



Promotie van fysieke en mentale gezondheid van verpleegkundigen in de ouderenzorg

Referentie

Otto A-K, Gutsch C, Bischoff LL, Wollesen B.
Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care : a systematic review. *Prev Med* 2021;148:106591. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106591

Duiding

Eva Goossens, Advanced Nursing Practice,
Centre for Research and Innovation in Care,
Universiteit Antwerpen
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is het effect van gezondheidsbevorderende interventies in vergelijking met geen interventie of andere interventies op het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid van verpleegkundigen werkzaam in de residentiële ouderenzorg?

Achtergrond

Het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt wordt steeds nijpender en zorgorganisaties ervaren veel moeilijkheden in het aantrekken en behouden van personeel (1,2). Nochtans verhoogt de progressieve toename van het aantal ouderen met complexe multimorbide zorgnoden verblijvend in zorginstellingen de vraag naar verpleegkundigen in de residentiële ouderenzorg. Verpleegkundigen in de residentiële ouderenzorg hebben een verhoogd risico van musculoskeletale klachten en letsels (3,4). Daarnaast worden verpleegkundigen in de ouderenzorg blootgesteld aan allerlei psychosociale stressoren zoals hoge tijds- en werkdruk, werken in shiften en beperkte controle over werkomstandigheden. Deze kunnen enerzijds bijdragen aan musculoskeletale klachten (5-7), maar kunnen anderzijds ook een impact hebben op het mentaal welzijn van verpleegkundigen (8,9). Bijgevolg is er nood aan effectieve interventies, die inspelen op zowel de biologische, psychologische als sociale oorzakelijke factoren, met als doel de graad van belasting te verbeteren. Tot op heden werd geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de beschikbare wetenschappelijke evidentie wat betreft de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies gericht op verpleegkundigen werkzaam in de residentiële ouderenzorg.

Samenvatting

Systematische review (10).

Geraadpleegde bronnen

- Medline, PsycINFO, CINAHL; van januari 2020 tot november 2020.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: gerandomiseerde gecontroleerde studies met een interventie die de fysieke of mentale gezondheid beoogt te bevorderen bij verpleegkundigen werkzaam in de residentiële ouderenzorg, ongeacht het geslacht, de leeftijd of de etniciteit; controlegroep zonder interventie of met 1 of meer andere interventies; gepubliceerd in het Engels of Duits
- de interventies werden ingedeeld in 3 groepen:

- interventies met focus op de fysieke activiteit: dit zijn interventies met als doel de algemene fysieke of mentale gezondheid te bevorderen om beter met werkgerelateerde taken te kunnen omgaan
- cognitieve gedragsinterventies: dit zijn interventies met als doel om verandering te induceren in hoe men zichzelf voelt, denkt en gedraagt in stressvolle situaties
- organisatorische interventies: dit zijn interventies met als doel verandering te induceren in de middelen, werkmethodeken, taken of omgeving teneinde beter te kunnen omgaan met werkgerelateerde taken
- exclusiecriteria: niet-gepubliceerde doctoraatsstudies, grijze literatuur, studies met een focus op verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg of het ziekenhuis, gezinsverpleegkundigen, studenten verpleegkunde; studies met andere zorgprofessionals die niet betrokken zijn in de zorg voor ouderen zoals onderhoudspersoneel
- uiteindelijke inclusie van 6 RCT's: 5 met een niet-interventionele controlegroep (wachlijst of geen behandeling), 1 met 2 interventionele controlegroepen (interne oriëntatietraining); 4 studies uitgevoerd in Europa, 1 in Australië en 1 in de Verenigde Staten.

Bestudeerde populatie

- 716 verpleegkundigen (40 tot 293 per studie) werkzaam in de residentiële ouderenzorg; 86-97% vrouwen met een leeftijd die varieerde tussen 35-45 jaar (afhankelijk van de studie).

Uitkomstmeting

- sterk heterogene klinische uitkomstmaten, meestal beoordeeld aan de hand van gevalideerde instrumenten en onderverdeeld in volgende categorieën: fysieke gezondheid, mentale gezondheid/welzijn, gecombineerde uitkomsten (simultane beoordeling van fysieke en mentale gezondheid)
- resultaten worden enkel beschreven zonder statistische analyse.

