

TUSSEN MANAGEMENT EN PRAKTIJK: WELZIJN EN WELBEVINDEN VAN ROULEMENTSMEDEWERKERS BINNEN HIC-UNITS IN BELGIË EEN CROSS-SECTIONELE MIXED-METHODS STUDIE

Aantal woorden: 7.080

Simon Praet

Stamnummer: 02109739

Promotor: Dr. Ruben Willems

Copromotor: Xenia De Zutter

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van Master in het Management en het
Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2025 – 2026



UNIVERSITEIT
GENT

 FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

TUSSEN MANAGEMENT EN PRAKTIJK: WELZIJN EN WELBEVINDEN VAN ROULEMENTSMEDEWERKERS BINNEN HIC-UNITS IN BELGIË EEN CROSS-SECTIONELE MIXED-METHODS STUDIE

Aantal woorden: 7.080

Simon Praet

Stamnummer: 02109739

Promotor: Dr. Ruben Willems

Copromotor: Xenia De Zutter

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van Master in het Management en het
Beleid van de Gezondheidszorg

Academiejaar: 2025 – 2026



UNIVERSITEIT
GENT

 FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

De auteur en de (co-)promotoren geven de toelating deze masterproef voor consultatie beschikbaar te stellen en delen van de masterproef te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting de bron uitdrukkelijk te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit de masterproef.

Startdatum

07/02/2025

Deze Verklaring wordt afgelegd ten aanzien van

Universiteit Gent, openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 9000 Gent, Sint-Pietersnieuwstraat 25, gekend onder ondernemingsnummer 0248.015.142, voor wie optreedt bij delegatie ingevolge het besluit van de Raad van Bestuur, Prof. dr. Rik Van de Walle, rector (hierna kortweg aangeduid als "UGent")

Door:

Naam:	Praet Simon	Adres:	
Handelend in de hoedanigheid van student, ingeschreven aan UGent in de richting:	Master of Science in het management en beleid van de gezondheidszorg		
Project:	Welzijn van roulementsmedewerkers tewerkgesteld op de Vlaamse High and Intensive Care (HIC-) afdelingen		

In het kader van mijn opleiding aan UGent zal ik kennis krijgen van bepaalde vertrouwelijke informatie toebehorend aan UGent of door derden toevertrouwd aan UGent in het kader van het Project.

Ik verbind er mij toe om de aan mij in het kader van het Project ter beschikking gestelde informatie op geen enkele manier publiek bekend te maken zonder voorafgaande uitdrukkelijke schriftelijke toelating van UGent. Deze verplichting houdt ook in dat de vertrouwelijke informatie niet mag worden opgeladen in generatieve AI tools. Deze verbintenis geldt vanaf de terbeschikkingstelling van de vertrouwelijke informatie en voor een duur van **tien jaar** te rekenen vanaf de Startdatum van deze Eenzijdige Verklaring.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van de "Generieke Gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke gegevens" van de UGent (<https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm>).

Ik zal (1) de mij in het kader van het Project ter beschikking gestelde persoonsgegevens vertrouwelijk behandelen, (2) geen kopieën maken van de persoonsgegevens buiten het strikte kader van de uitvoering van het Project, (3) na afloop van het Project alle kopieën van de persoonsgegevens bezorgen aan mijn promotor/opdrachtgever en (4) de persoonsgegevens op definitieve wijze verwijderen van al mijn computersystemen en datadragers (m.i.v. USB-sticks, harde schijven, ...). Deze verbintenis geldt vanaf de terbeschikkingstelling van de persoonsgegevens en voor onbepaalde duur.

Ik draag alle intellectuele rechten op de onderzoeksresultaten behaald in het kader van de uitvoering van het Project over aan UGent. In de mate deze onderzoeksresultaten beschouwd worden als werken van "letterkunde en kunst" in de zin van Boek XI, Titel 5 van het Wetboek van Economisch Recht, zal UGent het recht hebben deze resultaten op de meest volstrekte wijze verder te gebruiken en exploiteren. Dit gebruiks- en exploitatierecht omvat onder andere het recht om de resultaten naar eigen inzicht aan te passen, te vertalen en te publiceren. Ik ontvang geen financiële vergoeding voor de overdracht van de rechten noch op het toekennen van gebruiksrechten op de onderzoeksresultaten zoals voorzien in deze paragraaf. Bij publicatie wordt mijn bijdrage gehonoreerd conform de gangbare regels inzake goede academische praktijk.

Met betrekking tot diens participatie in het Project zoals hierboven omschreven, zal ik:

- alle behaalde onderzoeksresultaten volledig rapporteren aan de UGent promotor/opdrachtgever op diens eerste verzoek;
- elke redelijke medewerking verlenen om UGent in staat te stellen de onderzoeksresultaten te beschermen door middel van intellectuele rechten of om die bescherming te handhaven.

Deze Eenzijdige Verklaring vervangt alle eventuele schriftelijke en/of mondelingen afspraken, verklaringen, etc. die eerder zouden gemaakt zijn m.b.t. haar voorwerp.

Aldus verklaart en tekent voor akkoord:

Handtekening	
Datum:	07/02/2025

INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf	7
Abstract	9
Samenvatting	11
1 Inleiding	12
1.1 <i>Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg</i>	12
1.2 <i>High and Intensive Care</i>	13
1.3 <i>Impact van de hervorming op de intramurale zorg</i>	13
2 Literatuurstudie: welzijn, welbevinden, burn-out	15
2.1 <i>Welzijn of welbevinden?</i>	15
2.2 <i>Burn-out</i>	16
2.3 <i>Beschermende en risicofactoren van burn-out</i>	18
3 Methode	20
3.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	20
3.2 <i>Kwantitatieve studie</i>	20
3.3 <i>Kwalitatieve studie</i>	22
3.4 <i>Ethische overwegingen</i>	25
4 Resultaten	26
4.1 <i>Kwantitatieve studie</i>	26
4.2 <i>Kwalitatieve studie</i>	29
5 Discussie	38
5.1 <i>Limitaties en sterktes</i>	41
6 Praktische (beleids)implicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek	43
7 Conclusie	44
Referentielijst	45
Bijlagen	48

WOORD VOORAF

Met deze masterproef komt een einde aan mijn opleiding Master of Science in het Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent. Een boeiend en leerrijk traject dat de afgelopen vier jaar een groot deel van mijn leven vormgaf. De combinatie met het werken op een HIC-afdeling was soms pittig, maar bood mij de mogelijkheid om theorie en praktijk voortdurend met elkaar te verbinden.

Met deze masterproef kreeg ik de kans om mijn academisch traject en mijn ervaring als HIC-verpleegkundige samen te brengen. Aangezien dit een zelfgekozen onderwerp is, startte mijn masterproeftraject met de zoektocht naar een promotor en co-promotor. Ik ben enorm dankbaar dat zowel mijn promotor, dr. Ruben Willems, als mijn co-promotor, Xenia De Zutter, mijn vraag zo enthousiast hebben onthaald. Dankzij hun deskundige begeleiding, ondersteuning en constructieve feedback heb ik dit thema ook vanuit een academisch perspectief kunnen benaderen. Hun inzichten hebben een belangrijke meerwaarde betekend voor deze masterproef.

Daarnaast wil ik ook de directie van het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge vzw bedanken voor de ondersteuning doorheen de volledige opleiding en voor de mogelijkheid om het kwalitatieve luik van dit onderzoek binnen de organisatie uit te voeren.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar het Lerend Netwerk HIC³ en in het bijzonder dr. Hella Demunter en Katrien Vandenhout. Dankzij hun engagement, ondersteuning en enthousiasme zijn we erin geslaagd de kwantitatieve vragenlijst te verspreiden in het Belgische HIC-landschap.

Ook gaat mijn dank uit naar alle respondenten die bereid waren deel te nemen aan dit onderzoek. Zowel de deelnemers van de vragenlijst als de geïnterviewden deelden hun ervaringen, inzichten en perspectieven op een open en eerlijke manier. Zonder hun bijdrage was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Tot slot wil ik mijn vrienden, collega's en familie bedanken voor hun steun, geduld en vertrouwen gedurende deze opleiding. Aan mijn vrienden: zonder de ontspannende uren tot diep in de nacht, de impulsieve plannen en onnozelheden was dit traject een stuk minder leuk geweest.

Mijn collega's wil ik bedanken voor de kansen die ik kreeg, voor hun steun op moeilijke momenten en voor het vertrouwen dat ze gaven aan hun 'kleine kindje'. Als allerlaatste wil ik ook mijn ouders bedanken om al die jaren om te gaan met een vermoei(en)de student. Ik kon met alles bij jullie terecht. Dankjewel!

Ik hoop dat deze masterproef een bijdrage kan leveren aan het verder versterken van het welzijn van medewerkers binnen HIC-afdelingen en kan inspireren tot verder onderzoek binnen dit domein.

Oprecht bedankt!

Simon

ABSTRACT

Achtergrond: High and Intensive Care (HIC)-afdelingen bieden intensieve zorg aan patiënten met een acute psychiatrische crisis. De complexe zorgcontext kan een aanzienlijke impact hebben op het welzijn en welbevinden van hulpverleners. Tot op heden ontbreekt onderzoek naar het welzijn en welbevinden van roulementsmedewerkers binnen Belgische HIC-afdelingen. Deze studie had als doel het welzijn van HIC-roulementsmedewerkers in België in kaart te brengen en na te gaan in welke mate de verwachtingen van medewerkers en management met betrekking tot het welzijnsbeleid op elkaar zijn afgestemd.

Methode: Er werd een cross-sectionele mixed-methods studie uitgevoerd. Het kwantitatieve luik bestond uit een nationale onlinebevraging van roulementsmedewerkers van Belgische HIC-afdelingen (n = 169), waarbij burn-outklachten werden gemeten aan de hand van de verkorte Burn-out Assessment Tool (BAT). De kwalitatieve studie omvatte een casestudie binnen één Belgische HIC-afdeling, bestaande uit een documentenanalyse en semigestructureerde interviews met vijf roulementsmedewerkers en drie managementleden. De kwalitatieve gegevens werden thematisch geanalyseerd.

Resultaten: De meerderheid van de respondenten vertoonde geen verhoogd risico op burn-out. Er werden geen significante verschillen gevonden in burn-outscores naar geslacht, leeftijd, functie, opleidingsniveau of werkrooster. Enkel een zwakke positieve samenhang tussen anciënniteit en mentale distantie werd vastgesteld. De kwalitatieve resultaten benadrukten het belang van een hecht team, adequate personeelsbezetting, psychologische veiligheid, een gedeelde organisatievisie, erkenning en een toegankelijk welzijnsbeleid.

Conclusie: Belgische HIC-roulementsmedewerkers vertonen overwegend een laag burn-out risico. De bevindingen suggereren dat organisatorische en sociale factoren een belangrijkere rol spelen voor welzijn en welbevinden dan individuele en demografische kenmerken. Een welzijnsbeleid dat aansluit bij de dagelijkse noden van medewerkers en inzet op sociale steun, erkenning en een gedeelde visie kan bijdragen aan het versterken van het welzijn van HIC-medewerkers.

Background: High and Intensive Care (HIC) units provide intensive care for patients experiencing an acute psychiatric crisis. This complex care setting may substantially affect the welfare and well-being of healthcare professionals. To date, little is known about the welfare and well-being of rotating staff working in Belgian HIC units. This study aimed to assess the well-being of HIC rotating staff in Belgium and to explore the extent to which the expectations of staff and management regarding workplace well-being policies are aligned.

Methods: A cross-sectional mixed-methods study was conducted. The quantitative component consisted of a nationwide online survey among rotating staff employed in Belgian HIC units ($n = 169$). Burnout symptoms were assessed using the short version of the Burnout Assessment Tool (BAT). The qualitative component comprised a case study in one Belgian HIC unit, including a document analysis and semi-structured interviews with five rotating staff members and three members of the management team. Qualitative data were analysed using thematic analysis.

Results: The majority of respondents showed no elevated risk of burnout. No significant differences in burnout scores were found according to sex, age, profession, educational level, or work schedule. Only a weak positive association was observed between years of experience and mental distance. The qualitative findings highlighted the importance of team cohesion, adequate staffing, psychological safety, a shared organisational vision, recognition, and an accessible workplace well-being policy.

Conclusion: Belgian HIC rotating staff generally demonstrated a low risk of burnout. The findings suggest that organisational and social factors play a more important role in employees' welfare and well-being than individual demographic characteristics. A workplace well-being policy that is tailored to employees' day-to-day needs and emphasises social support, recognition, and a shared organisational vision may contribute to strengthening the well-being of HIC staff.

SAMENVATTING

Wanneer iemand het psychisch moeilijk heeft en een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, kan die persoon worden opgenomen op een High and Intensive Care (HIC)-afdeling. Op deze afdeling worden mensen in een acute psychiatrische crisis begeleid. Dat vraagt veel kennis en veerkracht van de hulpverleners en kan een grote mentale en emotionele belasting met zich meebrengen. Toch is er in België nauwelijks onderzoek naar het welzijn van deze hulpverleners.

Deze masterproef onderzocht daarom het welzijn van roulementsmedewerkers op Belgische HIC-afdelingen. Hiervoor werden twee onderzoeksmethoden gecombineerd. Enerzijds vulden 169 hulpverleners een vragenlijst in over burn-outklachten. Anderzijds werden binnen één HIC-afdeling documenten over het welzijnsbeleid geanalyseerd en interviews afgenomen met hulpverleners en leidinggevendenden om beter te begrijpen welke factoren een mogelijke invloed hebben op hun welzijn.

De resultaten tonen aan dat de meeste hulpverleners geen verhoogd risico op burn-out hebben. Er werden geen verschillen gevonden naar leeftijd, geslacht, functie, werkrooster of opleidingsniveau. De interviews maakten wel duidelijk dat welzijn sterk samenhangt met de organisatie van het werk. Een adequate personeelsbezetting, een hecht team, erkenning door leidinggevendenden en een gedeelde visie op zorg werden door de deelnemers als cruciale voorwaarden voor welzijn genoemd.

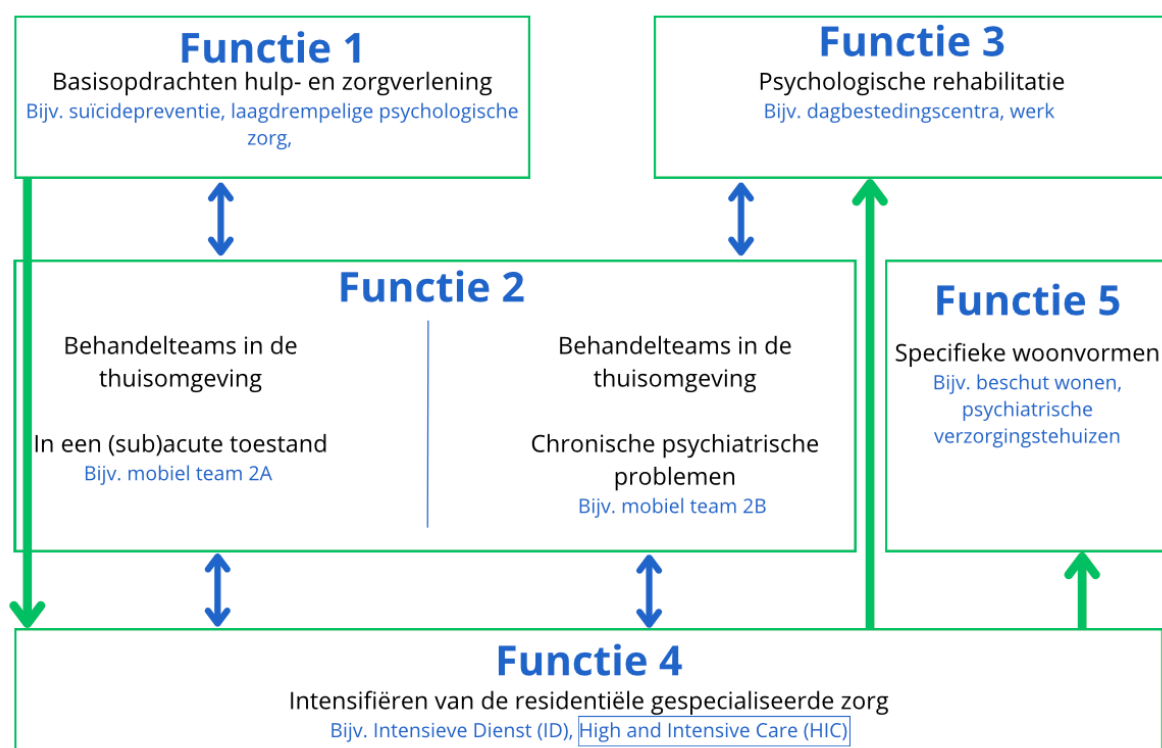
Deze bevindingen tonen aan dat investeren in welzijn van hulpverleners meer vraagt dan individuele ondersteuning alleen. Ook de organisatie van het werk en de samenwerking binnen teams verdienen aandacht. Dat is niet alleen belangrijk voor de hulpverleners, maar ook voor de kwaliteit en continuïteit van zorg, zeker in een periode van personeelstekorten en een toenemende zorgvraag.

