

# Scriptie Zorgmanagement

## **‘De waarde van professionele autonomie voor medewerkers binnen de GGZ’**

Aspecten die de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk door professionals in de GGZ beïnvloeden



**Naam:**  
**Patricia Celi**  
**336622**

**Studierichting:**  
**Beleid en Management Gezondheidszorg**  
**Erasmus Universiteit Rotterdam**

**Begeleider:**  
**Dr. K.P. van Wijk**  
**Eerste meelezor:**  
**Dr. A. Nieboer**  
**Tweede meelezor:**  
**Dr. K. van der Lee**

**Datum:**  
**11-5-2012**

## Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'De waarde van professionele autonomie voor medewerkers binnen de GGZ'. Deze scriptie is geschreven door Patricia Celi als afstudeeropdracht voor de opleiding Zorgmanagement aan het IBMG van de Universiteit van Rotterdam.

De titel van de scriptie 'De waarde van professionele autonomie voor medewerkers binnen de GGZ' komt voort uit het vraagstuk of de mate van professionele autonomie effect heeft op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk, en zo ja welk effect. De scriptie gaat specifiek in op de sector van de GGZ en de factoren die de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk vanuit verschillende professionals die zorg leveren binnen dit gebied van de zorg beïnvloeden.

Het afstudeertraject is door verschillende oorzaken voor mij een langere en zwaardere periode geworden dan ik alvorens had ingeschat. Het is een traject geweest met ups en downs, maar ik ben uiteindelijk niet minder trots op mijn geleverde werk.

Deze scriptie is vanuit het IBMG begeleid door dr. Kees van Wijk. Op deze plaats zou ik hem graag willen bedanken voor al zijn hulp, tijd en voor de ondersteuning bij het schrijven van deze scriptie wanneer ik dit nodig had. Tevens tijdens het onverwacht uitlopen van mijn afstudeerperiode bleef de ondersteuning altijd aanwezig, wat ik sterk waardeer. Verder wil ik mijn beide meelezers dr. Anna Nieboer en dr. Kees van der Lee bedanken voor het lezen van mijn scriptie en het geven van waardevolle feedback.

Ook wil ik graag Leny van der Ende bedanken voor haar ondersteuning bij het schrijven van de scriptie. Door jouw wijze raad kreeg ik steeds net dat extra zetje in de rug om dit uiteindelijk voor elkaar te krijgen.

Ten slotte wil ik mijn vriend, familie en vrienden bedanken voor de ondersteuning waar ik altijd van op aan kon. Bedankt voor jullie geduld en begrip in deze drukke periode voor mij.

Tot slot wens ik de lezer van deze scriptie net zo veel plezier met het lezen toe als ik plezier gehad heb met het schrijven van dit document.

### Samenvatting

---

Vanaf begin jaren tachtig wordt er met een steeds kritischer oog gekeken naar de kwaliteit van de gezondheidszorg. Naarmate deze kritische houding vanuit de samenleving toeneemt, voelen zorgorganisaties zich genoodzaakt steeds meer aandacht te geven aan de kwaliteit van de zorg (Harteloh, 2003). Medewerkers spelen hierbij een cruciale rol aangezien zij de diensten daadwerkelijk verlenen (ibid). Voor medewerkers is het belangrijk dat hen de noodzakelijke middelen geboden worden om het werk te kunnen verrichten en om zo kwalitatief goede zorg te leveren aan de cliënt (French et al., 2007). De wijze van organiseren door de zorgorganisatie beïnvloedt de werkwijzen van de dienstverlening en heeft daarnaast effect op het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk (Van Wijk, 2007). Heskett et al. (1997), Korczynski (2002) en Van Wijk (2007) beschrijven verschillende aspecten die dit oordeel beïnvloeden. Wanneer deze aspecten meer in overeenstemming zijn met de wensen en behoeften van de medewerkers, zal de beoordeling over de kwaliteit van het eigen werk stijgen (French et al., 2007). De hogere kwaliteit komt tot uiting in het contactmoment met de cliënt en doordat er beter aangesloten wordt bij de wensen en behoeften van cliënten (Peters, 2007; Van Wijk, 2007; Collins et al., 2008).

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de factoren die de beoordeling door de medewerkers in GGZ organisaties over de kwaliteit van het eigen werk beïnvloeden. Hierbij wordt één factor nadrukkelijk onderzocht, namelijk professionele autonomie. Vanuit de literatuur wordt deze factor gekenmerkt als een essentiële factor in de uitvoering van het werk van een professional in de zorg (Karasek, 1985; Paauwe, 2004; Deam et al., 2010). Binnen de zorg in Nederland wordt autonomie vanuit het professionele perspectief als een waardevol aspect aangemerkt om het eigen werk naar tevredenheid te kunnen beoordelen (Bonke, 2008; De Jonge, 1995). Aantasting hiervan lijkt een negatief effect te hebben op de arbeidssatisfactie van een professional en daarmee op de kwaliteit van zorg (Paauwe, 2004; Deam et al., 2010). Hierbij is het daarnaast zo dat professionals met een hoger functieniveau, een grotere mate van professionele autonomie bij het uitvoeren van de werkzaamheden nodig hebben dan professionals met een lager functieniveau om tevreden te kunnen zijn over het geleverde werk (Ward, 2007). Hieruit blijkt dat artsen een hogere waardering geven aan professionele autonomie dan verpleegkundigen (Carmel et al., 1988; Dekker et al., 2007).

