

Themanummer Management & Organisatie 'Geluk in Organisaties'

Organisatieklimaat en geestelijke gezondheid van medewerkers: Een overzichtsstudie in de zorgsector

Babette Bronkhorst MSc*
Dr. Lars Tummers*
Prof. Dr. Bram Steijn*
Dominique Vijverberg MBA***

Te citeren als: Bronkhorst, B.A.C., Tummers, L.G., Steijn, A.J. & Vijverberg, D. (2015).
Organisatieklimaat en geestelijke gezondheid van medewerkers. *Men O*, 2/3 (maart/juni), 63-79.

* Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Bestuurskunde.

bronkhorst@fsw.eur.nl, steijn@fsw.eur.nl.

tummers@fsw.eur.nl.

*** Stichting IZZ, Apeldoorn. dominique.vijverberg@stichtingizz.nl

Deze studie is onderdeel van een promotieonderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam in samenwerking met Stichting IZZ naar de gezondheid en het zorggebruik van zorgmedewerkers. Dit artikel is een bewerkte versie van een Engelstalig artikel: Bronkhorst, B.A.C., Tummers, L.G., Steijn, A.J. & Vijverberg, D. (2014). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, DOI: 10.1097/HMR.0000000000000026.

Samenvatting

Dat geluk ook te maken heeft met gezondheid is in een groot aantal wetenschappelijke onderzoeken bewezen. Hoewel mensen met een zorgberoep behoren tot één van de beroepsgroepen waarin het meeste geluk wordt ervaren, groeit de aandacht voor het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen onder zorgmedewerkers. Uit de wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp blijkt dat de perceptie die medewerkers hebben van hun werkomgeving een belangrijke rol speelt in hun geestelijke gezondheid. Om dit nader te onderzoeken zijn de volgende twee onderzoeksvragen geformuleerd: (1) hoe is het organisatieklimaat binnen zorgorganisaties gerelateerd aan de geestelijke gezondheid van medewerkers en (2) welke dimensie van organisatieklimaat is het sterkst gerelateerd aan de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers. Om deze vragen te beantwoorden is er een overzichtsstudie uitgevoerd. De resultaten laten zien dat percepties van een goed organisatieklimaat significant samenhangen met positieve geestelijke gezondheidsuitkomsten zoals minder burn-out, depressie en angst. Vooral groepsrelaties zijn belangrijk. Daarnaast beïnvloeden aspecten van management en leiderschap de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers. De relatie tussen communicatie en participatie binnen organisaties en geestelijke gezondheid is minder duidelijk. De resultaten van deze overzichtsstudie laten zien dat zorgorganisaties die de geestelijke gezondheid van hun medewerkers willen beschermen, er goed aan doen om in hun Arbobeleid en de uitvoering daarvan op de werkvloer aandacht te besteden aan het organisatieklimaat. Het stimuleren van een ondersteunende werksfeer en de ontwikkeling van relatiegerichte leiderschapsstijlen lijken daarbij belangrijke stappen te zijn.

INTRODUCTIE

Richard Layard (2005) houdt in zijn boek *Happiness; Lessons from a new science* een sterk pleidooi voor het beter behandelen van psychische stoornissen. Nu in welvarende, goed en democratische bestuurde landen veel klassieke problemen op het gebied van huisvesting, armoede, scholing en gezondheidszorg zijn opgelost, blijft volgens Layard geestelijke ongezondheid over als een van de grootste bedreigingen van het welbevinden van de bevolking. Het is sindsdien aangetoond dat de overgrote meerderheid van de Nederlanders die zeggen dat zij zich zelden of nooit gelukkig te hebben gevoeld de afgelopen vier weken, te kampen te hebben met een stoornis of een stoornis in het verleden te hebben gehad (Bergsma e.a., 2011). De psychische stoornissen zijn verantwoordelijk voor een enorm verlies aan gelukkige levensjaren (Bergsma e.a., 2012). In de recente SCP bundel sturen op geluk, omarmen twee auteurs het idee dat meer investeringen in de geestelijke gezondheid een bijdrage kan leveren aan het geluk van Nederlandse burgers (Stolwijk & Gelauff, 2012, Veenhoven, 2012). Het voorkomen of genezen van psychische stoornissen is daarmee ook op organisatieniveau een van de meest relevante onderwerpen als het gaat om het stimuleren van geluk.

Werkenden in de zorg zijn daarbij een interessante casus. Zij behoren aan de ene kant tot één van de beroepsgroepen waarin het meeste geluk wordt ervaren (Van Leeuwen, 2011), maar tegelijkertijd laten verschillende Nederlandse studies zien dat een groot deel van de zorgmedewerkers te maken heeft met geestelijke gezondheidsproblemen (Movir, 2012; TVZ, 2012). Zo maken zorgmedewerkers vaker gebruik van psychische zorg dan de gemiddelde Nederlandse werknemer. Bovendien bestaan er grote verschillen in de mate waarin medewerkers van zorgorganisaties gebruik maken van psychische zorg (Stichting IZZ, 2013). Het lijkt er dus op dat de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers niet alleen tussen sectoren en beroepen, maar ook tussen organisaties aanzienlijk varieert. Dit maakt onderzoek naar organisatiefactoren die het verschil in geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers kunnen verklaren interessant.

Er is veel onderzoek verricht naar de relatie tussen organisatiefactoren en de geestelijke gezondheid van medewerkers. Deze studies gebruiken vaak modellen die de invloed van het individuele taakontwerp in beschouwing nemen, zoals het Effort-Reward Imbalance Model, het Demand-Control-Support Model of het Job Demands-Resources model. Er zijn hierover inmiddels ook verschillende overzichtsstudies gepubliceerd. Zo analyseerden Michie en Williams (2002) de wetenschappelijke literatuur over het Demand-Control-Support model tot 2000. Zij concludeerden dat het empirische onderzoek het model bevestigt: hoge werkeisen, weinig controle over het werk en lage steun van de leidinggevende hangen samen met een verminderde geestelijke gezondheid van medewerkers.