Deze masterproef levert één van de eerste nationale inzichten op in het welzijn van hulpverleners binnen Belgische HIC-afdelingen. De resultaten bieden organisaties concrete handvaten om hun welzijnsbeleid verder te versterken. Investeren in het welzijn van hulpverleners draagt niet alleen bij aan duurzame inzetbaarheid van medewerkers, maar ook aan kwalitatieve en veilige zorg voor mensen met een acute psychiatrische crisis.

1 INLEIDING

1.1 Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg

Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) werd het voorbije decennium in belangrijke mate vormgegeven door de operationalisering van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2011). Deze hervorming beoogde de vermaatschappelijking van de zorg, met als kernprincipe het organiseren van zorg dicht bij de leefomgeving van de patiënt en het afbouwen van de intramurale zorg. Concreet maakte artikel 107 het mogelijk om middelen te verschuiven van de traditionele residentiële zorg naar meer acute, ambulante en mobiele zorgvormen. Men focuste hierbij op vijf kernfuncties: (1) preventie en vroegdetectie, (2) mobiele behandeling in de thuissituatie, (3) psychologische rehabilitatie, (4) intensifiëring van de residentiële zorg en (5) de ontwikkeling van specifieke woonvormen (Figuur 1) (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2010; Willems et al., 2025).



Figuur 1 – De vijf functies in het nieuwe ggz-model (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2010; Willems et al., 2025)

1.2 High and Intensive Care

Om aan de nood aan intensivering (Functie 4) tegemoet te komen, werden High and Intensive Care (HIC)-afdelingen opgericht, naar Nederlands voorbeeld (van Mierlo et al., 2022). Dit model werd oorspronkelijk ontwikkeld om de kwaliteit van de acute psychiatrische zorg te verbeteren en het gebruik van dwangmaatregelen terug te dringen. Het zijn gesloten afdelingen voor patiënten in een ernstige psychiatrische crisis waarvoor ambulante hulpverlening niet (meer) volstaat. Centraal hierbij staat het bieden van nabijheid, de mogelijkheid tot één-op-éénbegeleiding, en het systematisch betrekken van naasten.

Op basis van de Nederlandse praktijk werd een Belgische kwaliteitsmonitorende HIC-monitor uitgewerkt (Werkgroep Intensivering van de residentiële zorg, 2023b). Aan de hand van verschillende kwaliteitsindicatoren worden de sterke punten en werkpunten van de afdeling in kaart gebracht, terwijl er tegelijk ruimte blijft om het HIC-concept af te stemmen op de lokale context en organisatie. Momenteel zijn er in België 31 HIC-afdelingen, waarvan 18 in Vlaanderen, 11 in Wallonië en 2 in Brussel (Lerend Netwerk HIC, persoonlijke communicatie, 30 januari 2026).

1.3 Impact van de hervorming op de intramurale zorg

Door de focus op ambulante hulpverlening worden enkel patiënten in een acute crisis, of die nood hebben aan intensieve begeleiding doorverwezen naar de psychiatrische ziekenhuizen. In vergelijking met vroeger is de relatieve zorgzwaarte (inclusief crisisintensiviteit) op een afdeling hierdoor verhoogt, wat als een hogere werkdruk ervaren kan worden door de hulpverleners (Peeters, 2023). Deze ervaren werkdruk wordt mede beïnvloed door het hoge aantal beschermende observatiemaatregelen (BO-maatregelen; vroeger: gedwongen opnames). Deze maatregelen vinden frequent plaats bij een patiëntenpopulatie die initieel vaak op een HIC-afdeling werd opgenomen. In 2023 werden er in België 11.050 nieuwe observatiemaatregelen opgestart, circa 2.000 meer in vergelijking met 2014 (FOD Volksgezondheid, 2025). In 2025 vond een hervorming van de wetgeving plaats en werden gedwongen opnames vervangen door de beschermende observatiemaatregel (Federale Overheidsdienst Justitie, 2026). In datzelfde jaar toonden de Vlaamse cijfers een lichte daling (4%) van het aantal BO-maatregelen (Zorgnet-Icuro vzw, 2026), hoewel het prematuur is te besluiten dat er een structurele kentering is teweeggebracht.

Simultaan is er groeiende aandacht voor het welzijn van personeel en hulpverleners. Zo maakt welzijn van hulpverleners sinds 2014 deel uit van de toen quadruple, nu quintuple aim (Berwick et al., 2008; Bodenheimer & Sinsky, 2014; Nundy et al., 2022). Dit raamwerk toont aan dat inzichten in (het bevorderen van) het welzijn van hulpverleners noodzakelijk zijn om een duurzaam, effectief en mensgericht zorgsysteem te creëren. In de gezondheidszorg richt het meeste onderzoek rond welzijn zich op hulpverleners binnen algemene ziekenhuizen. Wetenschappelijke evidentie met betrekking tot het welzijn van medewerkers in de Belgische psychiatrische context, en specifiek in de HIC-context, is niet voorhanden. Evidentie ontbreekt over hoe HIC-hulpverleners de werkdruk en emotionele uitdagingen ervaren, welke factoren hun welzijn beïnvloeden, en welke behoeften zij hebben op vlak van ondersteuning.

Deze masterproef beoogt daarom een bijdrage te leveren door (i) systematisch het welzijn van HIC-medewerkers in België in kaart te brengen en zo een eerste aanzet te bieden voor het verder ontwikkelen van een beleid gericht op het welzijn van deze medewerkers. (ii) Daarnaast wordt binnen Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge vzw de noden van de HIC-medewerkers in kaart gebracht en wat het management al verwezenlijkt heeft op vlak van welzijn. Deze inzichten zullen het management in staat stellen hun welzijnsbeleid te verfijnen op basis van concrete behoeften.

2 LITERATUURSTUDIE: WELZIJN, WELBEVINDEN, BURN-OUT

2.1 Welzijn of welbevinden?

Welzijn en welbevinden blijken vaak door elkaar gebruikt te worden. Zo haalden Simons en Baldwin (2021) aan dat er geen internationale consensus is over de definitie en dus invulling van welzijn. Hierdoor is het uitdagend om de verschillende onderzoeken rond dit onderwerp, die het laatste decennium in aantal sterk toegenomen zijn, met elkaar te gaan vergelijken.

Diener (1984) classificeerde reeds in de jaren '80 de verschillende terminologie rond welzijn en geluk in drie groepen. Ten eerste werd het concept gedefinieerd aan de hand van externe criteria, zoals deugd of heiligheid. Als tweede begrip werd 'subjectief welzijn' (= welbevinden) aangeduid als levenstevredenheid en baseert het zich op de standaarden van de individuele respondent om te bepalen wat als het 'goede leven' wordt beschouwd. Een derde groep sluit eerder aan bij de definitie van het begrip geluk, zijnde het overgewicht van positieve t.o.v. negatieve affecten.

Meer recent omschreef de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) welbevinden als een subjectief geheel van goede mentale toestanden, bestaande uit de uiteenlopende positieve en negatieve evaluaties die individuen maken van hun leven, aangevuld met hun affectieve reacties op hun ervaringen (OECD, 2025). Welzijn daarentegen wordt objectiever benaderd. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar bijvoorbeeld levensverwachtingen, werkgelegenheid, inkomen en vermogen, woonkwaliteit, veiligheid alsook onderwijs en ecologische variabelen. Wanneer dit vertaald wordt naar organisatieniveau, spreekt men over het geheel van factoren met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden waarin het werk wordt uitgevoerd: veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer, psychosociale aspecten van het werk, ergonomie, arbeidshygiëne en verfraaiing van de werkplaatsen (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, 2024, z.d.).

2.2 Burn-out

Een gerelateerd concept is burn-out, welke afhankelijk van de regio verschillend wordt gedefinieerd. Zo wordt het in de Verenigde Staten gebruikt als een niet-medische term die verwijst naar een crisis in de relatie van een werknemer met zijn job (Schaufeli, 2023). In Europese landen staat het vermeld in de International Classification of Diseases (ICD-11): *“Burn-out is een syndroom dat wordt geconceptualiseerd als gevolg van chronische stress op het werk die niet succesvol werd aangepakt.[...] Burn-out verwijst specifiek naar verschijnselen in de beroepscontext [...] (World Health Organization, 2025).* Door deze vermelding wordt burn-out wel erkend als probleem, maar niet als een opzichzelfstaande medische aandoening. Er worden geen diagnostische criteria gegeven, daar er ook geen empirisch gevalideerde criteria zijn voor het syndroom (Schaufeli, 2023; Vinkers, 2025). Burn-out wordt op heden enkel in Nederland en (tot 2028) Zweden erkend als medische aandoening.

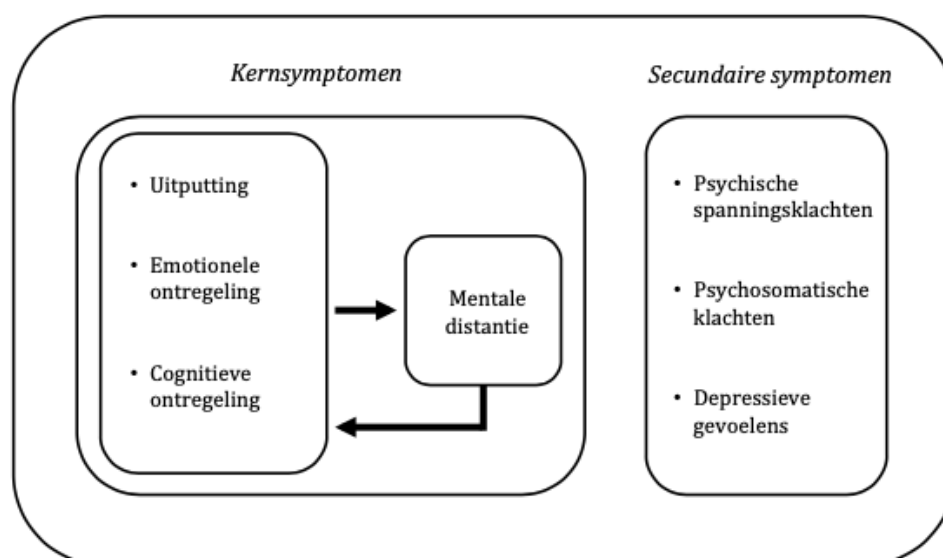
In Nederland werd een richtlijn ontwikkeld voor overspanning en burn-out (Verschuren et al., 2011). Burn-out is de som van de criteria voor overspanning plus (1) een duurtijd van de klachten van langer dan zes maanden en (2) de aanwezigheid van gevoelens van moeheid en uitputting die sterk op de voorgrond staan. Hierin valt het spanningsveld op, inclusief diagnostische overlap, tussen overspanning, burn-out en depressie. Zo worden er tien verschillende definities gegeven voor overspanning (en surmenage) en nog eens twaalf voor burn-out (incl. ‘stressgerelateerde stoornis’ en ‘chronische stresssyndroom’). Daarnaast is er ook symptomatische overlap met depressie zoals bijvoorbeeld vermoeidheid, slaapstoornissen, prikkelbaarheid en concentratieproblemen. Ruim 60-90% van de mensen met een burn-outdiagnose voldoet ook aan de criteria voor een depressieve stoornis (Vinkers, 2025). Daarnaast is er ook een aanzienlijke overlap met angststoornissen, somatisch-symptoomstoornissen en de overgang en klachten die horen bij de menopauze.

De meest gebruikte vragenlijst om burn-out te meten is de Maslach Burnout Inventory, waarbij burn-out gezien wordt als een syndroom van emotionele uitputting en cynisme dat frequent voorkomt bij mensen die op een of andere manier ‘mensenwerk’ doen [...] (Maslach & Jackson, 1980). Hierbij wordt burn-out behandeld vanuit drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Schaufeli en Van Dierendonck (2000) hebben hier een Nederlandstalige versie van gemaakt, rekening houdend met enkele culturele verschillen (Utrechtse Burn-out Schaal – UBOS).

Met de UBOS als basis ontwikkelden Schaufeli, Desart, et al. (2020) de Burn-out Assessment Tool (BAT; Figuur 2). Hierbij wordt burn-out gekenmerkt door drie kernsymptomen en een aantal aanvullende secundaire symptomen (Schaufeli, Desart, et al., 2020). De kernsymptomen zijn:

- Uitputting, dit is een ernstig verlies aan energie dat resulteert in gevoelens van zowel fysieke als mentale uitputting.
- Emotionele ontregeling, welke zich uit in heftige emotionele reacties, zoals woede, angst of huilbuien waarop men geen greep heeft; men wordt als het ware overspoeld door emoties.
- Cognitieve ontregeling, wat zich uit in geheugenproblemen, aandachts- en concentratiestoornissen en prestatieproblemen, bijvoorbeeld trager denken of fouten maken.
- Mentale distantie is het psychologisch afstand nemen van het werk, wat zich uit in een sterke weerzin tegen het werk.

Daarnaast zijn er ook een aantal secundaire symptomen, zoals psychische spanningsklachten (niet-lichamelijke klachten dewelke het gevolg zijn van een psychologisch probleem), psychosomatische klachten (lichamelijke klachten die niet verklaard kunnen worden door een lichamelijke aandoening) en depressieve gevoelens (hebben betrekking op een sombere, terneergeslagen en gedrukte stemming en het onvermogen om plezier te ervaren).



Figuur 2 - Conceptualisatie van burn-out in de BAT (Schaufeli, Desart, et al., 2020)

De BAT bestaat uit 23 stellingen verspreid over deze zes symptomen (depressieve gevoelens worden niet mee opgenomen). Elke stelling wordt bevraagd aan de hand van een 5-punt Likertschaal. Daarnaast bestaat er ook een verkorte versie, met in totaal twaalf stellingen (Schaufeli, De Witte, et al., 2020).

2.3 Beschermende en risicofactoren van burn-out

Ook binnen de ggz is burn-out prevalent. O'Connor et al. (2018) en Lopez-Lopez et al. (2019) rapporteerden dat hulpverleners gemiddeld hoge niveaus van emotionele uitputting, matige niveaus van depersonalisatie en een redelijk gevoel van persoonlijke bekwaamheid ervaren.

Verschillende factoren blijken medewerkers te beschermen tegen het ontwikkelen van burn-out. Zowel Dall'Ora et al. (2020) als O'Connor et al. (2018) wijzen op het belang van sociale steun, arbeidstevredenheid en het gevoel gewaardeerd te worden op het werk. Daarnaast worden werkzekerheid en een rechtvaardige behandeling van medewerkers als beschermende factoren beschreven (O'Connor et al., 2018). Dezelfde auteurs rapporteerden bovendien dat medewerkers van gespecialiseerde teams, waaronder crisisteam, een sterker gevoel van persoonlijke bekwaamheid ervaren dan medewerkers van algemene ambulante ggz-teams. Volgens Nelson et al. (2009) worden de negatieve effecten van de hoge werkeisen binnen crisisteam mogelijk gecompenseerd door de grotere mate van autonomie die medewerkers ervaren en de voordelen van het werken binnen een hecht team.