Naast professionele autonomie beschrijft de literatuur meerdere factoren die het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk kunnen beïnvloeden, als 'het werksysteem', 'de interne service kwaliteit', 'beloning', 'ontwikkelingsmogelijkheden' en 'participatiemogelijkheden' (Heskett et al., 1997; Korczynski, 2002; Van Wijk, 2007). De invloed van deze factoren zal tevens nagegaan worden.

Om nader onderzoek naar bovenstaande bevindingen uit de literatuur te doen binnen de sector van de GGZ is voor dit onderzoek de volgende probleemstelling geformuleerd:

*Welke relatie heeft professionele autonomie voor de professionals werkzaam binnen de sector van de GGZ met de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg, en welke factoren hebben tevens invloed op deze beoordeling?*

Op secundaire data is nagegaan wat het verband is tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk door middel van de correlatieanalyse en de multivariate analyse. Daarnaast is met dezelfde analyses nagegaan welke invloed de andere factoren hebben op de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Ten slotte is door middel van de One Way Anova, een correlatieanalyse en een multivariate regressieanalyse nagegaan of het functieniveau effect heeft op de uitkomsten uit voorgaande analyses.

De algemene resultaten van het onderzoek vertonen discrepantie met de literatuur. Professionele autonomie komt namelijk als één van de factoren naar voren zonder significante invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg van het eigen werk. In plaats daarvan komen 'het werksysteem', 'de interne service kwaliteit' en 'sociale steun' naar voren als de drie aspecten met de meeste invloed. Deze factoren komen vanuit de literatuur ook naar voren als belangrijk, maar opvallend is dat professionele autonomie voor de medewerkers van de GGZ organisaties geen relatie heeft met de beoordeling van de kwaliteit van zorg waar de literatuur dit aspect tevens als belangrijk kenmerkt.

Echter komt uit de correlatieanalyse waarbij het effect van het functieniveau getracht wordt te achterhalen naar voren dat voor de behandelaren er wel een significant verband bestaat tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk. Voor de verpleegkundigen bestaat dit significante verband niet en is het verband zelfs negatief. Dit duidt mogelijk op een negatief effect op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk bij de aanwezigheid van een te hoge mate van professionele autonomie. Wanneer door middel van de multivariate regressieanalyse al de variabelen worden meegenomen, neemt de invloed op het oordeel van de kwaliteit van het eigen werk van professionele autonomie af ten opzichte van de anderen variabelen. Vanuit beide functies wordt namelijk 'het werksysteem' het hoogst gewaardeerd. Bij de behandelaren gaat het hierbij om het samenspel tussen het 'werksysteem' en 'de interne service kwaliteit'. Bij de verpleegkundigen is het 'werksysteem' de beste voorspeller in samenspel met 'participatie'.

Vanuit dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden gedaan voor GGZ organisaties om de factoren 'het werksysteem', 'de interne service kwaliteit', participatie en 'de sociale steun' op de juiste wijze en in de juiste mate te faciliteren. Verder onderzoek zal gedaan moeten worden naar de exacte wensen en behoeften van de medewerkers hierin. Daarnaast zal er beleid gecreëerd moeten worden waarin dit tot uiting kan komen.

Ten slotte wordt vervolgonderzoek op grotere schaal en vanuit andere sectoren aanbevolen om zo de externe validiteit van de onderzoeksresultaten te vergroten en recentere data in te winnen. Is de visie op professionele autonomie veranderd binnen de gehele gezondheidszorg of zijn de onderzoeksresultaten alleen geldig voor de unieke omstandigheden binnen de sector van de GGZ?

## Abstract

---

Since the early eighties people are ever more demanding with regards to the quality of healthcare. As this critical attitude from society increased, healthcare organizations felt compelled to give more attention to the quality of care (Harteloh, 2003). Employees play a crucial role in the improvement of healthcare, as they are the ones actually providing the services (ibid). For employees it is important that they are provided with the necessary resources by the healthcare organizations, to carry out the work and thus to deliver quality care to the clients (French et al., 2007). The way in which healthcare organizations manage their processes, influences the way services are provided and also have an effect on the opinion of the employees about the quality of their own work (Van Wijk, 2007). Heskett et al (1997), Korczynski (2002) and Van Wijk (2007) describe different aspects that influence this opinion. When these aspects are more in harmony with the wishes and needs of the employees, their opinion of the quality of their own work is more positive (French et al., 2007). The positive evaluation is reflected in the moment of contact with the client and in the better connection with the wishes and needs of the client (Peters, 2007; Van Wijk, 2007; Collins et al., 2008).

This research contributes to the understanding of which factors influence the opinion of employees of mental healthcare organizations about the quality of their work. The factor professional autonomy is explicitly considered. Literature shows professional autonomy is an essential factor when it comes to working as a professional in healthcare (Karasek, 1985; Paauwe, 2004; Deam et al, 2010). In the perspective of professionals in the Dutch health care, autonomy is regarded as a valuable aspect to positively assess their work (Bonke, 2008; Jonge, 1995). Undermining this seems to have a negative effect on job satisfaction of a professional, and within that the quality of care (Paauwe, 2004; Deam et al., 2010). Furthermore research shows that to be satisfied with their delivered work professionals with a higher job level need a greater degree of professional autonomy than professionals with a lower job level (Ward, 2007). In other words doctors wish for a higher degree of professional autonomy than nurses (Carmel et al., 1988; Dekker et al., 2007).