De meeste studies maken gebruik van het individuele taakontwerp perspectief (Stansfeld & Candy, 2006). In deze overzichtsstudie gebruiken we juist een minder bekend perspectief dat zich richt op het 'organisatieklimaat'. Het organisatieklimaat verwijst naar *de percepties van medewerkers over de sociale en interpersoonlijke aspecten van de werksituatie* (Wilson e.a., 2004). Voorbeelden zijn leiderschap, werkrelaties binnen het team en communicatie. We richten ons op

organisatieklimaat omdat uit vorige studies blijkt dat een 'gezond' organisatieklimaat de geestelijke gezondheid van medewerkers kan bevorderen (zie bijvoorbeeld Ylipaavalniemi e.a., 2004).

Gebaseerd op Wilson e.a. (2004) onderscheiden we drie dimensies van organisatieklimaat: (1) leiderschap en management, (2) groepsrelaties en groepsgedrag en (3) communicatie en participatie. Het doel van dit artikel is om een overzicht te geven van het gepubliceerde bewijs van de relatie tussen organisatieklimaat en geestelijke gezondheidsuitkomsten. Daartoe is een overzichtsstudie opgezet met twee onderzoeksvragen:

- 1. Hoe is het organisatieklimaat binnen zorgorganisaties gerelateerd aan de geestelijke gezondheid van medewerkers?*
- 2. Welke dimensie van organisatieklimaat is het sterkst gerelateerd aan de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers?*

THEORETISCH KADER

Het organisatieklimaat concept

Het organisatieklimaat concept is in de loop der jaren op verschillende manieren gedefinieerd (Schneider, Ehrhart & Macey, 2013). Er zijn echter een aantal aspecten waarover de meeste organisatieklimaat onderzoekers het eens zijn.

Ten eerste bestaat er overeenstemming over het verschil tussen organisatieklimaat en organisatiecultuur. Organisationscultuur verwijst naar impliciete en onderliggende normen, waarden en assumpties die het gedrag van medewerkers leiden (Schneider e.a., 2013). Organisationsklimaat gaat daarentegen over de betekenis die medewerkers toekennen aan zichtbare aspecten binnen de organisatie zoals beleid, procedures en gebruiken die zij ervaren tijdens hun werk (Schneider e.a., 2013). Wij richten ons expliciet op aspecten van het organisatieklimaat die behoren tot de sociale en interpersoonlijke relaties op de werkvloer (Wilson e.a., 2004).

Ten tweede kan organisatieklimaat zowel beschreven worden in termen van organisatie aspecten die toegepast kunnen worden in verschillende contexten en sectoren, als in termen van specifieke aspecten die gebonden zijn aan het onderwerp van interesse. Deze eerste benadering wordt ook wel de globale benadering van klimaat genoemd. De tweede benadering wordt omschreven als de domein-specifieke benadering van klimaat (Patterson e.a., 2005) en richt zich op een specifiek type organisatieklimaat zoals service klimaat, veiligheidsklimaat of ethisch klimaat. Wij richten ons hier op de globale benadering van klimaat.

Verschillende studies tonen aan dat het organisatieklimaat gerelateerd is aan een aantal belangrijke organisatieprestaties in de zorgsector, zoals kwaliteit van zorg (Aiken e.a., 2002) en patiënttevredenheid (Ancarani e.a., 2009). Ook is het concept in verband gebracht met de houding en het gedrag van medewerkers, zoals baantevredenheid, betrokkenheid en verlooptgeneigdheid (Stordeur e.a., 2007). Het is dan ook van belang dat zorgorganisaties inzicht krijgen in de manier waarop het organisatieklimaat hun medewerkers en de prestaties beïnvloedt.

Dimensies van organisatieklimaat

Om het concept organisatieklimaat concept verder te verhelderen, maken we gebruik van het werk van Gershon e.a. (2004). Deze auteurs hebben de gebruikte meetinstrumenten in de literatuur over organisatieklimaat beoordeeld en gestandaardiseerd. Zij onderscheiden vier dimensies van organisatieklimaat: (1) leiderschapskenmerken (2) groepsrelaties en groepsgedrag (3) communicatie en (4) structurele kenmerken van de kwaliteit van werk. De eerste drie dimensies refereren aan sociale en interpersoonlijke aspecten van het werk, maar de laatste dimensie over structurele kenmerken past beter in het domein dat Wilson e.a. (2004) 'taakontwerp' noemen. Daarom nemen we deze laatste dimensie niet mee in deze overzichtsstudie. Aangezien participatie van medewerkers vaak genoemd wordt als dimensie van organisatieklimaat (Patterson e.a., 2005) hebben we de communicatie dimensie uitgebreid tot 'communicatie en participatie'. We onderscheiden dus drie dimensies van organisatieklimaat:

1. *Leiderschap en supervisie*. Het gaat hierbij om aspecten zoals leiderschapsstijl, steun van het management en vertrouwen in het management.
2. *Groepsrelaties en groepsgedrag*. Deze dimensie beschrijft de perceptie van aspecten zoals interpersoonlijke interactie, groepsgedrag, vertrouwen tussen collega's, groepssteun en groepscohesie.
3. *Communicatie en participatie*. Deze dimensie refereert aan percepties van formele en informele mechanismen om informatie uit te wisselen, de mate van participatie en betrokkenheid van medewerkers in besluitvorming binnen de organisatie.

Organisatieklimaat en geestelijke gezondheid van medewerkers

Danna en Griffin (1999) stellen dat de term 'gezondheid' binnen organisatieonderzoek dient te verwijzen naar fysiologische of psychologische symptomen in een medische context, zoals gerapporteerde symptomen, diagnoses van ziekten of aandoeningen. 'Welzijn' verwijst naar een veel breder concept, zoals baan- en levenstevredenheid of betrokkenheid. Omdat we geïnteresseerd zijn in de geestelijke gezondheid nemen we alleen uitkomsten mee die vermeld zijn als psychologische ziekte (burn-out, depressie, angst) of als algemene maat voor geestelijke gezondheid (psychologische stress en algemene psychische gezondheid).

