

**ERVARINGEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN BIJ HUN RE-
INTEGRATIE NA AFWEZIGHEID WEGENS STRESS-
EN/OF VERMOEIDHEIDSKLACHTEN: EEN
KWALITATIEVE STUDIE**

Aantal woorden: 6431

Ophélie Van Tulden

Stamnummer: 02200316

Promotor: Prof. dr. Els Clays

Copromotor: dhr. Hendrik Van Simaeys

Extra begeleiding: Prof.dr. Emelien Lauwerier

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van master in de
verpleegkunde en de vroedkunde

Academiejaar: 2024 - 2025

©Copyright UGent

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteurs is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de promotor.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor is eveneens vereist voor het aanwenden van de in de masterproef beschreven (originele) methoden, producten en resultaten voor publicatie of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

**ERVARINGEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN BIJ HUN RE-
INTEGRATIE NA AFWEZIGHEID WEGENS STRESS-
EN/OF VERMOEIDHEIDSKLACHTEN: EEN
KWALITATIEVE STUDIE**

Aantal woorden: 6431

Ophélie Van Tulden

Stamnummer: 02200316

Promotor: Prof. dr. Els Clays

Copromotor: dhr. Hendrik Van Simaey

Extra begeleiding: Prof.dr. Emelien Lauwerier

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van master in de
verpleegkunde en de vroedkunde

Academiejaar: 2024 - 2025



UNIVERSITEIT
GENT

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
3.	Methode.....	5
3.1.	Onderzoeksdesign	5
3.2.	Setting	5
3.3.	Steekproef en sampling	5
3.4.	Datacollectie	6
3.5.	Data-analyse.....	7
3.6.	Kwaliteitsbewaking.....	8
3.7.	Ethische Overwegingen	8
4.	Resultaten.....	10
4.1.	Algemene bevindingen	10
4.1.1.	Kenmerken deelnemers	10
4.1.2.	Oorzaken afwezigheid.....	10
4.2.	Verloop re-integratieproces	11
4.2.1.	Ervaringen	11
4.2.2.	Gevolgen van klachten.....	12
4.2.3.	Motivatatie tot werkhervatting.....	13
4.3.	Ondersteunende en belemmerende factoren tijdens de re-integratie.....	13
4.3.1.	Ondersteunende factoren.....	13

4.3.2.	Belemmerende factoren	15
4.4.	Professionele veranderingen.....	16
4.4.1.	Zelfreflectie	16
4.4.2.	Zelfzorg.....	18
4.4.3.	Zelfcontrole	20
4.4.4.	Communicatie	21
4.5.	Verdieping in relaties	22
5.	Discussie	23
5.1.	Methodologische beschouwing	26
5.1.1.	Sterktes van de studie.....	26
5.1.2.	Beperkingen.....	26
5.2.	Aanbevelingen voor verder onderzoek, praktijk en onderwijs	27
6.	Conclusie	29
7.	Referentielijst	30
8.	Bijlagen	37
8.1.	Bijlage 1: Eerste en finale interviewgide	37
8.2.	Bijlage 2: Referentiekader	41
9.1.	Bijlage 3: Informatiebrief	42
9.2.	Bijlage 4: Demografische kenmerken.....	47
9.3.	Bijlage 5: Gebruik van generatieve AI	49

LIJST MET AFKORTINGEN

IPA	Interpretative Phenomenological Analysis
JD-R model	Job Demands- Resources model
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
PTG	Posttraumatische groei
SOC	Sense of Coherence
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Woord vooraf

Doorheen mijn schakel- en masterjaar groeide mijn betrokkenheid voor het thema mentaal welzijn in de zorgsector. Deze interesse werd gevoed door verhalen, eigen ervaringen en uitdagingen waarmee de zorgverleners geconfronteerd worden. Ik ben dankbaar dat ik mijn masterproef mocht wijden aan een relevant en maatschappelijk belangrijk onderwerp: de re-integratie van verpleegkundigen na afwezigheid ten gevolge van stress- en/of vermoeidheidsklachten.

In de eerste plaats wil ik mijn oprechte dank uitspreken aan mijn hoofdpromotor prof dr. Els Clays, copromotor dhr. Hendrik Van Simaey en de extra begeleiding van prof dr. Emelien Lauwerier. Hun expertise, begeleiding en waardevolle feedback hebben mijn werk telkens opnieuw naar een hoger niveau getild. Dankzij hun kritische blik, aanmoediging en beschikbaarheid kon ik mijn onderzoek verder verfijnen en dit onderzoek met vertrouwen afronden.

Verder wil ik iedereen bedanken die deelnam aan het onderzoek. In het bijzonder wil ik de tien deelnemers bedanken die hun persoonlijk verhaal met mij wilden delen. Zonder jullie openheid, eerlijkheid en moed zou dit onderzoek nooit dezelfde diepgang en betekenis gekend hebben. Ook wil ik de verschillende zorginstellingen bedanken. Hun bereidheid tot samenwerking en openheid om ruimte te creëren voor onderzoek binnen hun werking maakten dit onderzoek mede mogelijk.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun. Jullie waren er op de momenten dat het even moeilijk werd, om me moed in te spreken, rust te brengen of gewoon te luisteren. Dankzij jullie heb ik steeds de kracht gevonden om door te zetten.

Abstract

ACHTERGROND: Burn-out onder verpleegkundigen is een wereldwijd probleem. De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt een wereldwijd verwacht tekort van elf miljoen zorgverleners tegen 2030. De oorzaak hiervan is een disbalans tussen de taakeisen, zoals een verhoogde werkdruk en beschikbare hulpbronnen, zoals steun. In dit onderzoek wordt het Job Demands-Resources model als theoretisch raamwerk gehanteerd om de wisselwerking tussen organisatorische en persoonlijke factoren beter te begrijpen. Onderzoek richt zich vooral op interventies en werkomstandigheden, maar inzicht in de ervaringen van verpleegkundigen bij hun terugkeer door afwezigheid van stress- en/of vermoeidheidsklachten blijft beperkt.

DOELSTELLING: Dit onderzoek tracht inzichten te verkrijgen in de ervaringen en mogelijke professionele veranderingen van verpleegkundigen tijdens het re-integratieproces.

METHODOLOGIE: Een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op principes van de fenomenologische benadering, werd uitgevoerd aan de hand van individuele, semigestructureerde interviews. In totaal werden tien interviews afgenomen en geanalyseerd met behulp van NVivo.

RESULTATEN: De resultaten tonen aan dat sommige verpleegkundigen gevoelens van angst, spanning en nervositeit ervoeren bij de werkhervatting. Ondersteunende factoren zoals progressieve werkopbouw, psychologische begeleiding en collegiale steun werden als waardevol ervaren. Daarentegen bleken maandelijkse gesprekken en administratieve taken belemmerend en stressverhogend. Desondanks ontwikkelden alle verpleegkundigen nieuwe strategieën om met werkgerelateerde stressoren om te gaan, waaronder het stellen van grenzen, het bewust inplannen van ontspanning en het aanpassen van hun werkmethoden.

CONCLUSIE: Het re-integratietraject is een complex en individueel gegeven, waar zowel persoonlijke als organisatorische factoren een rol spelen.

PRAKTISCHE IMPLICATIES: Een *return-to-work* coördinator kan het re-integratieproces optimaliseren en individualiseren en preventie versterken.

Abstract (Engels)

BACKGROUND: Burnout among nurses is a widespread global issue. The World Health Organization projects a global shortage of 11 million healthcare professionals by 2030. This shortage is attributed to an imbalance between job demands - such as high workload – and available resources, including organizational and social support. This study applies the Job Demands - Resources model as a theoretical framework to better understand the interplay between organizational and personal factors. While existing research primarily focuses on interventions and working conditions, limited attention has been paid to nurses' experiences during their return-to-work.

AIM: This study aims to gain insight into the lived experience and potential changes developed by nurses during their reintegration process.

METHOD: This qualitative study included ten semi-structured interviews. These interviews were conducted and analyzed using NVivo to explore nurses' experiences during re-integration after stress-related absence.

RESULTS: The findings indicated that several participants experienced feelings of anxiety, tension, and nervousness upon returning to work. Support mechanisms, such as gradual reintegration or social support, were identified as key facilitators. In contrast, monthly evaluation meetings and administrative burdens were perceived as hindering factors, often contributing to additional stress. Nevertheless, all participants reported adopting new strategies to manage work-related stressors, including setting boundaries and intentionally incorporating moments of relaxation into their daily work routine.

CONCLUSION: The reintegration is a complex and individualized process, shaped by both personal and organizational dynamics.

PRACTICAL IMPLICATIONS: The implementation of a *return-to-work* coordinator may enhance and personalize the reintegration process, while also contributing to preventive efforts.

DE MASTERPROEF IS IN ARTIKELVORM GESCHREVEN. DE UITGEBREIDE RAPPORTAGE VAN DE SYSTEMATISCHE LITERATUURSTUDIE MAAKT GEEN DEEL UIT VAN HET GESCHREVEN ARTIKEL. DE LITERATUURSTUDIE WERD EERDER BEOORDEELD IN HET GELIJKGENOEMDE OPLEIDINGSONDERDEEL

1. Inleiding

Burn-out is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) erkend als beroepsfenomeen en opgenomen in de 11^e revisie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11). Het wordt gedefinieerd als een syndroom dat het gevolg is van chronische stress op de werkplek die niet succesvol is beheerd (World Health Organization, 2019a). Volgens Maslach & Leiter (2016) wordt burn-out gekenmerkt door drie dimensies: (I) emotionele uitputting, (II) gevoelens van distantie ten opzichte van het werk en (III) een verminderd gevoel van competentie en voldoening.

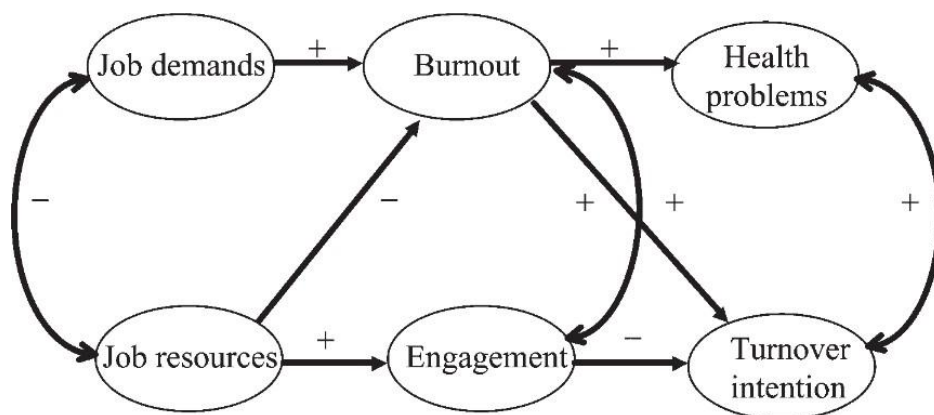
Recent onderzoek toont aan dat werkgerelateerde factoren voor gezondheidsverleners, zoals een te hoge werkdruk, administratieve taken, routinewerk of het opofferen van persoonlijke tijd, worden geassocieerd met burn-out, hetgeen nadelige gevolgen kan hebben voor zowel de fysieke als mentale gezondheid van zorgverleners (Hämmig, 2018; Taranu et al., 2022). Burn-out heeft niet alleen invloed op het welzijn van verpleegkundigen, maar leidt tevens tot een afname in de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening aan patiënten (American Public University, 2024). De economische impact wordt geschat op 26.840 euro per werknemer en een werkverzuim van 163 werkdagen (Wolvetang et al., 2022).

Wereldwijd ervaart een derde van de verpleegkundigen burn-outklachten en de prevalentie daarvan is in Europa de afgelopen tien jaar significant toegenomen (Ge et al., 2023). Op basis van een simulatie wordt verwacht dat het aantal actieve verpleegkundigen in 2046 onvoldoende zal zijn om te kunnen voldoen aan de zorgbehoeften van de bevolking (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2024). Dit tekort vormt een wereldwijde uitdaging voor de verpleegkundige sector, die met 27,9 miljoen verpleegkundigen de grootste beroepscategorie binnen de gezondheidszorg vormt (World Health Organization, 2020).