In addition to professional autonomy literature describes several other factors which can influence the opinion of the employees regarding the quality of their work. These factors are 'the work system', 'the internal service quality', 'remuneration', 'development opportunities' and 'participation opportunities' (Heskett et al., 1997; Korczynski, 2002; Van Wijk, 2007). The influence of these factors will also be researched.

To further study the findings that are mentioned above within the field of mental health care, for this study the following thesis is formulated:

In what way does professional autonomy for professionals working in the sector of mental health care relate to their own assessment of the quality of their delivered care, and which factors also affect this assessment?

Secondary data was used to research the nature of the relationship between professional autonomy and the assessment of the quality of work by means of a correlation analyse and a multivariate analyse. In addition, the same data is used to review the role of the other factors on the assessment of the quality of care. Finally, the method of One Way Anova, correlation analyse and multivariate analyse was used to examine the impact of the job level on the previous analyzes.

The general findings of the research showed discrepancy between the research and the literature. Professional autonomy emerged as one of the factors with no significant effect on the assessment of the quality of their delivered care. Instead 'the work system', 'the internal service quality' and 'social support' emerged as the three aspects with the most influence. Literature marked that these three aspects were also important, but it is remarkable that in this study professional autonomy for the employees of the mental health care is unrelated to the assessment of the quality of care, where literature shows the great importance of this factor.

However, the correlation analysis evaluating the effect of the job level reveals that for the therapists there is a significant relationship between professional autonomy and assessing the quality of the own work. For the nurses there is no significant effect and the correlation is even negative. This indicates a negative effect on the assessment of the quality of the own work in the presence of a too high degree of professional autonomy. When using the multivariate regression analysis all variables are included. The impact on the evaluation of the quality of the own work from professional autonomy decreases in comparison with the other variables. Employees in both these job levels namely appreciate 'the work system' the most. With the therapists this involves the interplay between 'the work system' and 'the internal service quality'. For the nurses 'the work system' is the best predictor in combination with 'participation'.

Considering the outcome of this research, recommendations can be made that mental healthcare organizations facilitate the factors 'the work system', 'internal service quality', 'participation' and 'social support' in the right way and the right degree. Further research needs to sort out the exact wishes and needs of the employees with respect to these aspects. In addition, a policy must be made in which this can be expressed.

Finally, further research on a larger scale and in other healthcare sectors is recommended to increase the external validity of the research results and to obtain more up-to-date data. Is the attitude towards the importance of professional autonomy changed throughout the whole health care or are the results of this research only valid in the sector of mental healthcare?

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting .....	3
Samenvatting .....	3
Abstract .....	5
Inhoudsopgave.....	7
1. Inleiding.....	8
1.1 Probleemanalyse, doelstelling en probleemstelling.....	8
1.2 Leeswijzer .....	10
2. Theoretisch kader.....	12
2.1 Professionele autonomie en de ervaren kwaliteit van zorg .....	12
2.2 Welke overige factoren beïnvloeden de kwaliteit van zorg? .....	13
2.3 Tevreden medewerkers en de kwaliteit van zorg .....	15
2.4 Belevingsverschillen tussen verschillende functies .....	17
2.5 Conceptueel model.....	19
3. Methoden van onderzoek .....	20
3.1 Onderzoeksmethoden .....	20
3.2 Onderzoeksvormgeving.....	20
3.3 Onderzoekspopulatie/onderzoeksgroepen.....	22
3.4 Operationalisaties.....	23
4. Resultaten .....	25
4.1 De relatie tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg .....	27
4.2 De relatie van de verschillende factoren met de beoordeling van de kwaliteit van zorg .....	29
4.3 De waardering van de verschillende factoren vanuit de twee functieniveaus.....	32
5. Conclusie & Discussie .....	37
5.1 Conclusie .....	37
5.2 Discussie.....	39
6. Aanbevelingen.....	44
6.1 Aanbevelingen voor de praktijk.....	44
6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	44
Referenties.....	46
Bijlagen .....	50
Bijlage 1: Codeboek variabelen .....	50
Bijlage 2: Toelichting statistiek.....	53

# 1. Inleiding

## 1.1 Probleemanalyse, doelstelling en probleemstelling

---

Vanaf begin jaren tachtig is er in toenemende mate belangstelling voor de kwaliteit van zorg (Harteloh, 2003; Leenen et al., 2008). Dit heeft geresulteerd in een grote hoeveelheid literatuur waarin discussies rondom de kwaliteit van zorg centraal staan (ibid). Het gaat dan over onderwerpen als kostenbeheersing, toegankelijkheid, de tevredenheid van cliënten, de houding van de zorgverleners en medische fouten. Naarmate de kritische houding over dergelijke kwesties vanuit de samenleving toeneemt, voelen zorgorganisaties zich genoodzaakt steeds meer aandacht te geven aan de kwaliteit van de zorg (ibid).

Naast het verlenen van de daadwerkelijke zorg krijgt de zorgorganisatie en de professional in de zorg, eveneens in toenemende mate, te maken met politieke en economische verantwoording (Friesner et al., 2005). Voorts ontstaat een sterke vraag naar transparantie en is sprake van nieuwe wet- en regelgeving (RVZ, 2000; Dekker, 2008) die eisen stelt aan enerzijds de transparantie en anderzijds de gevolgde werkwijzen in de zorg. Verschillende toezichts- en controleorganen als de Nederlandse Zorg Autoriteit houden zich bezig met het nagaan of de verschillende organisaties binnen de gezondheidszorg zich daadwerkelijk houden aan de voorgeschreven regels (Oostenbrink, 2006).

