17
Geregistreerd partnerschap	143	Dummy	-,50	,50	-,44	,24
Weduwe/Weduwnaar	143	Dummy	-,50	,50	-,49	,12
Kinderen thuiswonend	143	Ratio	0,00	3,00	0,70	0,96

respondenten. De langdurige zieke respondenten hadden geen invloed op de significantie waarden van de analyses dus de resultaten worden weergegeven met de langdurig zieke respondenten. De variabelen functie ($M = 2,87$, $SD = 1,12$) heeft 5 assistenten, 74 verzorgende/verpleegkundige mbo, 10 welzijnsmedewerkers, 43 coördinerende verpleegkundige en 11

professionals. De resultaten voor de functietypes assistenten, welzijnsmedewerkers en professionals moeten daarom met veel voorzichtigheid worden bekeken door de kleine omvang van deze groepen. De variabelen met een Ordinaal, Interval en Ratio worden als een lineaire verhouding meegenomen in de analyse. De variabelen met een nominaal meetniveau worden categorisch meegenomen in de vorm van dummy's. Alle variabelen vertoonden geen multicollineariteit en wel homoscedasticiteit dus er is voor alle regressies aan de assumpties voldaan. Tabel 5 geeft een overzicht van alle hypothesen en geeft aan per hypothese of er ondersteuning is gevonden. De tekst rapporteert alleen de significante resultaten. Tabel 2 toont de correlaties van de relevante variabelen van dit onderzoek. De tabel toont de gevonden relatie tussen het ziekteverzuim en de jaren in dienst van de medewerker (Pearson correlatie=0,305, $p<0,001$). Er is geen relatie gevonden tussen het ziekteverzuim en de kwaliteit van relatie met de directe collega's (Pearson correlatie=0,127, $p>0,05$) en de manager (Pearson correlatie=0,043, $p>0,05$). Voor de ervaren emotionele werkbelasting (Pearson correlatie=0,227, $p<0,01$) en fysieke werkbelasting (Pearson correlatie=0,375, $p<0,001$) is wel een relatie gevonden met jaren in dienst. Daarnaast is er voor de ervaren fysieke werkbelasting een relatie gevonden met de functies: assistenten (Pearson correlatie=0,232, $p<0,01$) en verzorgende/verpleegkundige mbo (Pearson correlatie=0,287, $p<0,01$). Er is ook een relatie

Tabel 2. Correlaties tussen relevante variabelen (N=143)

Schaal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1)Ziekteverzuim dagen										
(2)Emotionele werkbelasting	,191*									
(3)Fysieke werkbelasting	,253*	,502*								
(4)Assistenten	,086	,105	,232*							
(5)Verzorgende/verpleegkundige mbo	,237*	-,102	,287*	-						
(6)Welijnsmedewerkers	-,061	,027	-,139	-	-,052	-,284*				
(7)Coördinerende verpleegkundige	-,153	,055	-,189*	-	,125	,679*	,180			
(8)Professionals	-,183*	-,002	-,241*	-	-,055	,299*	,079	,189*		
(9)Jaren in dienst	,305*	,227*	,375*	,103	,343*	-	-	-		
(10)Relaties collega's	-,127	-,284*	-,202*	-	-,023	-	,133	,068	,003	
(11)Relatie manager	-,043	-,150	-,086	,026	-,015	-	,032	,043	-	,275*

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

gevonden tussen de kwaliteit van relatie met de directe collega's en de emotionele werkbelasting (Pearson correlatie=-,284, $p < 0,01$) en de fysieke werkbelasting (Pearson correlatie=-,202 $p < 0,05$). Als laatste is er een relatie gevonden tussen het ziekteverzuim en de ervaren emotionele werkbelasting (Pearson correlatie=0,191, $p < 0,05$) en de ervaren fysieke werkbelasting (Pearson correlatie=0,253, $p < 0,01$).

Ziekteverzuim

Tabel 3 toont de resultaten van de multipelle regressie van de onafhankelijke variabelen op ziekteverzuim. Model 2 verklaart voor 18 procent het ziekteverzuim van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,180$, $F(16,126) = 1,723$, $p = 0,050$). Het belangrijkste resultaat uit het model is de significante positieve coëfficiënt voor jaren in dienst. Hoe meer jaren de medewerker in dienst is, hoe groter het ziekteverzuim wordt. Deze relatie is volgens de verwachting en er is hierdoor ondersteuning gevonden voor hypothese 2a. De effect grootte van de aparte coëfficiënten kan bepaald worden door de gestandaardiseerde coëfficiënten (Disabato, 2021). De effect grootte van de coëfficiënt van jaren in dienst ($b^* = 0,290$; $t = 2,887$, $p = 0,005$) is een medium effect grootte. Er is gekeken, door middel van kromme schatting, naar de mogelijkheid van een curvilineaire relatie tussen jaren in dienst en het ziekteverzuim. Dit zou betekenen dat er een bocht in de regressielijn zou zitten, maar hiervan was geen sprake en het bleek echt een lineaire relatie te zijn. Model 3a verklaart voor 20,9 procent het ziekteverzuim van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,209$, $F(21,121) = 1,525$, $p = 0,081$). Model 3b verklaart voor 23,5 procent het ziekteverzuim van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,235$, $F(21,121) = 1,772$, $p = 0,029$). In beide modellen zijn geen resultaten gevonden conform verwachting.

Tabel 3. (On)gestandaardiseerde coëfficiënten en standaardfouten van de regressieanalyse van de onafhankelijke variabelen op ziekteverzuim (N=143)

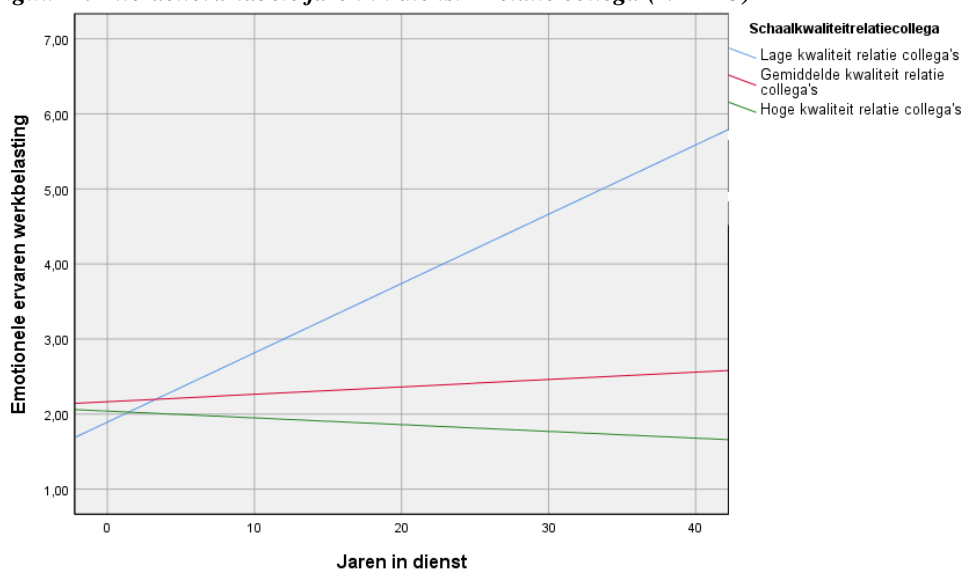
	Model 2 Ziekteverzuim B (SE); Beta	Model 3a Ziekteverzuim B (SE); Beta	Model 3b Ziekteverzuim B (SE); Beta
Constante	6,835 (5,035)	15,544 (15,944)	-14,437 (13,944)
Onafhankelijke variabelen			
Assistent	4,283 (3,087); ,161	16,520 (16,008); ,622	-35,054* (17,566); -1,319
Verzorgende/ verpleegkundige mbo	3,729 (1,938); ,382	,475 (13,788); ,049	5,823 (10,572); ,596
Welzijnsmedewerkers	2,072 (2,206); ,108	8,707 (14,933); ,455	5,340 (11,485); ,279
Coördinerende verpleegkundige	2,111 (1,701); ,198	2,051 (14,730); ,193	-1,242 (10,463); -,117
Jaren in dienst	,144** (.050); ,290	,071 (.230); ,143	,198 (.221); ,397
Relatie collega's	-,459 (.630); -,068	-3,172 (3,764); -,468	-,237 (.638); -,035
Relatie manager	-,178 (.526); -,030	-,274 (.531); -,046	4,997 (3,354); ,836
Controle variabelen			
Leeftijd	-,017 (.038); -,045	-,008 (.039); -,022	-,020 (.039); -,053
Opleidingsniveau	,087 (.206); ,048	,107 (.211); ,060	,297 (.216); ,166
Relatie niet samenwonend	1,153 (1,681); ,070	1,373 (1,711); ,084	1,001 (1,697); ,061
Relatie wel samenwonend	,155 (1,443); ,012	,118 (1,466); ,009	,471 (1,451); ,037
Getrouwd	,488 (1,249); ,050	,372 (1,284); ,038	,543 (1,262); ,055
Gescheiden	-1,358 (2,621); -,046	-1,358 (2,649); -,046	-1,315 (2,593); -,044
Geregistreerd partnerschap	-3,047 (1,975); -,143	-3,360 (2,001); -,158	-3,210 (1,951); -,151
Weduwe/ weduwnaar	-1,974 (3,666); -,047	-2,154 (3,703); -,052	-1,063 (3,653); -,026
Kinderen thuiswonend	,136 (.458); ,027	,052 (.478); ,010	,266 (.463); ,052
Interactie variabele relatie collega			
Assistent		-3,818 (4,157); -,590	
Verzorgende/ verpleegkundige mbo		,812 (3,312); ,338	
Welzijnsmedewerker		-1,818 (3,672); -,389	
Coördinerende verpleegkundige		,018 (3,541); ,007	
Jaren in dienst		,018 (.057); ,150	
Interactie variabele relatie manager			
Assistent			10,714* (4,593); 1,775
Verzorgende/ verpleegkundige mbo			-,217 (2,659); -,085
Welzijnsmedewerker			-,759 (2,983); -,157
Coördinerende verpleegkundige			1,018 (2,678); ,369
Jaren in dienst			-,016 (.058); -,125