In Vlaanderen ervaart 14,4% van de werknemers in de zorg- en welzijnssector burn-outsymptomen en 39,9% rapporteert hoge werkstress. De sector kent 4,8% hogere

belastende arbeidsomstandigheden dan gemiddeld, met werkdruk (38,2%) en emotionele belasting (43,7%) als belangrijkste risicofactoren (Stichting Innovatie & Arbeid, SERV, 2024). Cijfers van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bevestigen deze trends. Eén op de vier verpleegkundigen is ontevreden met hun werk, terwijl 36% een verhoogd risico loopt op burn-out, een percentage dat de afgelopen tien jaar is toegenomen (Van Den Heede et al., 2019). Twee jaar na de COVID-19 pandemie is dit cijfer licht gedaald, maar gemiddeld blijft 20% van de verpleegkundigen, vooral op intensieve zorgen, kwetsbaar voor burn-out (Van Den Heede et al., 2022).

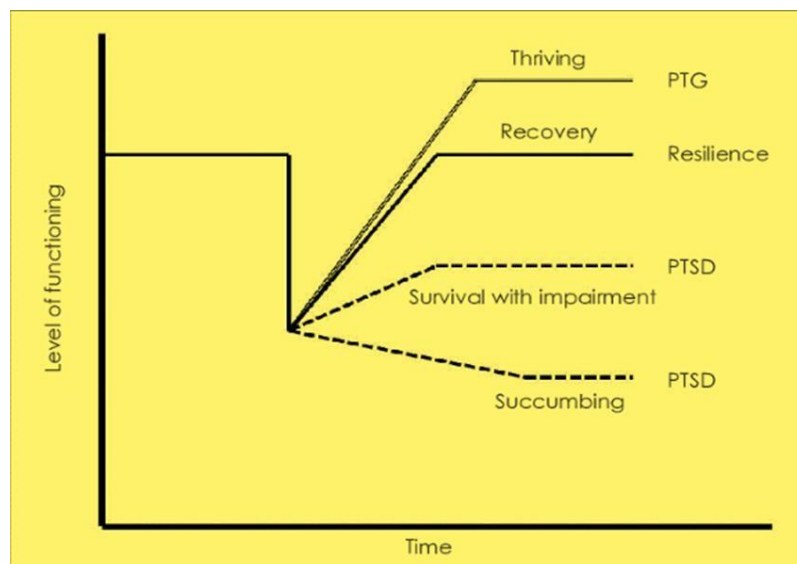
Belangrijke oorzaken van deze toename zijn onder meer excessieve werkdruk, gebrek aan organisatorische en sociale ondersteuning, rolonduidelijkheid, onderbezetting en de emotionele belasting van het verpleegkundig beroep (Dall'Ora et al., 2020; Wang et al., 2024). Deze factoren kunnen worden verklaard binnen het Job Demands-Resources (JD-R) model (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004), waarvan de kernprincipes schematisch zijn weergegeven in **Figuur 1**. Dit model biedt een theoretisch raamwerk om de interactie tussen werkeisen (job demands) en hulpbronnen (job resources) in de werkomgeving te begrijpen. Het stelt dat hoge werkeisen, zoals werkdruk en emotionele belasting, kunnen leiden tot uitputting en stress. Tegelijkertijd kunnen hulpbronnen, zoals sociale steun, een buffer vormen tegen de negatieve uitkomsten, zoals stress en burn-out. Een disbalans, waarbij werkeisen chronisch aanwezig zijn en hulpbronnen langdurig niet aanwezig zijn, verhoogt het risico op werkgerelateerde stress en burn-out, terwijl een evenwichtige verdeling werkmotivatatie en professionele groei kan bevorderen (Demerouti et al., 2001).



Figuur 1: Job Demands-Resources model (Schaufeli & Bakker, 2004)

Hoewel er veel kwantitatief onderzoek bestaat naar oorzaken, gevolgen en interventies bij burn-out, blijft de ervaring van verpleegkundigen tijdens het re-integratieproces onderbelicht (Kärkkäinen et al., 2017, 2019). Inzicht in effectieve individuele en organisatorische interventies is echter essentieel voor een succesvolle terugkeer (Pijpker et al., 2020). In dit kader onderzocht de scoping review van Covell et al. (2020) welke ondersteuningsmaatregelen, zoals collegiale steun of werkprogramma's, de re-integratie na psychische gezondheidsproblemen kunnen bevorderen. Ondanks de methodologische beperkingen van de studie, waaronder het beperkt aantal opgenomen studies en uitsluitend afkomstig uit de Verenigde Staten, benadrukt de review het gebrek aan onderzoek naar werkhervatting na andere psychische aandoeningen, zoals burn-out. Daarnaast blijkt dat er weinig bekend is over de ervaringen van verpleegkundigen zelf tijdens hun re-integratieproces (Covell et al., 2020).

Een waardevol theoretisch kader om het herstelproces van verpleegkundigen te begrijpen is het concept van Posttraumatische Groei (PTG) (Tedeschi & Calhoun, 1996), dat visueel wordt toegelicht in **Figuur 2**. PTG verwijst naar positieve psychologische veranderingen na het doormaken van een ingrijpende crisis (Tedeschi & Calhoun, 2004). Aangezien burn-out kan worden beschouwd als een stressvolle levensgebeurtenis, kunnen inzichten vanuit de positieve psychologie, zoals PTG, relevant zijn voor het begrijpen van het herstelproces (Tedeschi & Calhoun, 2004).



Figuur 2: verloop posttraumatische groei (PTG); PTSD: Posttraumatische Stresstoornis (Tedeschi & Calhoun, 2004)

Het doel van deze masterproef is dan ook tweezijdig. Enerzijds wordt onderzocht hoe verpleegkundigen hun re-integratie ervaren en welke factoren hun terugkeer beïnvloeden. Anderzijds onderzoekt deze studie hoe verpleegkundigen zich professioneel aanpassen aan werkgerelateerde stressoren en welke positieve veranderingen en groei daarbij mogelijk gepaard gaan. Door de ervaringen van verpleegkundigen te onderzoeken die, na minstens vier weken afwezigheid wegens stress- en/of vermoeidheidsklachten, het werk hervatten, wil dit onderzoek bijdragen aan een genuanceerder begrip van duurzame re-integratie in de verpleegkundige sector om zo op lange termijn herval te voorkomen en adviezen te geven ter preventie van burn-out in de gezondheidssector.

Dit onderzoek gebruikt de termen stress- en/of vermoeidheidsklachten om het stigma rond de term burn-out te vermijden (Van Melckebeke, 2024).

Dit onderzoek beoogt antwoorden te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ervaren verpleegkundigen hun re-integratieproces naar het werk na een afwezigheid van ten minste vier weken wegens stress- en/of vermoeidheidsklachten?
2. Welke belemmerende en ondersteunende factoren beïnvloeden de re-integratie van verpleegkundigen in de werkcontext?
3. Op welke manier hebben verpleegkundigen zelf na hun terugkeer veranderingen doorgevoerd in hun professionele houding om effectiever met werkgerelateerde stressoren om te gaan?

3. Methode

3.1. Onderzoeksdesign

In dit onderzoek werd een kwalitatieve onderzoeksbenadering gekozen, gebaseerd op de principes van een fenomenologisch onderzoek. De ervaringen van de deelnemers stonden centraal binnen deze benadering (Kars, 2021). Deze aanpak bood een diepgaand inzicht in de unieke, vaak emotioneel geladen ervaringen van verpleegkundigen tijdens hun re-integratie op de werkvloer na het doormaken van stress- en/of vermoeidheidsklachten. Om dit te realiseren, werden individuele semigestructureerde interviews afgenomen. Deze interviewvorm liet toe om zo het persoonlijk verhaal van elke deelnemer centraal te stellen. Via een interviewgide kon indien nodig richting geboden worden.

3.2. Setting

De rekrutering startte initieel in het Ziekenhuis Geel, AZ Herentals en het Jan-Palfijnziekenhuis Gent. Vanwege de lage responsgraad werd het rekruteringsgebied uitgebreid naar het UZ Gent en werd aangesloten bij het bestaand doctoraatsonderzoek van de copromotor. Hierdoor bestond de mogelijkheid om participanten te rekruteren binnen de steekproef van de hoofdstudie.

3.3. Steekproef en sampling

Aanvankelijk waren de inclusiecriteria verpleegkundigen met een afwezigheid van minstens vier weken door stress- en/of vermoeidheidsklachten. De exclusiecriteria waren: (adjunct)-hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen met een coördinerende functie. Wegens de lage respons werd het criterium uitgebreid naar alle personen met een verpleegkundig diploma, inclusief degenen in coördinerende of leidinggevende functies.

Er werd gewerkt met een doelgerichte steekproef, aangevuld met de sneeuwbalmethode (Ahmed, 2024). Doelgericht omwille van het feit dat er specifiek gezocht werd naar verpleegkundigen die minstens vier weken afwezig waren geweest door stress- en/of vermoeidheidsklachten. De sneeuwbalmethode vanwege de moeilijk bereikbare populatie. Collega's konden andere collega's, die aan de criteria voldeden, uitnodigen tot deelname.

Op verpleegafdelingen werden posters met een QR-code opgehangen, die verwezen naar een registratiepagina. De directies van de betrokken ziekenhuizen verspreidden via e-mail en interne sociale mediakanalen een oproep waarin het onderzoeksdoel en de contactgegevens van de student-onderzoeker werden toegelicht. Ondanks deze inspanningen bleef de respons beperkt tot enkele verpleegkundigen. Om de deelname te verhogen, verstuurde de copromotor een gerichte e-mail naar 336 verpleegkundigen die betrokken waren bij zijn doctoraatsonderzoek en reeds toestemming hadden gegeven om voor onderzoek uitgenodigd te worden, met daarin informatie over deze studie. Deze inspanningen resulteerden in tien deelnemers. Na registratie nam de student-onderzoeker individueel contact op met de deelnemers om plaats en tijdstip van het interview af te stemmen.

3.4. Datacollectie

De datacollectie gebeurde via individuele semigestructureerde interviews. Deze aanpak gaf deelnemers de ruimte om hun persoonlijke verhalen te delen, met als doel diepgaande inzichten te verkrijgen over de ervaringen van de deelnemers. De interviews vonden plaats op basis van de voorkeur van de deelnemer. Acht interviews werden via Microsoft Teams afgenomen en twee vonden fysiek plaats. Alle interviews werden, na expliciete schriftelijke toestemming van de deelnemers, opgenomen met een audiorecorder. Een interviewgide met vooropgestelde vragen ondersteunde het gesprek wanneer het minder vlot verliep. Tijdens het interview werden open vragen gesteld. De open vragen moedigten de deelnemers aan om gedetailleerde antwoorden te geven, zonder beperkt te worden door antwoordcategorieën. De interviewgide werd iteratief aangepast op basis van terugkerende thema's en feedback van de copromotor, zodat veelvoorkomende onderwerpen dieper konden worden onderzocht. Na de eerste drie interviews werden terugkerende thema's, zoals communicatie en steun, geïdentificeerd en vervolgens in de interviewgide verwerkt. *Bijlage 1* geeft de interviewgide weer. Daarnaast werd één interview samen met de copromotor uitgevoerd zodat de student-onderzoeker de mogelijkheid kreeg om andere manieren van interviewen te observeren.

Voorafgaand aan het interview werd ruimte voorzien voor vragen over het onderwerp, werd de informatiebrief overlopen en werd kort kennisgemaakt om een minimale vertrouwensrelatie (*rapport*) op te bouwen, wat belangrijk was voor de kwaliteit van het interview (Evers, 2023).

3.5. Data-analyse

De data-analyse volgde de *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA)-benadering (Pietkiewicz & Smith, 2014), waarbij betekenisgeving van de deelnemer centraal stond. Binnen de IPA-methodologie wordt sterk de nadruk gelegd op de reflexiviteit van de onderzoeker. Dit houdt in dat de onderzoeker bewust stilstaat bij eigen gedachten en emoties die opkomen tijdens het analyseren van de interviews. Tijdens en onmiddellijk na elk interview werden reflecties gemaakt over het verloop van het interview. Hierbij werd onder meer stilgestaan bij vragen als: “Hoe verliep het interview?” “Welk gevoel had je er zelf bij?” “Hoe heb je je vragen kunnen stellen?” “Heb je de interviewgide gebruikt?” “Kon je inpikken op het verhaal van de participant?”. Deze aanpak sloot aan bij de IPA-benadering, die de interpretatieve rol van de onderzoeker op de data-analyse erkent (Biggerstaff & Thompson, 2008).