Er bestaan verschillende manieren om organisatieklimaat te relateren aan geestelijke gezondheid van medewerkers. Over het algemeen worden er twee soorten modellen gebruikt.

De eerste soort modellen beschrijft organisatieklimaat als een organisatiefactor die de geestelijke gezondheid van medewerkers direct beïnvloedt. Een voorbeeld hiervan is het theoretische model van Kelloway en Day (2005) dat laat zien dat verschillende organisatiefactoren van invloed zijn op de geestelijke gezondheid. In dit model werken factoren op individueel niveau (zoals taakeisen) en factoren op organisatieniveau (zoals organisatieklimaat) beide in op geestelijke gezondheidsuitkomsten.

Een tweede soort modellen veronderstelt een indirecte relatie tussen organisatieklimaat en geestelijke gezondheid van medewerkers. Wilson e.a. (2004) laten bijvoorbeeld zien dat

organisatieklimaat op indirecte wijze gerelateerd is aan geestelijke gezondheid via het effect op individuele factoren zoals het taakontwerp en aanpassingen aan het werk. In deze overzichtsstudie zijn studies van beide soorten modellen meegenomen.

METHODEN

Overzichtsstudie

Om een overzicht te geven van relevante studies zijn er vier zoekstrategieën gebruikt. Allereerst is er naar studies gezocht via PsychoINFO, Medline en Scopus. Daarbij is niet alleen gezocht op de term 'organizational climate', maar bijvoorbeeld ook op termen als 'work context' en 'work environment'. Daarnaast zijn zoektermen gebruikt om studies te identificeren die dimensies van organisatieklimaat onderzocht hebben (bijv. 'leadership style', 'group cohesion', 'communication'). De voorwaarde hiervoor was dat deze dimensies onderdeel zijn van een studie naar organisatieklimaat of werkomgeving.

Ten tweede hebben we de archieven van vijf relevante wetenschappelijke tijdschriften in de periode 2000-2012 geanalyseerd: *Occupational and Environmental Medicine*, *Health Care Management Review*, *Journal of Occupational Health Psychology* en *Social Science & Medicine*. Ten derde hebben we gekeken naar de referenties van eerdere overzichtsstudies en belangrijke onderzoeken naar de relatie tussen organisatieklimaat en geestelijke gezondheid. Ten vierde zijn er een aantal vooraanstaande onderzoekers in het veld geraadpleegd. Gevraagd is of zij ons konden wijzen op studies die aan de onderstaande inclusiecriteria voldoen.

Inclusiecriteria en kwaliteit van studies

Er zijn verschillende inclusiecriteria gebruikt om studies te selecteren, namelijk type studie, type respondenten, onderzoeksontwerp, taal, publicatiestatus en jaar van publicatie (voor details, zie Bronkhorst e.a., 2014). De methodologische kwaliteit van de geselecteerde studies is beoordeeld door middel van een beoordelingsinstrument. Dit instrument bestaat uit 12 criteria om vier aspecten van een studie te beoordelen, te weten: het ontwerp, de steekproef, de meting en de statistische analyse (Cummings e.a., 2010). Artikelen zijn alleen meegenomen als ze minimaal een gemiddelde kwaliteit hadden (score >6).

Data extractie en analyse

Vanwege de grote verscheidenheid in meting, analysetechnieken en effectmaten is het niet mogelijk om een meta-analyse uit te voeren. Daarom is de inhoud van de studies geanalyseerd door middel van een telprocedure. De verbanden waarover in de meegenomen studies wordt gerapporteerd, zijn hiervoor gecategoriseerd op basis van gedeelde kenmerken en vervolgens in één van de volgende drie categorieën geplaatst: significant positief, significant negatief en niet-significant. Het aantal verbanden in elk van deze categorieën is opgeteld en de categorie met de meeste verbanden is uitgeroepen tot 'winnaar' (Light & Smith, 1971).

RESULTATEN

Algemeen organisatieklimaat en geestelijke gezondheid

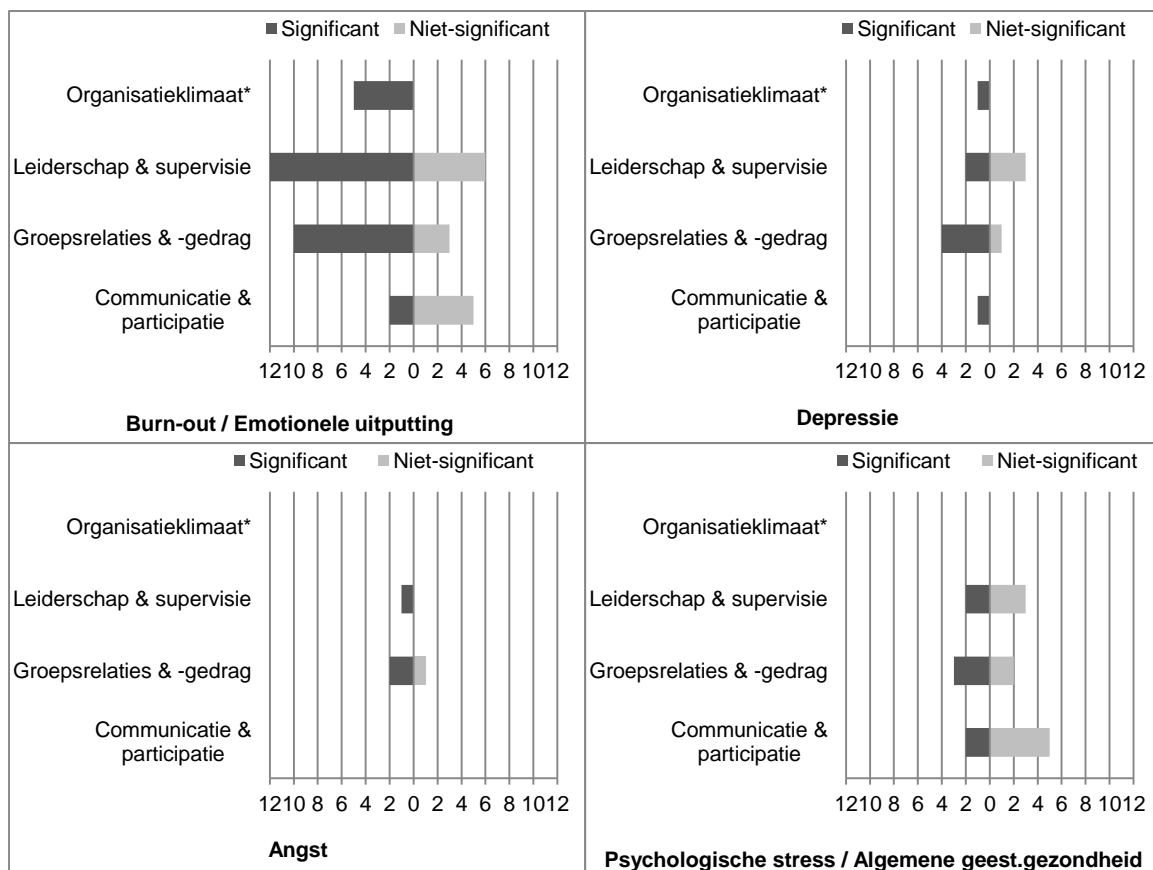
De verschillende zoekstrategieën hebben in eerste instantie meer dan 2.300 potentieel geschikte studies opgeleverd. Na een check op relevantie bleven 94 studies over. Na een uitgebreide beoordeling van de inhoud van de studie en de kwaliteit zijn 21 studies meegenomen in het overzicht. Figuur 1 geeft de resultaten van de data-analyse weer.