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ervaren werkbelasting

Tabel 4 toont de resultaten van de multiële regressie van de onafhankelijke variabelen op de emotionele en fysieke ervaren werkbelasting. Model 2 van de emotionele werkbelasting verklaart voor 24,2 procent de ervaren emotionele werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,242$, $F(16, 126) = 2,516$, $p = 0,002$). Het eerste belangrijke resultaat van dit model is de significante positieve coëfficiënt van jaren in dienst. Hoe meer jaren een medewerker in dienst is, hoe groter de emotionele werkbelasting wordt. Door dit resultaat is er bewijs gevonden voor een relatie tussen jaren in dienst en de emotionele werkbelasting. Er is hierdoor ondersteuning gevonden voor hypothese 2b. Het tweede belangrijke resultaat van dit model is de significante negatieve coëfficiënt van de relatie met de collega's. Wanneer er een hoge kwaliteit is van relatie met de directe collega's, ervaart de medewerker een lagere emotionele werkbelasting. Hierdoor is er ondersteuning gevonden voor Hypothese 3b. Voor jaren in dienst is dit ($b^* = 0,258$, $t = 2,666$, $p = 0,009$) een medium effect grootte en voor relatie met de collega's ($b^* = -0,274$, $t = -3,071$, $p = 0,003$) is dit ook een medium effect grootte. Model 3a van de emotionele werkbelasting verklaart voor 30,6 procent de ervaren werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,306$, $F(21,121) = 2,541$, $p = 0,001$). In dit model is een significante negatieve coëfficiënt gevonden voor de interactievariabele jaren in dienst * relatie collega's. Dit betekent dat de relatie met de directe collega's het positieve effect vermindert van de jaren in dienst op de emotionele werkbelasting. De effectgrootte van de interactievariabele ($b^* = -1,052$, $t = -2,397$, $p = 0,18$) is een groot effect grootte. Figuur 1 toont de interactievariabele jaren in dienst * relatie collega's op de ervaren emotionele werkbelasting. Voor het figuur zijn er aan de hand van het

Figuur 1. Interactievariabele jaren in dienst * relatie collega (N = 143)



gemiddelde antwoord en de standaarddeviatie op de variabele kwaliteit van relatie met de collega's ($M = 3,99$, $SD = 0,72$), 3 groepen gemaakt. De groep 'lage kwaliteit relatie collega' is de groep met een score onder het gemiddelde antwoord min de standaarddeviatie. De groep 'gemiddelde kwaliteit relatie collega's' is de groep met een score tussen het gemiddelde min de standaarddeviatie en het gemiddelde plus de standaarddeviatie. De groep 'hoge kwaliteit relatie collega's' is de groep met een score boven het gemiddelde antwoord plus de standaarddeviatie. Model 3b van de emotionele werkbelasting verklaart voor 29,0 procent de ervaren werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,290$, $F(21,121) = 2,350$, $p = 0,002$). In dit model zijn er geen resultaten gevonden conform verwachting.

Model 2 van de fysieke werkbelasting verklaart voor 32,5 procent de ervaren fysieke werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,325$, $F(16,126) = 3,791$, $p < 0,001$). Het eerste belangrijkste resultaat van dit model is de positieve significante coëfficiënt van het functie type assistenten. Dit betekent dat assistenten een grotere fysieke werkbelasting ervaren dan professionals. Daarnaast is er een positieve significante coëfficiënt gevonden voor het functie type verzorgenden en verpleegkundigen mbo. Dit betekent dat verzorgenden en verpleegkundigen mbo een grotere fysieke werkbelasting ervaren dan professionals. Zoals eerder genoemd moeten deze resultaten met veel voorzichtigheid worden behandeld, dit komt door de kleine omvang van de groepen assistenten en professionals. De analyse is ook uitgevoerd met coördinerende verpleegkundige als referentiegroep. Hieruit kwamen geen andere benoemenswaardige resultaten. Hierdoor is er deels ondersteuning gevonden voor hypothese 1b. Het tweede belangrijke resultaat van dit model is de positieve significante coëfficiënt voor jaren in dienst. Dit betekent dat wanneer het aantal jaren in dienst toeneemt, de ervaren fysieke werkbelasting toeneemt voor de zorgmedewerkers. Hierdoor is er ondersteuning gevonden voor de hypothese 2b. Voor het functietype assistenten ($b^* = ,297$, $t = 2,818$, $p = 0,006$) is dit een medium effect grootte. Voor het functietype verzorgende/verpleegkundige mbo ($b^* = ,443$, $t = 2,464$, $p = 0,15$) is dit een medium tot groot effect. Voor de variabele jaren in dienst ($b^* = ,197$, $t = 2,165$, $p = 0,32$) is dit een klein effect. Model 3a van de fysieke werkbelasting verklaart voor 35,9 procent de ervaren fysieke werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,359$, $F(21,121) = 3,224$, $p < 0,001$). Model 3b van de fysieke werkbelasting verklaart voor 33,3 procent de ervaren fysieke werkbelasting van de zorgmedewerkers ($R^2 = 0,333$, $F(21,121) = 2,873$, $p < 0,001$). In beide modellen zijn geen resultaten gevonden conform verwachting.

Tabel 4. (On)gestandaardiseerde coëfficiënten en standaardfouten van de regressieanalyse van de onafhankelijke variabelen op ervaren werkbelasting (emotioneel en fysiek) (N=143)