De druk op zorgorganisaties om te voldoen aan de gestelde eisen van buitenaf en daarmee op het leveren van constante kwaliteit, is dermate hoog dat de professionele autonomie van de professional minder ruimte krijgt (Giard, 2010). Zorgverleners binnen de Nederlandse gezondheidszorg geven aan dat autonomie wordt ervaren als een invloedrijk aspect in het dagelijkse werk (De Jonge, 1995; Bonke, 2008). Volgens Heskett et al. (1997) is de ruimte die men krijgt, om tegemoet te komen aan wensen en behoeften van cliënten, zelfs de belangrijkste factor voor de tevredenheid van medewerkers als het gaat over de beoordeling van de kwaliteit van de eigen dienstverlening. Het verschaffen van de noodzakelijke middelen en voorwaarden vanuit de organisatie om het werk te kunnen uitvoeren speelt een grote rol bij deze beoordeling vanuit de medewerker (ibid). Hoe meer deze wijze van opzet van het werk is afgestemd op de wensen en behoeften van de medewerkers; hoe groter de tevredenheid over de kwaliteit van het eigen werk zal zijn. Voornamelijk omdat zorgmedewerkers zo in staat worden gesteld voor de cliënt hoge kwalitatieve zorg te leveren (Van Wijk, 2007). Naast professionele autonomie zijn er nog verschillende andere HR (Human Resource) aspecten die het oordeel van de medewerkers over het eigen werk beïnvloeden, als 'het werksysteem' en 'ontwikkelingsmogelijkheden' (Heskett et al., 1997; Korczynski, 2002; Van Wijk, 2007).

Medewerkers met een grotere tevredenheid over de eigen werkzaamheden leveren tevens kwalitatief betere zorg en kunnen daardoor beter aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten (Buchan, 2004; Snipes et al., 2005; Castle et al., 2006; Van Wijk, 2007). Met het gevolg dat de cliënten de zorg op een hoger niveau beoordelen (ibid). Hieruit kan afgeleid worden dat kwaliteit geen statisch begrip is, maar eerder dynamisch van aard is. Kwaliteit is een beoordeling die gemaakt kan worden vanuit verschillende perspectieven; zoals gezien



vanuit het gezichtspunt van de medewerker of dat van de cliënt. Professionals kunnen verschillen van mening over de factoren die belangrijk zijn voor hen om goede zorg te kunnen leveren (Donabedian, 1980; Harteloh, 2003). Verschilt bijvoorbeeld de beoordeling van medewerkers met een ander functieniveau?

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de data van Van Wijk (2007). De onderzoeksgroep betreft professionals die in GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) organisaties werkzaam zijn. Door het grote aantal medewerkers met een hoog functieniveau (naast de hoogopgeleide behandelaren, werken er voornamelijk niveau 4 verpleegkundigen) die werken binnen de GGZ is deze sector bij uitstek een geschikte organisatie voor dit onderzoek. De literatuur doet namelijk vermoeden dat met name zorgverleners met een hoog functieniveau grote waarde hechten aan een bepaalde mate van professionele autonomie (Ward, 2007). Om deze reden is kennis over professionele autonomie en de effecten hiervan binnen deze sector van belang. Met de data van Van Wijk (2007) is niet eerder onderzoek gedaan binnen deze sector naar dit onderwerp.

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de kennis over de ervaren professionele autonomie en de gevolgen voor de geleverde kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de zorgverleners binnen de GGZ. Daarnaast wordt nagegaan welke relatie andere HR aspecten hebben met de beoordeling van de kwaliteit van het eigen geleverde werk door de medewerkers. Waarna ten slotte wordt bepaald of het functieniveau effect heeft op bovenstaande uitkomsten.

Om bovenstaande analyses te kunnen maken zijn de volgende doelstelling, probleemstelling en deelvragen geformuleerd:

De doelstelling van dit onderzoek is:

*Inzicht ontwikkelen in het effect van de beleefde professionele autonomie op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen geleverde werk, gezien vanuit de verschillende functies in de sector van de GGZ. Voorts zal worden vastgesteld of andere HR factoren tevens van invloed zijn op de beoordeling van de kwaliteit van zorg.*

Om deze doelstelling te bereiken zal in dit onderzoek antwoord gegeven worden op de volgende probleemstelling:

*Welke relatie heeft professionele autonomie voor de professionals werkzaam binnen de sector van de GGZ met de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg, en welke factoren hebben tevens invloed op deze beoordeling?*

Voor het beantwoorden van deze probleemstelling is een opdeling gemaakt in deelvragen:

1. Hoe waarderen de medewerkers de factor 'professionele autonomie' bij 'de beoordeling van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg' en welke relatie bestaat er tussen beide factoren?
2. Welke relaties bestaan er tussen de overige factoren die vanuit de literatuur worden beschreven en de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?
3. Bestaan er verschillen in waardering vanuit de verschillende functieniveaus binnen de GGZ van de factoren die van invloed zijn op de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?