Drie interviews werden getranscribeerd met het programma Scribewave. Deze transcripties werden nadien woord per woord gecontroleerd door de student-onderzoeker. Tijdens dit proces bleek dat de accuraatheid niet altijd voldeed aan de gewenste kwaliteit. Er werd besloten om de overige interviews volledig door de student-onderzoeker zelf te transcriberen. Alle transcripten en opnames werden doorgestuurd naar de copromotor en hoofdpromotor.

Het hele data-analyseproces wisselde steeds af tussen het *emic* en *etic* perspectief. Enerzijds werd de data geïnterpreteerd door een theoretische lens en gekoppeld aan eerder besproken theorieën (*etic* perspectief). Anderzijds bood het *emic* perspectief bescherming tegen theoretisch reductionisme door de ervaringen van de deelnemers centraal te stellen (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Een voorlopige analysetekst van de eerste vier interviews werd besproken met de copromotor en een expert in kwalitatief onderzoek. Dit leidde tot nieuwe inzichten en verfijning van de vervolginterviews.

De data werd gecodeerd met behulp van het softwareprogramma NVivo. Eerst werden de interviews herhaaldelijk opnieuw doorgenomen. Nadien werd een codebook gevormd van de eerste vier interviews. Deze codes sloten nauw aan bij de data, ook wel open coderen genoemd. Vervolgens werden abstracte thema's gevormd (axiaal coderen) en verbanden gelegd. Elk nieuw interview werd toegevoegd aan het codebook (Biggerstaff

& Thompson, 2008). Een mindmap zorgde ervoor om visueel verbanden tussen de thema's bloot te leggen.

3.6. Kwaliteitsbewaking

Om de betrouwbaarheid en kwaliteit van de resultaten te waarborgen, werden verschillende strategieën toegepast.

Een eerste kwaliteitsstrategie was het opstellen van een persoonlijk referentiekader van de student-onderzoeker. Deze reflectie hielp haar reflecteren over haar rol in het onderzoeksproces. Er werd stilgestaan bij de invloed van haar professionele achtergrond, assumpties en mogelijke vooroordelen. Dit proces, ook wel *bracketing* genoemd, droeg bij aan transparantie en reflexiviteit die kenmerkend zijn voor de IPA-benadering (Biggerstaff & Thompson, 2008). *Bijlage 2: Referentiekader* toont het referentiekader.

De tweede kwaliteitsstrategie bestond uit het opstellen van een gedetailleerde beschrijving van de interviews. Dit betekende dat er naast de objectieve gegevens ook de context en geobserveerde emoties genoteerd werden. Deze benadering versterkte het inzicht in het interview en het gedrag van de deelnemer. Het bood de lezer een basis voor het beoordelen van de interviewkwaliteit en het begrijpen van de keuzes voor thema's (Holloway & Galvin, 2017).

Tot slot stelde de student-onderzoeker een eerste analysetekst op van de eerste vier interviews, die vervolgens door de copromotor werd geëvalueerd. Dit maakte het mogelijk om blinde vlekken vroegtijdig te identificeren en de interviewgide verder te optimaliseren.

3.7. Ethische Overwegingen

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van UGent/Uzgent, met als registratienummer: THE-2024-0230 alsook door de lokale ethische commissies van de betrokken ziekenhuizen. Gezien de gevoeligheid van het onderwerp werd contactinformatie van de cel welzijn binnen de ziekenhuizen en aanvullende welzijnslinks gedeeld. Vooraf aan het interview ontvingen de deelnemers een informatiebrief en werd expliciete toestemming gevraagd om de interviews op te nemen. De informatiebrief is opgenomen in *Bijlage 3: Informatiebrief*.

De verzamelde data werden gepseudonimiseerd conform de AVG-richtlijnen (AVG: *Hoe pseudonimiseer ik mijn data?* | (onder)zoektips, z.d.). De transcripties en audio-opnames werden vervolgens naar de hoofdpromotor doorgestuurd en opgeslagen op een beveiligde schijf van het UGent. Zowel de transcripties als de opnames blijven minimaal 10 jaar bewaard, in overeenstemming met de geldende onderzoeksrichtlijnen.

4. Resultaten

De analyse begon met een bespreking van de algemene bevindingen, gevolgd door een nadere toelichting op de ervaringen en op de ondersteunende en belemmerende factoren binnen het re-integratieproces. Ten slotte werd ingegaan op de professionele veranderingen die deelnemers doorvoerden om adequaat om te gaan met werkgerelateerde stressoren.

4.1. Algemene bevindingen

4.1.1. Kenmerken deelnemers

In totaal werden tien semigestructureerde interviews over zes verschillende zorgorganisaties afgenomen. Alle deelnemers waren vrouwen met een verpleegkundige achtergrond. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. Hun werkervaring varieerde tussen de 5 en 37 jaren. De gemiddelde afwezigheidsduur bedroeg 5,5 maanden. Na de afwezigheidsperiode hadden alle verpleegkundigen hun werkzaamheden hervat, met een arbeidsparticipatie die varieerde tussen 50% en 100%. De demografische kenmerken zijn terug te vinden in *Bijlage 4: Demografische kenmerken*.

4.1.2. Oorzaken afwezigheid

De voornaamste oorzaken van hun afwezigheid waren een hoge werkdruk mede door het personeelstekort, een opeenstapeling van stress en ervaren spanningen op het werk. Dit resulteerde in gevoelens van overmatige vermoeidheid, zowel tijdens als buiten de werktijd en veroorzaakte zowel fysieke als mentale uitputting. Drie van de tien verpleegkundigen ervoeren spanningen en stress in de vorm van hartkloppingen, hoge bloeddruk en trillen. Onderstaand citaat illustreert werkgerelateerde spanning.

“Ik werk nu op een andere campus van dezelfde zorgorganisatie. Op mijn vorige campus werd er vaak kritiek geleverd als je iets niet goed deed. Een voorbeeld hiervan is dat ik na een reanimatie te horen kreeg dat ik de baard van een patiënt niet goed had geschoren, in plaats van dat men vroeg hoe het met mij ging (...) Er was ook een arts die eiste dat ik alle problemen van de patiënten kende. Dit was onmogelijk omdat ik 11 dagen ander werk moest doen en slecht één dag per week bureauwerk voor de afdeling. Hierdoor kon ik niet aan haar eisen voldoen. Ik probeerde in dialoog te gaan met de arts, maar dat gesprek voelde als een sneltrein die over mij heen raasde. Het was geen constructief gesprek, ik voelde me weggegooid van de sporen of uit de trein gegooid. Ik

heb dit aan de directie gemeld en aangegeven dat ik doodongelukkig was in mijn job. (...) Er volgde een heftige discussie met beide artsen, waarbij ik geen kans kreeg om te antwoorden. Ik heb nog geprobeerd te antwoorden, maar zij verraste mij en ik ben beginnen dissociëren.” (interview 5)

4.2. Verloop re-integratieproces

4.2.1. Ervaringen

Vijf van de tien verpleegkundigen ervoeren de eerste weken van hun werkhervatting als positief. Dit gevoel ontstond doordat ze omringd waren door collega's en leidinggevendenden die hen de eerste weken ondersteunden. Desondanks beleefden de andere vijf verpleegkundigen de terugkeer als alleen en zonder voldoende ondersteuning. Terugkijkend op de werkhervatting, gaven twee verpleegkundigen aan dat ze misschien te vroeg gestart waren en het anders zouden aanpakken. Een verpleegkundige zou meer aandacht besteden aan zichzelf en bewust reflecteren op de vraag of terugkeren naar het werk de juiste keuze zou zijn.

De eerste twee citaten geven een positieve ervaring weer. De laatste drie een negatieve ervaring.

“Ik ben op de nieuwe afdeling enorm warm onthaald, ook al wisten ze dan uiteindelijk dat ik dan met een burn-out had thuis gezeten.” (Interview 1)

“Ik ben heel goed omringd geweest, ook door de hoofdverpleegkundige en hoofdvroedkundige. Ik ben een tijdje dubbel ingepland geweest (...) Mijn collega's hebben mij heel goed geholpen, mij weer ingewerkt in de computer, de basis vergeet je natuurlijk niet. Alle gynaecologen waren ook blij dat ik terug was.” (Interview 10)

“Ik ben nu wel doorheen dit proces geraakt, maar ik had misschien veel sneller vooruitgang geboekt als ik wat meer ondersteuning had. Ik was daar eigenlijk wel alleen in.” (Interview 2)

“De eerste dag terug, je hebt 100 mails, je hebt heel veel vragen die hebben moeten wachten, niemand heeft mijn functie ook overgenomen in tussentijd, dus dat is heel veel wat op je afkomt en ik was eigenlijk al na een halve dag overprikkeld zal ik zeggen.” (Interview 8)

“Eigenlijk moest ik het opnieuw doen, ik zou gewoon eerst zorgen dat ik klaar ben, volledig klaar ben om terug te komen werken. Ik weet niet of je dat ooit weet dat je volledig klaar bent, maar ik zou niet zo vroeg terug in het werkveld stappen, want het is nu een veel langere baan door te snel te starten. Ik zou er wel voor zorgen als ik terug kan komen dat ik veel meer begeleiding heb en misschien iemand buitenaf die mij ondersteunt en mij tips geeft. Ik zou ook een gesprek aangaan met mijn hoofdverpleegkundige.” (interview 4)

Verder speelden emotionele en persoonlijke factoren van de verpleegkundigen een rol. Zeven verpleegkundigen rapporteerden gevoelens van angst, stress en nervositeit doorheen de periode van hun terugkeer. Deze gevoelens werden versterkt door schuldgevoelens over hun afwezigheid, de hoge werkdruk en de bezorgdheid over hoe collega's en leidinggevenden hen zouden beoordelen. Volgende citaten geven dit weer:

“Ik had heel veel schrik om terug te gaan, ik dacht: Ga ik dat wel kunnen en hoe gaat dat lopen?” (Interview 10)

“Ik weet dat het heel angstig was als ik toekwam op de afdeling (...) Ik wist ook niet wat mijn collega's zouden denken over mijn lange afwezigheid? Gaat het nog wel lukken? Ga ik mij kunnen focussen? Ga ik de druk aankunnen?” (Interview 4)

“Ik had heel veel stress om terug te keren, over wat de andere collega's over mij zouden denken.” (Interview 6)

4.2.2. Gevolgen van klachten

Acht verpleegkundigen ondervinden nog steeds de gevolgen van hun klachten die aanleiding gaven tot hun afwezigheid, voornamelijk in de vorm van lichamelijke klachten zoals vermoeidheid, een verhoogde vatbaarheid voor ziekte en angstgevoelens tijdens het werk. Eén verpleegkundige ervaart een verhoogde gevoeligheid voor overprikkeling en merkt dat ze sneller haar grenzen bereikt, wat haar een gevoel van beperking geeft. Iemand anders gaf aan sneller ziek te worden.

“Ik ben nog altijd veel sneller ziek. Mijn lichaam is nog altijd niet gerecupereerd en ik heb recent een gesprek gehad met mijn dokter van kijk ik word nog altijd veel sneller ziek”. (Interview 4)

“Ik mag niet te veel prikkels hebben of mijn hoofd begint te tuten, het gaat niet. Dus ik voel grenzen.” (Interview 1)

4.2.3. Motivatie tot werkhervatting

Een ander aspect ging over de verschillen in motivatie om terug te keren naar het werk. Vijf verpleegkundigen gaven aan zelf klaar te zijn om weer aan het werk te gaan. Eén verpleegkundige merkte bijvoorbeeld tijdens de periode thuis dat ze een dagstructuur miste, waardoor zij zelf de beslissing nam om haar werkzaamheden te hervatten. Daarentegen voelden twee verpleegkundigen zich onder druk gezet door hun organisatie en de terugkeer als voortijdig beleefden. De eerste twee citaten tonen de eigen keuze aan, terwijl het laatste citaat de druk beschrijft die de deelnemer van de organisatie ervoer.