	Model 2 Emotionele werkbelasting B (SE); Beta	Model 3a Emotionele werkbelasting B (SE); Beta	Model 3b Emotionele werkbelasting B (SE); Beta	Model 2 Fysieke werkbelasting B (SE); Beta	Model 3a Fysieke werkbelasting B (SE); Beta	Model 3b Fysieke werkbelasting B (SE); Beta
Constante	5,701*** (1,315)	6,919 (4,059)	-1,193 (3,652)	7,176*** (1,505)	9,785* (4,733)	6,766 (4,293)
Onafhankelijke variabelen						
Assistenten	-,238 (.806); - ,033	4,844 (4,075); ,671	-7,792 (4,600); -1,079	2,600** (.923); ,297	4,328 (4,752); ,494	1,199 (5,409); ,137
Verzorgende/ verpleegkundige mbo	-,544 (.506); - ,205	,931 (3,510); ,351	-1,459 (2,769); -,550	1,428* (.579); ,443	1,539 (4,093); ,478	2,072 (3,255); ,643
Welzijnsmedewerkers	-,198 (.576); - ,038	-,286 (3,801); - ,055	-2,313 (3,008); -,445	,404 (.660); ,064	1,478 (4,432); ,234	1,399 (3,536); ,222
Coördinerende verpleegkundige	,003 (.444); ,001	3,651 (3,750); 1,262	-1,426 (2,740); -,493	,783 (.508); ,223	6,025 (4,372); 1,717	2,621 (3,222); ,747
Jaren in dienst	,035** (.013); ,258	,175** (.059); 1,296	,145* (.058); 1,071	,032* (.015); ,197	,062 (.068); ,380	,078 (.068); ,477
Relatie collega's	-,505** (.164); -,274	-,997 (.958); - ,542	-,410* (.167); - ,223	-,279 (.188); - ,125	-,968 (1,117); - ,433	-,264 (.196); - ,118
Relatie manager	-,165 (.137); - ,102	-,134 (.135); - ,082	1,370 (.878); ,843	-,159 (.157); - ,081	-,158 (.158); - ,080	-,044 (1,033); - ,022
Controle variabelen						
Leeftijd	,000 (.010); - ,002	,000 (.010) ,004	-,005 (.010); - ,047	,007 (.011); ,057	,011 (.012); ,088	,006 (.012); ,046
Opleidingsniveau	-,030 (.054); - ,061	-,034 (.054); - ,070	-,014 (.057); - ,029	-,013 (.061); - ,022	-,030 (.063); - ,051	-,010 (.067); - ,016
Relatie niet samenwonend	-,149 (.439); - ,033	-,235 (.435); - ,053	-,071 (.444); - ,016	,136 (.503); ,025	,214 (.508); ,039	,182 (.522); ,034
Relatie wel samenwonend	,305 (.377); ,089	,197 (.373); ,057	,372 (.380); ,108	,385 (.432); ,092	,295 (.435); ,071	,379 (.447); ,091
Getrouwd	,369 (.326); ,139	,182 (.327); ,068	,469 (.331); ,176	,465 (.373); ,144	,493 (.381); ,153	,515 (.389); ,160
Gescheiden	-,312 (.684); - ,039	-,447 (.674); - ,056	-,269 (.679); - ,033	-,005 (.784); - ,001	,140 (.786); ,014	,029 (.798); ,003
Geregistreerd partnerschap	-,132 (.516); - ,023	-,240 (.509); - ,042	-,118 (.511); - ,020	-,283 (.590); - ,040	-,310 (.594); - ,044	-,267 (.601); - ,038
Weduwe/ weduwnaar	1,810 (.957); ,160	1,466 (.943); ,130	1,925* (.957); ,170	2,576* (1,096); ,188	2,315* (1,099); ,169	2,498* (1,125); ,182
Kinderen thuiswonend	-,218 (.120); - ,157	-,212 (.122); - ,153	-,211 (.121); - ,152	-,071 (.137); - ,042	-,119 (.142); - ,071	-,094 (.142); - ,056
Interactie variabele relatie collega						
Assistent		-1,472 (1,058); -,837			-519 (1,234); - ,243	
Verzorgende/ verpleegkundige mbo		-,366 (.843); - ,559			-,053 (.983); - ,067	
Welzijnsmedewerker		,069 (.935); ,055			-,275 (1,090); - ,179	
Coördinerende verpleegkundige		-,882 (.901); - 1,255			-1,282 (1,051); -1,503	
Jaren in dienst		-,035* (.014); - 1,052			-,008 (.017); - 1,193	
Interactie variabele relatie manager						
Assistent			2,045 (1,203); 1,247			,386 (1,414); ,194
Verzorgende/ verpleegkundige			,257 (.696); ,372			-,160 (.819); - ,190
Welzijnsmedewerker			,576 (.781); ,438			-,263 (.918); - ,165
Coördinerende verpleegkundige			,361 (.701); ,482			-,488 (.825); - ,537
Jaren in dienst			-,029 (.015); - ,844			-,013 (.018); - ,298

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabel 5. Overzicht resultaten per hypothese

Hypothese	Ondersteuning gevonden (X)	Toelichting
1a	-	
1b	X (Deels)	Assistenten en verzorgenden/ verpleegkundigen MBO hebben een hogere fysieke werkbelasting dan professionals.
2a	X	
2b	X	
3a	-	
3b	X (Deels)	Relatie met de collega's heeft een negatieve relatie met de emotionele werkbelasting.
4a	-	
4b	X (Deels)	Relatie met de collega's werkt als buffer voor de positieve effecten van jaren in dienst op de emotionele werkbelasting.

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op verschillende onderzoeksvragen. Om de vragen te beantwoorden is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd doormiddel van een vragenlijst. Voor dit onderzoek werd het JD-R model van Demerouti en collega's (2001) gebruikt als theoretisch raamwerk. De vragenlijst is verspreid onder zorgmedewerkers van de thuiszorgorganisatie Careyn.

De eerste onderzoeksvraag was: *Wat is het effect van het type functie en de jaren in dienst van de medewerker op het ziekteverzuim en op de ervaren werkbelasting (emotioneel of fysiek)?*

Als eerste is er gevonden dat assistenten en vooral de verzorgenden en verpleegkundigen mbo een hogere fysieke werkbelasting ervaren dan de professionals. Dit is lijn met de verwachting vanuit het JD-R model voor de fysieke werkbelasting maar dit resultaat moet met veel voorzichtigheid geïnterpreteerd worden want er deed maar een kleine groep professionals en assistenten mee aan dit onderzoek. Professionals beschikken waarschijnlijk over een hogere mate van professionele autonomie, kunnen zelf hun eigen functie bijstellen aan hun eigen behoeften en het werk omvat minder lichamelijke inspanning. Professionals beschikken hierdoor over meer energiebronnen en ervaren een lagere fysieke werkbelasting. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Notelaers & Hoedemakers (2002). Assistenten, verzorgenden en verpleegkundigen mbo ervaren de meeste lichamelijke inspanning tijdens het werk. Assistenten, verzorgenden en verpleegkundigen mbo hebben dus niet alleen hogere lichamelijke inspanning tijdens hun werk maar beschikken waarschijnlijk ook over minder energiebronnen om de hogere lichamelijke eisen van hun werk te compenseren. Hierdoor ervaren zij een hogere fysieke werkbelasting dan de professionals. Maar nogmaals, deze resultaten moeten met veel voorzichtigheid behandeld worden en er zal meer onderzoek nodig zijn om dit te kunnen bevestigen. Voor de emotionele werkbelasting en het ziekteverzuim is er geen verschil gevonden tussen de verschillende functie types. Voor de ziekteverzuim variabele kan dit liggen aan de manier waarop de variabele mee is genomen in de analyse. De respondenten hebben zelf aangegeven hoelang zij in de afgelopen 12 maanden hebben verzuimd in werkdagen en weken. Hierdoor was er veel verschil in antwoorden tussen helemaal geen verzuim en langdurig verzuim, de variabele was ook niet normaal verdeeld. In eventueel vervolgonderzoek zou beter gekozen kunnen worden voor het gebruiken van een ziekteverzuimpercentage, of een simpel ja- of nee-antwoord op de vraag of de respondent wegens ziekte heeft verzuimd. Voor de emotionele werkbelasting is dit te verklaren door dat er

waarschijnlijk geen verschil zit in de emotionele werkbelasting tussen de verschillende functies. Alle functies ervaren dezelfde emotionele werkbelasting door de hoge werkdruk in de gezondheidszorg.

Ten tweede blijkt dat de medewerkers die langer in dienst zijn meer ziekteverzuimdagen hebben en een hogere emotionele en fysieke werkbelasting ervaren. Dit was in lijn met de verwachting van een positieve relatie tussen jaren in dienst en het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting. Jaren in dienst werkt niet als energiebron maar als werk eis voor de zorgmedewerkers door de te hoge werkdruk in de gezondheidszorg. Langdurige fysieke en emotionele werkbelasting heeft een negatieve werking op de gezondheid van de zorgmedewerkers. Het wassen en verplaatsen van patiënten, onregelmatige werktijden, zorg dat 24 uur door gaat of emotionele/problematische contacten met patiënten eist op den duur zijn tol van de zorgmedewerkers wat zich uit in hoger ziekteverzuim en hogere ervaren emotionele en fysieke werkbelasting. Dit is in tegenstelling tot de onderzoeken van Sepahvand et al. (2017) en Meyer & Allen (1991). Zij vonden een toename van organisatiebetrokkenheid bij medewerkers die langer in dienst zijn, wat zorgde voor minder ziekteverzuim en ervaren werkbelasting. De mogelijke verklaring hiervoor is dat dit niet toepasbaar is in de zorgcontext door de te hoge werkdruk voor alle zorgmedewerkers, ongeacht de functie. Langdurige blootstelling aan de fysieke en emotionele eisen van het werken in de zorg heeft gezondheidsconsequenties voor de zorgmedewerkers. Hierdoor werkt jaren in dienst niet als energiebron in de gezondheidszorg maar als werk eis. Toch wordt deze conclusie wel met veel voorzichtigheid getrokken door de lage aantallen van de assistenten, welzijnsmedewerkers en professionals in dit onderzoek.