## 1.2 Leeswijzer

---

In deze leeswijzer wordt de inhoud van het onderzoek per hoofdstuk weergegeven:

*In hoofdstuk 2* staat in het theoretisch kader de literatuur beschreven die belangrijk is voor dit onderzoek. Hierbij staan de begrippen professionele autonomie en ervaren kwaliteit van zorg centraal. Uit de literatuur blijkt dat autonomie vanuit het professionele perspectief van grote waarde is voor de arbeidsatisfactie van een professional werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg (De Jonge, 1995; Bonke, 2008). Met name voor functies met een hoger niveau is professionele autonomie een belangrijke voorwaarde in het werk (Ward, 2007). Naast professionele autonomie spelen tevens andere factoren in op het oordeel van de professional over het eigen werk. Voorbeelden hiervan zijn de inrichting van het werksysteem, participatiemogelijkheden, trainingsmogelijkheden, ontwikkelingsmogelijkheden, beloning en waardering Heskett et al., 1997; Korczynski, 2002; Van Wijk, 2007). Tevreden medewerkers over het eigen werk leveren vervolgens kwalitatief betere zorg (Castle et al., 2006; Peters, 2007). Wanneer medewerkers hun eigen werk positief beoordelen gaan zij op een positievere manier met cliënten om en hierdoor weten zij een betere aansluiting op de wensen en behoefte van deze cliënten te realiseren (ibid).

*In hoofdstuk 3* worden keuzes toegelicht rondom de methoden ingezet voor dit onderzoek: op welke wijze heeft de gegevensverzameling plaatsgevonden om uiteindelijk te komen tot de beantwoording van de probleemstelling (en deelvragen). Dit onderzoek vormt een exploratief kwantitatief onderzoek op basis van de data voortkomend uit het cross-sectioneel onderzoek onder medewerkers van verschillende GGZ organisaties door Van Wijk (2007). Het onderzoek is een secundaire data-analyse. Door middel van beschrijvende statistiek, de correlatieanalyse, de multivariate regressieanalyses en de analyse van One Way Anova wordt het verband nagegaan tussen 'professionele autonomie' en 'de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg'. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van mogelijke andere factoren op 'de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg'. Ten slotte wordt gekeken of het functieniveau effect heeft door de functies van 'behandelaren' en 'verpleegkundigen' te onderscheiden.

*In hoofdstuk 4* worden de onderzoeksresultaten weergegeven, geanalyseerd en besproken. Hierbij komt vanuit de algemene analyses naar voren dat professionele autonomie een veel minder grote rol speelt voor de professionals binnen de onderzochte GGZ organisaties dan de literatuur doet vermoeden. Er kan namelijk geen significant verband aangetoond worden tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Andere factoren hebben een grotere invloed op het oordeel van de medewerkers over het eigen werk. 'Het werksysteem' en 'de interne service kwaliteit' worden het hoogst gewaardeerd. Bij het nagaan van het effect van het functieniveau komt naar voren dat er wel degelijk een verschil bestaat in de ervaring vanuit de verschillende functies. Vanuit de behandelaren heeft professionele autonomie een verband met het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Voor de verpleegkundigen is dit significante verband niet aanwezig en bestaat er zelfs een negatief verband tussen de beide variabelen. Wanneer in de multivariate regressieanalyse meerdere variabelen worden meegenomen neemt het belang van professionele autonomie voor beide functies af. Voor de behandelaren komt 'het werksysteem' in combinatie met 'de interne service kwaliteit' naar voren als meest belangrijk bij het oordeel over de kwaliteit van

het eigen werk. Bij de verpleegkundigen is 'het werksysteem' in samenspel met 'participatie' de beste voorspeller.

*In hoofdstuk 5* volgen de conclusie en discussie. In dit hoofdstuk vindt de interpretatie van de resultaten plaats door deze resultaten te koppelen aan de probleemstelling, de literatuur en het theoretisch kader. De resultaten van het onderzoek wijken op een aantal belangrijke onderwerpen af van de beschreven literatuur. In de eerste plaats door de lagere waardering die de medewerkers geven aan professionele autonomie. Uit de algemene analyses blijkt dat voor de medewerkers binnen de GGZ professionele autonomie geen significant effect heeft op het oordeel van de medewerker over zijn eigen werk. De hoge waardering van het werksysteem en de interne service kwaliteit sluit wel aan bij de literatuur. Ten slotte komen er een aantal interessante bevindingen naar voren uit de analyses waarbij het effect van het functieniveau wordt nagegaan. Voor de behandelaren bestaat er namelijk wel een significant verband tussen professionele autonomie en het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Voor de verpleegkundigen bestaat dit verband niet en is het verband zelfs negatief. Deze bevindingen zullen besproken worden in de discussie en hierbij opnieuw tegen de literatuur afgezet worden.

*In hoofdstuk 6* staan de aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek. De aanbevelingen zijn er met name op gericht om dit onderzoek op bredere schaal uit te voeren en zo tevens recentere data in te winnen. Op deze manier wordt de externe validiteit van de onderzoeksresultaten verhoogt en wordt nagegaan of de onderzoeksresultaten nog actueel zijn.

## 2. Theoretisch kader

In het voorgaande hoofdstuk staan de probleemstelling en de deelvragen van dit onderzoek. Alvorens de antwoorden hierop te formuleren wordt weergegeven wat de bestaande literatuur vermeldt over het onderwerp van dit onderzoek.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- De relatie tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk (2.1);
- De factoren die verder invloed van invloed zijn op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk (2.2);
- Waarom is het oordeel van medewerkers zo belangrijk (2.3);
- Het begrip 'kwaliteit van zorg' (2.4);
- Het effect van het functieniveau op de beleving van de medewerker over al voorgaande aspecten (2.5).