Resultaten

- één interventie met focus op fysieke activiteit (n=129; studie met hoog risico van bias)
 - wekelijks een uur sporten gedurende 6 maanden (licht aerobe en spierversterkende oefeningen, gecombineerd met stretching)
 - geen effect op gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit, aantal ziektedagen of cardiorespiratoire conditie; wel significant ($p < 0,01$) meer stijging van zelfgerapporteerde fysieke activiteit in de interventiegroep (stijging bij 48% van de deelnemers tegenover 14% in de controlegroep)
- drie cognitieve gedragsinterventies (n=492)
 - online sessies positieve psychologie gedurende 8-12 weken (n=128): klein statistisch significant effect op jobtevredenheid ($p=0,04$); zonder effect op algemeen welzijn of werkengagement
 - Acceptance and Commitment Therapie (ACT)* in 2 sessies van 2,5 uur (n=71): statistisch significant minder afwezigheid door letsels ($p=0,008$) en minder mentale gezondheidsklachten ($p=0,005$); zonder effect op frequentie van werkgerelateerde letsels en musculoskeletale klachten
 - emotiegerichte zorg (2 uur les, 6 dagen training en 3 halve dagen supervisie) (n=293): matig positieve effecten op jobtevredenheid ($p < 0,05$), burn-out ($p < 0,05$), doch zonder consistentie in de tijd; geen effect op ziekteverzuim en persoonlijke houding ten aanzien van werksituatie
- één organisatorische interventie (n=55; studie met hoog risico van bias):
 - 32 uur durende training in correcte draag- en hijstechnieken
 - geen statistisch significant verschil in pijn of werkgerelateerde letsels; wel statistisch significante verbetering van houding ($p=0,008$) en inspanning ($p=0,044$) op 12 maanden
- één multicomponente interventie (n=40)

- 9 maanden met 108 uur aerobe dans, stressmanagementtraining en gezondheidsinformatie en 15 uur inspectie van de werkplek
 - minder zelfgerapporteerde nekkklachten bij de nameting (na 9 maanden) in interventiegroep (8%) versus controlegroep (48%) ($p=0,023$) en statistisch significant verschil in zelfgerapporteerde subjectieve klachten zoals algemene gezondheid, fysieke fitheid, werksituatie, stressmanagement en spierpijn; zonder effect op vlak van aantal ziektedagen of algemene subjectieve gezondheidsklachten.

* In ACT gaat men met de therapeut in gesprek over wat men in het leven echt belangrijk vindt. ACT werkt vanuit het hier-en-nu en maakt gebruik van aandachtsoefeningen (mindfulness), metaforen, thuisopdrachten en acceptatie-oefeningen.

Besluit van de auteurs

De resultaten suggereren dat cognitieve gedragsinterventies en multicomponente interventies een invloed lijken te hebben op aspecten van de fysieke en mentale gezondheid, zoals jobtevredenheid, burnout, mentale gezondheidsklachten en nekkklachten. Deze systematische review toont het potentiële nut van gezondheidsbevorderingsprogramma's bij verpleegkundigen in de residentiële ouderenzorg. Niettegenstaande dat zijn er in de toekomst RCT's van hoge kwaliteit noodzakelijk. Verder onderzoek zou rekening moeten houden met de bottom-up aanpak voor de planning van programma's alsook met gestandaardiseerde uitkomstmaten en interventies.

Financiering van de studie

De auteurs rapporteren geen externe financiering te hebben ontvangen voor het uitvoeren van deze systematische literatuurstudie.

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs rapporteren dat er geen financiële, noch interpersoonlijke of professionele relaties zijn die een invloed kunnen hebben op het gerapporteerde werk.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische literatuurstudie werd uitgevoerd conform het PRISMA Statement 2009. Men selecteerde op basis van vooraf bepaalde in- en exclusiecriteria uit drie databanken zes RCT's, uitgevoerd tussen 1997 en 2019. De methodologische kwaliteitsbeoordeling die door middel van de Cochrane Risk of Bias Assessment tool werd beoordeeld toonde echter aan dat 4 studies een laag tot matig en 2 studies een hoog risico van bias vertoonden. De voornaamste redenen voor bias waren: niet-geblindeerde deelnemers, zorgverstrekkers en beoordelaars; onvoldoende rapportering van studie-uitval; ongelijke groepen bij aanvang en onvoldoende therapietrouw; onvoldoende beschrijving van de interventies; andere bronnen van bias zoals gebrek aan een echte controlegroep, kleine steekproefgrootte en beperkte power. Ook al gaat het om RCT's, de methodologische beperkingen hebben hier uiteraard een grote impact op de interne validiteit van de resultaten. De belangrijke heterogeniteit in termen van onderzochte interventies en bestudeerde uitkomstmaten maakte het onmogelijk om een meta-analyse uit te voeren. De onderzoekers beperkten zich dan ook tot een narratieve weergave van de resultaten van de geïncludeerde studies. Aangezien de resultaten louter beschrijvend zijn weergegeven, konden de onderzoekers geen sensitiviteitsanalyse uitvoeren die rekening houdt met de methodologische kwaliteit van de studies.