Slechts 6 van de 21 studies hebben organisatieklimaat onderzocht door te kijken naar het gecombineerde effect van meerdere dimensies. Aiken e.a. (2008) hebben bijvoorbeeld getest of de werkomgeving van invloed is op burn-out van verpleegkundigen in 160 Amerikaanse ziekenhuizen. De resultaten laten zien dat de kans op een burn-out 24 procent lager is binnen ziekenhuizen met een positieve werkomgeving vergeleken met ziekenhuizen met een gemiddelde of negatieve werkomgeving. Ook de studie van Vahey e.a. (2004) laat zien dat organisatieklimaat negatief samenhangt met de emotionele uitputting van ziekenhuismedewerkers. Belangrijk is dat deze twee studies cross-sectioneel zijn. Ylipaavalniemi e.a. (2005) daarentegen hebben de relatie tussen organisatieklimaat en depressie onder medewerkers in de loop van de tijd getoetst. Deze studie laat zien dat het teamklimaat (percepties van leiderschap en communicatie) het risico op een depressie inderdaad vermindert.

In de twee studies van Patrician e.a. (2010) en Flynn e.a. (2009) zijn alle drie de organisatieklimaat dimensies (leiderschap, groepsrelaties en communicatie) opgenomen. Beide studies concluderen dat verpleegkundigen die hun werkomgeving als onprettig ervaren, een grotere kans hebben op een burn-out. De mate waarin is daarentegen minder duidelijk. Patrician e.a. (2010) concluderen dat verpleegkundigen die een onprettige werkomgeving ervaren bijna 5 keer meer kans hebben op een burn-out, terwijl de studie van Flynn e.a. (2009) een kans rapporteert die bijna 13 keer hoger ligt.

Hanrahan e.a. (2010) analyseerden ook het effect van de werkomgeving op burn-out onder verpleegkundigen, maar deze studie kijkt zowel naar de impact van een samengestelde schaal als naar het effect van afzonderlijke organisatieklimaat dimensies. Zij laten zien dat zowel de leiderschapsdimensie als de dimensie over groepsrelaties (samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen) een significant, positief verband hebben met emotionele uitputting. Dit geldt ook voor de samengestelde organisatieklimaat schaal. Het effect van de samengestelde schaal is echter veel sterker dan het effect van de individuele dimensies.

Concluderend kunnen we dus stellen dat een samengestelde organisatieklimaat schaal samenhangt met betere geestelijke gezondheidsuitkomsten. Alle opgenomen studies rapporteren een significant, negatief effect op negatieve gezondheidsuitkomsten (burn-out en depressie).



Figuur 1

Resultaten van de data analyse. Elke relatie waarin een organisatieklimaat dimensie wordt gerelateerd aan een geestelijke gezondheidsuitkomst krijgt één 'stem'. De kleur van de stem geeft aan of de relatie significant negatief of niet-significant is.

* Organizeklimaat refereert hier aan een samengestelde schaal.

Leiderschap en geestelijke gezondheidsuitkomsten

Van de drie organisatieklimaat dimensies is de leiderschapsdimensie in onderzoek het vaakst in relatie gebracht met de geestelijke gezondheid van medewerkers. Ongeveer 40 procent van de relaties gerapporteerd in de opgenomen studies, toetst in ieder geval één aspect van deze dimensie. De impact van steun door de leidinggevende wordt daarbij het vaakst getoetst. Verschillende studies laten zien dat problemen met de geestelijke gezondheid aanzienlijk lager zijn als een medewerker steun krijgt van zijn of haar leidinggevende (Akerboom & Maes, 2006; Kawano, 2008). Tegelijkertijd vinden andere studies dit effect juist niet (Jolivet e.a., 2010; Jenkins & Elliot, 2004; Gunnarsdottir e.a., 2009; Eriksen e.a., 2006; Meeusen e.a., 2011).