“De beslissing om terug te werken, heb ik zelf genomen. Thuis had ik geen structuur in mijn dagen en ik had eigenlijk terug een daginvulling nodig.” (Interview 2)

“Ik heb na twee maanden gezegd van nu wil ik terug gaan werken.” (Interview 7)

“Iedereen was trots op mij vanwege alles wat ik al had bereikt, zoals het volgen van therapiesessies en het werken aan mijn mentale toestand. En plots gaat alles zo snel en was alles geregeld voor mij en ook mijn verlofdagen. Alles was in gang gezet om weer aan het werk te gaan en met wie ik zou samenwerken. De molen was aan het draaien om terug te komen werken, maar ergens wist ik dat het te snel was om terug te gaan werken.” (Interview 1)

4.3. Ondersteunende en belemmerende factoren tijdens de re-integratie

4.3.1. Ondersteunende factoren

Voldoende ondersteuning, psychologische begeleiding en de mogelijkheid tot progressief opbouwend werken of dubbel ¹ ingezet worden, vormden ondersteunende factoren in het re-integratieproces.

¹ In de verpleegkundige sector betekent ‘dubbel lopen’ dat een collega samen met een andere collega wordt ingepland in het dienstrooster.

Als eerste werd de steun van collega's, welzijnscoaches van de zorginstelling en leidinggevendenden als waardevol ervaren. Bovendien kreeg één verpleegkundige een persoonlijke coach ter ontwikkeling van specifieke vaardigheden, waaronder communicatieve competenties.

“Ik heb een persoonlijke coach gekregen op het werk die mij helpt in moeilijke gespreksvoering en geeft verschillende tips om efficiënt te communiceren. We hebben ook een andere coach gekregen om het volledige team te ondersteunen, zodat het niet allemaal op mij komt.” (Interview 8)

Een tweede ondersteunende factor was externe psychologische begeleiding. Acht verpleegkundigen gaven aan dat deze begeleiding hen hielp nieuwe inzichten te verkrijgen in hun werkstijl en effectiever om te gaan met werkgerelateerde stress. Dit droeg bij aan professionele veranderingen en de ontwikkeling van strategieën voor het omgaan met stressoren op de werkvloer. Desondanks gaf één verpleegkundige aan geen psychologische ondersteuning nodig te hebben om inzicht te krijgen in de oorzaken van haar afwezigheid en hoe deze aan te pakken. Eén verpleegkundige had geen ondersteuning tijdens haar re-integratieproces.

Het eerste citaat laat zien welke positieve bijdrage een externe psycholoog had voor de verpleegkundige. Het tweede citaat geeft aan dat er geen hulp nodig was.

“Ik heb samen met een psycholoog nagedacht en gereflecteerd over hoe ik sterker kan worden voor mezelf. Zij heeft mij ook tools aangereikt om toe te passen op het werk wanneer het te veel wordt of het te druk wordt.” (Interview 10)

‘Ik werd zelf gewaar dat het precies niet meer ging, je zit met een burn-out, ik werd dat zelf gewaar. (...) Ik had zelf ook door dat het werkgerelateerd was (...) en achteraf beseft ik: het is door die audit dat ik die burn-out gehad heb.’ (Interview 9)

Een derde factor was de mogelijkheid tot progressief opbouwend werken of tijdelijk dubbel lopen. Dit bood hen de ruimte om geleidelijk te wennen aan de werkdruk en hun belastbaarheid stapsgewijs op te bouwen. Dit wordt weergegeven in onderstaande citaten.

“Ik was heel dankbaar dat ik niet direct terug 100% moest werken. En als je dan uiteindelijk ziet hoeveel dat het maar is 50% (...) Dat is een dag hier, twee dagen daar zelfs gespreid in de week.” (Interview 1)

“Die eerste week stond ik met een buddy, normaal sta je altijd alleen bij ons, maar de eerste week, want als er iemand langdurig ziek geweest is of een nieuwe, die staan bij ons zes maanden met twee in opleiding, dus als er iemand ziek geweest is die staan een week dubbel (...) Ik heb een paar dagen met twee gestaan en als ze zagen, ze is er klaar voor om alleen te werken, mocht ik terug alleen werken.” (Interview 9)

“Ik ben halftijds kunnen starten en ze hebben mij een maand eigenlijk een soort quarantaine bureautje gegeven, afgesloten van iedereen. Ik had geen telefoon bij waar andere collega's mij konden op bellen en zo heb ik stilletjes aan mijn werk terug kunnen opnemen.” (Interview 7)

4.3.2. Belemmerende factoren

Maandelijkse evaluatiegesprekken over de werkhervatting vormden een veelvoorkomende uitdaging bij de terugkeer naar de werkvloer. Vier verpleegkundigen hadden maandelijks een evaluatiegesprek met hun leidinggevende, waarbij de huidige situatie werd geëvalueerd. Deze gesprekken werden als belastend en stressvol ervaren en hadden een negatieve impact op hun privéleven. De voorbereiding op de gesprekken vergde tijd en energie. Eén verpleegkundige gaf bijvoorbeeld aan dat zij zich voortdurend moest verantwoorden voor haar beperkte werkcapaciteit en zich niet begrepen voelde door haar leidinggevende. Uiteindelijk besloot zij haar werkuren definitief te reduceren, wat voor beide partijen duidelijkheid creëerde en verdere gesprekken overbodig maakte.

“Ik was nog altijd bezig met intensieve therapieën ook dat zorgde ervoor dat ik gewoon niet meer dan 50% kon werken (...) En dan vroeg mijn hoofdverpleegkundige: ‘Kan je het mij nog een keer uitleggen’. Dat was echt lastig. Ook weer omdat die focus op dat negatieve werd gelegd. En waarom gaat dat niet? En je moet het mij niet vertellen, maar ik moet het wel weten voor de planning. Die druk erop dat ik eigenlijk de oorzaak was dat de planning niet in orde was. En dus dan heb ik beslist, als je het dan zo lastig vindt, ga ik het wel vanuit mijn eigen verlofstelsel nemen, niet meer onder medisch. Dus dan moet ik ook niet meer iedere maand naar de arbeidsgeneesheer en moet ik die verantwoording niet afleggen. Dus dan heb ik een duidelijkheid gemaakt.” (Interview 1)

Naast deze evaluatiegesprekken werden door twee verpleegkundigen expliciet een verhoogde administratieve last als uitdagend gerapporteerd. Zij moesten iedereen op de hoogte stellen, zoals hun leidinggevende, hun mutualiteit en hun verzekering. Dit

resulteerde voor hen in onnodige extra stress. Daarnaast rapporteerde één verpleegkundige een gebrek aan vertrouwen te hebben in de directie.

“De procedure wanneer je uitvalt, natuurlijk administratief moet dat allemaal in orde zijn, dus het werk moet op de hoogte zijn, uw leidinggevende moet op de hoogte zijn, uw arbeidsgeneeskundige en dan uw mutualiteit en dan die verzekering en dat geeft inderdaad heel veel stress dat je eigenlijk op die momenten echt wel kunt missen.”
(Interview 8)

“In het ziekenhuis is iemand van de personeelsdienst die speciaal dat re-integratietraject onder haar vleugels neemt en daar had ik één keer in de maand een gesprek mee en ons diensthoofd heeft dat opgevolgd en verslagen gemaakt. Desondanks blijft het nog altijd moeilijk om te zeggen wat er echt scheelt, dat vertrouwen is er nog niet maar dat heeft tijd nodig, denk ik (...) Ik heb het ook heel moeilijk om vertrouwen te hebben in de mensen zoals de personeelsdienst, ik ben bang dat ik iets verkeerd zeg.” (Interview 3)

Ondanks deze moeilijkheden hadden de meesten ook positieve veranderingen doorgevoerd in hun werkstijl en denkwijze. Dit kwam samen in twee grote thema's, namelijk *Professionele veranderingen* en *verdieping in relaties*. Deze werden verder onderverdeeld in kleinere thema's die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

4.4. Professionele veranderingen

4.4.1. Zelfreflectie

Een eerste belangrijk thema dat positief bijdroeg aan hun professionele veranderingen, was zelfreflectie. De periode van afwezigheid gaf hen de mogelijkheid om stil te staan bij hun vroegere werkmethoden. Door al dan niet in gesprek te gaan met een externe psycholoog, kregen zij meer inzicht in hun werkwijze en de impact ervan op hun welzijn. Deze interne reflectie was belangrijk om nieuwe strategieën te ontwikkelen om te leren omgaan met werkgerelateerde stressoren. Daarnaast bood het een toegangspoort tot het integreren van zelfzorg, wat een ander belangrijk thema was. Onderstaand citaat illustreert het proces van zelfreflectie.

“Maar ik denk ook gewoon doordat ik thuis met die dingen van het werk bezig geweest ben en omdat ik daar ook gesprekken over gehad heb met mijn psychologe. Dat de psychologe ook aangaf maar ja dat is niet normaal, dat je niet kunt eten op een dag en ja bij ons is dat dus wel normaal.” (Interview 3)

Eén van de bevindingen was dat twee verpleegkundigen de lat voor zichzelf hoog legden, wat extra werkstress veroorzaakte. Door hier bewust mee om te gaan, realiseerden zij zich dat deze hoge eisen vooral zelfopgelegd waren en niet per se door collega's.

“Maandag had ik de laatsdienst (...) waarbij dat ik zo iets heb van: ik wil mij bewijzen dat ik het kan en ik ga het goed doen. De lat dat ik mezelf heb opgelegd, die was veel hoger dan wat mijn omgeving mij oplegde, het was eigenlijk niet nodig van zo kei hard mijn best te doen en van mezelf zo veel stress aan te doen, maar dat ben ik maar maandagavond rond 20u30 mij van bewust geworden hoeveel spanningen dat er terug opgebouwd waren in mijn lichaam en ja ik heb dus een pijnstiller moeten nemen omdat ik terug zoveel pijn had en eigenlijk was dat niet nodig.” (Interview 5)

Een ander aspect van de zelfreflectie had betrekking op de motivatie achter de keuze van het verpleegkundig beroep. De verpleegkundigen reflecteerden over de redenen van hun oorspronkelijke beroepskeuze en de waarden die zij als belangrijk achten. Voor drie verpleegkundigen kwam hun motivatie om dit beroep uit te oefenen voort uit de wens om patiënten in moeilijke tijden comfort te bieden, hen te verzorgen en voldoening te halen uit de dankbaarheid die patiënten na de ontvangen zorg tonen. Daarnaast illustreerde één verpleegkundige hoe dagelijkse meditatie haar hielp om een diepere verbinding met zichzelf en haar omgeving te ervaren. Deze vernieuwde levensstijl bood haar een ander perspectief op haar rol als verpleegkundige en bracht haar opnieuw in contact met de onderliggende redenen voor haar beroepskeuze. De eerste twee citaten geven de beroepsmotivatie weer, het laatste benadrukt het belang van meditatie.

“Zo kleine zaakjes waar dat de patiënten zo tevreden over zijn. Zoals deze week, (...) heb je die patiënt nog volledig zitten scheren. Oké, we hebben er onze tijd voor moeten nemen, maar die familie was daar zo dankbaar voor. Dat zijn zo kleine dingetjes, dat zo die dankbaarheid van die patiënten dat toch echt veel doet.” (Interview 6)

“Langs de andere kant ben ik wel blij dat ik terug sociaal contact heb en met mijn collega's en dat ik terug contact heb met patiënten. Ik merk dat ik dat contact enorm gemist heb, dat is mijn ding dat is mijn passie ook en dat is waarom ik verpleging geleerd heb. Maar het is niet gemakkelijk.” (Interview 3)

“Meditatie behoort tot mijn dagelijkse dingen en vanuit verbondenheid met de kosmos en het vertrouwen van: ‘Oké, goed, ik doe mijn best en de rest doet de rest’, kunnen we ontzettend veel meer bereiken dan elk als individu.” (Interview 5)

Tegelijkertijd erkende één verpleegkundige dat ze niet langer als algemene verpleegkundige wilde werken omdat de hoge werkdruk en grote verantwoordelijkheden ten aanzien van patiënten voor haar een extra belasting vormde. Dit besef leidde ertoe dat ze bewust de keuze had gemaakt voor een andere functie, waarin ze op een andere manier kon bijdragen aan de zorg, zonder zelf direct met de emotionele druk van het verpleegkundig werk te worden geconfronteerd. Dit kon gezien worden als een vorm van zelfzorg, het volgende thema dat wordt besproken. Een andere verpleegkundige gaf aan te twijfelen over haar huidige verpleegkundig beroep, maar heeft nog geen verdere actie ondernomen.