De tweede onderzoeksvraag was: *Wat is het effect van de kwaliteit van de relatie met de collega's en de relatie met de manager op het ziekteverzuim en op de ervaren werkbelasting (emotioneel of fysiek)?*

Uit de resultaten is gebleken dat de kwaliteit van de relatie met de collega's de ervaren emotionele werkbelasting vermindert. Dit is in lijn met de verwachting van het JD-R model. Een hoge kwaliteit van het teamklimaat waarbij er sprake is van voldoende communicatie, gestructureerde inspanning, balans in de bijdrage van de teamleden, wederzijdse ondersteuning, voldoende inzet en gemotiveerde teamleden werkt als energiebron voor de zorgmedewerker. Dit is een bevestiging van het onderzoek van Bakker et al. (2003) en kan worden gegeneraliseerd naar alle zorgmedewerkers. Er is geen effect gevonden voor de relatie met de manager. Dit was tegen te verwachting in. Het onderzoek van Cummings et al. (2010) wees uit

dat een relatiegerichte leiderschapsstijl gebaseerd op erkenning, wederkerigheid en vertrouwen belangrijk is in de gezondheidszorg. Er is uit dit onderzoek gebleken dat de leiderschapsstijl niet belangrijk is voor het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting in de zorg. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er veel afstand zit tussen de manager en de zorg medewerkers en dat de medewerker geen invloed uitoefent op het zorgwerk van de medewerker.

De laatste onderzoeksvraag van dit onderzoek was: *In welke mate beïnvloedt de kwaliteit van de werkrelaties het effect van de type functie en de jaren in dienst van de medewerker op het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting?*

Uit de resultaten is gebleken dat het effect van de kwaliteit van relatie met de directe collega's kan werken als buffer voor het effect van de jaren in dienst op de emotionele werkbelasting. Dit is in overeenstemming met de verwachting van het JD-R model. Dit is in lijn met eerder onderzoek waaruit ook gebleken is dat energiebronnen zoals een hoge kwaliteit van werkrelaties kunnen werken als buffer voor de werkeisen van de zorgmedewerkers (Cheng, Yang, Ding, & Wang, 2020). Voor de effecten van functie en jaren in dienst op het ziekteverzuim en de fysieke ervaren werkbelasting is geen buffer gevonden vanuit de kwaliteit van werkrelaties. Dit is tegen de vooraf gestelde verwachting in. Een mogelijke verklaring voor het ziekteverzuim en de fysieke werkbelasting is dat er ook geen directe relatie gevonden is voor de kwaliteit van werkrelaties op het ziekteverzuim en de fysieke werkbelasting. De kwaliteit van relatie met de collega's en manager zorgt er niet voor dat de medewerker zich minder snel ziek meldt of minder ziek wordt. Daarnaast zorgt de kwaliteit van relatie met de collega's en manager er niet voor dat de medewerker minder fysiek werk hoeft te doen. Echter is er correlatie gevonden tussen de fysieke en emotionele werkbelasting en het ziekteverzuim dus zal een vermindering van de emotionele werkbelasting wellicht kunnen zorgen voor een vermindering van de fysieke werkbelasting en het ziekteverzuim. Vervolgonderzoek is nodig om dit te kunnen bevestigen. Voor het ziekteverzuim en fysieke ervaren werkbelasting zal ook extra onderzoek nodig zijn naar wel werkende energiebronnen voor de zorgmedewerkers om de lichamelijke werkeisen en werk eisen die het uiteindelijke ziekteverzuim veroorzaken te verminderen.

De tekortkomingen van dit onderzoek zijn de vragen voor de relatie met de manager en de grootte van de groepen van de verschillende functietypes. Als eerste zorgden de vragen voor de relatie met de manager voor verwarring bij de respondenten. De vragen werden gesteld over de mate van erkenning, wederkerigheid en vertrouwen. De vragen gingen er van uit dat er een relatie was tussen de manager en de werknemer. Uit een mail gekregen van een respondent is

gebleken dat sommige werknemers helemaal geen relatie hebben met de manager en daarom de vragen over de manager niet konden beantwoorden. Voor vervolgonderzoek is het interessant om deze resultaten mee te nemen als helemaal geen mate van erkenning, wederkerigheid en vertrouwen. De constructie van de huidige vragenlijst liet dat niet toe. Het inzicht dat sommige medewerkers helemaal geen relatie hebben met de manager is interessant om verder uit te zoeken wat dit voor mogelijke consequenties heeft voor de werknemer. De tweede tekortkoming is, zoals eerder gezegd, de kleine omvang van de groepen van de functietypes assistenten, welzijnsmedewerkers en professionals. De verdeling van de functiegroepen waren wel representatief voor de zorgpopulaties maar voor de juiste betrouwbaarheid hadden er meer assistenten mee moeten doen met het onderzoek en meer welzijnsmedewerkers en meer professionals. De kleine omvang van de groepen heeft mogelijk vooral invloed gehad op de vraag of de relatie met de collega's en de relatie met de manager kunnen werken als buffer. Voor vervolgonderzoek is het dan ook interessant om nog een keer dit onderzoek te doen maar dan met een grotere omvang van de functies assistenten, welzijnsmedewerkers en professionals en een betere meting van de relatie met de manager. Hierdoor kunnen de conclusies beter worden bevestigd.

Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is onderzoek naar het verschil tussen intramuraal en extramuraal werken in de zorg. Intramuraal staat voor werken op een afdeling en extramuraal is werken bij de client of patiënt in zijn eigen huis. Dit geeft andere arbeidsomstandigheden, een andere verhoudingen met de directe collega's en de manager en mogelijk andere werk eisen voor de medewerker. Vervolgonderzoek is het interessant om te kijken naar de verschillen tussen intramuraal en extramuraal werken. En te kijken naar de verschillen in werk eisen en welke energiebronnen nodig zijn om deze verschillende werk eisen te verminderen. De laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek is het zoeken naar meer energiebronnen voor de zorg medewerkers. De zorg medewerkers ervaren een hoge mate van ziekteverzuim en de relatie met de collega's en manager werken niet als energiebron om het hoge ziekteverzuim te compenseren. Er is meer onderzoek nodig naar wel werkende energiebronnen zodat deze energiebronnen kunnen werken als buffer. In dit onderzoek is alleen een buffer gevonden voor de emotionele werkbelasting dit is gunstig want de emotionele werkbelasting is hoog in de gezondheidszorg. Maar er is nog geen antwoord gevonden voor de te hoge ziekteverzuim en fysieke werkbelasting in de gezondheidszorg.

Beleidsadvies

Sinds 1 januari 2010 werkt de gezondheidszorg met een persoonlijk levensfasebudget (PLB) (CAO Ziekenhuizen, 2009). PLB uren zijn geïntroduceerd met het doel voor duurzame inzetbaarheid voor zorgmedewerkers. PLB uren zijn ter vervanging gekomen voor de oude leeftijdsgebonden rechten en hebben als uitgangspunt een gelijke behandeling van werknemers, ongeacht hun leeftijd. Een medewerker ontvangt per jaar 57 PLB uren bij voltijd dienstverband (Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, 2021), dit is voor elke leeftijd of jaren in dienst gelijk. De uren kunnen wel opgebouwd worden wanneer deze niet gebruikt zijn in dat jaar. Voor iedere werknemer moet een werknemersplan PLB opgesteld worden voor de PLB uren, dit wordt besproken in een jaargesprek. De PLB uren kunnen op vier manieren worden ingezet: de PLB uren uitbetalen, de inzet van PLB uren voor scholing, het opnemen van verlof of gebruik maken van het generatiebeleid (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2021). Op beleidsniveau zou er extra rekening gehouden moeten worden met medewerkers die langer in dienst zijn. In dit onderzoek is namelijk gevonden dat het ziekteverzuim en de ervaren werkbelasting toe neemt naar mate iemand langer in dienst is. Werken in de zorg eist emotioneel en fysiek op den duur zijn tol van de zorgmedewerkers en dat is zorgwekkend. Medewerkers zouden daarom recht moeten hebben op meer PLB uren, wat past bij het aantal jaar dat zij in dienst zijn. De werkgever kan dan samen met de medewerker naast de behoeften die horen bij de levensfase ook samen een plan opzetten voor het bieden van meer hersteltijd. De werkgever kan samen met de medewerker, die langer in dienst zijn, kijken naar tactische inzet van zijn of haar extra PLB uren. Dit kan zijn in de vorm van kortere werkdagen, bijvoorbeeld een half uur eerder naar huis of een half uur later beginnen. Dit kan ook zijn in de mogelijkheid om na een periode van zwaardere emotionele of fysieke werkbelasting meer vrije dagen in te plannen.

Het is natuurlijk wel logisch dat medewerkers die lang emotioneel en fysieke werkeisen ervaren dit als zwaar ervaren en naar mate de medewerkers ouder worden dit zwaarder wordt ervaren. De zorg is nou eenmaal een zware sector om in te werken en de werkgever en de overheid kunnen dit gebruiken als argument tegen extra PLB uren of een andere vorm van budget. Er wordt de laatste jaren ook nog steeds veel bezuinigd in de zorg. Ook is er geprotesteerd door zorgmedewerkers tegen het relatief lage loon en dit is wel gehoord. Maar de zorg kampt nog steeds met een groot personeelstekort en toenemende vergrijzing van de Nederlands bevolking wat het werk in de toekomst steeds zwaarder zal maken. Al deze redenen zijn goede redenen om door te gaan met regelgevingen zoals de PLB uren en hier kritisch naar te blijven kijken zodat dit helpt bij een duurzame inzet van de zorgmedewerkers.