Daartegenover staan verschillende risicofactoren voor burn-out. Een hoge werkdruk, hoge (psychologische) taakeisen, een lage personeelsbezetting, werkgerelateerde stress, een gebrek aan sociale steun en een gebrek aan ondersteuning door leidinggevend worden consequent geassocieerd met een verhoogd risico op burn-out (Dall'Ora et al., 2020; Lopez-Lopez et al., 2019; O'Connor et al., 2018). Ook een verminderde autonomie, rolconflicten en blootstelling aan agressie op de werkvloer blijken belangrijke risicofactoren binnen de ggz (Lopez-Lopez et al., 2019; O'Connor et al., 2018). Daarnaast verhogen lange shiften (>12 uur) en een hoge mate van roosterflexibiliteit het risico op burn-out (Dall'Ora et al., 2020). Wat persoonskenmerken betreft, vonden Lopez-Lopez et al. (2019) dat een hogere professionele anciënniteit en het mannelijk geslacht samenhangen met een verhoogd risico op burn-out. O'Connor et al. (2018) vonden daarentegen geen relatie tussen anciënniteit en de

verschillende burn-outdimensies. Wel werd vastgesteld dat een hogere leeftijd samenhangt met minder depersonalisatie en een sterker gevoel van persoonlijke bekwaamheid.

Burn-out heeft bovendien belangrijke gevolgen, zowel voor de medewerkers zelf als voor de kwaliteit van de zorg (Dall'Ora et al., 2020). Medewerkers met burn-out of burn-outklachten vertonen een lagere werkprestatie, een slechtere algemene en mentale gezondheid, een lagere jobtevredenheid en een hoger ziekteverzuim. Daarnaast heeft burn-out ook een negatieve impact op de patiëntenzorg: lagere kwaliteit van zorg, meer medicatiefouten en een toename van valincidenten en infecties.

3 METHODE

3.1 Onderzoeksdesign

Om een antwoord te bieden op de duale onderzoeksvraag werd gekozen voor een cross-sectioneel mixed-methods onderzoeksdesign. In het kwantitatieve luik werd een gestandaardiseerde vragenlijst nationaal en multicentrisch verspreid om het welzijn – en specifiek burn-out – van HIC-roulementsmedewerkers in kaart te brengen. Het kwalitatieve luik exploreert dan weer middels een casestudie (documentanalyse en semigestructureerde interviews) binnen één organisatie de factoren die deze welzijnsbeleving beïnvloeden.

3.2 Kwantitatieve studie

3.2.1 Populatie en steekproef

Dit onderzoek tracht een uitspraak te doen over roulementsmedewerkers van Belgische HIC-afdelingen. Naast verpleegkundigen kunnen dit ook psychologen, orthopedagogen of zorgkundigen zijn, voor zover zij in een variabel uurrooster werken en rechtstreeks zorg verlenen aan patiënten op een HIC-afdeling.

Er werd gebruikgemaakt van de convenience sampling methode, waarbij alle leden van de populatie uitgenodigd werden. Dit verliep van 13 februari 2026 tot 12 april 2026 via het Lerend Netwerk HIC³, waarin alle 31 Belgische HIC-afdelingen vertegenwoordigd zijn. De vertegenwoordigers werden tijdens een periodieke bijeenkomst van het Lerend Netwerk geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd de vragenlijst binnen hun afdeling te verspreiden. Daarnaast verzond het Lerend Netwerk een e-mail met een uitnodiging en een link naar de online vragenlijst (Bijlage 1). Op 11 maart 2026 stuurde het Lerend Netwerk HIC³ een reminder uit via mail. Ook werd naar elke Belgische HIC-afdeling een affiche met begeleidende brief verstuurd via de reguliere post. Als laatste werden respondenten gevraagd om de vragenlijst verder te verspreiden onder collega's (snowball sampling methode).

3.2.2 Datacollectie

De verkorte BAT (Schaufeli, Desart, et al., 2020) werd afgenomen aangezien de populatie een vaak bevraagde groep betreft. Deze gestandaardiseerde vragenlijst werd voorafgegaan door enkele demografische vragen zoals geslacht, leeftijd, functie, opleidingsniveau en anciënniteit. Tot slot werd gepeild naar de organisatie waarin de respondent tewerkgesteld is en het werkrooster. De vragenlijst (Bijlagen 2 en 3) werd opgesteld met behulp van Qualtrics® en dit zowel in de Nederlandse als de Franse taal.

3.2.3 Data-analyse

Voor de analyse van de kwantitatieve data werd gebruik gemaakt van IBM SPSS Statistics versie 31 (IBM Corporation, 2024). Aangezien respondenten verplicht waren vragen te beantwoorden alvorens verder te gaan in de vragenlijst, waren ontbrekende waarden beperkt. Onmogelijke waarden werden geëxcludeerd voor verdere analyse (listwise deletion).

Categorische demografische gegevens werden gerapporteerd aan de hand van frequenties en percentages. De BAT werd verwerkt conform de richtlijnen van het meetinstrument (Schaufeli, De Witte, et al., 2020), waarbij alle scores werden herleid tot een score van 1 tot 5 (hogere score indiceert risico op burn-out). Hierbij werden zowel totaal- als dimensiescores berekend, namelijk uitputting, mentale distantie, cognitieve ontregeling en emotionele ontregeling. Verschillen in BAT-scores tussen demografische groepen werden onderzocht aan de hand van independent samples t-testen en variantieanalyses (one-way ANOVA), afhankelijk van het aantal te vergelijken groepen. Indien variabelen niet normaal verdeeld waren, werd gebruik gemaakt van niet-parametrische toetsen, respectievelijk de Mann-Whitney U-test en de Kruskal-Wallis-test. Een verdeling werd als voldoende normaal beschouwd wanneer zowel de skewness- als de kurtosiswaarde tussen -1 en +1 lagen (Twisk, 2016). In analyses met de variabele 'functie' werden respondenten die 'andere' aanduidden geëxcludeerd.

De totaalscores op de BAT werd gecategoriseerd volgens de normen voor Vlaanderen: laag (1,00-1,60), gemiddeld (1,61-2,40), hoog (2,41-3,29) en zeer hoog (3,30-5,00) (Schaufeli, De Witte, et al., 2020). Vervolgens werden chi-kwadraattoetsen uitgevoerd om verschillen tussen de demografische groepen na te gaan. Om de verdeling van het risico op burn-out na te gaan,

werd gebruik gemaakt van de grenswaarden die Schaufeli, De Witte, et al. (2020) vooropstellen (Tabel 1).

Tabel 1 - Grenswaarden voor werkenden in Vlaanderen (verkorte versie)(Schaufeli, De Witte, et al., 2020)

	Totaal-kern	Uitputting	Mentale distantie	Cognitieve ontregeling	Emotionele ontregeling
Geen risico	1,00 - 2,53	1,00 - 3,16	1,00 - 2,16	1,00 - 2,82	1,00 - 2,16
Risico	2,54 - 2,95	3,17 - 3,50	2,17 - 3,16	2,83 - 3,16	2,17 - 2,82
Zeer hoog risico	2,96 - 5,00	3,51 - 5,00	3,17 - 5,00	3,17 - 5,00	2,83 - 5,00

Tot slot werd met behulp van lineaire regressieanalyses nagegaan in welke mate de demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, functie, diploma, anciënniteit en werkrooster) voorspellers waren van de verschillende BAT-scores. Hiervoor werden de onafhankelijke variabelen gehercodeerd tot dummyvariabelen. Aanvullend werd een Spearman-correlatieanalyse uitgevoerd om de samenhang tussen anciënniteit en mentale distantie te onderzoeken.

Aangezien meerdere statistische toetsen werden uitgevoerd, neemt de kans op type I-fouten toe. De uitgevoerde analyses hebben daarom een exploratief karakter en de resultaten dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De gevonden verbanden kunnen richtinggevend zijn voor toekomstig onderzoek.

Voor alle statistische toetsen werd een significantieniveau van $p < 0,05$ gehanteerd.

3.3 Kwalitatieve studie

3.3.1 Voorstelling Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge vzw

Het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge is een vereniging zonder winstoogmerk (vzw), ontstaan uit een fusie tussen het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan De Deo (Gent) en het Psychiatrisch Centrum Sleidinge. In 2012 fuseerden beide voorzieningen tot de huidige organisatie, die gekend staat om haar sterke psychoanalytische visie en haar laagdrempeligheid.

Daarnaast is de voorziening actief binnen tal van initiatieven, zoals PAKT (netwerk geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen), RADAR (netwerk geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren), Aanloophuis Poco Loco, Beschut Wonen IPSO, De Moester en diverse andere projecten. In totaal stelt de organisatie ongeveer 450 vte (voltijdsequivalenten) tewerk, waarvan 33,33 vte binnen de HIC werkzaam zijn. Hiervan worden 24,38 vte (=73,15%) ingeschakeld in het roulement. Van de totale loonkost binnen de HIC wordt 55% (= 18,35 vte) gesubsidieerd.

Sinds 2020 worden de HIC-principes geïmplementeerd binnen de gesloten afdeling voor urgentiepsychiatrie en de halfopen afdeling voor crisisbehandeling. Waar de meeste Belgische HIC's bestaan uit één afdeling, kenmerkt deze HIC zich door twee intensief samenwerkende deelwerkingen, waarbij wordt voortgebouwd op de fundamenteën van de oorspronkelijke afdelingen.

Binnen het HIC-concept kan de deelwerking crisisbehandeling worden vergeleken met het high-caregedeelte van het model. Deze deelwerking beschikt over zeventien bedden. Wanneer een patiënt nood heeft aan meer nabijheid en/of veiligheid, kan worden opgeschaald naar de deelwerking urgentiepsychiatrie, die beschikt over vijf bedden en drie opschalingsruimtes (een prikkelarme ruimte, een beveiligde kamer en een extra beveiligde kamer). Deze deelwerking kan worden vergeleken met de intensive-carewerking binnen het HIC-model.

Op beide deelwerkingen wordt een basisbezetting van twee hulpverleners per shift gehanteerd, waarvan minstens één verpleegkundige per deelwerking. Dit resulteert in een patiënt-verpleegkundige/hulpverlener ratio van respectievelijk 17:2 voor de deelwerking crisisbehandeling en 5:2 voor de deelwerking urgentiepsychiatrie.

3.3.2 Steekproef

Zowel HIC-roulementsmedewerkers als leden van het management binnen Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge vzw maken deel uit van de doelgroep (Bijlage 4).

3.3.3 Datacollectie

Er werd gestart met een documentenanalyse. Via de personeelsdienst van de organisatie werden alle beschikbare documenten met betrekking tot het welzijnsbeleid opgevraagd. Daarnaast werd ook het intranet geraadpleegd om de toegankelijkheid ervan voor medewerkers in kaart te brengen.

Op basis van deze documentenanalyse werd een semigestructureerde vragenlijst opgesteld (Bijlagen 7 en 8). Alle leden van de doelgroep werden uitgenodigd voor een interview via mail op 12 februari 2026 (Bijlage 5). Er werd gestreefd naar het interviewen van vijf roulementsmedewerkers en drie managementleden, om zowel de ervaringen van medewerkers uit de dagelijkse praktijk als de visie van het management te vertegenwoordigen. Aangezien het onderzoek zich beperkte tot één HIC-afdeling en gebruikmaakte van semigestructureerde interviews, werd verwacht dat dit aantal voldoende zou zijn om een voldoende genuanceerd beeld te verkrijgen van de ervaren beïnvloedende factoren van welzijn. Indien het aantal geïnteresseerden groter was dan het beoogde aantal, werd gebruik gemaakt van een simple random sampling-techniek om de uiteindelijke steekproef te bepalen. Indien tijdens de dataverzameling zou blijken dat bijkomende interviews noodzakelijk waren om de onderzoeksvraag voldoende te beantwoorden, kon de steekproef worden uitgebreid. Aan de geselecteerde respondenten werd de optie gegeven het interview te laten doorgaan binnen de organisatie of op een andere (rustige) locatie. Het gesprek werd middels (audio-)opnameapparatuur opgenomen.

Op 28 juni 2026 werden de respondenten via mail uitgenodigd om de voorlopige onderzoeksresultaten in het kader van een member check na te lezen (Bijlage 6).

3.3.4 Data-analyse

Na transcriptie werden identificeerbare gegevens verwijderd om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen. Het transcript van het interview werd vervolgens aan de deelnemer voorgelegd. Indien deze aanpassingen wenste, werden deze doorgevoerd. De data werden via een gefaseerde thematische analyse verwerkt (Braun & Clarke, 2008) middels softwareprogramma MAXQDA (versie 26)(VERBI Software, 2025). Eerst werden de transcripten herhaaldelijk gelezen om vertrouwd te raken met de data. Vervolgens werden relevante stukken gecodeerd en gegroepeerd in voorlopige thema's. In een volgende fase

werden deze thema's geëvalueerd, verfijnd en gedefinieerd. Onderzoekstriangulatie werd toegepast door twee transcripten te laten beoordelen door een tweede onderzoeker. Vervolgens werden de initiële codes, de codeboom en de voorlopige thema's besproken. Interpretatieverschillen werden geëxploreerd en besproken tot consensus werd bereikt. Uiteindelijk werden de belangrijkste thema's geselecteerd en gerapporteerd.

3.4 Ethische overwegingen

Het onderzoek werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het UZ Gent en door de ethische commissie van Spès et Fides (referentienummer: THE-2025-0223) (Bijlage 9). Alle procedures werden uitgevoerd in overeenstemming met de geldende ethische richtlijnen voor wetenschappelijk onderzoek (informed consent, verwerking persoonsgegevens conform GDPR-wetgeving).

4 RESULTATEN

4.1 Kwantitatieve studie

4.1.1 Beschrijvende statistiek

In totaal werden 212 vragenlijsten opgestart, waarvan 43 enkel het informed consent en geen verdere antwoorden bevatten. De analyses werden bijgevolg uitgevoerd op een steekproef van 169 respondenten. Van de 31 Belgische HIC-afdelingen werden van zes geen antwoorden ontvangen. Eén respondent gaf er de voorkeur aan niet te vermelden op welke HIC-afdeling hij of zij werkzaam was. Voor de deelnemende afdelingen varieerde het aantal respondenten van één tot vierentwintig per HIC-afdeling. De demografische gegevens van de respondenten zijn terug te vinden in Tabel 2.

Tabel 2 - Demografische gegevens

Kenmerk	Categorie	n	%
Geslacht	Man	50	29,6
	Vrouw	70	70,4
	Zeg ik liever niet	0	0,00
Leeftijd	20-29 jaar	43	25,4
	30-39 jaar	59	34,9
	40-49 jaar	43	25,4
	50-59 jaar	33	13,0
	60 jaar of ouder	2	1,20
Functie	Verpleegkundige	131	77,5
	Zorgkundige	4	2,4
	Begeleider	21	12,4
	Andere	13	7,7
Diploma	Secundair	7	4,1
	Graduaatsopleiding/HBO5-opleiding	54	32,0
	Professionele bachelor	81	47,9
	Academische bachelor	11	6,5
	Master	16	9,5

Anciënniteit	< 1 jaar	20	11,8
	2 jaar	25	14,8
	3 jaar	20	11,8
	4 jaar	16	9,5
	5 jaar	14	8,3
	6 jaar	6	3,6
	7 jaar	8	4,7
	8 jaar	10	5,9
	9 jaar	6	3,6
	≥ 10 jaar	44	26,0
Werkrooster	Overdag, in shiften	109	64,5
	Enkel nachtshiften	29	17,2
	Overdag en 's nachts	31	18,3

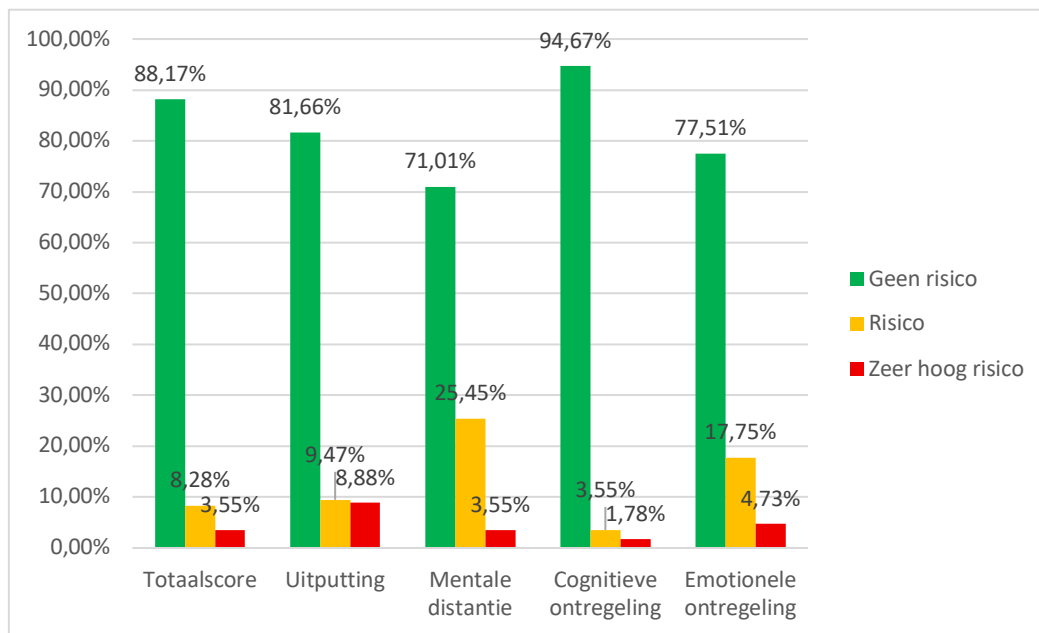
4.1.2 BAT-analyse

4.1.2.1 Scoring BAT

De gemiddelde totaalscore is 2,06 op 5 (range: 1-3,5)(Tabel 3). Zes personen scoren hoger dan 2,95 en hebben een zeer hoog risico op burn-out, en veertien respondenten lopen risico (2,54-2,95). De meerderheid (88,17%) loopt geen risico op burn-out (Figuur 3). Bijna één op vijf vertoont symptomen van uitputting, meer dan één op vijf symptomen van emotionele ontregeling en 29,0% van mentale distantie. Symptomen van cognitieve ontregeling komen minder vaak voor (5,33%).