### 2.1 Professionele autonomie en de ervaren kwaliteit van zorg

Autonomie is de 'ruimte' die medewerkers geboden wordt door de zorgorganisatie waarvoor men werkt en de wijze waarop medewerkers dit vervolgens beleven (Appelbaum et al., 2000; Methorst et al., 2004). De literatuur vernoemt autonomie als een waardevolle factor bij de beoordeling van een medewerker aangaande de kwaliteit van het eigen werk (Karasek, 1985; De Jonge, 1995; Paauwe, 2004; Bonke, 2008; Deam et al., 2010).

Autonomie is een eeuwenoud begrip. Het begrip autonomie is te herleiden tot de Griekse oudheid, waar *autonomos* stond voor zelfbestuur, het zelf (*authos*) maken van wetten (*nomos*) (Methorst et al., 2004). Autonomie heeft binnen de context van Human Resource Management (HRM) betrekking op de mogelijkheden van werknemers tot het hebben van inspraak, verantwoordelijkheid en het nemen van besluiten (Appelbaum et al., 2000). Naast de ruimte die een medewerker wordt geboden door een organisatie, gaat het ook om de beleving van de medewerker over deze ruimte (Methorst et al., 2004).

#### *Vormen van autonomie*

Oorschot et al. (1995) maken onderscheid in drie vormen van autonomie:

1. Organisatorische/politieke autonomie: het recht van artsen om beleidsbeslissingen te nemen als legitieme deskundigen in gezondheidsaangelegenheden;
2. Economische autonomie: het recht van artsen om hun honorarium te bepalen;
3. Klinische/professionele autonomie: de kern van het werk op inhoudelijk gebied. Dit houdt vrijheid van diagnose en therapie in (Oorschot et al., 1995).

Dit onderzoek gaat over de professionele autonomie. Beide andere vormen blijven buiten beschouwing omdat het binnen dit onderzoek gaat over de meest primair inhoudelijke vorm van autonomie voor zorgverleners: klinische of wel professionele autonomie. Het gaat namelijk over het oordeel van de professional over zijn eigen werk en daarmee over het inhoudelijke facet van autonomie. De overige vormen zijn meer te kenmerken als secundaire voorwaarden met betrekking tot het artsberoep.

Autonomie wordt door de professional zelf ervaren als zelfbepaling (Deci et al., 2000). Zelfbepaling wordt daarbij gedefinieerd als 'het beleven van ruimte en vrijheid om het eigen

gedrag te kunnen initiëren en te kunnen reguleren' (ibid). Deci en Ryan (2000) zeggen dit als volgt: 'feeling that one's activities are selfchosen and concordant with intrinsic interests and values'. Autonomie omvat het handelen met een gevoel van vrije wil en met de ervaring van keuze (Gagne et al., 2005).

#### *Autonomie en het oordeel over het eigen werk*

Binnen de zorg in Nederland wordt autonomie vanuit het professionele perspectief als een belangrijk aspect aangemerkt om het werk naar tevredenheid te kunnen beoordelen (Bonke, 2008; De Jonge, 1995). Aantasting van deze autonomie lijkt een negatief effect te hebben op de arbeidssatisfactie van een professional en daarmee op de beoordeling van de kwaliteit van zorg door de medewerker (Paauwe, 2004; Deam et al., 2010). Professionele autonomie vormt een waardevolle factor voor het welzijn van een professional (Karasek, 1985). Professionele autonomie laat bijvoorbeeld een negatieve relatie zien tot werkdruk: hoe meer autonomie, hoe lager de beleefde werkdruk (Baillien et al., 2011).

Een uitdagende arbeidssituatie die volop kansen biedt om talent en creativiteit optimaal tot ontplooiing te brengen zorgt ervoor dat medewerkers hogere prestaties leveren en dit zelf ook als zijnde beoordelen (Beer, 2009). Professionals zijn beter in staat en voelen een sterkere motivatie hoge kwalitatieve zorg te leveren wanneer zij meer professionele autonomie ervaren (Paauwe, 2004; Gagne et al., 2005; Deam et al., 2010) en meer ruimte voelen om patiënten van dienst te zijn (Snipes, 2005; Heskett et al., 1997). De feitelijke dienstverlening vindt plaats tijdens het contact tussen cliënt en hulpverlener: het transactiemoment (Van Wijk 2007). Het verkleinen van de professionele autonomie heeft een negatief effect op het transactiemoment tussen professional en cliënt (Metlen et al., 2005; Deam et al., 2010). Ward (2007) stelt vast dat het functieniveau hierbij een kritische factor speelt. Hoe hoger dit niveau hoe meer behoefte er bestaat aan professionele autonomie; terwijl een medewerker met een lager niveau juist moeite heeft met te veel ruimte bij het uitvoeren van het werk (Ward, 2007).

Het is voor zorgorganisaties belangrijk om de beleving van de professional over professionele autonomie na te gaan. Ervaren zij dezelfde ruimte als de zorgorganisatie denkt te bieden (Wright et al., 2005; Metlen et al., 2005)? De mate van de beleefde aanwezigheid van professionele autonomie beïnvloedt de tevredenheid van medewerkers en daarmee de beoordeling van de kwaliteit van zorg door de medewerker (Paauwe, 2004; Deam et al., 2010). Maar is professionele autonomie de enige factor die de kwaliteit van de zorg beïnvloedt?