Er zijn meerdere manieren, naast het PLB budget verhogen, die de werkgever kan inzetten voor duurzame inzetbaarheid. Extra verlofdagen zoals het PLB budget wordt in het onderzoek van Brouwer et al., (2016) onder geschaald onder curatieve en preventieve maatregelen die gericht zijn voor het oplossen van specifieke problemen zoals ziekteverzuim en vroegtijdig stoppen met werken. Maar er zijn ook andere maatregelen zoals Amplitie-maatregelen. Amplitie-maatregelen zijn gevonden in het onderzoek van Ouweneel, Schaufeli & le Blanc (2009) en richten zich meer op het welbevinden van de medewerker.

De emotionele werkbelasting verminderen door te investeren in de relatie tussen de medewerker en zijn of haar directe collega's, het teamklimaat, zou een goed voorbeeld kunnen zijn van een Amplitie-maatregel van het onderzoek van Ouweneel, Schaufeli & le Blanc (2009). Een amplitie-maatregel heeft het doel om problemen te voorkomen en te focussen op positieve uitkomsten. Dit kan doormiddel van het stimuleren van de ontwikkeling van de medewerkers door informele ontwikkelingsmogelijkheden (Ouweneel, Schaufeli, & le Blanc, 2009). Investeren in het teamklimaat kan door middel van (informele) teambuilding. Teambuilding is een methode om het teamklimaat te versterken (Remmerswaal, 2015). Er bestaan veel soorten teambuildingactiviteiten zoals gesprekken, oefeningen, opdrachten, rollenspellen of fysieke oefeningen. De werkgever kan beginnen met het faciliteren van geplande koffiemomenten of terugkomende borrels voor de afdeling. Daarnaast kan er ook jaarlijks teambuilding worden georganiseerd in de vorm van sport en spel. Teambuilding is effectief wanneer de teamleden meer inzicht verwerven in de werking van het team. De teamleden worden zich meer bewust van elkaar en hun eigen gedrag in het team. Dit bewustzijn kan weer leiden tot een open sfeer, een hechter team en een groter onderling vertrouwen (Remmerswaal, 2015).

Verwijzingen

- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2003). A Multigroup Analysis of the Job Demands–Resources Model in Four Home Care Organizations. *International Journal of Stress Management*, 16-38.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*(22), 309-328.
- Brouwer, S., de Lange, A., Wessels, M., de Vries, H., Koolhaas, W., van der Heijden, B., & van der Klink, M. (2016). Integrale benadering van duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. *Vakmedianet*, 97-129.
- Brown, B. (2003). *Employees' Organizational Commitment and Their Perception of Supervisors' Relations-Oriented and Task-Oriented Leadership Behaviors*. Virginia: Virginia Tech.
- CAO Ziekenhuizen. (2009). *Cao Ziekenhuizen: Onderhandelingsresultaat*. Mijn vakbond.
- Cao, C., Shang, L., & Meng, Q. (2020). Applying the Job Demands-Resources Model to exploring predictors of innovative teaching among university teachers. *Elsevier*(89), 1-10.
- CBS. (2019). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019*. Leiden, Heerlen: TNO.
- Centraal Bureau van de Statistiek. (2020, November 26). *Ziekteverzuim verpleging, verzorging en thuiszorg hoogst sinds 2010*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/48/ziekteverzuim-verpleging-verzorging-en-thuiszorg-hoogst-sinds-2010#:~:text=Piek%20eerste%20kwartaal%20houdt%20aan,Het%20ziekteverzuim%20kent%20een%20seizoenspatroon.&text=Voor%20de%20hele%20sector%20zorg,7%20naar%20>
- Cheng, H., Yang, H., Ding, Y., & Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands–Resources model. *Journal Nurse Management* 28, 653-663.
- Cummings, G., Macgregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). “Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment a systematic review”. *International Journal of Nursing Studies* vol.47, 363-385.
- Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 312-330.
- Demarest, S., Henderickx, E., & Bundervoet, J. (1994). Personeelsbeleid en Werkbelasting in Belgische ziekenhuizen. *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken* 10, 156-164.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*(86), 499-512.

- Disabato, D. (2021, Juni 4). *On effect sizes in multiple regression*. Opgehaald van David Disabato: <http://www.daviddisabato.com/blog/2016/4/8/on-effect-sizes-in-multiple-regression>
- Douwes, M., van den Heuvel, S., & Sonneveld, H. (2008). *Het grote gevaar van de zorg*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, Arbeid.
- Fasbender, U., Burmeister, A., & Wang, M. (2019). Motivated to be socially mindful: Explaining age differences in the effect of employees' contact quality with coworkers on their coworker support. *Personnel Psychology* 73, 407-430.
- Fuller, A., & Unwin, L. (2017). Job Crafting and Identity in Low-Grade Work: How Hospital Porters Redefine the Value of their Work and Expertise. *Vocations and Learning* 10, 307–324.
- Gordon, H., Demerouti, E., Le Blanc, P., Bakker, A., Bipp, T., & Verhagen, M. (2018). Individual job redesign: Job crafting interventions in healthcare. *Journal of Vocational Behavior* 104, 98-114.
- Hoegl, M., & Gemuenden, H. G. (2001). Teamwork Quality and the Success of Innovative Projects: A Theoretical Concept and Empirical Evidence. *Organization Science* 12, 435-449.
- Ilmarinen, J., & Rantanen, J. (1999). Promotion of Work Ability During Ageing. *American Journal of Industrial Medicine Supplement* 1, 21-23.
- Jettinghoff, K., de Vroome, E., Smulders, P., & van de Bossche, S. (2004). Oorzaken van ziekteverzuim bij vrouwen: werk, persoon, gezondheid of thuissituatie? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* (2), 140-151.
- Klein Hesselink, D. K., Veerman, T., & Buijs, P. (1993). *Afwezigheid verklaard*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden.
- Mackor, A. R. (2011). Grenzen aan professionele autonomie. *University of Groningen*, 1-28.
- Marques, D., Pereira, M., Souza, A., Vila, V., Almeida, C., & Oliveira, E. (2015). Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm* 68, 594-600.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2021, Juni 13). *Hoofdstuk 12: vakantie, persoonlijk levensfase budget, verlof en wet arbeid en zorg*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: <https://cao-ziekenhuizen.nl/cao/vakantie-persoonlijk-levensfasebudget-verlof-en-wet-arbeid-en-zorg>
- Notelaers, G., & Hoedemakers, C. (2002). De arbeidsbeleving binnen de gezondheidszorg. *Tijdschrift van het Steunpunt WAV* 4, 157-163.
- Opbloeien. (2021, Juni 12). *Opbloeien*. Opgehaald van Opbloeien: <http://opbloeien.net/versterken-werkrelaties/>
- Opdebeeck, S., Duerinckx, N., & Goossens, L. (2019). Autonomie binnen verpleegkunde. *Verpleegkunde* 4, 4-6.

- Ouweneel, A., Schaufeli, W., & le Blanc, P. (2009). Van preventie naar amplitie : interventies voor optimaal functioneren. *Gedrag en Organisatie* 22, 118-135.
- Poth, A., Kottke, M., & Riel, A. (2020). Evaluation of Agile Team Work Quality. *Springer*, 101-110.
- Rani, R., Kumar, N., Rastogi, R., & Garg, P. (2012). Quality of work life: Predictor of psychological wellbeing of police employees. *Indian Journal of Positive Psychology* 3, 356-364.
- Remmerswaal, J. (2015). *Begeleiden van groepen*. Houten: Springer Media.
- Riever, M. (2016, Maart 30). *Het helpersyndroom zorgt voor verdriet...* Opgehaald van Spirit coaching: <https://spirit-coaching.nl/het-helpersyndroom-mhm/>
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2013). Het Job Demands-Resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag & Organisatie*(26), 182-204.
- Sepahvand, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Parvizy, S., & Zagheri Tafreshi, M. (2017). The relationship between some demographic characteristics and organizational commitment of nurses working in the Social Security Hospital of Khorramabad. *Electronic Physician* 9, 4503-4509.
- Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K.-G., Lindholm, L., & Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 747-764.
- Smulders, P. (1990). De arbeidssituatie van twaalf beroepsgroepen in de intramurale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*(68), 247-255.
- Statistics Solutions. (2021, Juni 12). *Assumptions of Multiple Linear Regression*. Opgehaald van StatisticsSolutions: <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-statistical-analyses/assumptions-of-multiple-linear-regression/>
- Steenkamp-Scheinhardt, C., & Näring, G. (2015). Mensen met een roeping: een zegen of een zorg in de hulpverlening? *Gedrag en Organisatie* 1, 27-45.
- Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen. (2021, Juni 6). *Wat is het PLB?* Opgehaald van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen: <https://www.staz.nl/plb-home/plb-faqs/>
- Strömberg, M., Eriksson, A., Ahlstrom, L., Bergman, D. K., & Dellve, L. (2017). Leadership quality: a factor important for social capital in healthcare organizations. *Journal of Health Organization and Management* vol. 31, 175-191.
- Tummers, G., Van Merode, G., & Landeweerd, J. (2002). Organisatie en werken in de zorg. *Tijdschrift van het Steunpunt*, 151-155.
- van Beelen, A. (2017). Gezond werken in de zorg dankzij een gezond organisatieklimaat. *Management & Verpleging*, 30-33.
- Volkgezondheidszorg. (2021, Februari 3). *Ziekteverzuim naar bedrijfssector*. Opgehaald van Volksgezondheidszorg.info:

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekteverzuim/cijfers-context/bedrijfssector>

Bijlage

De Syntax

* Encoding: UTF-8.