Tabel 3 – Vergelijking van de gemiddelde BAT-totaal- en dimensiescores tussen de Belgische steekproef en PCGS vzw

	België (incl. PCGS vzw)	België (excl. PCGS vzw)	PCGS vzw
BAT-totaalscore	2,060	2,017	2,323
Uitputting	2,600	2,572	2,764
Mentale distantie	1,848	1,772	2,306
Cognitieve ontregeling	2,032	2,007	2,181
Emotionele ontregeling	1,761	1,715	2,042



Figuur 3 – Verdeling van het burn-outrisico volgens de totaalscore en subschalen van de BAT

Middels de independent samples T-test werden geen statistisch significante verschillen gevonden in de BAT-totaalscore of de verschillende dimensies naar geslacht, leeftijd, functie, hoogst behaalde diploma of werkregime. Ook waren er geen statistisch significante verschillen tussen verpleegkundigen en niet-verpleegkundigen op zowel de categorische als continue BAT-totaalscore als op de dimensiescores.

Aangezien wel een randsignificant verschil ($p = 0,09$) werd vastgesteld tussen anciënniteit en mentale distantie (twee jaar: $\bar{x} = 1,63$; zeven jaar: $\bar{x} = 2,42$), werd bijkomend de correlatie tussen beide variabelen onderzocht aan de hand van een Spearman-correlatieanalyse. Hierbij werd een statistisch significante, maar zwakke, positieve correlatie gevonden tussen anciënniteit en mentale distantie ($r_s = 0,18$; $p = 0,02$). Enkelvoudige lineaire regressieanalyse met anciënniteit als predictor van mentale distantie bevestigde de statistische significantie ($p = 0,03$).

Meervoudige lineaire regressie toonde geen statistisch significante associatie van demografische kenmerken met de BAT-totaalscore, noch met de verschillende dimensiescores.

4.2 Kwalitatieve studie

4.2.1 Documentanalyse

Er bestaan talrijke welzijnsinitiatieven, verspreid over het traject van een medewerker binnen de organisatie. In wat volgt een schets van factoren die het welzijn en welbevinden van medewerkers mogelijk beïnvloeden.

Volgens de geldende richtlijnen wordt de medewerker opgevolgd via jaarlijkse samenwerkingsgesprekken. Bij uitdiensttreding vindt daarnaast een exitgesprek plaats, met als doel hieruit als organisatie te leren.

Verder zijn er diverse initiatieven waarop werknemers beroep kunnen doen wanneer zij moeilijkheden ervaren. Zo kunnen zij terecht bij interne vertrouwenspersonen en bij externe veerkrachtgesprekken via IDEWE (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk). Daarnaast wordt opvang voorzien na zogenoemde 'critical incidents', waarbij medewerkers individueel tot driemaal terecht kunnen bij een interne psycholoog of psychiater, evenals tweemaal in groepsverband met andere betrokkenen. In de beschikbare documentatie wordt geen informatie teruggevonden over de terugbetaling van externe psychologische begeleiding. Via aanvullende communicatie (e-mail) wordt echter aangegeven dat dit mogelijk is via de arbeidsongevallenverzekering.

Hoewel voor elk afzonderlijk initiatief een informatiebrochure beschikbaar is, ontbreekt een geïntegreerd en schematisch overzicht. De documenten zijn raadpleegbaar via het intranet, maar zijn niet gecentraliseerd. Daarnaast blijken sommige documenten verouderd. Zo wordt in de brochure rond 'critical incidents' nog verwezen naar de vorige kwaliteitscoördinator, die reeds drie jaar niet meer werkzaam is binnen de organisatie.

Uit de analyse komt een spanningsveld naar voren tussen de formele arbeidsvoorwaarden en de specifieke werkcontext op een HIC-afdeling met een mogelijke discrepantie tussen de werkbelasting en de structurele erkenning hiervan in verloning en arbeidsvoorwaarden. De verloning van roulementsmedewerkers op de HIC-afdeling is gelijk aan die van medewerkers op andere gesloten en open afdelingen, allen worden verloond volgens IFIC-functieclassificatie groep 14. Daarnaast worden generieke extralegale voordelen voorzien, waaronder maaltijdcheques, fietsleasing, pensioensparen (tweede pijler),

arbeidsduurverkorting (ADV) en Benefits@Work. Tegelijkertijd blijkt dat deze arbeidsvoorwaarden geen differentiatie bevatten die rekening houden met de verhoogde complexiteit en belasting van het werken binnen een HIC-context. Zo is er geen risicopremie voorzien voor het werken op een gesloten afdeling, ondanks de verhoogde mate van onvoorspelbaarheid, agressierisico en nood aan intensieve zorg.

Er is een werkregeling met één op twee weekendwerk. Ondanks deze verhoogde weekendbelasting blijft de mogelijkheid tot verlof beperkt tot één vrij aan te vragen weekend per jaar, wat vergelijkbaar is met afdelingen waar medewerkers minder frequent weekendprestaties leveren. Tegelijkertijd blijkt dat de organisatie wel bijkomende middelen inzet om de personeelsbezetting te waarborgen (minimale bezetting van twee medewerkers per deelwerking), met als doel de veiligheid van zowel medewerkers als patiënten te garanderen.

4.2.2 Interviews

In totaal werden vijf roulementsmedewerkers en drie managementleden geïnterviewd. De interviews duurden 27 tot 86 minuten.

De eerste coderingsfase resulteerde in 39 codes die vervolgens geclusterd en verfijnd werden tot zeven voorlopige thema's. Na verdere analyse en herziening werden enkele thema's samengevoegd. Uiteindelijk werden vijf overkoepelende thema's geïdentificeerd die zowel bij roulementsmedewerkers als bij managementleden terugkwamen.

Om de geloofwaardigheid van de analyse te verhogen, analyseerde een tweede onderzoeker twee interviews onafhankelijk. De bevindingen werden nadien vergeleken met de analyse van de eerste onderzoeker, wat resulteerde in enkele aanpassingen aan de codeboom en de thematische structuur. Uiteindelijk werden de volgende vijf verfijnde thema's weerhouden.

4.2.2.1 Patiëntgebonden factoren

De HIC-context wordt door de roulementsmedewerkers gekenmerkt door patiënten met complexe en acute psychiatrische problematieken, wat enerzijds voldoening geeft, maar anderzijds ook een aanzienlijke emotionele belasting met zich meebrengt.

Agressie, voornamelijk fysieke, werd door alle respondenten aangehaald als één van de meest belastende aspecten van het werk. Verschillende respondenten gaven aan dat agressie een belangrijke reden zou kunnen zijn om te stoppen met het werken op een HIC-afdeling.

“Ik ben ervan overtuigd dat als je aan alle HIC-medewerkers vraagt wat het enige is waardoor je dit werk zou stoppen, het antwoord agressie zal zijn, denk ik.”
(Managementlid 3)

Naast agressie kwam ook de continue alertheid en morele belasting naar voren. De morele belasting ontstond wanneer medewerkers zich vragen stelden bij de geboden zorg en of deze wel steeds in het belang van de patiënt was. Respondenten beschreven bijvoorbeeld spanningen rond het opnamebeleid en de toepassing van dwanginterventies, waarbij sommigen aangaven dat dergelijke interventies volgens hen soms te lang werden uitgesteld.

Tegelijkertijd haalden respondenten ook belangrijke bronnen van betekenis en voldoening aan, welke motiverend zijn om in de HIC te blijven werken. Voorbeelden zijn het opbouwen van een vertrouwensband met patiënten, het begeleiden van mensen tijdens een acute crisis en het zien van herstel of vooruitgang.

“Zeker als je casussen hebt waar dat het moeilijk bij loopt en je ziet die dan een paar maanden later... [...] Ik blijf daar voldoening uit halen. Ja, dat is deels waarom ik dat werk ook doe.” (Roulementsmedewerker 2)

4.2.2.2 Organisatorische factoren

Vermelde organisatorische factoren zijn onder meer personeelsbezetting, uurroosters, verlofregeling, personeelsverloop en instroom van nieuwe medewerkers.

Personeelsbezetting werd door verschillende respondenten aangehaald als een belangrijke voorwaarde voor welzijn. Ondanks de inspanningen die het ziekenhuis levert om een aanzienlijk deel van de personeelsbezetting zelf te financieren, wordt dit niet altijd zo ervaren op de werkvloer. Respondenten verwezen naar een hoog ziekteverzuim en personeelsverloop, waardoor regelmatig met minimale bezetting gewerkt moest worden. Dit werd in verband gebracht met een verhoogde werkdruk en een verminderd gevoel van veiligheid.

Ook het uurrooster heeft een grote invloed op het welbevinden van medewerkers. Verschillende roulementsmedewerkers verwezen naar de vele weekends die gewerkt moeten worden en de regelmatige vragen om een andere shift te werken dan voorzien door tekorten.

“Een vast werkrooster, dat je weet wanneer je hier moet zijn en wanneer niet. Weten dat je uw verlof kunt krijgen. Weten dat je uw overuren of uw overcompensatie terug kunt compenseren. Dat vind ik al drie belangrijke dingen voor een werknemer. Daar begint het voor mij mee. (Roulementsmedewerker 3).

In het zorgbeleid staat volgende passage: “voor een hulpverlener is het noodzakelijk om in alle tijd het lijden van de patiënt te verdragen en er blijvend te zijn voor de patiënt.” Opvallend was dat deze passage zeer uiteenlopend werd geïnterpreteerd door zowel roulementsmedewerkers als managementleden. Een aantal respondenten gaven aan dat de passage soms wordt geïnterpreteerd alsof ongewenst gedrag of agressie getolereerd moet worden, terwijl zij van mening zijn dat duidelijke grenzen noodzakelijk zijn.

“Als ze dan zeggen van “ja, maar hij is te ziek”, dan beschermen ze de patiënt enorm, en dat is wat dat citaat ook zegt hè.” (Roulementsmedewerker 1)

“Ik ben er wel al, allez, ik ben daar wel wat meer bekrompen in. Voor mij is er wel een grens, agressie is een grens.” (Managementlid 1)

Andere respondenten legden de nadruk op het onderscheid tussen het gedrag van de patiënt en de patiënt als persoon. Volgens hen betekent het verdragen van het lijden niet dat bijvoorbeeld agressie aanvaard moet worden, maar wel dat men blijft zoeken naar manieren om zorg te bieden, ook wanneer grenzen moeten gesteld worden.

“Geweld bijvoorbeeld kan je niet tolereren, maar daarvoor kan je de patiënt nog wel tolereren en die onderverdeling merk ik minder en minder.” (Roulementsmedewerker 4)

“Te allen tijde daar kunnen zijn en dat lijden kunnen ontvangen, maar je hoeft dat niet per se altijd binnen dezelfde context te doen. Je kan ook een grens stellen. [...], maar de patiënt blijft welkom.” (Managementlid 2)

Opvallend is dat ook tussen managementleden verschillen bestaan in de interpretatie van de visietekst. Wanneer het gaat over het stellen van grenzen, geeft een managementlid aan dat slechts een beperkt aantal personen na zware fysieke agressie niet langer welkom is in het ziekenhuis en dat steeds gezocht wordt naar manieren om de zorgrelatie verder te zetten. Een ander managementlid beschouwt het ontbreken van een zwarte lijst dan weer als een nadeel.

Deze uiteenlopende interpretaties, zowel bij managementleden als bij roulementsmedewerkers, lijken erop te wijzen dat de visie niet steeds eenduidig en duidelijk is.

4.2.2.3 Het belang van het team en sociale steun

Zowel roulementsmedewerkers als managementleden benadrukten het belang van een goed functionerend team als één van de belangrijkste beschermende factoren voor het welbevinden van medewerkers. Daarbij kwamen collegiale steun, onderling vertrouwen, psychologische veiligheid en de mogelijkheid om ervaringen te delen meermaals aan bod. Verschillende respondenten gaven aan dat moeilijke situaties, zoals agressie-incidenten of emotioneel belastende gebeurtenissen, gemakkelijker verwerkt worden wanneer hier met collega's over gesproken kan worden. De mogelijkheid om te ventileren en steun te vinden bij collega's werd beschouwd als een belangrijke buffer tegen de dagelijkse belasting op het werk.

“Welke elementen uit uw werk bevorderen uw welzijn?”

“Het team, 100%”. (Roulementsmedewerker 4)

Hoewel het team door de meeste respondenten werd beschreven als een belangrijke bron van steun, kwamen ook enkele mogelijke keerzijden naar voren. De bestaande grote betrokkenheid en loyaliteit kan ertoe leiden dat medewerkers moeilijker afstand nemen van het werk of minder snel geneigd zijn om een andere functie binnen of buiten de afdeling op te nemen.

“Men heeft zich zo ingebed in die veiligheid van die groep dat alleen al het idee om niet meer op die plek te staan... Het is de groep die hen daar houdt, want een andere plaats voelt onveiliger terwijl dat... Je zou denken, net de HIC...”
(Managementlid 3)

Naast de steun die binnen het team werd ervaren, kwamen ook spanningen tussen verschillende beroepsgroepen naar voren. Verschillende roulementsmedewerkers verwezen naar verschillen in visie tussen het roulementsteam en niet-roulementsmedewerkers.

“En de psychologen denken zo en wij denken zo en ... Ja, iedereen doet maar wat en iedereen wil zijn eigen zin doordrukken.” (Roulementsmedewerker 2)

“[...] Maar ook frustratie naar de arts, hoofd van de behandeling. Frustratie naar de psychologen die ‘t soms niet verstaan. Die ons dan aansporen om toch verder te werken met, of verder te zien als het symptoom.” (Roulementsmedewerker 4)

“Als een therapeutenteam zegt van ‘we moeten het blijven dragen en we moeten het blijven doen’ en niet kunnen invoelen hoe zwaar het in het roulement kan zijn.’ (Roulementsmedewerker 3)

“Voor mij een goede verbinding tussen het hele (nadruk) team, denk ik dat ook belangrijk is voor ‘t welzijn. Waarom doen we vanuit verpleegkundig oogpunt wat we doen? Waarom doen we vanuit therapeutisch oogpunt dat we doen?”
(Managementlid 2)

4.2.2.4 Ondersteuning en het welzijnsbeleid

Zowel roulementsmedewerkers als managementleden konden aangeven welke welzijnsinitiatieven voorhanden zijn binnen de organisatie. Enkel de vertrouwenspersonen werden slechts door één roulementsmedewerker en twee managementleden benoemd. Over het algemeen werden de initiatieven als positief ervaren en gaven respondenten aan dat de organisatie wel aandacht heeft voor het welzijn van medewerkers. Verschillende respondenten gaven echter aan dat zij in eerste instantie steun zochten bij collega's of hun direct

leidinggevend en wanneer ze moeilijkheden ervaren en pas in tweede instantie de formele welzijnsinitiatieven zouden opzoeken.

