

# Organisatie en werken in de zorg

## De perceptie van de arbeid in Nederland

Tummers, G.E.R., Van Merode, G.G. & Landeweerd, J.A.<sup>1</sup> (2002), *Organisatie, werk en werkreacties in de verpleging en verzorging*. OSA Publicatie ZW26 (ISBN 9065661115).

**Het verrichten van arbeid in de zorg stelt hoge eisen aan het personeel. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat het karakter van de arbeid in de zorg en daarmee ook de werkbelasting gedurende de laatste decennia veranderd is. Naast lichamelijke arbeid (fysieke en fysische risico's) is steeds meer sprake van mentale en emotionele belasting. Deze toename van de mentale belasting in het huidige werk van verpleegkundigen is onder meer toe te schrijven aan de hoge werkdruk, het personeelstekort, de uitbreiding van geavanceerde technologische ontwikkelingen en de toegenomen complexiteit van het werk.**

Als belangrijkste oorzaak van *burnout* worden de werkomstandigheden genoemd, zoals een toenemende werkdruk en weinig mogelijkheden in het werk. Naast deze werkgerelateerde knelpunten, zijn er ook knelpunten betreffende de efficiency op verpleegafdelingen. De werklust verschilt per dag met als gevolg dat de personele capaciteit op verpleegafdelingen zowel overbelast als onderbenut wordt. Bij het verpleegkundig personeel komt dit probleem met name tot uiting in het zogenaamde 'hollen en stilstaan'-fenomeen.

## Maatschappelijke achtergrond

De huidige situatie in de Nederlandse zorgsector mag zorgelijk genoemd worden. Uit de meest recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat het ziekteverzuim in de Nederlandse zorgsector nog steeds relatief hoog is (7,1%) in vergelijking met andere sectoren. Het ziekteverzuim in verpleeghuizen springt – met 8,3 procent – hier bovenuit. Eén van de belangrijkste redenen waarom werknemers in de zorg verzuimen, heeft betrekking op psychische klachten, zoals burnout (Houtman et al., 2000).

Onder andere door deze hoge werklust en de onvoorspelbaarheid van het werkaanbod ondervinden afdelingen steeds meer problemen die te maken hebben met de *kwaliteit van de arbeid*. Hierbij gaat het vooral om de perceptie van het werk zelf (zoals de perceptie van werkdruk en autonomie in het werk; de zogenaamde werkkenmerken) en gevolgen voor de psychologische werkreacties van verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld demotivatie en stress. Deze kunnen uiteindelijk leiden tot verloop en ziekteverzuim. Naast het voorkomen dan wel minimaliseren van gezondheids- en welzijnsri-

sico's, is het tevens van belang om verloop onder het personeel tegen te gaan middels het verhogen van, onder andere, hun werkmotivatie. In het kader hiervan is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in zowel de effecten van werkgerelateerde factoren (werkkenmerken) alsook de effecten van organisatiegerelateerde factoren (organisatiekenmerken) op het welzijn en de gezondheid (de zogenaamde psychologische werkreacties) van werknemers in de zorg. Door inzicht in deze factoren kunnen aan managers in de gezondheidszorg handvaten geboden worden om knelpunten in het werk en/of de organisatie op te sporen en te verbeteren.

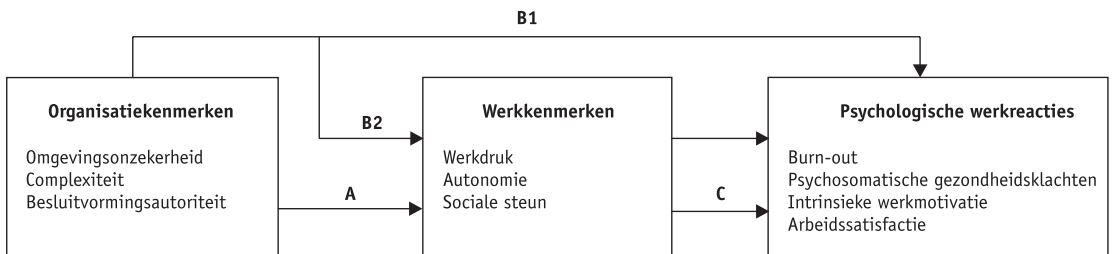
Eerder onderzoek in deze context heeft zich vooral gericht op het inventariseren van werkkenmerken en de invloed hiervan op psychologische werkreacties. De rol van organisatiekenmerken is hierbij echter niet of nauwelijks onderzocht. Het huidige onderzoek richt zich voornamelijk op de *rol van organisatiekenmerken* bij de perceptie van zowel de werkkenmerken als de psychologische werkreacties van verpleegkundigen en verzorgenden. Ten behoeve van dit doel is een onderzoeksmodel opgesteld (zie figuur 1). Aan de hand hiervan zijn de volgende drie onderzoeksvragen geformuleerd:

- Welke relaties zijn er tussen organisatiekenmerken en werkkenmerken (pijl A)?
- Welke relaties zijn er tussen organisatiekenmerken en psychologische werkreacties? Is deze relatie direct (pijl B1) of wordt deze veroorzaakt door de invloed van de werkkenmerken (pijl B2)?
- Welke relaties zijn er tussen de werkkenmerken en psychologisch werkreacties (pijl C)?

## Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werden 15 algemene ziekenhuizen en 14 verpleeghuizen aselect gekozen waarbij rekening gehouden werd met de spreiding van de instellingen in Nederland. Vragenlijsten zijn uitgedeeld aan 1 855 verpleegkundigen in de ziekenhuizen, waarvan uiteindelijk 1 253 verpleegkundigen de vragenlijst ingevuld hebben. Dit komt overeen met een respons van 68%. In de verpleeghuizen is de vragenlijst uitgedeeld aan 1 846 verpleegkundigen en verzorgenden. De uiteindelijke respons was hier 1 139 (oftewel 62%). De vragenlijst bestond uit vragen die betrekking hadden op achtergrond/demografische variabelen (zoals leeftijd, geslacht, werkervaring, dienstverband en het type afdeling), organisatiekenmerken, werkkenmerken en psychologische werkreacties. Voor de keuze van enerzijds de organisatiekenmerken en anderzijds de werkkenmerken en de psychologische werkreacties is gebruik gemaakt van bestaande theoretische modellen uit respectievelijk de organisatiekunde (de contingentiebenadering) en de arbeids- en organisatiepsychologie (het Demand-Control-Support model). Binnen de contingentiebenadering wordt een onderscheid gemaakt tussen structuurkenmerken van een organisatie en omgevingskenmerken. Als *structuurkenmerk* is de variabele besluitvormingsautoriteit geselecteerd. Besluitvormingsautoriteit heeft betrekking op de bevoegdheid die medewerkers hebben betreffende de uitvoering van taken en de besluitvorming omtrent deze taken. Hierbij gaat het zowel om de 'breedte' van de taken – zoals de gevarieerdheid in het takenpakket – als om de 'diepte' van de taken – ook regelgevende taken – complexiteit van de verpleegsituatie en omge-

**Figuur 1.**  
Onderzoeksmodel



vingsonzekerheid zijn geselecteerd als karakteristieken van de *omgeving van de organisatie*. De complexiteit van de verpleegsituatie duidt op de eigenschappen van patiënten en de samenwerking met andere zorgdisciplines. Omgevingsonzekerheid heeft betrekking op de onvoorspelbaarheid van het soort werkzaamheden alsmede op de onvoorspelbaarheid van het tijdstip waarop werkzaamheden gedaan moeten worden. Gebruikmakend van het theoretische raamwerk van het Demand-Control-Support model (Karasek, 1979; Karasek en Theorell, 1990), zijn autonomie, werkdruk en sociale steun geselecteerd als potentiële *werkkenmerken*. Ten slotte wordt de *psychologische werkreactie* gemeten middels de variabelen burnout (meer specifiek emotionele uitputting, dat als kernelement van burnout gezien kan worden), psychosomatische gezondheidsklachten, intrinsieke werkmotivatie en arbeidssatisfactie.

Het onderzoeksdesign is cross-sectioneel van aard, hetgeen betekent dat de onderzoeksvariabelen op één tijdstip gemeten zijn. Hierdoor is enige voorzichtigheid geboden om de verbanden 'causaal' (in termen van oorzaak en gevolg) te interpreteren.

## **Organisatie- en werkkenmerken: wat doen ze er toe?**

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat vooral de werkkenmerken gerelateerd waren aan de psychologische werkreacties. In zowel de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen is gevonden dat een hoge werkdruk en weinig sociale steun van de leidinggevende en collegae voorspellers zijn voor hoge burnout en veel psychosomatische gezondheidsklachten. Een hoge autonomie in het werk bleek vooral positief samen te hangen met arbeidssatisfactie. Dit betekent dat naarmate verpleegkundigen en verzorgenden meer autonomie hebben, hun arbeidssatisfactie hoger is.

Voorts is gebleken dat een hoge mate van sociale steun in het werk een 'beschermende' factor is voor de negatieve effecten die een hoge werkdruk op burnout heeft. Indien verpleegkundigen en verzorgenden gesteund worden in hun werk middels bijvoorbeeld advies of emotionele steun, wordt een hoge werkdruk minder belastend ervaren dan bij

de afwezigheid van sociale steun. Sociale steun fungeert dus als 'buffer' in de relatie tussen werkdruk en burnout.