De andere aspecten binnen de leiderschapsdimensie zijn heterogener van aard. Zo toetsen vier studies de invloed van een meer algemene maat voor management van verpleegkundigen onder de naam 'nurse manager skills', 'nurse manager ability', 'relationship with head nurses' of 'nurse management'. Een hogere score hierop leidt tot een significant lagere score op emotionele uitputting (Friese, 2005; Hanrahan, 2010) en burn-out (Poncet e.a., 2007). Ylipaavalniemi e.a. (2005) en Eriksen e.a. (2006) hebben longitudinaal onderzoek gedaan naar het effect van de mate waarin een medewerker zijn of haar leidinggevende als rechtvaardig ziet op de geestelijke gezondheid van de medewerker. Volgens Ylipaavalniemi (2005) hangt de perceptie van onrechtvaardig leiderschap samen met een hogere mate van depressie onder medewerkers. Eriksen e.a. (2006) konden daarentegen geen significante relatie vinden tussen rechtvaardig leiderschap en psychologische

stress. Een recentere studie van Bobbio e.a. (2012) heeft de relatie tussen vijf verschillende typen leiderschapsgedrag en burn-out onder verpleegkundigen onderzocht. De resultaten laten zien dat leidinggevendendie voorbeeldgedrag vertonen, medewerkers informeren en bezorgdheid tonen significant minder emotionele uitputting onder hun medewerkers hebben. Het betrekken van medewerkers bij besluitvorming en coaching zijn niet gerelateerd zijn aan emotionele uitputting.

Uit het overzicht blijkt dat 17 van de 28 relaties binnen de leiderschapsdimensie (59 procent) statistisch significant zijn. Twaalf relaties (41 procent) zijn niet-significant. Uit alle onderzochte studies blijkt dat aspecten van leiderschap positief geassocieerd zijn met een betere geestelijke gezondheid (of negatief geassocieerd met een slechtere gezondheid).

Groepsrelaties en geestelijke gezondheidsuitkomsten

In totaal zijn er 29 relaties binnen de groepsrelaties en – gedrag dimensie getest. De bevindingen hierover zijn consistent. Zo laten drie cross-sectionele studies zien dat steun vanuit collega's significant en negatief gerelateerd is aan emotionele uitputting (Jenkins & Elliot, 2004), angstaanvallen en depressie (Kawano, 2008) en burn-out (Meeusen e.a., 2011). Bovendien blijkt uit de longitudinale studie van Eriksen e.a. (2006) dat veranderingen in de werksituatie die tot minder steun van collega's leiden een hogere mate van psychologische stress onder medewerkers tot gevolg hebben. Slechts één studie vond geen significant verband tussen steun vanuit collega's en geestelijke gezondheid (Akerboom & Maes, 2006).

Aangezien veel studies een steekproef van verpleegkundigen heeft gekozen, is er veel aandacht voor de impact van de relatie tussen verpleegkundigen en artsen op de geestelijke gezondheid van verpleegkundigen. Friese (2005) laat bijvoorbeeld zien dat er een significant, negatieve relatie bestaat tussen een collegiale arts-verpleegkundige relatie en emotionele uitputting onder verpleegkundigen. De resultaten in de studies Poncet e.a. (2007), Van Bogaert e.a. (2009) en Hanrahan e.a. (2010) bevestigen dit beeld. Opvallend is dat ook hier maar één studie (Gunnarsdottir e.a., 2009) geen statistisch significante relatie vond.

De overige getoetste relaties die vallen binnen de groepsrelatie dimensie bevatten meer algemene omschrijvingen van de relatie tussen medewerkers zoals sociaal klimaat, cohesie of interpersoonlijke relaties. Arnetz e.a. (2011) hebben bijvoorbeeld de impact van het sociale klimaat onder verpleegkundigen op de geestelijke gezondheid van medewerkers getest. De resultaten laten zien dat sociale steun en cohesie onder collega's de geestelijke gezondheid positief beïnvloedt. De longitudinale studie van Arnetz en Blomkvist (2007) laat eenzelfde resultaat zien. Ondanks deze bevindingen, is er ook één studie die deze relatie niet kan bevestigen (Eriksen e.a. ,2006).

In twee studies is ten slotte bewijs gevonden voor een significant, negatief verband tussen goede interpersoonlijke relaties op het werk en depressie (Jolivet e.a., 2010; Kawano, 2008) en angst onder medewerkers (Kawano, 2008).

Wanneer we de resultaten van de verschillende studies overzien, wordt duidelijk dat de meerderheid van de relaties getoetst in de tweede organisatieklimaat dimensie wijzen op een verband tussen groepsrelaties en geestelijke gezondheidsuitkomsten: 19 van de 26 geteste relaties (73 procent) is significant, terwijl 7 relaties niet-significant zijn (27 procent).

Communicatie en geestelijke gezondheidsuitkomsten

De communicatie en participatie dimensie is het minst vaak onderzocht. Slechts 15 relaties zijn getoetst in 11 verschillende studies. Arnetz e.a. (2011) laat zien dat participatie in besluitvorming significant gerelateerd is aan geestelijke gezondheidsuitkomsten. De meerderheid van de getoetste relaties in andere studies wijzen echter op een niet-significant verband tussen communicatie of participatie en geestelijke gezondheidsuitkomsten (Friese, 2005; Hanrahan e.a., 2010; Eriksen e.a., 2006).

Het onderzoek naar andere aspecten levert geen eenduidig beeld op. Jolivet e.a. (2010) rapporteren een significant, indirect effect van communicatie op de werkvloer en symptomen van depressie onder verpleegkundigen, terwijl Akerboom en Maes (2006) geen enkel significant verband tussen communicatie en psychologische stress of emotionele uitputting vinden. Een nadruk op informatie-uitwisseling is volgens Linzer e.a. (2009) significant geassocieerd met burn-out onder artsen, terwijl Williams e.a. (2007) dit juist niet vinden.

Concluderend is er - in tegenstelling tot de andere twee dimensies- weinig empirisch bewijs voor een relatie tussen de communicatie en participatie dimensie van organisatieklimaat en geestelijke gezondheidsuitkomsten onder zorgmedewerkers. De meerderheid van de geteste relaties (67 procent) is niet significant.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Conclusies

Het doel van deze overzichtsstudie was om een overzicht te geven van het gepubliceerde bewijs van de relatie tussen organisatieklimaat en geestelijke gezondheidsuitkomsten onder zorgmedewerkers. We onderscheiden drie organisatieklimaat dimensies: (1) leiderschap en supervisie, (2) groepsrelaties en –gedrag en (3) communicatie en participatie. De eerste onderzoeksvraag ging over de relatie tussen organisatieklimaat en geestelijke gezondheidsuitkomsten. Onze bevindingen bevestigden de claim dat een ‘goed’ organisatieklimaat positief bijdraagt aan de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers. Een organisatieklimaat is ‘goed’ wanneer aspecten van verschillende dimensies door medewerkers als positief worden gepercipieerd, zoals steun vanuit collega’s, een positieve arts-verpleegkundige relatie en vertrouwen in de leidinggevende.