GET

```
FILE='\\soliscom.uu.nl\users\6933025\Onderzoek Careyn Utrecht Stad_May 3, 2021_04.15.sav '+  
'bewerkt1.sav'.
```

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

**rename variabelen.

RENAME VARIABLES Q10 = Ziektedagen.

RENAME VARIABLES Q8_1 = Fysiekwb1.

RENAME VARIABLES Q8_2 = Fysiekwb2.

RENAME VARIABLES Q8_3 = Fysiekwb3.

RENAME VARIABLES Q8_4 = Fysiekwb4.

RENAME VARIABLES Q9_1 = Emotioneelwb1.

RENAME VARIABLES Q9_2 = Emotioneelwb2.

RENAME VARIABLES Q9_3 = Emotioneelwb3.

RENAME VARIABLES Q9_4 = Emotioneelwb4.

RENAME VARIABLES Q11_1 = Emotioneelwbper.

RENAME VARIABLES Q11_2 = Fysiekwbper.

RENAME VARIABLES Q11_3 = Anderswbper.

RENAME VARIABLES Q14 = functie.

RENAME VARIABLES Q7 = jarenindienst.

```
RENAME VARIABLES Q4_1 = Relatiecollega1.  
RENAME VARIABLES Q4_2 = Relatiecollega2.  
RENAME VARIABLES Q4_3 = Relatiecollega3.  
RENAME VARIABLES Q4_4 = Relatiecollega4.  
RENAME VARIABLES Q4_5 = Relatiecollega5.  
RENAME VARIABLES Q4_6 = Relatiecollega6.
```

```
RENAME VARIABLES Q5_1 = Relatiemanager1.  
RENAME VARIABLES Q5_2 = Relatiemanager2.  
RENAME VARIABLES Q5_3 = Relatiemanager3.  
RENAME VARIABLES Q5_4 = Relatiemanager4.  
RENAME VARIABLES Q5_5 = Relatiemanager5.  
RENAME VARIABLES Q5_6 = Relatiemanager6.  
RENAME VARIABLES Q5_7 = Relatiemanager7.
```

```
RENAME VARIABLES Q13 = geslacht.  
RENAME VARIABLES Q3 = opleiding.  
RENAME VARIABLES Q18 = contracturen.  
RENAME VARIABLES Q11 = ervaringzorg.  
RENAME VARIABLES Q19 = leiding.  
RENAME VARIABLES Q15 = gezondheid.  
RENAME VARIABLES Q16 = relatie.  
RENAME VARIABLES Q17 = kinderenhuis.  
RENAME VARIABLES Q2 = geboortejaar.
```

```
COMPUTE Leeftijd = 2021 - geboortejaar.  
FREQUENCIES leeftijd.
```

DISPLAY DICTIONARY.

FREQUENCIES gezondheid.

DESCRIPTIVES gezondheid.

RECODE gezondheid(1=1) (2=2) (6=3) (3=4) (7=5) (4=6) (5=7) into gezondheidgoed.

VALUE LABELS gezondheidgoed 1 'Heel goed' 2 'Goed' 3 'Enigszins goed' 4 'Niet goed niet slecht' 5 'Enigszins slecht' 6 'Slecht' 7 'heel slecht'.

FREQUENCIES gezondheidgoed.

RECODE gezondheidgoed (1=7) (2=6) (3=5) (4=4) (5=3) (6=2) (7=1).

VALUE LABELS gezondheidgoed 1 'Heel slecht' 2 'Slecht' 3 'Enigszins slecht' 4 'Niet goed niet slecht' 5 'Enigszins goed' 6 'Goed' 7 'Heel goed'.

FREQUENCIES gezondheidgoed.

***Ziekteverzuim.

FREQUENCIES ziektedagen.

DESCRIPTIVES ziektedagen.

*MISSING VALUES ziektedagen (16).

FREQUENCIES Emotioneelwbper, Fysiekwbper, Anderswbper.

DESCRIPTIVES Emotioneelwbper, Fysiekwbper, Anderswbper.

*MISSING VALUES emotioneelwbper, fysiekwbper, anderswbper (0).

***Ervaren werkbelasting.

RELIABILITY VARIABLES Fysiekwb1, Fysiekwb2, Fysiekwb3, Fysiekwb4 /STATISTICS CORRELATIONS /SUMMARY TOTAL.

COMPUTE schaalphysiekwb = MEAN (Fysiekwb1, Fysiekwb2, Fysiekwb3, Fysiekwb4) .

DESCRIPTIVES schaalphysiekwb.

FREQUENCIES schaalphysiekwb.

RELIABILITY VARIABLES Emotioneelwb1, Emotioneelwb2, Emotioneelwb3, Emotioneelwb4
/STATISTICS CORRELATIONS /SUMMARY TOTAL.

COMPUTE schaalemotioneelwb = MEAN (Emotioneelwb1, Emotioneelwb2, Emotioneelwb3,
Emotioneelwb4).

DESCRIPTIVES schaalemotioneelwb.

FREQUENCIES schaalemotioneelwb.

***Functie.

FREQUENCIES functie.

DESCRIPTIVES functie.

MISSING VALUES functie (99).

RECODE functie (1= .5) (ELSE = -.5) INTO Assistent.

RECODE functie (2= .5) (ELSE = -.5) INTO Verzorgendeverpleegkundigembo.

RECODE functie (3= .5) (ELSE = -.5) INTO Welzijnsmedewerkers.

RECODE functie (4= .5) (ELSE = -.5) INTO Coördinerendeverpleegkundige.

RECODE functie (5= .5) (ELSE = -.5) INTO Professionals.

FREQUENCIES leiding.

DESCRIPTIVES leiding.

***Jaren in dienst.

FREQUENCIES jarenindienst.

DESCRIPTIVES jarenindienst.

FREQUENCIES contracturen.

DESCRIPTIVES contracturen.

***Werkrelaties.

RELIABILITY VARIABLES Relatiecollega1, Relatiecollega2, Relatiecollega3, Relatiecollega4, Relatiecollega5, Relatiecollega6 /STATISTICS CORRELATIONS /SUMMARY TOTAL.

COMPUTE Schaalrelatiecollega = mean.1(Relatiecollega1, Relatiecollega2, Relatiecollega3, Relatiecollega4, Relatiecollega5, Relatiecollega6).

FREQUENCIES schaalrelatiecollega.

DESCRIPTIVES Schaalrelatiecollega.

FREQUENCIES Relatiemanager1, Relatiemanager2, Relatiemanager3, Relatiemanager4, Relatiemanager5, Relatiemanager6, Relatiemanager7.

MISSING VALUES Relatiemanager1, Relatiemanager2, Relatiemanager3, Relatiemanager4, Relatiemanager5, Relatiemanager6, Relatiemanager7 (6).

RELIABILITY VARIABLES Relatiemanager1, Relatiemanager2, Relatiemanager3, Relatiemanager4, Relatiemanager5, Relatiemanager6, Relatiemanager7 /STATISTICS CORRELATIONS /SUMMARY TOTAL.

COMPUTE Schaalrelatiemanager = mean.1 (Relatiemanager1, Relatiemanager2, Relatiemanager3, Relatiemanager4, Relatiemanager5, Relatiemanager6, Relatiemanager7).

FREQUENCIES schaalrelatiemanager.

DESCRIPTIVES schaalrelatiemanager.

***controlevariabelen.

FREQUENCIES opleiding, ervaringzorg, leiding, gezondheidgoed, relatie, kinderenhuis, leeftijd.

DESCRIPTIVES opleiding, ervaringzorg, leiding, gezondheidgoed, relatie, kinderenhuis, leeftijd.

COMPUTE Nomiss = nmiss (ziektedagen, schaal fysiekwb, schaal emotioneelwb, functie, jarenindienst, schaalrelatiecollega, schaalrelatiemanager, opleiding, ervaringzorg, leiding, gezondheidgoed, relatie, kinderenhuis, leeftijd) = 0.