Hoewel er sterke evidentie gevonden is voor de relaties tussen werkkenmerken en psychologische werkreacties en deze eveneens eenduidig zijn (zowel in ziekenhuizen als in verpleeghuizen worden dezelfde verbanden gevonden), zijn de relaties tussen enerzijds de organisatiekenmerken en werkkenmerken en anderzijds tussen de organisatiekenmerken en psychologische werkreacties minder sterk en eenduidig.

Omgevingsonzekerheid en complexiteit blijken *indirect* van invloed te zijn op burnout en psychosomatische gezondheidsklachten. Deze verbanden worden veroorzaakt door de invloed die beide omgevingsvariabelen hebben op de werkdruk. De verklaring hiervoor kan gezocht worden in de afdelingslogistiek. Een hoge omgevingsonzekerheid op een verpleegafdeling, bijvoorbeeld, veroorzaakt schommelingen tussen rustige en hectische perioden (bekend onder het 'hollen en stilstaan' fenomeen, zoals reeds eerder aangekaart) met als mogelijk gevolg een verhoging van de werkdruk. Deze werkdruk blijkt op zijn beurt te leiden tot met name hoge burnout en veel gezondheidsklachten.

Een hoge besluitvormingsautoriteit bleek verder *direct* voorspellend te zijn voor een hoge arbeidssatisfactie in zowel de ziekenhuizen als de verpleeghuizen. In de ziekenhuizen blijkt eveneens dat de mate waarin werknemers meer mogelijkheden hebben om zelfstandig beslissingen te nemen met betrekking tot het uitvoeren van taken (een hoge besluitvormingsautoriteit) bepalend is voor een hoge intrinsieke werkmotivatie. Dit verband is niet in verpleeghuizen aangetoond. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gezocht worden in de verschillende behoeften en mogelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeghuizen. De mogelijkheden om zelfstandig beslissingen te nemen hoeft namelijk niet positief te zijn voor de intrinsieke werkmotivatie indien men geen behoefte heeft om deze beslissingen te nemen of niet de kennis heeft om deze adequaat toe te passen.

Concluderend kan gesteld worden dat de organisatiekenmerken een relatief geringere rol hebben in de verklaring van de psychologische werkreacties

dan de werkkenmerken. Opmerkelijk is dit niet, aangezien organisatiekenmerken verder van de dagelijkse werksituatie afstaan dan de werkkenmerken en zij wellicht abstracter zijn voor werknemers. De omgevingsfactoren blijken dan ook vooral van invloed te zijn op de werkkenmerken zelf. Het structuurkenmerk 'besluitvormingsautoriteit' daarentegen bleek wel een relatief sterke – directe – relatie te hebben met intrinsieke werkmotivatie. Dit is geen verrassende bevinding aangezien de mate van besluitvormingsautoriteit formeel vastgelegd is in het functieprofiel van werknemers. Deze is bepalend voor de wijze waarop het werk (c.q. taken) vormgegeven wordt qua inhoud. Hiermee kunnen werknemers zich beter identificeren dan met omgevingsfactoren zoals omgevingsonzekerheid en complexiteit. Deze blijken immers indirect van invloed te zijn op burnout via de invloed van voornamelijk de werkdruk. De onderzoeksresultaten zijn weergegeven in figuur 2. In deze figuur is met plussen en minnen aangegeven in welke richting de gevonden verbanden zijn (respectievelijk positief en negatief).