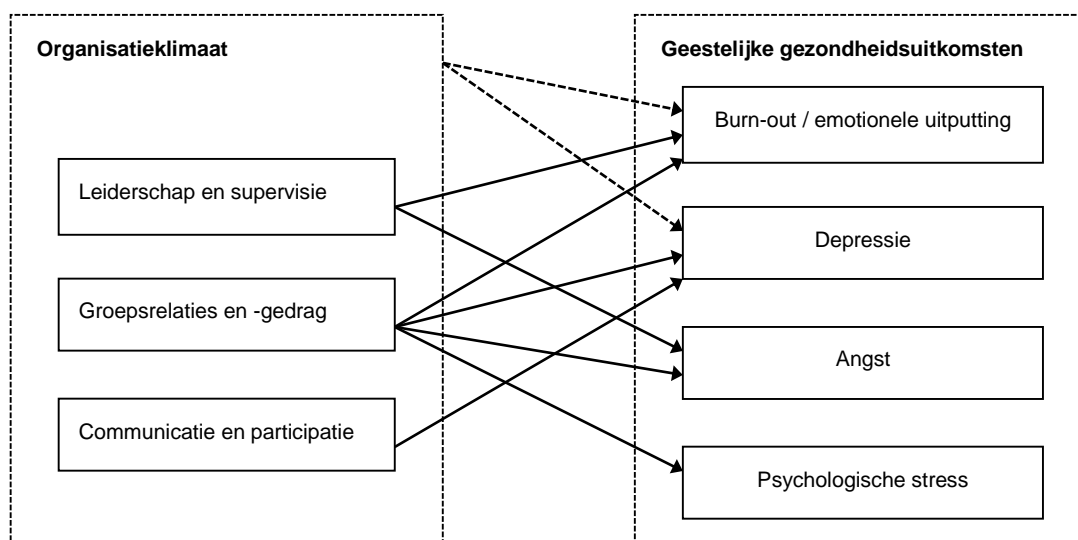
De tweede onderzoeksvraag luidde ‘Welke dimensie van organisatieklimaat is het sterkst gerelateerd aan de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers?’. Het blijkt dat de groepsrelatie en –gedrag dimensie het sterkst gerelateerd is aan geestelijke gezondheidsuitkomsten, gevolgd door de leiderschapsdimensie. Binnen de groepsrelatie dimensie is er vooral bewijs voor de positieve invloed van steun vanuit collega’s en een goede arts-verpleegkundige relatie. Wat betreft de leiderschapsdimensie hebben we vooral bewijs gevonden voor de invloed van leiderschap en supervisie met een relatiegerichte focus. De significante invloed van aspecten zoals ‘goede relatie tussen leidinggevende en medewerker’ en ‘bezorgdheid tonen naar medewerkers toe’ laten zien dat

relatiegerichte managers cruciaal zijn voor de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers (zie bijv. ook Schreuder e.a., 2011).

In het overzicht kwam tevens naar voren dat er relatief weinig en inconsistent empirisch bewijs is voor het verband tussen de communicatie en participatie dimensie en geestelijke gezondheidsuitkomsten. Dit kan wellicht veroorzaakt zijn doordat er in het onderzoek geen consistent gebruik is gemaakt van concepten en meetschalen binnen deze dimensies.

Raamwerk

Op basis van de resultaten van de overzichtsstudie presenteert figuur 2 een raamwerk waarin de paden die bevestigd zijn in de studies zijn opgenomen. De gestippelde lijnen verwijzen naar de relaties tussen samengestelde organisatieklimaat schalen en geestelijke gezondheidsuitkomsten. De ononderbroken lijnen verbinden de enkele organisatieklimaat dimensies met de geestelijke gezondheidsuitkomsten.



Figuur 2
Raamwerk op basis van overzichtsstudie

Dit raamwerk kan worden uitgebreid door mediërende variabelen in te voegen. Verschillende studies hebben het effect van mediërende variabelen zoals percepties van effort-reward imbalance (Jolivet e.a., 2010) en organisatie efficacy (Arnetz e.a., 2011) getoetst. Voor de uitbreiding van dit raamwerk zou het in het bijzonder interessant zijn om de rol van baankenmerken of werkeisen specifiek voor de zorgsector (bijv. emotionele belasting, interdisciplinaire spanningen, flexibele roosters) in de relatie tussen organisatieklimaat en gezondheidsuitkomsten te onderzoeken.

Uit figuur 1 blijkt dat het grootste deel van het empirische onderzoek gefocust is op de relatie tussen organisatieklimaat en burn-out of emotionele uitputting. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat burn-out een werkgerelateerde uitkomst is, terwijl de andere gezondheidsuitkomsten meer algemeen van aard zijn. De Boer e.a. (2011) wijzen op basis van hun meta-analyse echter op het belang van organisatieklimaat in het voorkomen van angst en depressie onder zorgmedewerkers

veroorzaakt door incidenten op de werkvloer. Het is daarom belangrijk dat er meer aanvullend bewijs verzameld wordt over de relatie tussen organisatieklimaat en andere geestelijke gezondheidsuitkomsten zoals depressie en angst.

Beperkingen en toekomstig onderzoek

Dit onderzoek kent ook beperkingen. Ten eerste bestaat het merendeel van de onderzochte studies uit cross-sectioneel onderzoek. Hierdoor kunnen we de mogelijkheid van omgekeerde causaliteit niet uitsluiten. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat medewerkers met geestelijke gezondheidsproblemen (bijv. depressieve medewerkers) de werkomgeving negatief beoordelen, in plaats van andersom. Toekomstig onderzoek met een longitudinaal ontwerp is daarom wenselijk.