“Ik heb eerst drie jaar op de acute geriatrie gewerkt in mijn ziekenhuis, waar ik veel verantwoordelijkheden had naar de patiënten toe. De angst om iets verkeerd te doen of naar huis te gaan met de gedachte ‘oh, ik ben dat vergeten of ik heb dat niet doorgegeven’ en dat dit problemen zou veroorzaken, begon daar al een beetje. Dit was mede een reden waarom ik voor een andere functie heb gekozen, om iets meer uit de directe zorg te stappen. Nu heb ik af en toe nog patiëntencontacten bij ziekte, maar mijn takenpakket bestaat vooral uit organisatorische en coördinerende taken.” (Interview 8)

Deze interne zelfreflectie zorgde ervoor dat iedereen bewuster ging nadenken over eigen grenzen en waarden, en stappen ondernam om beter om te gaan met werkgerelateerde stressoren. Dit sluit aan bij de volgende thema's: zelfzorg, zelfcontrole en communicatie.

4.4.2. Zelfzorg

Zelfzorg, in het bijzonder het stellen van grenzen en het integreren van ontspanningsmomenten, gold als tweede belangrijk mechanisme voor het leren omgaan met werkgerelateerde stressoren. Iedereen gaf aan dat ze hebben geleerd hun eigen grenzen te bewaken en tijdig signalen van overbelasting te herkennen. De manier waarop deze signalen zich voordeden, was voor iedereen verschillend. Voor hun afwezigheid ervoeren drie verpleegkundigen lichamelijke klachten, zoals slapeloosheid en maag-darmklachten, terwijl twee verpleegkundigen aangaven langer te werken of schuldgevoelens te hebben omdat zij het gevoel hadden niet voldoende hun best te doen.

“Vroeger zou ik echt zo lang zitten piekeren over zaken op het werk: heb ik dat nu juist gedaan? Heb ik dat nu al gedaan? Ik had continu stress en had het lastig in mijn gewone leven om het werk los te laten. Nu kan ik het wel beter loslaten dan in het begin.”
(interview 6)

“Anders zou ik ofwel langer gebleven hebben en alle mails beantwoorden of inderdaad laptop mee naar huis genomen hebben om thuis te werken.” (Interview 5)

Na hun afwezigheid leerden zij nieuwe strategieën. Deze richtten zich niet alleen op praktische gewoonten, zoals het nemen van pauzes, voldoende drinken binnen handbereik houden en het inplannen van ontspanningsmomenten, maar omvatten ook het bewust creëren van periodes om het werk los te laten. Dit deden zij bijvoorbeeld door hun gedachtepatroon te veranderen en zich te richten op wat wel binnen hun invloed lag. Onderstaande citaten verduidelijken deze bevinding.

“Ik probeer gewoon tijdens mijn shift echt mijn ding te doen en is het daarna dan anders, ja, dan laat ik het los, want ik kan er toch niets aan veranderen als ik weg ben. Ik probeer echt niet meer de energie te steken in andere collega’s. Ik probeer gewoon te maken als ik er ben dat ik mijn dingen gewoon doe op de manier waarop ik denk dat het oke is en dat het goed is, maar ik ga er niet meer in stressen, want dat zijn ook allemaal energievreters.” (Interview 4)

“Ik probeer wel pauzes te nemen. Ja, als de mogelijkheid zich voordoet dan zit ik en als er dan iemand iets zegt, dan durf ik nu wel te zeggen van ‘ja sorry ik moet eventjes’ en ik profiteer daar ook zeker niet van, want wij hebben maar twintig minuten middagpauze (...) Ik pak nu ook een fles water mee. Ja, dat zijn onnozele dingetjes, maar dan kan ik toch eens af en toe iets drinken. Voordien deed ik dat nooit.” (Interview 3)

“Ik was vroeger heel vaak zenuwachtig en onrustig, inwendig heel onrustig van: “Oh het gaat druk zijn” (...) en nu voel ik dat ik mij daar niet druk in maak, ik denk één voor één.”
(Interview 10)

Bovendien zocht iedereen actief naar manieren om na hun werktijd te ontspannen. Fysieke activiteiten, zoals sporten, maar ook meditatie, ademhalingstechnieken en creatieve bezigheden werden genoemd als effectieve manieren om werkgerelateerde stress te beheersen en zo een betere balans te verkrijgen tussen het werk en hun

persoonlijk leven. Het eerste citaat illustreert het belang van lichamelijke activiteit, de overige het loslaten van het werk.

“Ik ga kijken om te gaan sporten, zwemmen helpt soms wel. Ook gewoon naar buiten gaan met mijn honden. Ik probeer soms een keer naar de zee te gaan, dat helpt om mijn hoofd leeg te maken.” (Interview 6)

“Ik heb samen met mijn man afgesproken dat wanneer we het even moeilijk hebben op ons werk, dan zetten we ons even samen en praten wij een kwartier over het werk en dan is het afgesloten en laten we het werk los.” (Interview 7)

“Als een operatie slechts is verlopen dan heeft dit geen staartje meer voor mij en kan ik dat loslaten.” (Interview 9)

4.4.3. Zelfcontrole

Dankzij de zelfreflectie hanteert nu elke verpleegkundige een andere manier van werken en wordt er meer aandacht besteed aan hun eigen gevoel, hun eigen grenzen en communicatie. Ondanks de hoge werkdruk hebben de verpleegkundigen nieuwe manieren ontwikkeld om beter om te gaan met werkgerelateerde stressoren. Waar de ene verpleegkundige meer werkt op basis van de zorgvraag, gebruikt een andere verpleegkundige bijvoorbeeld een notitieblokje of maakt ze een prioriteitenlijst om structuur te behouden wanneer het druk is. Bovendien voelen twee verpleegkundigen dat zij rustiger zijn geworden en zij minder belang hechten aan wat anderen zeggen.

“Als de shift er bijna op zit en ik krijg nog mails, dan kijk of het belangrijk is. Dan ga ik eens gaan kijken van prioriteiten. Moet het inderdaad nog vandaag? Of neen, dat kan wachten tot morgen. Anders zou ik het inderdaad ofwel langer gebleven hebben en alle mails nog beantwoorden of inderdaad laptop mee naar huis nemen.” (Interview 7)

“Ik ben veel rustiger. Ik trek het mij niet meer zoveel aan wat dat anderen zeggen en denken. Ik denk dat dat vooral de grootste verandering is.” (Interview 4)

Om bovenstaande inzichten te kunnen waarmaken, speelde communicatie voor iedereen een sleutelrol.

4.4.4. Communicatie

Communicatie vormde de verbindende schakel tussen zelfreflectie, zelfzorg en zelfcontrole in hun dagelijks werk. Door open te communiceren konden zij de inzichten uit zelfreflectie omzetten in concrete actiepunten, zoals het bespreekbaar maken van gevoelens tijdens het werk. Iedereen had geleerd te communiceren vanuit het eigen gevoel en ervaringen. Ze leerden sneller belemmeringen of uitdagingen op de werkvloer aan te kaarten. Eén verpleegkundige deed dit bijvoorbeeld door haar agenda te blokkeren wanneer ze merkte dat de werkdruk te hoog werd, zodat collega's wisten dat zij op dat moment niet gestoord kon worden. Onderstaande citaten tonen dit aan.

“Kijk nu van de voormiddag staat volledig geblokkeerd in nood kun je mij bellen, maar gewoon om dingen te vragen kan pas na 12.00u, dus dat probeer ik nu op het werk wel te doen en mij echt af te sluiten” (Interview 7)

“Ik durf nu ook wel te zeggen tegen de dokter: ‘Sorry dokter, maar ik ben hier nog bezig. Ik moet eerst dit afwerken en dan zal ik de volgende binnenlaten’. Terwijl ik vroeger, als de artsen vroegen om de volgende patiënt binnen te laten terwijl ik nog bezig was, de patiënt toch binnen te laten voordat ik mijn werk had afgemaakt.” (Interview 3)

“Ik zeg sneller wat er in mij opkomt en ik ga op het moment zelf sneller dingen uitspreken naar collega's en ik laat mij minder doen.” (Interview 2)

Hoewel negen van de tien verpleegkundigen een positieve groei in hun communicatie rapporteerden, bleef het voor één verpleegkundige moeilijk om transparant te communiceren. Ondanks de beschikbare hulpmiddelen blijft zij onzeker en merkt ze dat ze de neiging heeft om zich terug te trekken.

“Ik heb heel veel ondersteuning nodig van mijn leidinggevende (...) veranderingen zijn moeilijk in de zorg, maar ik pak nu heel veel zaken persoonlijk op, dus als mensen argumenten of feedback willen geven dan denk ik direct van: ‘Oei, ik heb mijn werk niet goed gedaan of ik heb dat niet goed voorbereid of ik heb daar niet goed over nagedacht.’ en dan stop ik ook met praten en zonder mij af.” (Interview 8)

4.5. Verdieping in relaties

De verdieping in relaties, zowel met patiënten als in het persoonlijk leven, vormde het tweede hoofdthema. Vijf verpleegkundigen rapporteerden een toegenomen gevoel van verbondenheid met zowel patiënten als hun omgeving door meer in het moment te leven en bewuster aandacht te besteden aan kleine zaken.

“Ik weet wanneer iemand diep zit nodig heeft. Dat gaat niet om de perfecte wondzorg, maar om er echt zijn voor die persoon. Ik kom echt veel meer in verbinding (...), ook op het werk met mijn patiënten. Omdat je zo af en toe een kwinkslag kunt maken in een moeilijke periode, voelt alles veel frisser.” (Interview 1)

Hoewel de meesten een professionele groei ervoeren, gaf één verpleegkundige aan dit niet zo te ervaren. Ze bleef het werk als lastig ervaren, voelde zich angstig en had moeite met communicatie en leidinggeven. Haar onzekerheid bemoeilijkte het omgaan met weerstand. Op dit moment ervaart zij weinig werkplezier, onder meer door onzekerheid over wat haar te wachten staat en de rolonduidelijkheid rondom haar functie. Dit geeft haar extra stress en verwarring bij haar collega's.

“Ik merk niet dat ik gegroeid ben als professional. Ik merk dat ik niet helemaal mee ben, dat ik precies mijn tijd een beetje zit te verdoen. En de verwerking van al de informatie en persoonlijke frustraties weegt wel heel zwaar.” (Interview 8)

5. Discussie

Dit onderzoek bood inzicht in de ervaringen van verpleegkundigen tijdens hun re-integratietraject, welke ondersteunende en belemmerende factoren zij ervoeren en op welke manier zij veranderingen doorgevoerd hebben in hun professionele houding om effectiever om te gaan met werkgerelateerde stressoren.

De resultaten tonen aan dat zeven verpleegkundigen gevoelens van angst en nervositeit ervaren tijdens hun terugkeer. Dit is mogelijks te wijten aan het heersende taboe en de onwetendheid over hoe om te gaan met langdurig afwezig zijn als gevolg van mentale problemen (Van Melckebeke, 2024). Opvallend is dat vijf verpleegkundigen de terugkeer als alleen en weinig gesteund ervaren.

De verpleegkundigen in deze studie beschouwen steun van leidinggevenden en collega's, evenals de mogelijkheid tot een progressieve werkhervatting of tijdelijk dubbel lopen, als belangrijke ondersteunende factoren van het werk binnen het re-integratieproces. Bakker & de Vries (2021) benadrukken dat zowel voldoende werkbronnen als persoonlijke hulpbronnen de negatieve effecten van werkstress kunnen opvangen. Hieruit blijkt dat zowel werkgevers als werknemers een cruciale rol spelen in de ontwikkeling, preventie en vermindering van burn-out (Bakker & de Vries, 2021).

Recent onderzoek bevestigt het belang van sociale steun van collega's en leidinggevenden, evenals autonomie, als beschermende factoren voor verpleegkundigen (Pijpker et al., 2020; Rooman et al., 2021; Van Melckebeke, 2024). Terwijl Diehl et al. (2021) geen direct significant verband vonden tussen werken in een goed team en het verminderen van burn-out, blijken factoren zoals teamwerking, erkenning door leidinggevenden en werkplekbetrokkenheid een buffer te vormen tussen de relatie werkeisen en burn-out. Een goed werkend team wordt daarbij omschreven als een team dat verpleegkundigen een gevoel van veiligheid, stabiliteit en samenhang biedt (Diehl et al., 2021). Een belangrijke nuancering is dat niet alleen organisatorische factoren, maar ook persoonlijke stressoren, zoals problemen in de privésfeer, de kwaliteit van het re-integratieproces beïnvloeden. De studie van Rooman et al. (2021) toont aan dat persoonlijke stressoren negatief gecorreleerd zijn met de kwaliteit van terugkeer na burn-out. Tegelijkertijd benadrukt deze studie het belang van ondersteuning door leidinggevenden. Die ondersteuning wordt ervaren wanneer leidinggevenden begrip tonen voor de situatie of wanneer de verpleegkundigen zich gewaardeerd voelen.