Beoordeling van de resultaten

De uitgesproken heterogeniteit van de interventies en de uitkomstmaten maakt niet alleen de interpretatie, maar ook de extrapolbaarheid van de studieresultaten zeer moeilijk. De interventies zijn bovendien vaak summier beschreven en daarbij komt nog dat slechts 2 studies dateren van de

laatste 5 jaar, 1 studie dateert zelfs van 1997. De gezondheidszorg is de afgelopen jaren immers geëvolueerd waardoor oudere studies mogelijk minder relevant zijn voor het huidige zorglandschap. De resultaten betreffende interventies op vlak van fysieke activiteit en organisatorische interventies refereren elk naar slechts één studie met hoog risico van bias. De resultaten van multicomponente interventies zijn eveneens gebaseerd op slechts één studie. Hierbij zag men alleen statistisch significante effecten voor aspecten gemeten via een zelfontwikkelde vragenlijst en niet op basis van gevalideerde vragenlijsten. Uit de resultaten van interventies op vlak van fysieke activiteit en van organisatorische interventies en multicomponente interventies kunnen we dus geen sterke conclusies trekken.

De meeste evidentie in deze review vond men voor de cognitieve gedragsinterventies. Deze studies hadden een lager risico van bias en toonden een klein tot matig positief effect op vlak van jobtevredenheid, burnout, mentale gezondheidsklachten en afwezigheid wegens letsels. De effecten waren echter meestal klein en niet allemaal consistent in de tijd. Voor andere klinisch relevante uitkomstmaten (zoals musculoskeletale klachten, werkengagement en houding ten aanzien van het werk) werd bovendien geen effect gevonden. De resultaten suggereren dus dat cognitieve gedragsinterventies bij verpleegkundigen positieve effecten kunnen hebben, maar dat verder onderzoek vereist is. Deze conclusie is in lijn met evidentie uit een eerdere review die evidentie van lage kwaliteit vond voor positieve effecten van cognitieve gedragsinterventies bij hulpverleners op vlak van stress, burnout en psychologische symptomen (11,12).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

In de Belgische zorgcontext ontbreken tot heden richtlijnen voor de praktijk wat betreft het inzetten van gezondheidsbevorderende programma's of interventies met het oog op het verbeteren van zowel de fysieke als mentale gezondheid van verpleegkundigen werkzaam in de residentiële ouderenzorg. Extra hoogkwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van interventies is noodzakelijk om in de toekomst een wetenschappelijke basis te kunnen vormen voor het opstellen van richtlijnen voor de praktijk.

Besluit van Minerva

Deze systematische review van 6 RCT's met narratieve weergave van de resultaten heeft belangrijke methodologische tekortkomingen. Naast de lage methodologisch kwaliteit van de geselecteerde studies worden we geconfronteerd met een beperkte beschrijving van de interventies en een belangrijke heterogeniteit van de interventies en de uitkomstmaten. De resultaten suggereren een potentieel nut van gezondheidbevorderende interventies om de fysieke en mentale gezondheid van verpleegkundig personeel werkzaam in de residentiële ouderenzorg te bevorderen. Deze literatuurstudie wijst echter vooral op een tekort aan wetenschappelijk bewijs voor de selectie en implementatie van een bepaald type gezondheidsbevorderende interventie. Omdat de vraag naar gezondheidsbevorderende interventies voor verpleegkundigen in de ouderenzorg zeer relevant blijft, is er dringend nood aan methodologisch correct opgezette studies met een specifieke onderzoeksvraag en duidelijk geformuleerde interventies en eindpunten.

Referenties

1. Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R (Eds) in Barmer GEK Pflegereport 2016. 24/11/2016. Url: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2016-1065406>
2. Heinen M, Achterberg T, Schwendimann R, et al., Nurses' intention to leave their profession : a cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud* 2013;50:174-84. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019

3. Andersen LL, Clausen T, Mortensen OS, et al. A prospective cohort study on musculoskeletal risk factors for long-term sickness absence among healthcare workers in eldercare. *Int Arch Occup Environmental Health* 2012;85:615-22. DOI: 10.1007/s00420-011-0709-5
4. Dulon M, Kromark K, Skudlik C, Nienhaus A. Prevalence of skin and back diseases in geriatric care nurses. *Int Arch Occup Environ Health* 2008;81:983-92. DOI: 10.1007/s00420-007-0292-y
5. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, et al. Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: the moderating role of psychosocial resources. *J Occup Health Psychol* 2013;18:211-9. DOI: 10.1037/a0031801
6. Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psycho-social and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *J Occup Rehabil* 2006;16:279-302. DOI: 10.1007/s10926-006-9044-1
7. da Costa B.R, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med* 2010;53:285-323. DOI: 10.1002/ajim.20750
8. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *J Adv Nurs* 2010;66:1708-18. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x
9. Cooper SL, Carleton HL, Chamberlain SA, et al. Burnout in the nursing home health care aide: a systematic review. *Burn Res* 2016;3:76-87. DOI: 10.1016/j.burn.2016.06.003
10. Otto A-K, Gutsch C, Bischoff LL, Wollesen B. Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care : a systematic review. *Prev Med* 2021;148:106591. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106591
11. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub3
12. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5