Eén van de kenmerken die vaak toegeschreven wordt aan het organisatieklimaat concept is collectiviteit; klimaat gaat over gedeelde percepties (Reichers & Schneider, 1990). De meeste studies in onze overzichtsstudie hebben echter niet de *collectieve* percepties van medewerkers gemeten, maar de *individuele* percepties. Hierdoor hebben deze studies in feite de effecten van psychologisch klimaat (in plaats van organisatieklimaat) onderzocht waardoor we niet met zekerheid kunnen zeggen of de resultaten identiek zouden zijn indien wel de collectieve percepties gemeten zouden zijn. Voor de ontwikkeling van het onderzoek naar organisatieklimaat zou het daarom goed zijn als onderzoekers explicieter zijn in de uitleg en verantwoording van hun analyse en meting van het organisatieklimaat concept.

Ten slotte moet opgemerkt worden dat de studies in deze overzichtsstudie uitsluitend gebruik hebben gemaakt van zelfgerapporteerde gezondheidsmaten. We weten dat studies die werken met zelfgerapporteerde maten gevoelig zijn voor respons bias. Hierdoor is het mogelijk dat de gerapporteerde correlaties overschat zijn als gevolg van “common method variance” (Panari e.a., 2012). Het uitsluitend gebruik maken van “objectieve” data zoals informatie over psychisch zorggebruik legt echter ook niet de volledige betekenis van geestelijke gezondheid vast. Het combineren van zowel zelfgerapporteerde maten en vastgelegde gegevens kan hiervoor een oplossing zijn.

Implicaties voor de praktijk

Inzicht in de wijze waarop organisatieklimaat gerelateerd is aan de geestelijke gezondheid van zorgmedewerkers is cruciaal. Het biedt namelijk concrete aanknopingspunten om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, evenals een van de belangrijkste oorzaken van ongeluk. Er is immers in een groot aantal studies aangetoond dat geluk en gezondheid samenhangen (Veenhoven, 2008). Gezien de ingrijpende hervormingen en bezuinigingen in sectoren als de jeugdzorg, de langdurige zorg en de GGZ is het van groot belang dat zorgorganisaties ervoor zorgen dat hun medewerkers zelf ook gezond blijven. De resultaten uit deze overzichtsstudie hebben dan ook verschillende implicaties voor de praktijk van zorgorganisaties.

Ten eerste blijkt dat groepsrelaties en het groepsgedrag binnen zorgorganisaties zeer belangrijk zijn. Steun vanuit collega's en cohesie tussen medewerkers zijn cruciaal in het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen. Met het toenemende belang van teamwerk en interacties

tussen verschillende afdelingen en disciplines worden de relaties tussen medewerkers in de zorg steeds belangrijker. HR-managers, leidinggevenden en medewerkers zelf kunnen hierbij een rol spelen. Verschillende middelen kunnen namelijk helpen om de groepsrelaties te versterken, zoals het verminderen van competitie tussen medewerkers en het creëren van sterke normen en gedragsregels die positieve interactie tussen collega's stimuleren (Chiaburu & Harrison, 2008). Ook kan waardering voor elkaars werk, samen (niet-werkgerelateerde) activiteiten ontplooiën en goed contact met collega's de groepsrelaties positief beïnvloeden.

Daarnaast laten de resultaten zien dat ook de invloed van de leidinggevende en het management niet mogen worden genegeerd. Relatiegerichte leiderschapsstijlen spelen een belangrijke rol in het gezond houden van zorgmedewerkers. Het betrekken van relatiegerichte competenties zoals het tonen van betrokkenheid en steun aan medewerkers in management development trainingen kan bijdragen aan de ontwikkeling van relatiegerichte leiderschapsstijlen (Schreuder e.a., 2011). Managers kunnen uiteraard ook reflecteren op hun leiderschapsstijl in hun dagelijkse werk. Zij kunnen zich afvragen hoe vaak ze eigenlijk informeren naar de tevredenheid en mentale gezondheid van medewerkers, en wat ze met deze informatie doen. Ook kunnen ze analyseren met welke medewerkers zij een goede relatie hebben, en welke van hun medewerkers voor hen meer op afstand staan. Op basis hiervan kunnen ze er bijvoorbeeld voor kiezen om juist meer contact te zoeken met medewerkers waar ze normaal gesproken niet direct naartoe gaan.

Ten slotte laten onze resultaten zien dat het mixen en afstemmen van verschillende middelen en activiteiten om leiderschap, groepsrelaties en communicatie te stimuleren waarschijnlijk een groter effect op de geestelijke gezondheid van medewerkers heeft dan wanneer er slechts in één van deze organisatieklimate dimensies wordt geïnvesteerd.

Concluderend maakt deze overzichtsstudie duidelijk dat zorgorganisaties die de geestelijke gezondheid van hun medewerkers willen beschermen, er goed aan doen om in hun Arbobeleid ook aandacht te besteden aan het organisatieklimaat. Uiteraard moet men er zich daarbij van bewust zijn dat het niet gaat om het beleid zoals dat op papier gezet is, maar om de manier waarop (met name door leidinggevenden) in de praktijk handen en voeten wordt gegeven aan dat beleid. Onze studie geeft aan waarop men daarbij vooral moet letten. Daardoor kunnen niet alleen veel kosten wegens de uitval van psychische stoornissen voorkomen worden, maar kan waarschijnlijk ook het geluk van medewerkers bevorderd worden.