Een managementlid gaf aan dat er weinig preventieve welzijnsinitiatieven zijn. Echter kunnen verschillende initiatieven zowel preventief als curatief gehanteerd worden, bijvoorbeeld samenwerkingsgesprekken, intervisies en veerkrachtgesprekken. Maar ook technische debriefings hebben het doel gelijkaardige incidenten te voorkomen, en zijn dus ook (deels) preventief van aard.

Elk managementlid haalt het belang van samenwerkingsgesprekken aan. Men geeft zelf aan er niet in te slagen deze uit te voeren aan de voorgeschreven frequentie van één keer per jaar. Dat is ook iets wat roulementsmedewerkers duidelijk aangeven.

“Ik heb er in heel mijn carrière van [>5] jaar één gehad.”
(Roulementsmedewerker 4)

“Dat kan er bij mij eigenlijk gewoon niet in dat je dat niet doet als leidinggevende, maar bon.” (Managementlid 2)

Langs de andere kant wordt er wel ingezet op toegankelijkheid van de leidinggevend en op alle niveaus en wordt dit ook zo ervaren door medewerkers. Het gevaar schuilt hem er in dat hiermee een deel van de medewerkers niet gezien wordt. Sommige mensen zetten zelf de stap niet naar een leidinggevende, of pas als het eerder curatief dan preventief van aard is.

“Bij beide afdelingshoofden denk ik wel, zeker, dat je terecht kunt.”
(Roulementsmedewerker 2)

4.2.2.5 Het belang van erkenning

Iets wat in elk interview de revue passeert is het al dan niet gehoord worden door leidinggevend en het krijgen van erkenning. Respondenten gaven aan dat het gevoel gehoord te worden een belangrijke invloed heeft op hun welbevinden en betrokkenheid bij de afdeling.

Verschillende roulementsmedewerkers gaven aan dat erkenning niet noodzakelijk hoeft te bestaan uit materiële voordelen of financiële compensaties, maar eerder uit oprechte aandacht voor hun ervaringen en noden. Daarbij vonden respondenten het belangrijk dat signalen vanop de werkvloer serieus genomen worden en dat medewerkers betrokken worden bij beslissingen die een impact hebben op de dagelijkse werking.

“Die mij bijvoorbeeld al direct belde of stuurde van ‘alles oké?’ als die een incidentmelding gehad had die serieus was. Dat ik zelf dacht van ‘amai, gij zijt daar rap bij.’ Euhm, maar dan voelt ge u natuurlijk wel gehoord.”
(Roulementsmedewerker 4)

Verschillende respondenten gaven aan waarde te hechten aan de zichtbare aanwezigheid van leidinggevenden en directieleden, vooral na ernstige incidenten. Deze aanwezigheid werd gezien als een signaal dat de organisatie de impact van het werk (of het incident) erkent en aandacht heeft voor de medewerkers.

“Dat ze dan van het beleid eens komen horen van ‘ça va?’ En ik heb dat niet gehad.” (Roulementsmedewerker 1)

“In de zomervakantie heb ik altijd geprobeerd om vrijdagmiddag nog eens op de HIC te passeren. Maar onder ’t jaar, ja...” (Managementlid 2)

Niet alle respondenten formuleerden deze verwachting expliciet, maar voor verschillende medewerkers werd de zichtbare aanwezigheid van leidinggevenden beschouwd als een belangrijke vorm van erkenning.

“Maar ik vind de HIC... daar mag directie af en toe wel eens passeren en vragen ‘ça va met jullie?’” (Roulementsmedewerker 4)

Verschillende respondenten verwezen spontaan naar de periodieke overlegmomenten met directie als een positief gegeven. Dit initiatief, waarbij medewerkers van de HIC samenzitten met directie, wordt door roulementsmedewerkers gewaardeerd omdat ze de mogelijkheid biedt om informatie uit te wisselen, vragen te stellen en rechtstreeks in contact te komen met beleidsmakers. Vooral het gevoel van betrokken te worden bij de organisatie en inzicht te

krijgen in beleidskeuzes werd hierbij als waardevol ervaren. Daarnaast werden deze overlegmomenten door sommige respondenten beschouwd als een teken dat de directie belangstelling toont voor wat leeft op de werkvloer.

“Ze komen nu al zo om de drie maand, ‘t zal iets minder zijn, komen ze zo eens luisteren en dat vind ik goed. Ze hebben er al veel meer aandacht voor.”
(Roulementsmedewerker 2)

Tegelijkertijd werden ook enkele kanttekeningen geplaatst bij deze overlegmomenten. Niet alle roulementsmedewerkers hadden het gevoel dat hun bezorgdheden daadwerkelijk werden opgepikt of vertaald naar concrete acties. Een managementlid vraagt zich ook af of de verwachtingen nog wel juist zijn.

“Misschien hebben ze het niet expliciet gezegd maar doordat ze komen luisteren, laten ze ook uitschijnen dat zij dus in het operationele of het praktische iets zullen doen, wat in de realiteit ook niet het geval is. En wat als ze het laten uitschijnen, zelfs heel gevaarlijk is.” (Managementlid 3)

De resultaten suggereren dat erkenning voor medewerkers niet uitsluitend samenhangt met formele waardering, maar vooral met het gevoel gehoord te worden, betrokken te zijn bij beslissingen en gezien te worden door leidinggevenden en directie.

5 DISCUSSIE

Deze mixed-method studie had als doel het welzijn van HIC-roulementsmedewerkers in België in kaart te brengen en na te gaan in welke mate de verwachtingen van medewerkers en management met betrekking tot het welzijnsbeleid op elkaar zijn afgestemd. De kwantitatieve resultaten toonden een overwegend laag burn-outprofiel en geen significante verschillen op basis van de onderzochte demografische kenmerken, met uitzondering van een positieve samenhang tussen anciënniteit en mentale distantie. De kwalitatieve resultaten boden inzicht in de mogelijke onderliggende factoren van deze bevindingen en benadrukten het belang van organisatorische factoren, sociale steun binnen het team, erkenning en een toegankelijk welzijnsbeleid. Samen bieden beide onderzoeksluiken een complementair beeld van het welzijn en welbevinden van HIC-roulementsmedewerkers.

In de literatuur worden gemiddeld matige burn-outscores gerapporteerd, met voornamelijk hoge scores voor emotionele uitputting en matige scores voor depersonalisatie (Lopez-Lopez et al., 2019; O'Connor et al., 2018). Binnen de steekproef van deze masterproef wordt over het algemeen een eerder laag risicoprofiel voor burn-out vastgesteld. De relatief gunstige resultaten lijken aan te sluiten bij de hypothese van Nelson et al. (2009) dat medewerkers van gespecialiseerde teams minder risico op burn-out lijken te lopen dankzij een grotere mate van autonomie en de voordelen van het werken binnen een hecht team. Daarnaast kan ook de gewijzigde wetgeving inzake de beschermende observatiemaatregel een rol hebben gespeeld (Federale Overheidsdienst Justitie, 2026). Sinds de hervorming op 1 januari 2025 wordt sterker ingezet op vrijwillige zorg en werd in 2025 een daling van het aantal beschermende observatiemaatregelen vastgesteld (Zorgnet-Icuro vzw, 2026). Mogelijk werden medewerkers hierdoor minder frequent geconfronteerd met opnames in het kader van een BO-maatregel, wat mogelijk heeft bijgedragen aan een lagere ervaren werkdruk en een hoger welbevinden. Echter werden geen gegevens verzameld over het aantal opnames, noch over het aandeel BO-maatregelen per HIC-afdeling, waardoor deze hypothese niet kon worden onderzocht. Wanneer vervolgens specifiek naar PCGS vzw ($n = 24$) wordt gekeken, tonen de kwantitatieve resultaten descriptief hogere gemiddelde BAT-totaal- en dimensiescores dan de overige Belgische HIC-afdelingen. Ondanks deze hogere scores bleven de gemiddelde BAT-totaalscore en de gemiddelde scores voor uitputting, cognitieve ontregeling en emotionele ontregeling onder de risicodrempel. Enkel de gemiddelde score voor mentale distantie bevond

zich binnen de risicocategorie. Dit sluit aan bij de kwalitatieve bevindingen, waarin medewerkers onder meer een hoge werkdruk, frequente wijziging van het werkrooster en een gebrek aan ondersteuning in bepaalde situaties als belastende factoren benoemden. Deze organisatorische factoren worden ook in de literatuur beschreven als risicofactoren voor burn-out en kunnen mogelijk bijdragen aan de descriptief hogere BAT-scores binnen de onderzochte organisatie (Dall'Ora et al., 2020; Lopez-Lopez et al., 2019; O'Connor et al., 2018). De vergelijking met de overige Belgische HIC-afdelingen is echter uitsluitend beschrijvend en dient daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

Er werden daarnaast geen significante verschillen gevonden tussen de onderzochte demografische kenmerken, waaronder geslacht en anciënniteit. Lopez-Lopez et al. (2019) vonden wel een verhoogd risico bij mannen en hulpverleners met een hogere anciënniteit, al werden deze bevindingen bij O'Connor et al. (2018) niet gevonden. Ook in de kwalitatieve interviews kwamen dergelijke persoonsgebonden kenmerken nauwelijks spontaan naar voren als verklaring voor verschillen in welzijn en welbevinden. Respondenten legden de nadruk voornamelijk op organisatorische en teamgebonden factoren, waarmee deze een grotere impact lijken te hebben dan individuele demografische factoren.

Het kwalitatieve onderzoek onderstreepte het belang van een hecht team. Hoewel een hecht team ook sociale druk kan creëren om goed te presteren, lijkt het voornamelijk een belangrijke beschermende factor voor welzijn en welbevinden te vormen. Dit sluit aan bij het Job Demands-Resources-model van Bakker en Demerouti (2007), waarin sociale steun, feedback en samenwerking binnen het team worden beschouwd als belangrijke hulpbronnen die de negatieve impact van hoge werkeisen kunnen bufferen en het welzijn van medewerkers bevorderen. Daarnaast benadrukt Edmondson (1999) dat teams waarin medewerkers zich psychologisch veilig voelen om hulp te vragen, zorgen te uiten en fouten bespreekbaar te maken, bijdragen aan een veiligere werkomgeving en een groter welzijn van medewerkers. Nauw verbonden met het belang van een hecht team is een adequate personeelsbezetting. In de interviews kwamen zowel de personeelsbezetting als de mogelijkheid om op collega's te kunnen rekenen meermaals aan bod. Dall'Ora et al. (2020) stellen dat een onvoldoende personeelsbezetting een belastende factor is voor het risico op burn-out. Ook het gebrek aan sociale steun binnen dit team is iets wat terugkwam in zowel de interviews als de literatuur (Lopez-Lopez et al., 2019; O'Connor et al., 2018). Daarnaast beschrijven beide reviews agressie als een belangrijke risicofactor voor burn-out. Dit onderwerp kwam ook ruim aan bod

in de verschillende interviews en werd door verschillende respondenten genoemd als een belangrijke reden om de HIC-afdeling te verlaten.

Binnen de casestudy van PCGS vzw bleek dat er heel wat initiatieven zijn inzake welzijn en welbevinden, maar ook dat medewerkers hier weinig gebruik van lijken te maken, ondanks dat zij deze initiatieven kennen. Respondenten gaven aan eerst beroep te doen op de direct leidinggevende, of zoeken een luisterend oor bij collega's vooraleer de stap te zetten naar verdere professionele begeleiding. Het feit dat medewerkers in eerste instantie steun zoeken binnen het eigen team suggereert dat een psychologisch veilige werkomgeving belangrijk is. Binnen dergelijke teams voelen medewerkers zich doorgaans veiliger om zorgen bespreekbaar te maken, hulp te vragen en fouten te bespreken zonder te vrezen voor negatieve gevolgen (Edmondson, 1999).

Daarnaast bleek uit de interviews dat leidinggevendenden niet steeds eenzelfde visie hanteren op de organisatie van de HIC-werking en de invulling van de patiëntenzorg. Een dergelijke variatie in visie kan leiden tot onduidelijkheid bij roulementsmedewerkers over verwachtingen en werkwijzen. Hoewel de invloed hiervan op het welzijn in dit onderzoek niet rechtstreeks werd onderzocht, suggereren de interviews dat een meer gedeelde visie kan bijdragen aan meer voorspelbaarheid, en zo een hoger welbevinden op de werkvloer. Deze bevinding sluit aan bij Slatten et al. (2021), die aantonen dat een gedeelde en geïntegreerde organisatievisie bij ziekenhuismedewerkers samenhangt met een grotere betrokkenheid en betere prestaties. Leidinggevendenden spelen hier een belangrijke rol door de organisatievisie op een consistente wijze uit te dragen en te vertalen naar de dagelijkse praktijk.

Naast een gedeelde visie kwam ook het belang van erkenning duidelijk naar voren. Respondenten gaven aan nood te hebben aan zichtbare betrokkenheid en waardering, vooral na ingrijpende incidenten. Opvallend was dat sommige medewerkers een zichtbare aanwezigheid van directie verwachten. De vraag kan worden gesteld in welke mate dergelijke verwachtingen behoren tot de rol van de directie dan wel tot die van de directe leidinggevendenden. Ongeacht de organisatorische verantwoordelijkheid lijkt deze verwachting vooral te wijzen op een behoefte aan erkenning, betrokkenheid en waardering vanuit de organisatie. Dit sluit aan bij systematische reviews waaruit blijkt dat ondersteunend leiderschap, aandacht voor medewerkers en een goede relatie tussen leidinggevende en

medewerker positief samenhangen met het welzijn van medewerkers en een lager risico op burn-out (Montano et al., 2016; Skakon et al., 2010).

De interviews tonen bovendien aan dat zowel medewerkers als leidinggevendens belang hechten aan het welzijn en welbevinden, maar dat hun verwachtingen over de concrete invulling ervan niet steeds volledig overeenstemmen. Waar leidinggevendens voornamelijk de nadruk legden op bestaande welzijnsinitiatieven en organisatorische structuren, benadrukten medewerkers meer de dagelijkse samenwerking, een adequate personeelsbezetting, gedeelde visie, erkenning en zichtbare betrokkenheid na ingrijpende incidenten. Financiële tegemoetkomingen of extralegale voordelen werden nauwelijks spontaan genoemd, of werden niet als belangrijkste punt vermeld. Deze bevinding sluit aan bij het Job Demands-Resources-model van Bakker and Demerouti (2007), waarin vooral werkgerelateerde hulpbronnen worden beschouwd als beschermende factoren voor welzijn. Dit suggereert dat een effectief welzijnsbeleid niet uitsluitend afhangt van het aanbod aan formele welzijnsinitiatieven, maar vooral van de mate waarin deze aansluiten bij de dagelijkse behoeften en verwachtingen van medewerkers.

5.1 Limitaties en sterktes

Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening te worden gehouden met enkele beperkingen. Door het cross-sectionele onderzoeksdesign kunnen geen uitspraken worden gedaan over causale verbanden. Daarnaast werden de kwalitatieve gegevens verzameld binnen één organisatie, waardoor deze bevindingen niet kunnen worden veralgemeend naar de Belgische HIC-sector. De kwantitatieve resultaten zijn bovendien gebaseerd op zelfrapportage, waardoor sociale wenselijkheid niet volledig kan worden uitgesloten. Tot slot was de onderzoeker werkzaam op de onderzochte HIC-afdeling. Hoewel deze voorkennis een goed begrip van de context mogelijk maakte, kan niet volledig worden uitgesloten dat de bestaande relatie met de respondenten invloed heeft gehad op de dataverzameling en interpretatie van de kwalitatieve bevindingen. De toepassing van een semigestructureerde interviewleidraad, een member check en een codering door een tweede onderzoeker van een deel van de interviews droegen ertoe bij deze mogelijke invloed te beperken.