Bovendien onderstreept de studie het belang van persoonlijkheidskenmerken. Zo wordt positivisme positief gecorreleerd met de kwaliteit van terugkeer en neuroticisme negatief (Rooman et al., 2021). Tot slot kan sociale steun ook een bevorderende rol spelen in het proces van PTG en bijdragen aan het voorkomen van een terugval na burn-out (Sim et al., 2024). Dit suggereert dat de perceptie en effectiviteit van sociale steun in belangrijke mate afhankelijk zijn van individuele factoren.

Daarnaast blijkt dat externe psychologische begeleiding een belangrijke rol vervult binnen het re-integratieproces. Acht verpleegkundigen in deze studie ontvangen steun van een externe psycholoog. Deze begeleiding stelt hen in staat te reflecteren op hun huidige werkwijze, hun beroepskeuze en de bronnen van voldoening in hun werk. Door stil te staan bij hun professionele handelen en de onderliggende motivatie voor hun oorspronkelijke keuze voor het verpleegkundig beroep, ontwikkelen zij een diepgaander inzicht in de betekenis van hun werk en hun persoonlijke drijfveren. Deze reflectie en betekenisgeving kunnen een mechanisme vormen ter ondersteuning van PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004), doordat zij bijdragen aan de cognitieve herinterpretatie van traumatische ervaringen. Dit proces helpt niet alleen om terugval te voorkomen, maar kan ook leiden tot persoonlijke groei, zoals een versterkt zelfbeeld of diepere relaties. Verder ervaren vijf verpleegkundigen een verdieping in hun relaties met patiënten en hun omgeving. Zij voelen zich sterker verbonden met de patiënten voor wie zij zorgen. Dit sluit aan bij het eerste domein van de *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*, een meetinstrument gebaseerd op de posttraumatische groei theorie, namelijk *verdieping van relaties*. Dit domein verwijst naar een gevoel van grotere verbondenheid met anderen, doordat men zich beter kan identificeren met de ander (Tedeschi & Calhoun, 1996). Voor één verpleegkundige uit deze studie leidt deze reflectie echter tot een andere uitkomst. Zij ervaart de emotionele betrokkenheid en verantwoordelijkheid voor patiënten als belastend. Door te kiezen voor een functie met meer afstand tot de zorg, probeert zij een betere werk-privébalans te realiseren. Dit sluit aan bij het eerder besproken JD-R model (Demerouti et al., 2001), waarin zij een disbalans ervaart tussen haar taakeisen en haar hulpbronnen. De keuze voor een andere functie kan in dit kader worden gezien als een manier om deze disbalans te herstellen en haar werkdruk beter te hanteren.

Desondanks blijven er binnen het re-integratieproces verschillende stressfactoren aanwezig. Zo vormen maandelijkse evaluatiegesprekken en administratieve verplichtingen een bijkomende belasting, onder andere door de ervaren stress die de verpleegkundigen voorafgaand aan het gesprek ervaren. Dit heeft voor één

verpleegkundige mogelijk de beslissing om haar arbeidsuren definitief te verminderen beïnvloed. Daarnaast zijn werknemers momenteel zelf verantwoordelijk voor het informeren van zowel het ziekenfonds als de werkgever bij arbeidsongeschiktheid (*Arbeidsongeschiktheid* | *socialezekerheid.be*, z.d.). Uit deze studie blijkt dat dit voor onnodige stress kan zorgen.

Ondanks deze uitdagingen passen alle verpleegkundigen na hun afwezigheid nieuwe werkmethoden toe om beter met werkgerelateerde stress om te gaan. Niettemin ervaart één verpleegkundige geen positieve evolutie als professional en beleeft zij haar werk momenteel als negatief. Een belangrijke nuance hierbij is dat zij een andere functie uitoefent, wat een ander takenpakket omvat dan het verpleegkundig beroep. Zij ondervindt weinig steun, doordat haar werk is blijven liggen tot haar terugkeer. Vanwege de beperkte onderzoekstijd is zij de enige deelnemer met deze functie, waardoor verdere exploratie van soortgelijke ervaringen niet mogelijk is.

De overige verpleegkundigen geven aan dat zij door het toepassen van nieuwe strategieën beter kunnen omgaan met werkgerelateerde stressoren. Deze strategieën omvatten het stellen van duidelijke grenzen, loslaten van het werk, het integreren van ontspanningsmomenten in de dagelijkse werkzaamheden en het transparant communiceren over gevoelens en uitdagingen op de werkvloer. De bovengenoemde strategieën kunnen worden beschouwd als een vorm van *job crafting* binnen het JD-R model (Bakker & de Vries, 2021), een zelfregulatiemechanisme waarbij werknemers hun werkomgeving proactief optimaliseren door aanpassingen in taken, werkrelaties, werkeisen en beschikbare hulpbronnen. In het kader van deze studie kan *job crafting* worden geïnterpreteerd als een vorm van zelfzorg, aangezien verpleegkundigen proactief strategieën ontwikkelen en implementeren om hun professionele grenzen effectiever te herkennen en bespreekbaar te maken. *Job crafting* beïnvloedt niet alleen hun stressreactie, maar draagt ook bij aan de ontwikkeling van nieuwe persoonlijke hulpbronnen, zoals verbeterd zelfinzicht en communicatieve vaardigheden, evenals werkgerelateerde hulpbronnen zoals collegiale steun en zelfcontrole.

Een eerder onderzoek van Masanotti et al. (2020) toont bovendien een sterke samenhang tussen *Sense of Coherence* (SOC) en effectieve copingstrategieën. Hoewel SOC geen expliciet onderdeel van het JD-R model vormt, kan het een ondersteunende rol vervullen. SOC bevordert het vermogen om succesvol met stress om te gaan, doordat het individuen in staat stelt stressvolle gebeurtenissen als zinvol, hanteerbaar en

begrijpelijk te ervaren (Mittelmark et al., 2017). Beide processen bevorderen adaptieve coping en groei. Deze bevindingen sluiten aan bij het proces van cognitieve herinterpretatie dat centraal staat in PTG (Tedeschi & Calhoun, 1996) en kan verklaren hoe verpleegkundigen beter leren omgaan met werkgerelateerde stressoren. De concepten *job crafting*, SOC en PTG versterken elkaar binnen het breder kader van herstel en professionele groei.

5.1. Methodologische beschouwing

5.1.1. Sterktes van de studie

Met oog op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek is een consistente aanpak van dataverwerking gehanteerd, waarbij één student-onderzoeker alle interviews heeft afgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. Dit bevordert een diepgaande vertrouwdheid met de data, wat de nauwkeurigheid van de analyses ten goede komt. Een iteratief proces van datacollectie en -analyse wordt toegepast door steeds de gegeneerde codes af te stemmen op de originele data.

Een tweede sterkte is de toepassing van onderzoekerstriangulatie. Op meerdere momenten werden de gecodeerde data gezamenlijk besproken met verschillende onderzoekers. Deze aanpak draagt bij aan het vroegtijdig detecteren van mogelijke subjectiviteit en bevordert de reflectie op uiteenlopende interpretaties van de resultaten.

Tot slot is het onderzoek uitgevoerd binnen verschillende zorgorganisaties met uiteenlopende werkculturen, structuren en ondersteuningsmechanismen. Door deelnemers uit verschillende organisaties te betrekken, worden diverse ondersteuningsmaatregelen en uitdagingen zichtbaar, wat bijdraagt aan een genuanceerd begrip.

5.1.2. Beperkingen

Met betrekking tot de beperkingen van deze studie speelt de balans tussen homogeniteit en heterogeniteit binnen de steekproef een rol. De steekproef is homogeen wat betreft diploma en geslacht, maar vertoont variatie in leeftijd, werkervaring, werkhervatting en burgerlijke staat. Hierdoor is het mogelijk dat bepaalde perspectieven onderbelicht blijven doordat uitsluitend vrouwelijke deelnemers zijn opgenomen. De ervaringen en veranderingen van vrouwelijke deelnemers kunnen immers afwijken van die van mannelijke verpleegkundigen, onder meer door de maatschappelijke rolpatronen. Dit

doordat bijvoorbeeld vrouwen vaker worden geconfronteerd met uitdagingen in de werk-privébalans, aangezien zij doorgaans gezinsverantwoordelijkheden combineren met hun professionele carrière (Foort-Diepeveen et al., 2021). Tegelijkertijd kan de verscheidenheid in leeftijd, werkervaring, werkhervatting en burgerlijke staat verschillende inzichten aan het licht brengen die anders misschien niet naar boven zouden komen, wat een verrijking vormt voor de resultaten, maar het moeilijker maakt om deze resultaten met elkaar te vergelijken.

Een tweede beperking betreft de inclusie van deelnemers uit verschillende zorgorganisaties die de overdraagbaarheid van de resultaten kan beïnvloeden. De variatie in werkculturen, organisatorische structuren en ondersteuningsmaatregelen kan de vergelijkbaarheid van de bevindingen bemoeilijken. Zo kunnen verpleegkundigen in de ene organisatie veel ondersteuning krijgen, terwijl dit in een andere zorgorganisatie nauwelijks gebeurt. Deze variaties maken het moeilijk om de resultaten van het onderzoek te vertalen naar andere zorgorganisaties.

Een derde beperking is het risico op subjectieve vertekening, aangezien de resultaten gebaseerd zijn op persoonlijke ervaringen van de deelnemers (Pietkiewicz & Smith, 2014). Bovendien kan het gebruik van interviews, die peilen naar gebeurtenissen uit het verleden, aanleiding geven tot *recall bias*. De herinneringen van de deelnemers kunnen mogelijk onvolledig of vertekend zijn, bijvoorbeeld door het achterhouden van details vanwege gevoelens van schaamte. Dit kan de validiteit van de gerapporteerde ervaringen beïnvloeden (Holloway & Galvin, 2017).

Ten slotte verliep de rekrutering moeizaam, waardoor de inclusiecriteria werden verruimd. Dit suggereert een beperkte bereidheid tot deelname, mogelijk gerelateerd aan de intrinsieke gevoeligheid van het onderwerp en de verhoogde werkdruk binnen deze doelgroep. Uiteindelijk werden tien interviews afgenomen. Terwijl op enkele thema's, zoals communicatie, het stellen van grenzen stellen en het leren loslaten van het werk, herhaling werd waargenomen, werd geen volledige datasaturatie bereikt. In combinatie met de beperkte steekproefomvang en het exploratieve karakter van de studie, beperkt dit de overdraagbaarheid van de resultaten.

5.2. Aanbevelingen voor verder onderzoek, praktijk en onderwijs

Vervolgonderzoek kan zich richten op ervaringen en veranderingen van verpleegkundigen met andere functies, aangezien de ervaring van de deelnemer in deze

studie aanzienlijk anders was. Zoals eerder aangegeven, heeft slecht één deelnemer een andere functie en ervaart zij andere uitdagingen bij haar terugkeer. Daarnaast kunnen de resultaten uit verschillende organisaties bijdragen aan een vergelijkende studie tussen bijvoorbeeld kleine en grote zorginstellingen. Dit kan waardevolle inzichten opleveren in de invloed van contextuele factoren op de ervaringen van zorgverleners bij hun terugkeer naar de werkvloer.

Een beleidsmaatregel om het re-integratieproces na langdurige afwezigheid wegens mentale gezondheidsproblemen te bevorderen, is het aanstellen van een gespecialiseerde *return-to-work*-coördinator. De studie van Kärkkäinen et al. (2019) wijst erop dat *return-to-work* coördinatoren door een diepgaand inzicht in de oorzaken en gevolgen van burn-out, een belangrijke rol vervullen in het bieden van adequate en tijdige ondersteuning aan werknemers. Naast het faciliteren van de re-integratie kan deze functie bijdragen aan het versterken van het competentiegevoel en de autonomie bij verpleegkundigen. Door middel van gerichte ondersteuning, het bevorderen van autonomie en het ondersteunen van succeservaringen kunnen verpleegkundigen stap-voor-stap hun vertrouwen in hun professionele vaardigheden herstellen en versterken. Dit vergroot hun zelfvertrouwen en betrokkenheid, waardoor zij actiever deelnemen aan hun herstelproces en zich verder kunnen ontwikkelen binnen hun functie.