REFERENTIES

* Studie opgenomen in overzichtsstudie

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organizational support and quality of care: cross-national findings. *International Journal of Quality in Health Care*, 14, 5-13.
- *Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T. & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- *Akerboom, S. & Maes, S. (2006). Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. *Work & Stress*, 20(1), 21-36.
- Ancarani, A., Di Mauro, C. & Giammanco, M.D. (2009). How are organisational climate models and patient satisfaction related? A competing value framework approach. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1813–1818.
- *Arnetz, B. & Blomkvist, V. (2007). Leadership, Mental Health, and Organizational Efficacy in Health Care Organizations: Psychosocial Predictors of Healthy Organizational Development Based on Prospective Data from Four Different Organizations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 242–248.
- *Arnetz, B.B., Lucas, T. & Arnetz, J.E. (2011). Organizational Climate, Occupational Stress, and Employee Mental Health: Mediating Effects of Organizational Efficiency. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(1), 34-42.
- Bergsma, A., Ten Have, M., Veenhoven, R. & De Graaf, R. (2011) Mental Disorders and Happiness; A 3-year follow-up in the Dutch general population. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4) 253-259.
- Bergsma, A., Ten Have, M., Veenhoven, R. & De Graaf, R. (2011) Happy life expectancy associated with various mental disorders. *Netherlands Journal of Psychology* 66(1), 33-34.
- *Bobbio, A. Bellan, M. & Manganelli, A.M. (2012). Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses: A study in an Italian general hospital. *Health Care Management Review*, 37(1), 77-87.
- Bronkhorst, B.A.C., Tummers, L.G., Steijn, A.J. & Vijverberg, D. (2014). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, DOI: 10.1097/HMR.000000000000026.
- Chiaburu, D. & Harrison, D. (2008). Do Peers Make the Place? Conceptual Synthesis and Meta-Analysis of Coworker Effects on Perceptions, Attitudes, OCBs, and Performance. *Journal of Applied Psychology*. 93(5), 1082-1103.
- Cummings, G.C., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 363-385.

- Danna, K. & Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357–384.
- De Boer, J., Lok, A., Van 't Verlaat, E., Duivenvoorden, H.J., Bakker, A.B. & Smit, B.J. (2011). Work-related incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety and depression: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 316-326.
- *Eriksen W., Tambs, K. & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6, 290.
- *Flynn, L., Thomas-Hawkins, C. & Clarke, S.P. (2009). Organizational Traits, Care Processes, and Burnout Among Chronic Hemodialysis Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 569-582.
- *Frieze, C.R. (2005). Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing. *Oncology of Nursing Forum*, 32(4), 765-772.
- Gershon R.R.M., Stone P.W., Bakken S. & Larson, E. (2004). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34, 33-40.
- *Hanrahan, N.P., Aiken, L.H., McClaine, L. & Hanlon, A.L. (2010). Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 198–207.
- *Jenkins, R. & Elliot, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631.
- *Jolivet, A., Caroly S., Ehlinger, V., Kelly-Irving M., Delpierre, C., Balducci, F., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R. & Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science & Medicine*, 71, 534-540.
- *Kawano, Y. (2008). Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of Departmental Environment in Acute Care Hospitals. *Journal of Occupational Health*, 50, 79–85.
- Kelloway, E.K. & Day, A.L. (2005). Building Healthy Workplaces: What We Know So Far. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 37(4), 223-235.
- Layard, P. R. G., & Layard, R. (2011). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin UK.
- Light, R.J. & Smith, P.V. (1971). Accumulating Evidence: Procedures for Resolving Contradictions Among Different Research Studies. *Harvard Educational Review*, 41(4), 429-471.
- *Meeusen, V.C.H., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A.A.J. & Knape, H.T.A. (2011). Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: How burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Management Review*, 36(2), 155-163.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related ill-health and sickness absence: A systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 3–9.
- Movir. (2012). *Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen*. Nieuwegein.
- Panari, C., Guglielmi, D., Ricci, A., Tabanelli, M. C., & Violante, F. S. (2012). Assessing and improving health in the workplace: An integration of subjective and objective measures with the

- Stress Assessment and Research Toolkit (St.A.R.T.) method. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 7, 18.
- *Patrician, P.A., Shang, J. & Lake, E.T. (2010). Organizational Determinants of Work Outcomes and Quality Care Ratings Among Army Medical Department Registered Nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99–110.
- Patterson, M., West, M., Shackleton, V., Dawson, J., Lawthom, R., Matlis, S., et al. (2005). Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- *Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 175, 698–704.
- Reichers, A. E. & Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. In: Schneider, B. (Ed.). *Organizational climate and culture*, San Francisco: Jossey-Bass, pp. 5–39.
- Schneider, B., Ehrhart, M.G. & Macey, W.H. (2013). Organizational Climate and Culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–88,
- Schreuder, J.A.H.; Roelen, C.A.M., Van Zweeden, N.F., Jongasma, D., Van der Klink, J.J.L. & Groothoff, J.W. (2011). Leadership styles of nurse managers and registered sickness absence among their nursing staff. *Health Care Management Review*. 36(1), 58-66.
- Stansfeld S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32, 443–62.
- Stichting IZZ. (2013). *Jaarrapport Zorggebruik 2012: Arbeidsrelevante zorg voor zorgmedewerkers*. Stichting IZZ, Apeldoorn.
- Stolwijk, H & Gelauff, G. (2012) Gelukkiger met geluksbeleid? Uit: Campen, C. van, Bergsma, A., Boelhouwer, J., Boerefijn, J. & Bolier, L. (red.) *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stordeur, S., D’Hoore, W. & The Next-Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45–58.
- TVZ. (2012). *Burn-out dreigt bij 1 op de 3 verpleegkundigen*. [<http://www.nursing.nl/Verpleegkundig-Experts/Nieuws/2012/9/Burn-out-dreigt-bij-1-op-3-verpleegkundigen-TVZNEW100905W/>]. Geraadpleegd op 3 juli 2014.
- Van Leeuwen, J. (2011). *Geluk & Beroep in Nederland*. Rotterdam, Erasmus Universteit Rotterdam.
- *Vahey, D.C, Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*. 42(2), 1157–1166.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effect of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449–469.
- Veenhogen, R. (2012) Sturen op geluk: Is dat mogelijk en wenselijk? Uit: Campen, C. van, Bergsma, A., Boelhouwer, J., Boerefijn, J. & Bolier, L. (red.) *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen*, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

- *Williams, E.S., Baier Manwell, L., Konrad, T.R. & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review, 32*(3), 203-212.
- Wilson, M.G., DeJoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A. & McGrath, A. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*, 565-588.
- *Ylipaavalniemi, J., Kivimaki M., Elovainio, M., Virtanen, M., Keltikangas-Jarvinen, L., Vahtera J. (2005). Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social Sciences & Medicine, 61*, 111–122.