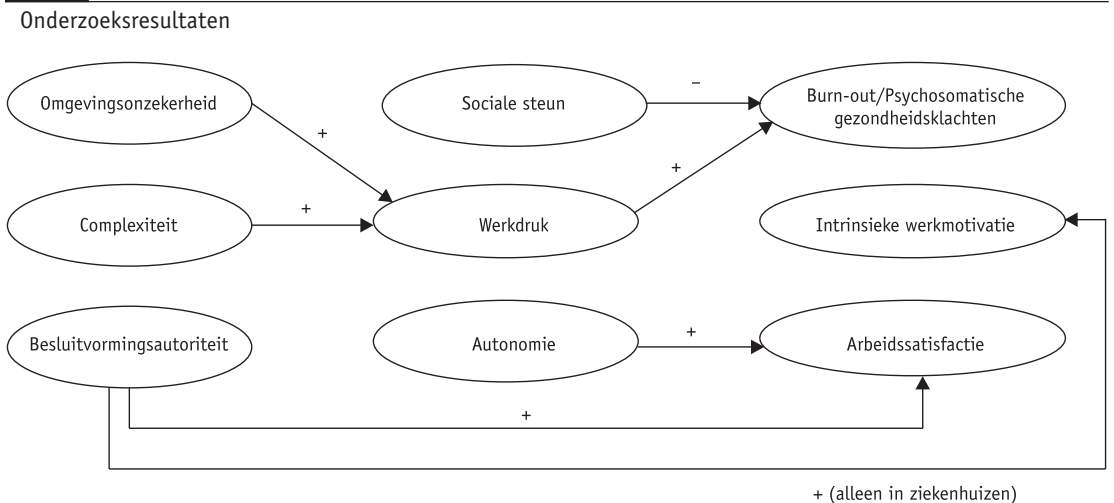
*decentrale organisatiestructuur* waarin meer beslissingsbevoegdheden gedelegeerd worden naar die plek waar ook de kennis aanwezig is: de uitvoerders van de zorg. De verantwoordelijkheid voor een totaal 'product' (de patiënt) – in plaats van een deeltaak – zorgt ervoor dat verpleegkundigen zich meer met dit product kunnen identificeren. De betrokkenheid kan op die manier vergroot worden, hetgeen uiteindelijk ten goede komt aan de werkmotivatie en arbeidssatisfactie van verpleegkundigen. In de praktijk kan dit bijvoorbeeld betekenen dat de organisatie geherstructureerd wordt door de invoering van autonome taakgroepen oftewel zelfsturende teams. Hierbij moet men er echter op bedacht zijn dat een vergaande decentralisatie kan leiden tot nieuwe afstemmingsproblemen. Decentralisatie alleen is dus niet voldoende en zal in *combinatie met andere instrumenten* gebruikt moeten worden, zoals bijvoorbeeld het kantelen van organisaties (klantgerichte organisatie-sturing i.p.v. functioneel gericht) of metasturing (centrale toezicht en kwaliteitstoetsing aan decentrale besluitvormingsprocessen, Van Merode, 1999; Van Merode en Van Raak, 2001).

### Tot slot: la clé du succès...

De resultaten uit het huidige onderzoek geven aanknopingspunten voor de verdere ontwikkeling en vormgeving van het beleid in de zorg. In eerste instantie zal er gestreefd moeten worden naar een

Daarnaast zal het personeel *adequaat gepland* moeten worden, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin in verband met de werklust en werkdruk. Het kwantitatieve aspect heeft betrekking op het adequaat plannen van de hoeveelheid personeel dat per dag beschikbaar moet zijn, afhankelijk

**Figuur 2.**



van de beoogde werklust op de desbetreffende afdeling. Hierbij zal rekening gehouden moeten worden met onder andere het verzuim en fluctuaties in de vraag. Het kwalitatieve aspect heeft betrekking op het selecteren van personeel op kwaliteiten waardoor deze afgestemd kunnen worden op de zorgvraag (zorgzwaarte en zorgcomplexiteit van patiënten). Er zal dus enerzijds een evenwichtigheid moeten zijn tussen de personeelsbezetting en de hoeveelheid geplande opnames en anderzijds tussen de aard van de patiënten en personele bezetting (zowel kwalitatief als kwantitatief).

Last, but not least, zal de organisatie mogelijkheden moeten scheppen om het *sociale klimaat* verder te ontwikkelen dan wel te bevorderen. De rol van de leidinggevende is hierbij cruciaal.

La clé du succès blijkt dus te liggen in het sociale klimaat van de organisatie, de logistiek en het personeelsbeleid. Toekomstig onderzoek zal zich meer dan tot nu toe gedaan is, niet alleen moeten richten op het werk, maar ook op organisatiekenmerken. Deze blijken namelijk van belang te zijn bij de het ontwerpen c.q. inrichten van functies en het vormgeven van zorgprocessen (zoals zorgketens).

*Gladys Tummers*  
OSA

## Noot

1. G.E.R. Tummers, G.G. Van Merode en J.A. Landeweerd zijn werkzaam bij de Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg (BEOZ) van de Universiteit Maastricht.

## Literatuur

- Houtman, I.L.D., Schaufeli, W.B., Taris, T.W., 2000. *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*. NWO/Samsom.
- Karasek, R.A., 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 285-308.
- Karasek, R.A.J., Theorell, T., 1990. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Van Merode, G.G., 1999. Kennismanagement: tussen beheersing en innovatie in de organisatie. *Informatie & Zorg* 28 (3), 90-96.
- Van Merode, G.G., Van Raak, A.J.A., 2001. Afstemming van zorgaanbod en zorgvraag: personeelsplanning. In: G.G. van Merode, A.J.A. Van Raak (Red.), *Beheersing in de zorg. Leerboek over beheersingsvraagstukken binnen zorginstellingen en zorgketens*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 81-92.