Ter verlichting van de administratieve belasting om alle betrokkenen tijdig te informeren over hun langdurige afwezigheid, kan een gestandaardiseerde meldingsprocedure bij langdurige afwezigheid een uitkomst bieden. Automatische communicatie met betrokken instanties, zoals verzekeraars en werkgevers, kan verpleegkundigen meer mentale ruimte bieden voor herstel en persoonlijke groei. Daarnaast ervoeren verpleegkundigen in deze studie de maandelijkse evaluatiegesprekken als negatief, doordat de focus voornamelijk lag op redenen waarom zij nog niet meer uren konden werken. De effectiviteit van deze gesprekken kan worden vergroot door niet uitsluitend de nadruk te leggen op ontwikkelingspunten, maar ook stil te staan bij de voortgang en groei die de verpleegkundige reeds heeft doorgemaakt.

Naast deze organisatorische maatregelen is het van belang om structurele aanpassingen binnen het welzijnsbeleid te implementeren. De WHO benadrukt dat burn-out een werkgerelateerd fenomeen is, wat het belang van structurele maatregelen binnen het welzijnsbeleid onderstreept. Het structureel inzetten van psychologische ondersteuning, zoals periodieke gesprekken met welzijnscoaches, kan bijdragen aan

zowel de preventie als het voorkomen van herval bij burn-out. Door te focussen op positieve psychologie en persoonlijke groei, kan dit bijdragen aan het welzijn van werknemers en aan het terugdringen van het wereldwijd verwachte tekort van 11 miljoen zorgverleners tegen 2030 (World Health Organization, 2019b).

Voor het onderwijs is het aan te bevelen om toekomstige zorgverleners beter voor te bereiden op het omgaan met hoge werkdruk en het bevorderen van een gezonde werk-privébalans. Het aanreiken van praktische strategieën, zoals het leren plannen van werktaken of het toepassen van ontspanningstechnieken, kan hun autonomie en zelfeffectiviteit bevorderen.

6. Conclusie

Deze kwalitatieve studie onderzocht de ervaringen en veranderingen van verpleegkundigen bij hun re-integratieproces na langdurige afwezigheid door stress- en/of vermoeidheidsklachten. Deze studie toont aan dat het re-integratietraject van verpleegkundigen een complex en gelaagd proces is. Verpleegkundigen worden geconfronteerd met zowel persoonlijke als organisatorische uitdagingen, maar vinden tegelijkertijd ook mogelijkheden voor professionele groei en betekenisgeving. Steun en de mogelijkheid tot progressief opbouwend werken worden als ondersteunende factoren ervaren. Daarnaast worden maandelijkse evaluatiegesprekken voor sommigen eerder als stressvol dan vooruithelpend ervaren. Desalniettemin hebben de verpleegkundigen in deze studie veranderingen doorgevoerd om te leren omgaan met werkgerelateerde stressoren.

Deze masterproef kan waardevolle inzichten bieden voor beleidsmakers door een beter begrip te geven van de ervaringen en veranderingen die verpleegkundigen doormaken tijdens hun re-integratieproces.

7. Referentielijst

Ahmed, S. K. (2024). How to choose a sampling technique and determine sample size for research: A simplified guide for researchers. *Oral Oncology Reports*, 12, 100662. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100662>

American Public University. (2024, 24 augustus). *What Is Nurse Burnout and How Can It Be Prevented in Healthcare?* | American Public University. Geraadpleegd op 27 januari 2025, van <https://www.apu.apus.edu/area-of-study/nursing-and-health-sciences/resources/what-is-nurse-burnout-and-how-can-it-be-prevented-in-healthcare/>

Arbeidsongeschiktheid | *socialezekerheid.be*. (z.d.). Geraadpleegd op 2 april 2025, van <https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/arbeidsongeschiktheid-ongeval-en-beroepsziekte/arbeidsongeschiktheid>

AVG: Hoe pseudonimiseer ik mijn data? | *(onder)zoektips*. (z.d.). Geraadpleegd op 28 oktober 2024, van <https://onderzoektips.ugent.be/nl/tips/00002092/>

Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job Demands–Resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>

Biggerstaff, D., & Thompson, A. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research. *qual res psychol*, 5. <https://doi.org/10.1080/14780880802314304>

Covell, C. L., Sands, S. R., Ingraham, K., Lavoie-Tremblay, M., Price, S. L., Reichert, C., & Bourgeault, I. L. (2020). Mapping the peer-reviewed literature on

accommodating nurses' return to work after leaves of absence for mental health issues: A scoping review. *Human Resources for Health*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00478-8>

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Pinzon, L., & Dietz, P. (2021). The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. *PLOS ONE*, 16, e0245798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>

Evers, J. (2023). Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde. Hoofdstuk 2: Het kwalitatieve interview: Kenmerken, typen en voorbereiding (3e druk, p. 328). BOOM.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2024). De verpleegkundigen—De workforce in 2046: Alternatieve projecties op basis van de reële instroom tot 2022. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 3 april 2025, van https://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/alternatieve_scenarios_verpleegkundigen_nl.pdf

- Foort-Diepeveen, R. A. van 't, Argyrou, A., & Lambooy, T. (2021). Holistic and integrative review into the barriers to women's advancement to the corporate top in Europe. *Gender in Management: An International Journal*, 36(4), 464-481. <https://doi.org/10.1108/GM-02-2020-0058>
- Ge, M. W., Hu, F. H., Jia, Y. J., Tang, W., Zhang, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>
- Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC health services research*, 18(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O. P., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, 67(6), 461-468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2019). Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 493-502. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x>
- Kars, M. (2021). *Fenomenologisch onderzoek* (pp. 81-87). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2600-6_15

- Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M. (2020). Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17061861>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 103-111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Red.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal (CPPJ)*, 20(1), 7-14. <https://doi.org/10.14691/CPPJ.20.1.7>
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Veen, E. J., & Koelen, M. A. (2020). Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 55.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17010055>
- Rooman, C., Sterkens, P., Schelfhout, S., Van Royen, A., Baert, S., & Deros, E. (2021). Successful return to work after burnout: An evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. *Disability and Rehabilitation*, 44(23), 7106-7115.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1982025>

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Sim, J. C., Cha, S. K., & Im, S. Y. (2024). Mediating mechanism of posttraumatic growth as buffers of burnout and PTSD among nurses during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 12, 1406514. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1406514>
- Stichting Innovatie & Arbeid, SERV. (2024). *Werkbaar werk in de zorg- en welzijnsector 2023* (p. 60). Stichting Innovatie & Arbeid, SERV. Geraadpleegd op 21 mei 2025, van <https://www.serv.be/stichting/publicatie/werkbaar-werk-zorg-en-welzijnssector-2023>
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., Alexa, I. D., Sandu, C. A., Rotaru, T. S., & Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors Associated with Burnout in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-472. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Van Den Heede, K., Bouckaert, N., Detollenaere, J., Kohn, L., Maertens De Noordhout, C., Van Hooreweghe, J., Bruyneel, A., & Stermeus, W. (2022). *Verpleegkundige*

bestaffing op Belgische intensieve zorgen afdelingen: Impact van twee jaar COVID-19 pandemie (KCE Reports 353A; p. 34). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). <https://doi.org/10.57598/R353AS>

Van Den Heede, K., Bruyneel, L., Beekmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2019). *Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen* (KCE Reports 325A; p. 65). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). <https://doi.org/10.57598/R325AS>.

Van Melckebeke, M. (2024, 13 november). *Hoe hou je contact met een collega die thuiszit met een burn-out?* De Standaard. Geraadpleegd op 1 december 2024, van https://www.standaard.be/cnt/dmf20241113_95041726

Wang, K., Wang, X., Han, Y., Ye, C., Pan, L., & Zhu, C. (2024). The risk factors for burnout among nurses: An investigation study. *Medicine*, 103(34), e39320. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039320>

Wolvetang, S., van Dongen, J. M., Speklé, E., Coenen, P., & Schaafsma, F. (2022). Sick Leave Due to Stress, What are the Costs for Dutch Employers? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 764-772. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10042-x>

World Health Organization. (2019a, 27 mei). *Burn-out an 'occupational phenomenon': International Classification of Diseases*. Geraadpleegd op 28 oktober, van <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

World Health Organization. (2019b, 7 augustus). *Health workforce*. Geraadpleegd op 28 oktober, van <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geraadpleegd op 15 mei 2025, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: Eerste en finale interviewguide

Interviewguide 1.1

Introductie

Ik stel mezelf kort voor en leg het doel van het interview uit: Het doel van het interview is om jouw persoonlijke ervaring te begrijpen rond de terugkeer naar het werk na stress-en/of vermoeidheidsklachten. Ik zal u voornamelijk aan het woord laten.

- Vertrouwelijkheid van gesprek en persoonsgegevens anoniem
- Op ga nemen en dat hij/zij dit oke vindt
- Bevestiging geven dat hij/zij alles heeft door genomen
- Binnen paar dagen cadeaubon krijgen
- Interesse mensen nu terug aan het werk en op welke manier veranderd zijn in hun professionele leven

Vraag die ik zou stellen in het begin:

Inleidende vraag

- **Kan je iets vertellen over de gezondheidsklachten die hebben geleid tot afwezigheid op het werk?**
 - Ging dit om stress- en/of vermoeidheidsklachten?
 - Hoe lang ben je afwezig geweest omwille van deze klachten?
- **Kan je meer vertellen over jouw beslissing om terug aan het werk te gaan, en de eerste periode op het werk.**
 - Hoe ben je tot die beslissing gekomen?
 - Hebben anderen jou geholpen in die beslissing? Wie dan?
 - Hoe voelde je jou in de eerste weken of maanden na terugkeer?
 - Hoe was dat voor u? Ben je positief verrast geweest of ben je meer negatief beïnvloed geweest?
 - Wat voelde je op dat moment? Kun je daar meer over vertellen?
 - Wat waren je verwachtingen vooraf?

- Hoe kijk je terug op dat moment?
- Wat is er daarna gebeurd?
- **heb je iets geleerd over jouw werk als verpleegkundige?**
 - Ben je veranderd als gevolg van jouw gezondheidsklachten, en hoe?
 - Zijn er aspecten die je nu anders doet? => wat is er veranderd (persoonlijk vlak, relaties met anderen?)
- **Heb je het gevoel dat je gegroeid bent door deze ervaring?**
 - Groei: mag je zelf beslissen hoe je dit invult
 - Neen? Waarom niet
 - Ja? Op welke vlakken ?
 - Op welke manieren merk je dit?
 - Wat heb je geleerd over jezelf als professional?

Afsluiting:

- Is er nog iets wat je graag wil delen over jouw ervaring dat we nog niet besproken hebben?
- Hoe vond je om hierover te praten?

Interviewguide 1.2

Introductie

Ik stel mezelf kort voor en leg het doel van het interview uit: Het doel van het interview is om jouw persoonlijke ervaring te begrijpen rond de terugkeer naar het werk na stress-en/of vermoeidheidsklachten. Ik zal u voornamelijk aan het woord laten.

- Vertrouwelijkheid van gesprek en persoonsgegevens anoniem
- Op ga nemen en dat hij/zij dit oke vindt
- Bevestiging geven dat hij/zij alles heeft door genomen
- Binnen paar dagen cadeaubon krijgen
- Interesse mensen nu terug aan het werk en op welke manier veranderd zijn in hun professionele leven

Vraag die ik zou stellen in het begin:

Inleidende vraag

- **Ik ben benieuwd naar uw verhaal, wie u bent, wat u doet.**
- **Kan je iets vertellen over de gezondheidsklachten die hebben geleid tot afwezigheid op het werk?**
 - Ging dit om stress- en/of vermoeidheidsklachten?
 - Hoe lang ben je afwezig geweest omwille van deze klachten?
- **Kan je meer vertellen over uw ervaring bij uw terugkeer naar het werk.**
 - Hoe ben je tot die beslissing gekomen?
 - Hoe voelde je jou in de eerste weken of maanden na terugkeer?
 - Hoe was dat voor u? Heb je hindernissen ondervonden? Kan u daar iets meer over zeggen. Welke factoren droegen bij aan uw ervaring?
 - Wat voelde je op dat moment? Kun je daar meer over vertellen?
 - Wat waren je verwachtingen vooraf?