FILTER by Nomiss.

FREQUENCIES geslacht.

RECODE relatie (1=.5) (ELSE=-.5) INTO Geenrelatie.

RECODE relatie (2=.5) (ELSE= -.5) INTO Relatienietsamenwonend.

RECODE relatie (3=.5) (ELSE= -.5) INTO Relatiesamenwonend.

RECODE relatie (4=.5) (ELSE= -.5) INTO Getrouwd.

RECODE relatie (5=.5) (ELSE= -.5) INTO Gescheiden.

RECODE relatie (6=.5) (ELSE= -.5) INTO Gpartnerschap.

RECODE relatie (7=.5) (ELSE= -.5) INTO Weduwe.

EXECUTE.

FREQUENCIES relatienietsamenwonend, relatiesamenwonend, getrouwd, gescheiden, gpartnerschap, weduwe.

FREQUENCIES Relatienietsamenwonend, Relatiesamenwonend, Getrouwd, Gescheiden, Gpartnerschap, Weduwe.

DESCRIPTIVES Relatienietsamenwonend, Relatiesamenwonend, Getrouwd, Gescheiden, Gpartnerschap, Weduwe.

FREQUENCIES ziektedagen, schaal fysiekwb, schaal emotioneelwb, functie, jarenindienst, schaalrelatiecollega, schaalrelatiemanager, opleiding, ervaringzorg, leiding, gezondheidgoed, relatie, kinderenhuis, leeftijd.

DESCRIPTIVES ziektedagen, schaal fysiekwb, schaal emotioneelwb, functie, jarenindienst, schaalrelatiecollega, schaalrelatiemanager, opleiding, ervaringzorg, leiding, gezondheidgoed, relatie, kinderenhuis, leeftijd.

DESCRIPTIVES assistent, verzorgende verpleegkundige mbo, welzijnsmedewerkers, coördinerende verpleegkundige, professionals, geenrelatie, relatienietsamenwonend, relatiesamenwonend, getrouwd, gescheiden, gpartnerschap, weduwe.

FREQUENCIES Emotioneelwbper, Fysiekwbper, Anderswbper.

DESCRIPTIVES Emotioneelwbper, Fysiekwbper, Anderswbper.

COMPUTE interactiejXcollega = jarenindienst*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactiejXmanager = jarenindienst*schaalrelatiemanager.

COMPUTE interactiefXcollega = functie*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactiefXmanager = functie*schaalrelatiemanager.

COMPUTE interactieassistentXcollega = Assistent*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactieassistentXcmanager = Assistent*schaalrelatiemanager.

COMPUTE interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXcollega =
Verzorgendeverpleegkundigembo*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXmanager =
Verzorgendeverpleegkundigembo*schaalrelatiemanager.

COMPUTE interactieWelzijnsmedewerkersXcollega = Welzijnsmedewerkers*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactieWelzijnsmedewerkersXmanager = Welzijnsmedewerkers*schaalrelatiemanager.

COMPUTE interactiecoördinerendeverpleegkundigeXcollega =
Coördinerendeverpleegkundige*schaalrelatiecollega.

COMPUTE interactiecoördinerendeverpleegkundigeXmanager =
Coördinerendeverpleegkundige*schaalrelatiemanager.

***Analyzes met assumptions.

CORRELATIONS ziektedagen, schaalemotioneelwb, schaalfysiekwb, assistent,
Verzorgendeverpleegkundigembo, welzijnsmedewerkers, coördinerendeverpleegkundige,
professionals, jarenindienst, schaalrelatiecollega, schaalrelatiemanager.

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Ziektedagen

/METHOD=ENTER Assistent Verzorgendeverpleegkundigembo Welzijnsmedewerkers
coördinerendeverpleegkundige

jarenindienst schaalrelatiecollega schaalrelatiemanager

/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatienietsamenwonend Relatiesamenwonend Getrouwd
Gescheiden Gpartnerschap Weduwe

kinderenthuis

/METHOD=ENTER interactieassistentXcollega interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXcollega

interactieWelzijnsmedewerkersXcollega

interactiecoördinerendeverpleegkundigeXcollega interactiejXcollega

/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Ziektedagen

/METHOD=ENTER Assistent Verzorgendeverpleegkundigembo Welzijnsmedewerkers
coördinerendeverpleegkundige

jarenindienst schaalrelatiecollega schaalrelatiemanager

/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatienietsamenwonend Relatiesamenwonend Getrouwd
Gescheiden Gpartnerschap Weduwe

kinderenthuis

/METHOD=ENTER interactieassistentXcmanager
interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXmanager

interactieWelzijnsmedewerkersXmanager

interactiecoördinerendeverpleegkundigeXmanager interactiejXmanager

/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT schaalemotioneelwb

/METHOD=ENTER Assistent Verzorgendeverpleegkundigembo Welzijnsmedewerkers

Coördinerendeverpleegkundige jarenindienst Schaalrelatiecollega Schaalrelatiemanager

/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatienietsamenwonend Relatiesamenwonend Getrouwd
Gescheiden

Gpartnerschap Weduwe kinderenthuis

/METHOD=ENTER interactieassistentXcollega

interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXcollega

interactieWelzijnsmedewerkersXcollega

interactiecoördinerendeverpleegkundigeXcollega

interactiejXcollega

/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT schaalemotioneelwb

/METHOD=ENTER Assistent Verzorgendeverpleegkundigembo Welzijnsmedewerkers

Coördinerendeverpleegkundige jarenindienst Schaalrelatiecollega Schaalrelatiemanager

/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatienietsamenwonend Relatiesamenwonend Getrouwd
Gescheiden

Gpartnerschap Weduwe kinderenthuis

/METHOD=ENTER interactieassistentXcmanager

interactieVerzorgendeverpleegkundigemboXmanager

interactieWelzijnsmedewerkersXmanager

interactiecoördinerendeverpleegkundigeXmanager

interactiejXmanager

/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT schaal fysiekwb
/METHOD=ENTER Assistent Verzorgende verpleegkundige mbo Welzijnsmedewerkers
  Coördinerende verpleegkundige jaren dienst Schaalrelatiecollega Schaalrelatiemanager
/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatie nietsamenwonend Relatie samenwonend Getrouwd
  Gescheiden
  Gpartnerschap Weduwe kinderenhuis
/METHOD=ENTER interactie assistent X collega
  interactie Verzorgende verpleegkundige mbo X collega
  interactie Welzijnsmedewerkers X collega
  interactie coördinerende verpleegkundige X collega
  interactie j X collega
/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

```

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT schaal fysiekwb
/METHOD=ENTER Assistent Verzorgende verpleegkundige mbo Welzijnsmedewerkers
  Coördinerende verpleegkundige jaren dienst Schaalrelatiecollega Schaalrelatiemanager
/METHOD=ENTER Leeftijd opleiding Relatie nietsamenwonend Relatie samenwonend Getrouwd
  Gescheiden
  Gpartnerschap Weduwe kinderenhuis
/METHOD=ENTER interactie assistent X manager
  interactie Verzorgende verpleegkundige mbo X manager

```

interactieWelzijnsmedewerkersXmanager

interactiecoördinerendeverpleegkundigeXmanager

interactiejXmanager

/RESIDUALS HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

De vragenlijst

Onderzoek Careyn Utrecht Stad

Start of Block: Informatiebrief & Informed Consent

Q1 Datum: 12-4-2021

Beste deelnemer,

Wat fijn dat je meehelpt aan het uitvoeren van dit onderzoek! Mede dankzij jouw bijdrage aan dit onderzoek, hopen we meer inzicht te krijgen in de oorzaken van verzuim. Careyn zal de uitkomsten van dit onderzoek gebruiken om een beter balans te geven aan de werkbeleving en de gezondheid van de medewerkers. Dankjewel daarvoor!

Om jouw gegevens te kunnen en mogen verwerken of gebruiken, hebben we jouw toestemming nodig. We vinden het daarom erg belangrijk dat je deze informatie goed doorleest, voordat je antwoord geeft op de 10 vragen. Het beantwoorden van de vragen duurt maximaal 10 minuten.

Allereerst willen we benadrukken dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. De vragenlijsten worden anoniem afgenomen dus zullen nooit aan jou als persoon worden gekoppeld. Daarnaast gaan we uiterst vertrouwelijk met de gegevens om en zullen we deze opslaan in lijn met de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WPB).

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een masterstudent vanuit de Universiteit Utrecht in opdracht van Careyn en richt zich op een aantal zaken: o Hoe onderlinge relaties op de werkvloer (tussen medewerkers onderling en de medewerkers met de manager) invloed hebben op verzuim. o In welke mate zaken als opleidingsniveau, leeftijd en de mate van werkbelasting dit beïnvloeden.