Tegenover deze beperkingen staat dat de combinatie van een nationale kwantitatieve bevraging en een kwalitatieve casestudie een belangrijke sterkte van dit onderzoek vormt. De

kwantitatieve studie omvatte een relatief grote steekproef van 169 respondenten. Hoewel niet alle Belgische HIC-afdelingen deelnamen en het aantal respondenten per organisatie varieerde, kon hierdoor een ruim beeld worden verkregen van het welzijn van de doelgroep. De kwalitatieve steekproef bood bovendien, ondanks haar beperkte omvang, voldoende variatie in perspectieven. Hierdoor kon niet alleen een breed beeld worden verkregen van het welzijn van roulementsmedewerkers op Belgische HIC-afdelingen, maar ook een diepgaand inzicht in de factoren die volgens medewerkers en leidinggevenden bijdragen aan hun welzijn en welbevinden.

6 PRAKTISCHE (BELEIDS)IMPLICATIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat het welzijnsbeleid binnen HIC-afdelingen zich niet uitsluitend dient te richten op specifieke risicogroepen, maar op alle roulementsmedewerkers. Aangezien geen significante verschillen werden gevonden tussen de onderzochte demografische kenmerken, lijken eerder organisatorische factoren een belangrijke rol te spelen in het welzijn van medewerkers. Investeren in een adequate personeelsbezetting, een hechte teamwerking, voldoende sociale ondersteuning, een gedeelde visie en erkenning vanuit de organisatie kan bijdragen aan het bevorderen van het welbevinden van medewerkers.

Daarnaast blijkt dat, hoewel veel welzijnsinitiatieven beschikbaar zijn, medewerkers voornamelijk steun zoeken bij collega's en direct leidinggevenden. Organisaties doen er daarom goed aan na te gaan in welke mate deze welzijnsinitiatieven aansluiten bij de noden van medewerkers en hoe het gebruik ervan kan worden bevorderd. Hierbij verdient het aanbeveling om bestaande samenwerkingsgesprekken consequent en kwaliteitsvol uit te voeren. Dergelijke gesprekken bieden een laagdrempelige mogelijkheid om het welbevinden van medewerkers regelmatig te bespreken, noden tijdig te detecteren en, indien nodig, gepaste ondersteuning aan te bieden.

Toekomstig onderzoek kan deze bevindingen verder verdiepen door ook andere beroepsgroepen binnen de HIC-context te betrekken. Daarnaast lijkt verder onderzoek naar de rol van contextuele en organisatorische factoren, zoals teamwerking, leiderschap, organisatiecultuur en erkenning, aangewezen. Longitudinaal onderzoek kan meer inzichten bieden in de causale relaties tussen deze factoren en het welzijn van HIC-medewerkers. Aangezien het kwantitatieve luik van deze studie zich uitsluitend richtte op burn-out, verdient het aanbeveling om in toekomstig onderzoek ook andere aspecten van werkgerelateerd welzijn, zoals jobtevredenheid of veerkracht mee op te nemen. Hierdoor kan een breder beeld worden verkregen van het welzijn van HIC-medewerkers. Ten slotte is het aan te bevelen de kwantitatieve bevraging op regelmatige tijdstippen te herhalen. Een koppeling met de tweejaarlijkse HIC-monitor van het Lerend Netwerk HIC³ kan bijdragen aan een systematische opvolging van het welzijn van HIC-medewerkers. Dit biedt bovendien de mogelijkheid om het

welzijn van medewerkers te koppelen aan de verschillende kwaliteitsindicatoren van de HIC-monitor en evoluties over de tijd op te volgen.

7 CONCLUSIE

Deze masterproef onderzocht het welzijn van roulementsmedewerkers op Belgische HIC-afdelingen en de factoren die hierop een invloed hebben. Hiervoor werd een mixed-methods onderzoeksdesign toegepast, waarbij een nationale kwantitatieve bevraging werd gecombineerd met een kwalitatieve casestudie.

De resultaten tonen aan dat Belgische HIC-roulementsmedewerkers over het algemeen een eerder laag risico op burn-out vertonen. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de onderzochte demografische kenmerken, wat erop wijst dat burn-out zich niet beperkt tot specifieke subgroepen van medewerkers. De kwalitatieve bevindingen benadrukken daarentegen het belang van organisatorische factoren. Een hechte teamwerking, voldoende ondersteuning en erkenning blijken belangrijke factoren voor het welbevinden van medewerkers. Tegelijkertijd werden agressie, onzekerheden rond het uurrooster en onduidelijkheden in visie benoemd als factoren die het welbevinden negatief kunnen beïnvloeden.

Dit onderzoek biedt een eerste inzicht in het welzijn van roulementsmedewerkers binnen Belgische HIC-afdelingen en levert daarmee een bijdrage aan de beperkte wetenschappelijke kennis binnen deze context. De bevindingen onderstrepen het belang van een organisatiebreed welzijnsbeleid waarin niet alleen aandacht is voor de individuele medewerkers, maar ook voor de organisatorische context waarin zij functioneren.

REFERENTIELIJST

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs (Project Hope)*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Claes, S. (2025). *Towards a Happy Nation: Determinants of Subjective Well-being and the Potential of Digital Interventions* Universiteit Gent].
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Federale Overheidsdienst Justitie. (2026). *Bescherming van personen met een psychiatrische aandoening*. Retrieved 25 juli 2026 from https://justitie.belgium.be/nl/themas/personen_en_gezinnen/bescherming_van_personen_met_een_psychiatrische_aandoening
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, V. v. d. V. e. L. (2010). *Psy107. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Brussel
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, V. v. d. V. e. L. (2011). *Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen: Taskforce 06-06-2011*. Brussel: FOD Volksgezondheid Retrieved from https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid/2011_06_06_-_artikel_107.pdf
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, A. e. S. O. (2024). *Codex over het welzijn op het werk*. Brussel: Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg Retrieved from https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Regelgeving/Codex_over_het_welzijn_op_het_werk.pdf
- Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, A. e. S. O. (z.d.). *Welzijn op het werk*. Retrieved 5 maart 2026 from <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk#:~:text=Meer%20toelichtingen-Definitie,verfraaiing%20van%20de%20werkplaatsen>
- FOD Volksgezondheid, V. v. d. V. e. L. (2025). *Gedwongen verblijven in PZ en PAAZ*.
- IBM Corporation. (2024). *IBM SPSS Statistics*. In (Version 31.0) IBM Corporation.
- Lopez-Lopez, I. M., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendin-Garcia, L., & Canadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(5), 1032–1041. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1980). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health affairs (Project Hope)*, 30(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2016). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327–350. <https://doi.org/10.1002/job.2124>
- Nelson, T., Johnson, S., & Bebbington, P. (2009). Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(7), 541–549. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0480-4>
- Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6), 521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*, 53, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- OECD. (2025). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being (2025 Update)*.
- Peeters, G. (2023). *Nieuwe stappen vooruit na 12 jaar hervorming in de geestelijke gezondheidszorg*. Zorgnet-Icuro. Retrieved 10/11/2025 from [https://www.zorgnet-icuro.be/.../20230315_ge%C3%AFntegreerde%20zorg%20in%20ecosystemen_GGZ%20\(1\).pdf](https://www.zorgnet-icuro.be/.../20230315_ge%C3%AFntegreerde%20zorg%20in%20ecosystemen_GGZ%20(1).pdf)
- Schaufeli, W. B. (2023). Burnout: A Critical Overview. In *Organizational Stress and Well-being* (pp. 214–259). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009268332.012>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2020). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT) - Versie 2.0*.
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2024). *Burnout Assessment tool*. <https://burnoutassessmenttool.be>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *International journal of environmental research and public health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (2000). *UBOS: Utrechtse Burnout Schaal - Handleiding*. Swets & Zeitlinger.
- Simons, G., & Baldwin, D. S. (2021). A critical review of the definition of 'wellbeing' for doctors and their patients in a post Covid-19 era. *The International journal of social psychiatry*, 67(8), 984–991. <https://doi.org/10.1177/00207640211032259>
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107–139. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Slatten, T., Mutonyi, B. R., & Lien, G. (2021). Does organizational vision really matter? An empirical examination of factors related to organizational vision integration among hospital employees. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 483. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06503-3>
- Twisk, J. W. R. (2016). *Inleiding in de toegepaste biostatistiek*. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1534-5>
- van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2022). *Werkboek HIC - High en intensive care in de psychiatrie*. Boom Uitgevers.

- VERBI Software. (2025). *MAXQDA (Version 26)*. In (Version 26.0.0) VERBI Software.
- Verschuren, C. M., Nauta, A. P., Bastiaanssen, M. H. H., Terluin, B., Vendrig, A. A., Verbraak, P. J. P. M., Flikweert, S., Vriezen, J. A., van Zanten-Przybysz, I., & Loo, M. A. J. M. (2011). *Richtlijn één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout: multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals*.
- Vinkers, C. (2025). Burn-out: ziekte, symptoom of maatschappelijk construct? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(8), 468–472.
- Werkgroep Intensifiëring van de residentiële zorg. (2023a). *Handleiding HIC-monitor*.
- Werkgroep Intensifiëring van de residentiële zorg. (2023b). *HIC-monitor (Belgische Versie)*.
- Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., & Dom, G. (2025). Mental health services in Belgium. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 37(3-4), 229–241. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2386052>
- World Health Organization. (2025). *The International Classification of Diseases - 11*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>
- Zorgnet-Icuro vzw. (2026). *2025 toont een lichte daling van het aantal personen onder beschermende observatiemaatregel*. Retrieved 25 juli 2026 from <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/2025-toont-een-lichte-daling-van-het-aantal-personen-onder-beschermende-observatiemaatregel>

BIJLAGEN

1. Uitnodigingsmail kwantitatief onderzoeksdeel (via Lerend Netwerk HIC³)

Onderwerp: Uitnodiging masterproefonderzoek / invitation à participer à la recherche de mémoire

Français ci-dessous

Beste collega's,

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan het masterproefonderzoek van Simon Praet, student Master in het Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent.

Dit onderzoek brengt het welzijn van roulementsmedewerkers op Belgische HIC-afdelingen in kaart. Met dit onderzoek willen we een realistisch beeld krijgen van de huidige werkcontext binnen HIC-afdelingen en nagaan waar ondersteuning en beleid verder versterkt kunnen worden. Uw ervaring hierin is zeer waardevol.

Deelname gebeurt via een online vragenlijst en neemt ongeveer **5 minuten** in beslag. De vragenlijst is volledig anoniem en de gegevens worden vertrouwelijk verwerkt. Deelname is volledig vrijwillig en kan op elk moment gestopt worden, zonder gevolgen.

Door deel te nemen helpt u mee om toekomstige ondersteuning en beleid voor HIC-medewerkers mee vorm te geven.

De vragenlijst kan geopend worden via onderstaande link:

https://ugent.qualtrics.com/jfe/form/SV_1SahosiKG64WJ2C

Voor afdelingshoofden:

Zou u deze mail willen doorsturen naar uw medewerkers? In bijlage vindt u ook een flyer. Indien mogelijk, zou u deze ook willen ophangen om de zichtbaarheid van het onderzoek te verhogen?

Indien u vragen heeft over het onderzoek, kan u contact opnemen met Simon Praet (simon.praet@ugent.be).

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groeten,
Lerend Netwerk HIC³
Chers collègues,

Nous vous invitons à participer à la recherche réalisée dans le cadre du mémoire de master de Simon Praet, étudiant en Master en Management et Politique des Soins de Santé à l'université de Gand.

Cette recherche vise à évaluer le bien-être des travailleurs en roulement dans les unités HIC en Belgique. L'objectif est d'obtenir une image réaliste du contexte de travail actuel au sein des unités HIC et d'identifier les domaines dans lesquels le soutien et les politiques peuvent encore être renforcés. Votre expérience dans ce domaine est très précieuse.

La participation se fait via un questionnaire en ligne et prend environ de **5 minutes**. Le questionnaire est entièrement anonyme et les données sont traitées de manière confidentielle. La participation est totalement volontaire et vous pouvez arrêter à tout moment, sans aucune conséquence.

En participant, vous contribuez à l'amélioration future du soutien et des politiques destinés aux travailleurs des unités HIC.

Le questionnaire peut être complété via le lien ci-dessous:
https://ugent.qualtrics.com/jfe/form/SV_1SahosiKG64WJ2C

Pour les chefs d'unité :

Pourriez-vous transmettre ce mail à vos collaborateurs? Vous trouverez également un flyer en pièce jointe. Si possible, pourriez-vous aussi l'afficher afin d'augmenter la visibilité de l'étude?

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Simon Praet (simon.praet@ugent.be).

Nous vous remercions sincèrement pour votre temps et votre précieuse contribution à cette recherche.

Cordialement,
Réseau d'apprentissage HIC³

2. Kwantitatieve vragenlijst – Nederlandstalig

Sélectionnez votre langue en haut à droite.

Kies uw taal rechtsbovenaan.

Beste,

Hartelijk dank voor uw interesse in dit onderzoek. Deze vragenlijst maakt deel uit van een masterproefonderzoek Management en Beleid van de gezondheidszorg aan de Universiteit Gent. Met dit onderzoek willen we het welzijn van roulementsmedewerkers op Belgische High and Intensive Care (HIC) afdelingen in kaart brengen.

Enkele belangrijke zaken voor u van start gaat:

- Uw deelname is volledig vrijwillig. U kan op elk moment uw deelname stoppen.
- Uw antwoorden worden strikt vertrouwelijk verwerkt en worden enkel gebruikt in kader van wetenschappelijke doeleinden. Er zullen geen individuele resultaten aan uw werkgever of leidinggevende(n) worden doorgegeven.
- Het volledige Informed Consent kan u hier downloaden en raadplegen: Informed Consent NL

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.

Voor vragen kan u steeds terecht bij Simon Praet of één van zijn (co-)promotoren:

- Simon Praet (student): simon.praet@ugent.be
- Ruben Willems (promotor): ruben.willems@ugent.be
- Xenia De Zutter (co-promotor): xenia.dezutter@pcgs.be

Hartelijk dank voor uw tijd en uw deelname.

- Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
- Ik ben akkoord met deelname aan deze studie die enkel een online vragenlijst omvat.
- Ik ga niet akkoord en wens niet deel te nemen aan het onderzoek (*kunnen niet verder*)

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Zeg ik liever niet

Wat is uw leeftijd?

- 20-29 jaar
- 30-39 jaar
- 40-49 jaar
- 50-59 jaar
- 60 jaar of ouder

Wat is uw functie?

- Verpleegkundige
- Zorgkundige
- Begeleider
- Andere: ...

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- Secundair onderwijs?
- Graduaatsopleiding/HBO5-opleiding
- Professionele bachelor (hogeschool)
- Academische bachelor (universiteit)
- Master

Hoeveel jaren anciënniteit heeft u binnen de HIC-werking, of psychiatrische crisiszorg?

- ≤ 1 jaar
- 2 jaar
- 3 jaar
- 4 jaar
- 5 jaar
- 6 jaar
- 7 jaar
- 8 jaar

- 9 jaar
- ≥ 10 jaar

Hoe ziet uw werkrooster/ploegensysteem eruit?

- Ik werk enkel reguliere dagdiensten (vergelijkbaar met kantooruren) (*kunnen niet verder*)
- Ik werk overdag, en dit in vroeg- en/of laatdiensten
- Ik werk enkel nachtshiften
- Ik werk zowel overdag in shiften als 's nachts

Op welke HIC bent u tewerkgesteld?

- Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem – HIC
- Zorggroep Myna - Vega/HIC
- Psychiatrisch Centrum Ariadne – HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. Guislain - Crisiszorg (HIC)
- Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge (PCGS) – HIC
- KARUS – HIC
- ZAS Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg – IPZO`
- Zorggroep Multiversum, Psychiatrisch ziekenhuis campus Amadeus - Intro 2
- Zorggroep Multiversum, Psychiatrisch ziekenhuis campus Alexianen - Cadenza 1
- Psychiatrisch Ziekenhuis Bethanië – Steiger
- Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Duffel - Opname 1
- Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius - Galenos/HIC
- Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Kortenberg - Intensieve Zorg/HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis OLV Brugge - Afdeling 51 (HIC)
- Psychiatrisch Centrum Menen – Cura
- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie Kortrijk – HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart Ieper - HIC 1 & HIC 2
- Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) Geel - Opname-Eenheid 1
- Centre Hospitalier Jean Titeca - Les Oliviers (unité HIC)
- ASBL Epsilon - L'Hôpital d'Accueil Spécialisé (HAS)/HIC
- Le Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges (CNDA) - La Parenthèse (unité HIC)
- Hôpital Petit Bourgogne (ISoSL) - Service Bleuets 2

- Centre Neuro Psychiatrique (CNP) Saint-Martin - Unité HIC
- Le Beau Vallon - Unité HIC
- Clinique Saint-Pierre Ottignies (CSPO) – HIC
- Centre de Centé Mentale St.-Bernard - L'unité de soins 61 (HIC)
- ISPPC - CHU de Charleroi, Hôpital Vincent Van Gogh - L'unité MA1/HIC
- Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) - Unité B6/HIC
- Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP) Le Chêne aux Haies - Unité Dali/HIC
- Clinique Psychiatrique (CP) des Frères Alexiens - Unité Genêts
- Hôpital Psychiatrique (HP) de Bertrix (Vivalia) - Pavillon 6/Unité HIC
- Zeg ik liever niet
- Ik ben niet op een HIC tewerkgesteld (*kunnen niet verder*)

Hieronder vindt u twaalf vragen die peilen naar uw welzijn. U kan op elke vraag antwoorden met 'nooit', 'zelden', 'soms', 'vaak' of 'altijd'.

- Op het werk voel ik me geestelijk uitgeput.
- Ik raak maar niet uitgerust nadat ik gewerkt heb.
- Op het werk voel ik me lichamelijk uitgeput.
- Ik kan geen belangstelling en enthousiasme opbrengen voor mijn werk.
- Ik voel een sterke weerzin tegen mijn werk.
- Ik ben cynisch over wat mijn werk voor anderen betekent.
- Op het werk kan ik er mijn aandacht moeilijk bijhouden.
- Als ik aan het werk ben, kan ik me moeilijk concentreren.
- Ik maak fouten in mijn werk omdat ik er met mijn hoofd 'niet goed bij ben'.
- Op mijn werk heb ik het gevoel geen controle te hebben over mijn emoties.
- Ik herken mezelf niet in de wijze waarop ik emotioneel reageer op mijn werk.
- Op mijn werk kan ik onbedoeld te sterk emotioneel reageren.

Bedankt voor de tijd die u vrijgemaakt heeft om aan deze enquête deel te nemen. Uw antwoorden werden geregistreerd. Mogen wij u vriendelijk vragen deze vragenlijst te delen met uw collega's?

Mocht u alsnog vragen hebben, kan u met een van volgende personen contact opnemen:

- Simon Praet (simon.praet@ugent.be)
- Ruben Willems (ruben.willems@ugent.be)
- Xenia De Zutter (xenia.dezutter@pcgs.be)

3. Kwantitatieve vragenlijst – Franstalig

Sélectionnez votre langue en haut à droite. Kies uw taal rechtsbovenaan.

Cher/Chère participant(e),

Nous vous remercions sincèrement de l'intérêt que vous portez à cette étude. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de master en Management et Politique des soins de santé à l'Université de Gand. L'objectif de cette recherche est d'évaluer le bien-être du personnel travaillant en shift dans les unités High and Intensive Care (HIC) en Belgique. Veuillez prendre note des éléments suivants sont importants à savoir avant de commencer à remplir le questionnaire:

- Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez à tout moment mettre fin à votre participation.
- Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle et utilisées uniquement à des fins scientifiques. Aucun résultat individuel ne sera communiqué à votre employeur ou à vos responsables hiérarchiques.
- Vous pouvez télécharger et consulter le formulaire de consentement éclairé complet ici: Informed Consent FR

Le remplissage de ce questionnaire prend environ 5 minutes.

Pour toute question, vous pouvez toujours contacter Simon Praet ou l'un de ses (co-)promoteurs:

- Simon Praet (étudiant): simon.praet@ugent.be
- Ruben Willems (promoteur): ruben.willems@ugent.be
- Xenia De Zutter (co-promoteur): xenia.dezutter@pcgs.be

Nous vous remercions vivement pour votre temps et votre participation.

- Je confirme que je suis majeur(e)
- Je consens à participer à cette étude, qui se limite à un questionnaire en ligne.
- Je ne consens pas et je souhaite ne pas participer à cette étude. (*kunnen niet verder*)

Quel est votre genre?

- Homme
- Femme
- Je préfère ne pas répondre

Quel âge avez-vous?

- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans ou plus

Quelle est votre fonction?

- Infirmier/infirmière
- Aide-soignant(e)
- Educateur/éducatrice
- Autre, à savoir: ...

Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu?

- Enseignement secondaire
- Formation graduée / formation HBO5
- Bachelier professionnel (haute école)
- Bachelier académique (université)
- Master

Combien d'années d'ancienneté avez-vous dans la fonctionnement HIC ou dans les soins psychiatriques de crise?

- ≤1 ans
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans
- 7 ans

- 8 ans
- 9 ans
- ≥ 10 ans

Quel est votre horaire de travail?

- Je travaille uniquement en service de jour régulier (comparable aux horaires de bureau)
- Je travaille en journée, en équipes du matin et/ou du soir
- Je travaille uniquement de nuit
- Je travaille à la fois en équipes de jour et de nuit

Où travaillez-vous?

- Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem – HIC
- Zorggroep Myna - Vega/HIC
- Psychiatrisch Centrum Ariadne – HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. Guislain - Crisiszorg (HIC)
- Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge (PCGS) – HIC
- KARUS – HIC
- ZAS Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg – IPZO`
- Zorggroep Multiversum, Psychiatrisch ziekenhuis campus Amadeus - Intro 2
- Zorggroep Multiversum, Psychiatrisch ziekenhuis campus Alexianen - Cadenza 1
- Psychiatrisch Ziekenhuis Bethanië – Steiger
- Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Duffel - Opname 1
- Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius - Galenos/HIC
- Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Kortenberg - Intensieve Zorg/HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis OLV Brugge - Afdeling 51 (HIC)
- Psychiatrisch Centrum Menen – Cura
- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie Kortrijk – HIC
- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart Ieper - HIC 1 & HIC 2
- Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) Geel - Opname-Eenheid 1
- Centre Hospitalier Jean Titeca - Les Oliviers (unité HIC)
- ASBL Epsilon - L'Hôpital d'Accueil Spécialisé (HAS)/HIC
- Le Centre Hospitalier Spécialisé Notre-Dame des Anges (CNDA) - La Parenthèse (unité HIC)

- Hôpital Petit Bourgogne (ISoSL) - Service Bleuets 2
- Centre Neuro Psychiatrique (CNP) Saint-Martin - Unité HIC
- Le Beau Vallon - Unité HIC
- Clinique Saint-Pierre Ottignies (CSPO) – HIC
- Centre de Centé Mentale St.-Bernard - L'unité de soins 61 (HIC)
- ISPPC - CHU de Charleroi, Hôpital Vincent Van Gogh - L'unité MA1/HIC
- Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) - Unité B6/HIC
- Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP) Le Chêne aux Haies - Unité Dali/HIC
- Clinique Psychiatrique (CP) des Frères Alexiens - Unité Genêts
- Hôpital Psychiatrique (HP) de Bertrix (Vivalia) - Pavillon 6/Unité HIC
- Je préfère pas répondre
- Je n'occupe pas de poste dans un unité HIC (*kunnen niet verder*)

BAT Vous trouverez ci-dessous douze questions portant sur votre bien-être. Vous pouvez répondre à chaque question par: "jamais", "rarement", "parfois", "souvent" ou "toujours".

- Au travail je me sens mentalement épuisé/e
- Je n'arrive pas à trouver de repos après le travail.
- Au travail, je me sens physiquement épuisé/e
- Je n'arrive pas à faire preuve d'intérêt et d'enthousiasme pour mon travail.
- Je ressens une forte aversion pour mon travail.
- Je suis cynique à propos de ce que mon travail représente pour d'autres.
- Au travail, j'ai du mal à rester concentré/e
- Lorsque je suis au travail, je parviens difficilement à me concentrer.
- Je commets des erreurs au travail parce que j'ai la tête ailleurs.
- Au travail, j'ai la sensation de ne pas maîtriser mes émotions.
- Je ne me reconnais pas dans la manière dont je réagis émotionnellement au travail.
- Il m'arrive de réagir de façon trop émotionnelle au travail sans le vouloir.

Merci pour le temps que vous avez consacré à cette enquête. Vos réponses ont été enregistrées. Pourriez-vous, s'il vous plaît, partager ce questionnaire avec vos collègues ? N'hésitez pas à nous contacter si vous avez encore des questions supplémentaires.

- Simon Praet (simon.praet@ugent.be)
- Ruben Willems (ruben.willems@ugent.be)
- Xenia De Zutter (xenia.dezutter@pcgs.be)

4. Toestemming organisatie (kwalitatief onderzoeksdeel)



Toestemming uitvoering onderzoek masterproef – Simon Praet

Geachte leden van het ethisch comité,

Het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge (PCGS) bevestigt hierbij dat wij het masteronderzoek van Simon Praet, masterstudent Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent, volledig ondersteunen.

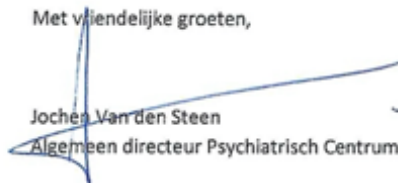
We zijn op de hoogte dat het kwalitatieve luik van dit mixed-method onderzoek bestaat uit een documentanalyse, aangevuld met interviews met een aantal medewerkers van de betrokken afdeling en leden van het managementteam. Wij zijn verheugd dat Simon met zijn onderzoek een belangrijk thema wil bestuderen en zich wil toespitsen op onze organisatie.

Wij bevestigen dat:

- PCGS het onderzoek niet enkel toelaat, maar ook actief ondersteunt;
- de uitvoering plaatsvindt in overleg met het management en conform interne richtlijnen;
- de ethische principes rond vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid en gegevensbescherming strikt gerespecteerd zullen worden;
- medewerkers geen gevolgen zullen ervaren door het wel of niet deelnemen aan dit onderzoek.

We zijn ervan overtuigd dat de resultaten van dit onderzoek een belangrijke meerwaarde zullen bieden, zowel voor onze organisatie als voor de bredere geestelijke gezondheidszorg. Wij verlenen hiervoor onze volledige medewerking en kijken uit naar de uitkomsten van deze studie.

Met vriendelijke groeten,


Jochen Van den Steen
Algemeen directeur Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge

11/08/2025

5. Uitnodigingsmail kwalitatief onderzoeksdeel

Onderwerp: Uitnodiging deelname interview masteronderzoek – Welzijn HIC-medewerkers.

Beste,

In het kader van mijn masterproef binnen de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent voer ik een onderzoek naar het welzijn van medewerkers op de High & Intensive Care (HIC-) afdelingen. Het onderzoek bestaat uit twee luiken:

- Enerzijds kunnen alle roulementsmedewerkers van een Belgische HIC-afdeling een vragenlijst invullen om in kaart te brengen hoe het nu gesteld is met hun welzijn.
- Anderzijds wordt er ook een casestudy uitgevoerd binnen PCGS. Hierbij wil ik graag enkele zorgverleners uit het roulement én enkele leden van het management interviewen. Deze gesprekken zullen meer inzicht geven in hoe het huidige welzijnsbeleid binnen PCGS wordt ervaren en welke noden er eventueel zijn.

Bij dit tweede luik zou u mij alvast kunnen helpen.

Praktische info:

- Het interview duurt maximaal 1 uur;
- Het gesprek kan plaatsvinden binnen PCGS of op een andere locatie (waar jij jou comfortabel voelt (voorwaarde: een afgesloten ruimte zodat audio-opname mogelijk is);
- Deelname is volledig vrijwillig en alle gegevens worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Uw ervaring en inzichten zijn van grote waarde voor dit onderzoek. Indien u bereid bent deel te nemen, kan u dit eenvoudig laten weten door te antwoorden op deze mail, of mij via een andere weg te contacteren.

Voor bijkomende vragen of verduidelijkingen kan u terecht bij:

- Simon Praet: simon.praet@ugent.be
- Ruben Willems (promotor): ruben.willems@ugent.be
- Xenia De Zutter (co-promotor): xenia.dezutter@pcgs.be

Alvast hartelijk dank voor uw bereidheid en uw tijd.

Met vriendelijke groeten,

Simon Praet

6. Uitnodigingsmail member check (kwalitatief deel)

Onderwerp: Interview masterproef – member check

Beste respondent,

U werd enkele weken/maanden geleden geïnterviewd in het kader van mijn masterproef. Nogmaals hartelijk bedankt voor uw bereidwillige deelname.

Ondertussen heb ik de interviews geanalyseerd en de eerste versie van de kwalitatieve resultaten uitgewerkt. Om de kwaliteit van het onderzoek te versterken wil ik u graag vragen om deze voorlopige versie na te lezen (voornamelijk vanaf punt 1.3 op pagina 4).

Ik wil u vragen na te gaan of u zich kunt vinden in de manier waarop uw uitspraken en ervaringen werden verwerkt. Het gaat hierbij niet om een inhoudelijke beoordeling van de resultaten of conclusies, maar wel om de vraag of u zich correct weergegeven voelt en of er volgens u geen belangrijke nuances ontbreken of onjuistheden in de analyse zijn geslopen.

Zoals eerder afgesproken worden alle gegevens vertrouwelijk behandeld en worden de resultaten geanonimiseerd weergegeven. De versie in bijlage betreft een voorlopige versie en is uitsluitend bedoeld voor deze member check. Mag ik u vriendelijk vragen deze versie niet verder te verspreiden?

Indien u opmerkingen, vragen, aanvullingen of correcties heeft, mag u deze gerust bezorgen, via e-mail of mondeling en dit bij voorkeur voor 12 juli 2026. Wanneer ik tegen dan geen feedback heb ontvangen, ga ik ervan uit dat u zich kunt vinden in deze weergave van de resultaten.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd, uw deelname aan het onderzoek en uw feedback!

Met vriendelijke groeten,
Simon Praet

7. Interviewguide kwalitatief onderzoeksdeel – medewerkers

Interview nummer:

Informed consent overlopen + gehandtekend: ja / neen

Geslacht	Man / vrouw
Leeftijd	20-29 jaar 30-39 jaar 40-49 jaar 50-59 jaar 60 jaar of ouder
Functie	Verpleegkundige Zorgkundige Begeleider Andere:
Hoogst behaalde diploma	Secundair onderwijs Graduaatsopleiding/HBO5-opleiding Professionele bachelor (hogeschool) Academische bachelor (universiteit) Master
Anciënniteit (in huidige functie)	... jaar
Werkrooster	Vroeg- en/of laatdiensten Vroeg-, laatdiensten en nachten Enkel nachtdiensten

1. Hoe ervaart u uw welzijn op het werk?
 - 1.1. Wat zijn voor u belastende factoren in het werk?
 - 1.2. Welke elementen uit het werk bevorderen uw welzijn?
 - 1.3. Aan welke veranderingen in het welzijnsbeleid heeft u op korte termijn nood?
2. Kan u één of meerdere situaties beschrijven waarbij u persoonlijk sterk was aangegrepen? (indien 1 opgesomd, zijn er nog?)