- Hoe kijk je terug op dat moment?
- Wat is er daarna gebeurd?
- **heb je iets geleerd over jouw werk als verpleegkundige?**
 - Ben je veranderd als gevolg van jouw gezondheidsklachten, en hoe?
Bv sociale relaties, steun van de leidinggevende, dingen bewuster aanpakken op het werk?
 - Zijn er aspecten die je nu anders doet? => wat is er veranderd (persoonlijk vlak, relaties met anderen?)
- **Heb je het gevoel dat je gegroeid bent door deze ervaring?**
 - Groei: mag je zelf beslissen hoe je dit invult
 - Neen? Waarom niet => wij zien dat als iets positief want wij denken dat mensen door die ervaring kunnen groeien
 - Ja? Op welke vlakken ?
 - Op welke manieren merk je dit?
 - Wat heb je geleerd over jezelf als professional?

Afsluiting:

- Is er nog iets wat je graag wil delen over jouw ervaring dat we nog niet besproken hebben?
- Hoe vond je om hierover te praten?

8.2. Bijlage 2: Referentiekader

Referentiekader van de onderzoeker

Persoonlijke achtergrond

Ik ben een 25-jarige verpleegkundige met een passie voor de gezondheidszorg. Ik heb deeltijds op de afdeling neurochirurgie high-care gewerkt, dit gecombineerd met mijn studies. Door de hoge werkdruk en omdat het moeilijk te combineren was, heb ik besloten om te stoppen als verpleegkundige en mij meer te focussen op mijn studies.

Deze persoonlijke ervaring als verpleegkundige, kan helpen bij het begrijpen van de ervaringen van deelnemers die stress- en/of vermoeidheidsklachten hebben doorgemaakt. Ik ben mij ervan bewust dat mijn ervaring eveneens een invloed kan hebben op de analyses van mijn eigen onderzoek omdat ikzelf ook heb ervaren hoe de hoge werkdruk een invloed had op mijn mentaal welbevinden en ik steun van collega's heel belangrijk vond.

Professionele achtergrond

Ik heb twee jaar gewerkt als verpleegkundige op de afdeling neurochirurgie-high care in het UZ Gent. Deze professionele achtergrond stelt mij in staat om mij beter in te leven in de deelnemers. Het kan ook een valkuil zijn doordat ik, onbewust, met een andere blik aan een interview kan beginnen. Het is daarom belangrijk om met een open houding aan het interview te beginnen en mijn onderzoeksvragen duidelijk voor ogen te houden. Ik zal daarnaast na elk interview reflecteren over het verloop en welke emoties ik tijdens het interview heb ervaren. Ik zal een neutrale houding en open houding aannemen. Een interviewgide kan mij helpen om de vragen niet te sturend te maken.

Educatieve achtergrond

Naast mijn werk als verpleegkundige volg ik de masteropleiding Verpleegkunde en Vroedkunde. Deze combinatie stelt mij in staat om theorie en praktijk met elkaar te verbinden. Een keerzijde is het risico tot cognitieve bias. Mijn uitgebreide kennis over de verschillende theorieën die kunnen leiden tot burn-out kan mijn denkkader beïnvloeden. Ik ben sneller geneigd om symptomen die een verpleegkundige beschrijft, te koppelen aan bekende theorieën zoals het Job Demands- resource model (Bakker & de Vries, 2021). Het is daarom belangrijk om de interviews met een open en vragende houding te benaderen. Daarnaast zal reflectie over de interviews een sleutelrol spelen om subjectiviteit vroegtijdig op te sporen.

Een ander aandachtspunt is het risico op sturende vragen, vooral wanneer ik meerdere interviews na elkaar afneem. Om dit te voorkomen, plan ik mijn interviews gespreid over een langere periode in plaats van alles binnen een kort tijdsbestek te organiseren. Deze aanpak stelt mij in staat om elk interview zorgvuldig en objectief te benaderen.

9.1. Bijlage 3: Informatiebrief

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Ervaringen van verpleegkundigen bij hun re-integratie na afwezigheid wegens stress- en/of vermoeidheidsklachten: een kwalitatieve studie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Het doel van deze studie is om professionele veranderingen na de terugkeer naar het werk te analyseren, met een focus op verpleegkundigen die vanwege stress- en/of vermoeidheidsklachten minstens vier werken afwezig zijn geweest. Wij nodigen u vriendelijk uit om deel te nemen aan een interview. Dit gesprek kan plaatsvinden op uw huidige werkplaats (voor of na uw werkuren) of online en zal auditief worden opgenomen. Het interview duurt ongeveer één uur. De opname wordt minimaal 10 jaar bewaard op een centrale schijf van de universiteit Gent. De interviews worden vervolgens gedetailleerd uitgeschreven om een volledig beeld van het gesprek te verkrijgen.

Na het gesprek ontvangt u de contactgegevens van de welzijnscl van het betreffende ziekenhuis, evenals een algemene link over welzijn op het werk. Deze bronnen zijn beschikbaar voor het geval u behoefte heeft aan psychologische ondersteuning. Op deze websites vindt u informatie en een algemeen contactnummer waar u terecht kunt met vragen of voor gesprekken over welzijn op het werk. Daarnaast ontvangt u de contactgegevens van de onderzoeker, hoofdpromotor en mentor, zoals vermeld in paragraaf 6. U kunt hen altijd contacteren indien u nood heeft aan een aanvullend gesprek.

Vooraf aan het interview zal er een kennismakingsgesprek plaatsvinden om samen het informed consent door te nemen en eventuele vragen te beantwoorden. Het tijdstip wordt in samenspraak met u vastgelegd. De uiteindelijke resultaten zullen zorgvuldig worden bewaard op een centrale schijf aan de universiteit Gent, die versleuteld en beveiligd is, dit om de vertrouwelijkheid en integriteit van de gegevens te waarborgen. Bovendien zullen deze resultaten niet worden besproken met andere onderzoekers zonder uw expliciete toestemming.

U komt in aanmerking om deel te nemen als u voldoet aan volgende criteria:

- Werkzaam in het desbetreffende ziekenhuis
- Minstens vier weken afwezig zijn geweest van het werk vanwege stress- en/ of vermoeidheidsklachten
- Werkzaam zijn met patiënten. Werken met patiënten kan een extra risicofactor zijn voor het creëren van emotionele stress.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is de universiteit Gent, in samenwerking met het UZ Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Els Clays.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw tewerkstelling. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter voor andere instellingen een hulpmiddel zijn om het re-integratieproces te optimaliseren en gebruikt worden om de organisatie van de zorginstellingen te herbekijken.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw

(persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt. Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website UGent. (<https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm>)

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende. Mits uw toestemming, zal zowel de mentor als hoofdpromotor van het onderzoek inzage hebben in de gepseudonimiseerde gegevens, dit om blinde vlekken en subjectiviteit op te sporen.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Uw persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Els Clays (Ugent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Prof. Dr. Els Clays: Els.clays@ugent.be

Hendrik Van Simaey: hendrik.vansimaey@ugent.be

Ophélie Van Tulden: ophelie.vantulden@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief:

- Deelname aan het interview

☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	☐
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	☐

9.2. Bijlage 4: Demografische kenmerken

NR.	SEX	BURGERLIJKE STAAT	LEEFTIJD	JOB- POSITIE	WERK- ERVARING (JAREN)	TEWERK- STELLING (%)	REDEN AF- WEZIGHEID	PERIODE AF- WEZIGHEID (MAAND)	WERKEND	FUNCTIE	ZORG- ORGANISATIE
1	V	SW	35	VPK	13	70	Vermoeidheid, duizelig	10	Ja	VPK hospitalisatie	A
2	V	AW	27	VPK	5	100	Stress	1	Ja	VPK hospitalisatie	B
3	V	SW	58	VPK	37	50	Spanning, vermoeidheid	16	Ja	VPK hospitalisatie	B
4	V	AW	29	VPK	X	100	stress op werk Vermoeidheid, hoge werkdruk	3	Ja	VPK hospitalisatie	A
5	V	AW	54	VPK	32	50	spanningen op werk	15	Ja	VPK hospitalisatie	C

6	V	SW	31	VPK	5	80	Hartkloppingen, vermoeidheid, stress	2	Ja	VPK hospitalisatie	A
7	V	SW	51	VPK	29	100	Burn-out	2	Ja	Projectmedewerker	A
8	V	SW	28	Coördinator	5	50	Burn-out, spanning op werk	3	Ja	VPK-coördinator	D
G	V	AW	62	VPK	38	100	Werkdruk	3	Ja	VPK hospitalisatie	E
10	V	SW	57	VPK	36	60	Werkdruk	12	Ja	VPK raadpleging	F

Legende:

V= Vrouw ; SW= Samenwonend ; AW= Alleenwonend ; VPK= Verpleegkundige

9.3. Bijlage 5: Gebruik van generatieve AI

Gebruik van generatieve AI-tools in Masterproef tot Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Verantwoord gebruik van generatieve AI-tools is toegestaan mits transparante rapportering hierover, wees je bewust van ethische implicaties en mogelijke risico's: <https://www.ugent.be/student/nl/studeren/tools-lesopnames/chatgpt>

Duid aan wat van toepassing is:

- ☐ Ik heb geen generatieve AI-tool gebruikt voor mijn werkstuk. (einde vragenlijst)
- ☐ Ik heb één of meerdere generatieve AI-tools gebruikt voor mijn werkstuk.
Vul in welke tool(s) je hebt gebruikt:
 - chat GPT
 - copilot
 - Scribewave

.....
.....
Indien je één of meerdere generatieve AI-tools hebt gebruikt voor je werkstuk, duid aan op welke manier(en) je de tool(s) hebt gebruikt en hoe je hier kritisch mee bent omgegaan:

- ☐ Als ideeënverstrekker
Omschrijf en reflecteer kritisch:

- ☐ Als zoekmachine
Omschrijf en reflecteer kritisch:

Ik had soms moeite met de duidelijke betekenis van sommige theorieën en had hierover meer informatie gevraagd. Ik heb de verkregen informatie naast wetenschappelijke publicaties gelegd om ervoor te zorgen dat het correct was. GAI kon de informatie soms makkelijker verwoorden, en de inhoud klopte. Ik heb ook soms delen van wetenschappelijke artikels vertaald naar het Nederlands via GAI. Dit ging sneller dan Google Translate en was accurater.

☐ Als schrijf assistent

Omschrijf en reflecteer kritisch:

Ik heb enkele zinnen laten nalezen om na te gaan of deze grammaticaal correct waren. Ik heb nooit mijn resultaten in de functie gestoken omdat ik niet weet waar de informatie allemaal terecht komt en het niet volgens de GDPR-richtlijnen mag.

☐ Als ontwerper

Omschrijf en reflecteer kritisch:

☐ Als oefentool

Omschrijf en reflecteer kritisch:

☐ Op een andere manier

Omschrijf en reflecteer kritisch:

Ik heb Scribewave gebruikt om mijn eerste drie interviews te transcriberen. Ik dacht dat dit tijdbesparend zou zijn, maar al snel bleek dat het niet altijd even accuraat was. Ik heb dan besloten om de andere interviews zelf te transcriberen. Het voordeel hiervan is dat ik meer vertrouwd geraakte met de data en de interviews meermaals doornam.

Voorbeelden van omschrijvingen:

- als ideeënverstrekker: ik heb gevraagd welke onderzoeksvraag interessant kan zijn binnen het brede thema. Hij gaf mij 10 mogelijke vragen waaruit ik uiteindelijk mijn onderzoeksvraag gekozen heb. Daarnaast heb ik ook gebrainstormd met ChatGPT over mogelijke subvragen die ik kan beantwoorden.
- als ontwerper: ik zat vast met mijn 3^{de} alinea en heb feedback gevraagd op de structuur. Zijn voorstellen vond ik echter niet helemaal perfect (hij stelde bv. een te archaïsch structuurwoord voor), maar ze inspireerden me wel om de structuur anders aan te pakken. Ik heb ook voor de laatste alinea gevraagd om mijn stijl wat academischer te maken. Ook daar vond ik het resultaat niet fantastisch: de stijl was te archaïsch.
- als schrijf assistent: ik heb voor de zekerheid mijn spelling nog eens gecheckt