Bij het verwerken van de antwoorden gaan we (zoals eerder al vermeld) uiterst vertrouwelijk om met de gegevens. Alle antwoorden zullen gedurende het onderzoek alleen inzichtelijk zijn voor Thirsa Steijaert, masterstudent van de Universiteit Utrecht. De gegevens zijn niet terug te herleiden naar de persoon die de vragenlijst heeft ingevuld. De gegevens worden conform de richtlijnen van de Vereniging van Universiteiten in Nederland (VSNU) gedurende 10 jaar bewaard.

Voor verdere vragen over dit onderzoek kun je contact opnemen met de onderzoeker: Thirsa Steijaert (email t.steijaert@careyn.nl of telefoonnummer: 06 82 21 82 26). Mocht je een klacht hebben over dit onderzoek, dan kun je mailen naar: klachtenfunctionaris-fetcsocwet@uu.nl.

Geïnformeerde toestemming Wanneer u onderstaande hokje aan vinkt geeft u aan dat u de informatiebrief zorgvuldig heeft gelezen en dat wij uw gegevens mogen gebruiken voor dit onderzoek. U kunt ook dan alsnog op ieder moment stoppen als u wilt zonder enige gevolgen.

Ik geef aan de informatiebrief zorgvuldig te hebben gelezen en mijn gegevens mogen gebruikt worden voor dit onderzoek (4)

End of Block: Informatiebrief & Informed Consent

Start of Block: Persoonsgegevens

Q2 Wat is uw geboortjaar? Graag noteren in cijfers (bijvoorbeeld: 1980).

Q13 Wat is uw geslacht?

- Man (1)
 - Vrouw (2)
 - Overig (3)
-

Q3 Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond met een diploma?

- Basisschool (1)
 - Voortgezet lager onderwijs (2)
 - Vmbo of mavo (3)
 - Havo (4)
 - Vwo (5)
 - Een mbo-opleiding op niveau 1 (6)
 - Een mbo-opleiding op niveau 2 (7)
 - Een mbo-opleiding op niveau 3 (8)
 - Een mbo-opleiding op niveau 4 (9)
 - Een verkorte hbo-opleiding (10)
 - Een hbo-opleiding (11)
 - Een post-hbo opleiding (12)
 - Een universitaire propedeuse (13)
 - Een universitaire bachelor (14)
 - Master, doctoraal, postdoctoraal of promotieonderzoek (15)
 - Geen opleiding (16)
-

Q7 Hoeveel jaar bent u bij Careyn in dienst? Graag noteren in cijfers (bijvoorbeeld: 1).

Q18 Hoeveel contracturen werkt u in de week? Graag noteren in cijfers (bijvoorbeeld: 32).

Q11 Hoeveel jaar werkt u al in de Gezondheidszorg? Graag noteren in cijfers (bijvoorbeeld: 3).

Q14 Wat is uw functie in het bedrijf?

- Zorgassistent (1)
- Voedingsassistent (6)
- Helpende niveau 2 (7)
- Helpende niveau 2+ (8)
- Verzorgende niveau 3 (2)
- Verzorgende IG niveau 3 (9)
- EVV / GVP, GVS, GVR (niveau 3+) (10)
- Verpleegkundige MBO (3)
- Verpleegkundige HBO (11)
- Behandelaar HBO (12)
- Arts of psycholoog WO (13)
- Management functie (14)
- Staf functie (15)
- Facilitaire functie (16)
- Anders namelijk: (5) _____

Q19 In het geval dat u leiding geeft aan andere medewerkers. Aan hoeveel mensen geeft u leiding? Graag noteren in cijfers. Mocht u aan niemand leiding geven, dan graag 0 invullen.

Q15 Hoe is over het algemeen uw gezondheid?

- Heel goed (1)
- Goed (2)
- Enigszins goed (6)
- Niet goed/ niet slecht (3)
- Enigszins slecht (7)
- Slecht (4)
- Heel slecht (5)

Q16 Wat is uw relatiestatus op dit moment?

- Geen relatie (1)
 - Relatie en niet samenwonend (2)
 - Relatie en samenwonend (3)
 - Geregistreerd partnerschap (6)
 - Getrouwd (4)
 - Gescheiden (5)
 - Weduwe/ weduwnaar (7)
-

Q17 Hoeveel kinderen heeft u thuiswonend? Graag noteren in cijfers (bijvoorbeeld: 0)

End of Block: Persoonsgegevens

Start of Block: Type werkrelaties

Q4 Hoe omschrijft u de kwaliteit van relaties met uw directe collega's waar u het meeste mee samenwerkt aan de hand van de volgende 6 statements?

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Niet mee eens/ Mee eens (3)	Mee eens (4)	Helemaal mee eens (5)	N.v.t. (6)
Er is sprake van voldoende open en directe communicatie tussen mij en mijn collega's. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is sprake van gezamenlijk gedeelde werkdoelen tussen mij en mijn collega's (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik en mijn teamleden helpen en ondersteunen elkaar zo goed mogelijk tijdens het werken. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle teamleden zetten zich volledig in tijdens het werken. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik en mijn teamleden vinden het belangrijk om goed met elkaar samen te werken. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik en mijn teamleden accepteren elkaars goede en minder sterke kanten. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q5 Hoe omschrijft u de kwaliteit van leiderschap van uw directe manager of leidinggevende aan de hand van de volgende 7 statements?

	Helemaal niet mee eens (1)	Niet mee eens (2)	Niet mee eens/ Mee eens (3)	Mee eens (4)	Helemaal mee eens (5)	N.v.t. (6)
Mijn manager zorgt ervoor dat ik mijn werk goed kan uitvoeren. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn manager behandeld mij met warmte en respect. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel mijn veilig en geaccepteerd door mijn manager. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vertrouw de informatie die ik van mijn manager krijg. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vertrouw mijn persoonlijke informatie aan de manager. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word op een eerlijke manier behandeld door de manager. (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De manager ziet en waardeert het werk wat ik doe. (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Type werkrelaties

Start of Block: Werkbelasting

Q8 Hoe omschrijft u de fysieke werkbelasting van uw baan aan de hand van de volgende 4 statements?

	Nooit (1)	Enkele keren per jaar (2)	Maandelijks (3)	Enkele keren per maand (4)	Elke week (5)	Enkele keren per week (6)	Elke dag (7)
Ik voel me lichamelijk uitgeput na mijn werk. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het vergt lichamelijk veel van mij om de hele dag (met patiënten) te werken. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ervaar lichamelijke klachten door de fysieke werkbelasting van mijn werk. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben bang voor lichamelijk klachten door de fysieke werkbelasting van mijn werk. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9 Hoe omschrijft u de emotionele werkbelasting van uw baan aan de hand van de volgende 4 statements?

	Nooit (1)	Enkele keren per jaar (2)	Maandelijks (3)	Enkele keren per maand (4)	Elke week (5)	Enkele keren per week (6)	Elke dag (7)
Ik voel me emotioneel uitgeput na mijn werk. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het vergt emotioneel veel van mij om de hele dag (met patiënten) te werken. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ervaar mentale klachten door de emotionele werkbelasting van mijn werk. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben bang voor burn-out klachten door de emotionele werkbelasting van mijn werk. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: Werkbelasting

Start of Block: Ziekteverzuim

Q10 Hoeveel dagen bent u ongeveer ziek geweest in de afgelopen 12 maanden?

- Helemaal geen ziekteverzuim gehad (1)
- 1 werkdag (2)
- 2 werkdagen (3)
- 3 werkdagen (4)
- 4 werkdagen (5)
- Één week (6)
- Anderhalve week (7)
- Twee weken (8)
- Twee en halve week (9)
- 3 weken (10)
- 3 en halve week (11)
- 4 weken (12)
- 4 en halve week (13)
- 5 weken (14)
- 5 en halve week (15)
- 6 weken en langer (langdurig ziek geweest) (16)

Skip To: End of Block If Hoeveel dagen bent u ongeveer ziek geweest in de afgelopen 12 maanden? = Helemaal geen ziekteverzuim gehad

Q11 In hoeverre was de oorzaak van uw ziektedagen onder te verdelen in emotioneel, fysiek of anders? Sleep hieronder de balk naar de geschatte hoeveelheid in percentage.

- _____ Emotioneel (1)
- _____ Fysiek (2)
- _____ Andere oorzaak (3)

End of Block: Ziekteverzuim

Start of Block: Eind van de vragenlijst

Q12 U bent aangekomen bij het einde van de vragenlijst, klik op doorgaan om uw antwoorden te verzenden.

Heeft u na aanleiding van de vragenlijst nog een opmerking of een vraag? Dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker Thirsa Steijaert (email t.steijaert@careyn.nl of telefoonnummer: 06 82 21 82 26).

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

End of Block: Eind van de vragenlijst