## **2.2 Welke overige factoren beïnvloeden de kwaliteit van zorg?**

Volgens bestaande literatuur zijn er naast professionele autonomie meerdere factoren aan te wijzen die invloed hebben op de werknemerstevredenheid en daarmee op de kwaliteit van zorg. Naast de theorie over de Service Care Chain (Van Wijk, 2007) toont ook de methode van High Performance Worksystems (HPWS) deze relaties aan.

### *HRM aspecten*

Hesket et al. (1997), Korczynski (2002) en Van Wijk (2007) beschrijven naast professionele autonomie de volgende HRM aspecten die vanuit het professionele perspectief van belang zijn voor medewerkers om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren:

- De inrichting van het werksysteem;
- Participatiemogelijkheden;
- Trainingsmogelijkheden;
- Ontwikkelingsmogelijkheden;
- Beloning en waardering.

Van Wijk (2007) vult hierbij nog de inhoud van de functie, het doelgroepen beleid, roostering, sociale steun en de interne service kwaliteit aan.

Bovenstaande aspecten vormen de wensen en behoeften die medewerkers van belang achten om goede zorg te kunnen leveren (Van Wijk, 2007). Wanneer de opzet van de dienstverlening meer overeenstemt met deze aspecten zal de medewerkertevredenheid toenemen en daarmee de kwaliteit van zorg. Tevreden medewerkers leveren namelijk kwalitatief betere zorg (ibid). Door de aanwezigheid van de genoemde HRM aspecten worden de medewerkers voorzien van 'het gereedschap' om de diensten volgens de verwachtingen van cliënten te kunnen leveren, hetgeen een positieve bijdrage levert aan het transactiemoment (ibid). Deze aspecten komen naar voren in de interne service kwaliteit vanuit de theorie van de Service Profit Chain (Heskett, 1997; Korczynski, 2002). De daaraan verwante benadering van HPWS brengt tevens de relaties van de verschillende aspecten met de kwaliteit van zorg naar voren.

### *HPWS*

HPWS is een benadering die laat zien hoe je hoge prestaties kunt behalen door middel van tevreden medewerkers (Appelbaum, 2000; Tomer, 2001; Wood, 2003; Young et al., 2010). Het is een manier van werken die tevens de waarde van professionele autonomie laat zien voor deze medewerkertevredenheid (Way, 2002; Young et al., 2010). Het idee van HPWS is het creëren van een arbeidsorganisatie gebaseerd op werknemers betrokkenheid, verbondenheid en empowerment, en niet alleen op controle over de werknemers vanuit de organisatie (Pill en Macduffie, 1996; Appelbaum, 2000; Tomer, 2001; Combs, 2006; Purcell en Kinnie, 2007; Luna-Arocas et al., 2008; Boselie, 2010). Dit uitgangspunt zorgt ervoor dat de kans op harder werken door de medewerkers en het leveren van kwalitatief betere zorg vergroot (Pfeffer, 1998).

Bij zowel de Service Profit Chain als HPWS gaat het om de inrichting van arbeid om klantenwaarde te genereren vanuit het creëren van een hoge medewerkertevredenheid (Pfeffer, 1998). Beide modellen geven de waarde weer van verschillende factoren voor de medewerkertevredenheid en daarmee de beoordeling van de kwaliteit van zorg. In dit onderzoek staat de relatie centraal tussen de factor professionele autonomie en kwaliteit van het eigen werk. Daarnaast wordt in kaart gebracht welke invloeden de andere factoren, die ook van belang zijn voor een werknemer, hebben op deze beoordeling. Wat is de rol van deze factoren voor de beoordeling van de medewerkers over hun eigen werk?

## 2.3 Het oordeel over het eigen werk en de kwaliteit van zorg

Wanneer medewerkers de kwaliteit van de door hen geleverde zorg positief beoordelen, betekent dit dat zij tevreden zijn met hun werk (Snipes et al., 2005). Tevreden medewerkers leveren hierop aansluitend weer betere kwalitatieve zorg (ibid). Dit positieve oordeel zal alleen gegeven worden als de organisatie de voorwaarden schept om het mogelijk te maken het werk naar behoren uit te voeren (ibid). De organisatie dient te streven naar een balans tussen de wijze waarop zij de zorg hebben opgezet en de wensen en verwachtingen van medewerkers (Castle et al., 2006).

### *Waarde van de medewerker*

'De factor arbeid vertegenwoordigt een cruciale factor voor een zorgorganisatie' (Mosadeghrad et al., 2008). Organisaties zijn afhankelijk van de inzet, deskundigheid en ervaring van het personeel dat de diensten daadwerkelijk verleent. Voor medewerkers is het belangrijk dat hen de noodzakelijke middelen geboden worden om het werk te kunnen verrichten en zo goede kwalitatieve zorg te verrichten voor de cliënt (French et al., 2007). De wijze van organiseren door de zorgorganisatie beïnvloedt de werkwijzen van de dienstverlening en heeft daarnaast effect op de tevredenheid van medewerkers over de verschillende facetten van het werk (Van Wijk, 2007). Het gaat om de waardering van de aspecten:

- Arbeidsinhoud;
- Arbeidsomstandigheden;
- Arbeidsvoorwaarden;
- Arbeidsverhoudingen (Van Yperen, 1997).