- 2.1. Hoe gaat u om met zo'n ingrijpende gebeurtenis, individueel of als team?
- 2.2. Krijg je voldoende ruimte om deze gebeurtenissen te verwerken?
Dan: doorvragen of er nog zo'n situatie was (+ 2 bijvragen)
3. Waar of bij wie kan u binnen PCGS terecht indien u moeilijkheden ervaart rond welzijn op het werk?
 - 3.1. Zijn er initiatieven specifiek voor de HIC?
 - 3.2. Heeft u hier ooit gebruik van gemaakt?
 - 3.2.1. Indien ja: voldeed het aan uw verwachtingen?
 - 3.2.2. Indien neen: wat hield u hierin tegen?
 - 3.3. Vindt u dat deze initiatieven aansluiten bij de noden van de afdeling?
 - 3.4. Zijn er bepaalde initiatieven die u effectief helpen om uw draagkracht te behouden?
 - 3.5. Zijn er, naar uw aanvoelen, initiatieven die goed klinken, maar in de praktijk niet of moeilijk haalbaar zijn?
 - 3.6. Voelt het veilig om over uw welzijn of overbelasting, uitputting, ... te praten??
4. Er wordt in het zorgbeleid (2025-2028) een stukje aangehaald uit de visie van het ziekenhuis: "Voor een hulpverlener is het noodzakelijk om in alle tijd, het lijden van de patiënt te verdragen en er blijvend te zijn voor de patiënt". Hoe sluit dit citaat aan bij de afdelingswerking?
 - 4.1. Zijn er zaken in de werking of doelgroep die dit bemoeilijken?
 - 4.2. Hoe definieert u de grens op het verdragen en er blijven zijn voor de patiënt, als er al een grens is voor u?
5. Hoe ervaart u samenwerkingsgesprekken met uw leidinggevende in het kader van uw functioneren en welzijn?
 - 5.1. Kan u vertellen hoe zo'n gesprek volgens u doorgaans verloopt (indien ervaring)?
 - 5.2. Welke elementen uit deze gesprekken ervaart u als waardevol of ondersteunend?
 - 5.3. Wat zou voor u een samenwerkingsgesprek nog meer ondersteund kunnen maken voor uw welzijn en functioneren?
6. Hoe kan u na het werk of in uw vrije tijd loskoppelen van het werk?
7. Wat wil u dat het management écht begrijpt over het werken op een HIC?

8. Interviewguide kwalitatief onderzoeksdeel – management

Interview nummer:

Informed consent overlopen + gehandtekend: ja / neen

Geslacht	Man / vrouw
Leeftijd	20-29 jaar 30-39 jaar 40-49 jaar 50-59 jaar 60 jaar of ouder
Functie	Afdelingshoofd Diensthoofd Directeur patiëntenzorg Algemeen directeur
Hoogst behaalde diploma	Secundair onderwijs Graduaatsopleiding/HBO5-opleiding Professionele bachelor (hogeschool) Academische bachelor (universiteit) Master
Anciënniteit (in huidige functie)	... jaar

1. Hoe kijkt u naar het welzijn van medewerkers binnen een HIC-context?
2. Wordt er, naar uw aanvoelen, een onderscheid gemaakt tussen welzijn van een HIC-medewerker of een medewerker van een andere afdeling?
3. Welke specifieke risico's voor overbelasting/burn-out/uitval ziet u bij HIC-medewerkers?
4. Welke welzijnsinitiatieven zijn er binnen PCGS? Zijn er initiatieven specifiek voor de HIC?
 - 4.1. Welke van deze initiatieven blijken in de praktijk moeilijker haalbaar te zijn?
 - 4.1.1. Welke belemmeringen worden hiervoor gemeld?
5. Er wordt in het zorgbeleid (2025-2028) een stukje aangehaald uit de visie van het ziekenhuis: "Voor een hulpverlener is het noodzakelijk om in alle tijd, het lijden van de patiënt te verdragen en er blijvend te zijn voor de patiënt". Hoe sluit dit citaat aan bij de afdelingswerking?

- 5.1. Zijn er zaken in de werking of doelgroep die dit bemoeilijken?
- 5.2. Hoe definieert u de grens op het verdragen en er blijven zijn voor de patiënt, als er al een grens is voor u?
- 5.3. Hoe kan u als management ervoor zorgen dat dit citaat niet te veel weegt op een afdeling? Hoe kan u ondersteuning bieden?
- 5.4. Hoe kan u het team hierbij ondersteunen?
6. Welke noden leven momenteel het meest bij de HIC-medewerkers, op het vlak van welzijn?
 - 6.1. Waarop baseert u deze inschatting (cijfers, gesprekken, signalen, ...)?
 - 6.2. In welke mate denkt u dat deze noden expliciet benoemd worden door medewerkers?
 - 6.3. Hoe wordt geëvalueerd of de huidige welzijnsmaatregelen effectief zijn?
7. Wat is volgens u nodig om een goed en actueel beeld te hebben van de welzijnsnoden van HIC-medewerkers?
 - 7.1. Welke elementen uit de samenwerkingsgesprekken ervaart u als waardevol om uw medewerker te kunnen ondersteunen?
8. Er zou jaarlijks een samenwerkingsgesprek plaatsvinden met elke medewerker. Vinden deze plaats aan deze frequentie?
 - 8.1. Indien deze gesprekken niet plaatsvinden zoals voorzien: welke impact heeft dit volgens u op het zicht op de welzijnsnoden van HIC-medewerkers?
 - 8.2. Wat is volgens u nodig om een goed en actueel beeld te hebben van de welzijnsnoden van HIC-medewerkers?
9. Welke roldifferentiatie ziet u voor de verschillende leidinggevenden in het bewaken van welzijn op de HIC? (Afdelingshoofd – diensthoofd – directie)
10. Welke drempels ervaart u om binnen uw rol het welzijn structureel te versterken?
11. Welke prioriteiten ziet u voor het welzijnsbeleid binnen de organisatie of specifiek de HIC?
12. Wat zou u anders aanpakken als u het welzijnsbeleid opnieuw zou vormgeven?
13. Wat verwacht u van medewerkers rond het welzijn, en wat mogen zij van u verwachten?

9. Positief advies Commissie voor Medische Ethiek UZ Gent

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Dr. Ruben Willems
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact
Commissie voor medische ethiek
Aanvrager
Simon Praet
Onze referentie:
THE-2025-0223

Telefoon
+32 (0)9 332 33 36
Datum
26/01/2026
Belgisch Uniek Nummer
B6702025000355

E-mail
ethisch.comite@uzgent.be
Pagina
1/7

Betreft:

Welzijn van medewerkers met roulerende shiften op Belgische High & Intensive Care (HIC) afdelingen: een mixed-method onderzoek.

Betrokken student(en):
- Simon Praet

Positief Advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 07/10/2025.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten en de ontvangst van de adviezen van de ethische commissies van de andere deelnemende centra, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies (22/01/2026):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Gelieve er rekening mee te houden dat de hoofdonderzoeker erop dient toe te zien dat deze studie wordt uitgevoerd conform de ethische en wettelijke richtlijnen en bepalingen.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor medische ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. M. Petrovic

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. M. Petrovic
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

Cc: PC Gent-Sleidinge - KARUS

Advies lokale ethische comités

1. De Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent hield rekening met de opinie van de volgende lokale ethische commissie(s).

PC Gent-Sleidinge - KARUS (Spes et Fides)



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

10. Zoekstring Pubmed + zoekresultaat

((("Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Registered Nurses"[Mesh]) AND ("Workload"[Mesh] OR "Occupational Stress"[Mesh] OR "Burnout, Professional"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[Mesh]) AND ("Well-being"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Health Status"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR "Physical Health"[Mesh])) → inclusiecriteria: meta-analyse en reviewartikels

96 results

Page 1 of 10



Filters applied: Meta-Analysis, Review. [Clear all](#)



Quoted phrases not found in [phrase index](#): "Registered Nurses", "Well-being", "Physical Health"



[Burnout in nursing: a theoretical review.](#)

1 Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P.

Cite Hum Resour Health. 2020 Jun 5;18(1):41. doi: 10.1186/s12960-020-00469-9.
PMID: 32503559 [Free PMC article.](#)



[Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review.](#)

2 Marshman C, Hansen A, Munro I.

Cite J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022 Aug;29(4):529-543. doi: 10.1111/jpm.12812. Epub 2021 Dec 28.
PMID: 34874593



[Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used.](#)

3 Khatatbeh H, Pakai A, Al-Dwaikat T, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, Oláh A.

Cite Nurs Open. 2022 May;9(3):1564-1574. doi: 10.1002/nop2.936. Epub 2021 May 15.
PMID: 33991408 [Free PMC article.](#)



[The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis.](#)

4 Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, Jin M, Zhang Y, Wang J.

Cite Int J Nurs Stud. 2021 Aug;120:103973. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973. Epub 2021 May 15.
PMID: 34102372

11. Zoekstring Cinahl + zoekresultaat

((((MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Staff+") OR (MH "Nursing+") OR (MH "Registered Nurses+")))) AND ((MH "Workload+") OR (MH "Occupational Stress+") OR (MH "Burnout+") OR (MH "JobSatisfaction+")) AND (((MH "Well-being+") OR (MH "Quality of Life+") OR (MH "Health Status+") OR (MH "Mental Health+") OR (MH "Physical Health+"))))



My dashboard ^

- Projects
- Saved
- Recent activity
- Holds & checkouts
- Alerts

Research tools

- New search
- Help
- Publications authority
- Subjects authority
- CINAHL Headings

Searching: All databases (71) MyEBSCO

(((MH "Nurses+") OR (MH "Nursing Staff+") OR (MH "Nursing+") OR (MH "Registered Nurses+")))) ANI

All filters (4) Full Text Peer Reviewed Past 5 years Source type Advanced search

Natural language [How does it work?](#)

Results: 1,186

Show: 10 Relevance

0 selected



1

Peer reviewed | Academic Journal

Investigating the Relationships Among Nurses' Stress, Sleep Quality, and Mental Health, and the Mediating Role of Coping Strategies and Social Support: A Cross-Sectional Study.

By: [Lai, Hui-Ling](#); [Chen, Chun-I](#); [Liaw, Guan-Hsiung](#); +3 more • In: *AJN American Journal of Nursing*, 12/1/2025, volume 125, issue 12, pages e1-e8 • CINAHL

Background: Work-related stress significantly impacts nurses' well-being and professional performance. Coping strategies and social support play a role in managing str... [Show more](#)

Subjects: [Nurses Taiwan](#); [Stress](#); [Occupational Complications](#); [Sleep Quality](#); [Mental Health](#); +26 more

[Check for Full Text](#)



2

Peer reviewed | Academic Journal

War-related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine.

By: [Zasiekina, Larysa](#); [Martyniuk, Anastasiia](#) • In: *BMC Nursing*, Dec2025, volume 24, issue 1, pages 1-8 (8p) • CINAHL

12. Bevindingen literatuurstudie

Artikel	Bevindingen
Bakker and Demerouti (2007)	Job demands-resource (JD-R) model: de balans tussen taakeisen (job demands) en energiebronnen (job resources) beïnvloeden het welzijn en de motivate van medewerkers.
Berwick et al. (2008)	Ontwikkeling Triple Aim met als doelen: - patiëntenervaringen verbeteren - Gezondheid van de populatie verbeteren - Kosten voor gezondheidszorg verlagen.
Bodenheimer and Sinsky (2014)	Triple Aim lijkt niet voldoende: ook welzijn van het zorgteam is een cruciaal element in de optimalisatie van de prestaties in de gezondheidszorg.
Claes (2025)	Onderscheid objectief en subjectief well-being en algemene inzichten in het onderwerp welzijn.
Dall'Ora et al. (2020)	Werkgerelateerde factoren die samenhangen met burn-out: - Hoge werkdruk - Lage personeelsbezetting - Lage waardencongruentie - Lange shiften werken (>12u) - Wweekroosterflexibiliteit - Psychologische taakeisen en taakcomplexiteit - Ondersteunende factoren - o Lage verpleegkunde-arts relatie - o Weinig ondersteuning van leidinggevenden - Slechte werkomgeving Burnout wordt in relatie gebracht met: - Medewerkers: - o Intentie om het werk te verlaten - o Job performance - o Ziekteverzuim en algemene gezondheid - o Mentale gezondheid - o Jobtevredenheid - Patiënten

	○ Lage kwaliteit van zorg ○ Negatieve patiëntenervaringen ○ Medicatiefouten ○ Infecties ○ Valincidenten
Diener (1984)	Drie groepen binnen definities rond welzijn en geluk: - Externe criteria (bv. deugd of heiligheid) - Subjectief welzijn: levenstevredenheid - Geluk: onevenwicht positieve affecten ten opzichte van negatieve affecten
Edmondson (1999)	Psychologische veiligheid is de gedeelde overtuiging binnen een team dat het veilig is om interpersoonlijke risico's te nemen, zoals vragen stellen, fouten toegeven of zorgen uiten, zonder angst voor negatieve gevolgen.
Lopez-Lopez et al. (2019)	Review en meta-analyse rond burn-out bij verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg (op basis van Mashlach Burnout Inventory). - Meeste verpleegkundige behalen matige scores met betrekking tot emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid - Factoren met negatieve invloed op well-being: ○ Workoverload ○ Hogere anciënniteit ○ Werkgerelateerde stress ○ Mannelijk geslacht ○ Agressie op het werk - Factoren die emotionele uitputting kunnen verminderen: ○ Werkzekerheid ○ Zich gewaardeerd voelen op het werk ○ Sociale steun ○ Arbeidstevredenheid
Maslach and Jackson (1980)	Maslach Burn-out Inventory: burn-out als syndroom van emotionele uitputting en cynisme dat frequent voorkomt bij mensen die op een of andere manier 'mensenwerk' doen. Drie dimensies:

	- Emotionele uitputting - Depersonalisatie - Verminderde persoonlijke bekwaamheid Nederlandstalige versie: Utrechtse Burn-out Inventory (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000)
Montano et al. (2016)	Meta-analyse: - Positieve leiderschappstijlen hangen samen met meer welzijn, minder stress en minder burn-out - Destructief leiderschap heeft een sterke negatieve invloed op de mentale gezondheid van medewerkers - Leiderschap is een belangrijke organisatiegebonden determinant van gezondheid en welzijn op het werk
Nundy et al. (2022)	Naast de doelstellingen uit de Quadruple Aim lijkt ook gezondheidsequitie belangrijk te zijn om de gezondheidszorg te optimaliseren.
O'Connor et al. (2018)	Onderzoek toont aan dat in geestelijke zorg hulpverleners: - Hoog scoren op emotionele uitputting - Matig scoren op depersonalisatie - Redelijk scoren op persoonlijke bekwaamheid Leeftijd is negatief gecorreleerd met depersonalisatie en positief met persoonlijke bekwaamheid. Geen consistente bevindingen tussen anciënniteit en burn-outdimensies. Verhoogde scores op burn-out bij: - Verhoogde workload - Verminderd gevoel van autonomie - Rolconflict - Geen/weinig ondersteuning collega's Een rechtvaardige behandeling van medewerkers en het gevoel dat hun werk wordt gewaardeerd werden geïdentificeerd als belangrijke beschermende factoren. Medewerkers uit community mental health teams lijken een hoger Risico op burn-out te lopen dan medewerkers van bepaalde gespecialiseerde teams (zoals bv. crisisteams).
Schaufeli (2023)	- Visie op burn-out doorheen de tijd

	- Burn-out is niet hetzelfde als depressie. Burn-out is gekoppeld aan de werksituatie en kan een risicofactor zijn voor depressie. - Preventie moet organisatiebreed ingezet worden
Schaufeli et al. (2024) Schaufeli, Desart, et al. (2020)	Ontwikkeling Burnout Assessment Tool (BAT).
Simons and Baldwin (2021)	De definiëring van het begrip 'welzijn' is niet eenduidig. Er bestaan reeds verschillende definities en de differentiatie tussen andere begrippen zoals bijvoorbeeld levenskwaliteit is vaak moeilijk.
Skakon et al. (2010)	Systematische literatuurstudie naar de relatie tussen leidinggevers en het welzijn van medewerkers. Zowel het welzijn van leidinggevers als hun leiderschapsgedrag hebben een belangrijke invloed op het welzijn. Positieve leiderschapsstijlen (bv. ondersteunend en transformationeel leiderschap) hangen samen met een hoger welbevinden, hogere werktevredenheid en minder burn-outklachten bij medewerkers. Destructief leiderschap en een hoog niveau van stress bij de leidinggevers wordt geassocieerd met meer stress, emotionele uitputting en een verminderd welzijn van medewerkers.
Slatten et al. (2021)	- Ondersteunend leiderschap bevordert de ontwikkeling van psychologisch kapitaal bij medewerkers - Meer psychologisch kapitaal hangt samen met meer welzijn, betrokkenheid en innovatief gedrag - Ondersteunende werkomgeving versterkt prestaties van medewerkers en de kwaliteit van zorg
Vinkers (2025)	Differentiatie tussen burn-out en depressie is moeilijk. Ook in wetenschappelijke literatuur is hier geen eensgezindheid over.
Willems et al. (2025)	Inzicht in het Belgische zorglandschap met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg anno 2025.