Welke ervaringen en vooruitzichten hebben medewerkers hierover (Van Wijk, 2007)? Peters (2007) verwijst hierbij naar het consumentenonderzoek vanuit het RIVM van 2005 waarin tevredenheid wordt gedefinieerd als 'een respons voortkomend uit een evaluatief proces waarbij percepties van of opvattingen over een object, actie of toestand worden vergeleken met iemands waarden'. Op deze wijze vormt een medewerker zijn of haar oordeel over de kwaliteit van zorg en bepaalt daarmee de mate van tevredenheid over het werk (Peters, 2007). Het personeel bepaalt in hoge mate de kwaliteit van de dienstverlening, doordat zij zelf de diensten uitvoeren. Tevreden medewerkers leveren kwalitatief betere zorg, om deze reden is het belangrijk dat een organisatie investeert in het hoog houden van de arbeidssatisfactie (ibid).

### *Kwaliteit van zorg*

Kwaliteit van zorg' is een begrip dat niet te vangen is in één definitie. Dit blijkt uit de vele pogingen daartoe in de literatuur van de afgelopen jaren (Harteloh, 2003). Kwaliteit is namelijk een beoordeling vanuit een persoon of een gemeenschap en hiermee vanuit verschillende optieken te beschrijven (ibid).

'Kwaliteit kan gedefinieerd worden als de mate waarin de geleverde zorg in overeenstemming is met de medische professionele criteria' (Harteloh, 2003). Bij kwaliteit van zorg gaat om een vergelijking tussen de gestelde doelen in de gezondheidszorg en de werkelijk verleende gezondheidszorg. Naast deze effectiviteit speelt ook efficiency een rol: de afweging van de benodigde kosten om een doel te bereiken is eveneens van belang (Donabedian, 1980; Friesner et al., 2005). Berwick (2005) en Berg et al. (2005) vullen hier

nog drie facetten van kwaliteit bij aan, namelijk: veiligheid, tijdslijnen en het centraal plaatsen van de patiënt. Deze dimensies van het begrip 'kwaliteit' dienen volledig geïntegreerd te worden om een hoge mate van kwaliteit te kunnen bereiken (Berg et al., 2005).

Zowel Donabedian (1980) als Harteloh (2003) benadrukken tevens dat het gaat om het waardeoordeel van een individu of gemeenschap. De beoordeling van de geleverde kwaliteit kan daarom vanuit verschillende perspectieven worden gezien:

- Het professionele perspectief;
- Het geïndividualiseerde perspectief;
- En het sociale perspectief (Donabedian, 1980; Harteloh, 2003).

Aangezien dit onderzoek wordt gezien vanuit de visie van de professionals in de GGZ, gaat het in dit onderzoek om het professionele perspectief. Om deze reden zullen het geïndividualiseerde en het sociale perspectief buiten beschouwing gelaten worden. Bij zowel het geïndividualiseerde als het sociale perspectief gaat het om het oordeel van de cliënt. Voor de cliënt is vooral het resultaat van de zorg van belang (Friesner et al., 2005; Van Wijk, 2007).

Het professionele perspectief laat het perspectief vanuit de medewerker als zorgverlener zien (Harteloh, 2003). Deze groep definieert de kwaliteit van de dienstverlening vanwege de eigen ervaring en scholing vooral vanuit de vakinhoud. De dienstverlening is met name gebaseerd op geëxpliciteerde inhoudelijke kennis en de normen die daaruit voortvloeien (Freidson, 2001; Van Wijk, 2007). 'Bij kwaliteit van zorg gaat het om de samenstelling van eigenschappen en karakteristieken van een product, proces of service, die nodig zijn voor het vervullen van expliciet vermelde of evidente behoeften' (Harteloh, 2003).

Voor alle partijen is het transactiemoment een belangrijk onderdeel van de dienstverlening. Hierbij dient gestreefd te worden naar het in balans brengen van dienstverlening en verwachtingen, ofwel van de interne handelingen op de externe vraag (ibid).

#### *Het oordeel van de medewerker over het eigen werk*

Zoals eerder benoemd leveren medewerkers die tevreden zijn met de kwaliteit van het eigen werk ook daadwerkelijk zorg van betere kwaliteit en hebben een grotere motivatie om dit te leveren (Buchan, 2004; Snipes et al., 2005; Castle et al., 2006). Daarnaast is het zo dat de waardering en motivatie van medewerkers belangrijke voorwaarden zijn voor de verbetering van de kwaliteit van zorg (Castle et al., 2006).

Tevreden medewerkers over de kwaliteit van de eigen dienstverlening gaan op een positievere manier met cliënten om, wat zal bijdragen aan de bevordering van de kwaliteit van zorg tijdens het transactiemoment tussen professional en cliënt (Peters, 2007). Daarnaast weten zij een betere aansluiting op de wensen en behoeften van cliënten te realiseren dan ontevreden medewerkers (ibid). Zo ontstaat er een betere aansluiting bij de vraag van de cliënt (Collins et al., 2008). Spector (1997) geeft aan dat wanneer medewerkers merken dat hun werk van betekenis is voor anderen, dit hen motiveert om kwaliteit te leveren. Hierbij komt de wisselwerking naar voren tussen de interne en externe service kwaliteit en de waarde van het transactiemoment (Van Wijk, 2007). De interne service kwaliteit wordt gevormd door de interne organisatie van het systeem van bedrijfsvoering. En de externe service kwaliteit komt tot uiting in de wijze waarop een organisatie de dienstverlening vormgeeft richting de cliënt. De interne service kwaliteit wordt



primair beoordeeld door de medewerkers en de externe service kwaliteit door de cliënt. Het primaire doel van de organisatie is aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënten. Hierdoor is het van belang om de interne bedrijfsvoering af te stemmen op een voor de cliënten hoge kwalitatief externe service waar zij tevreden over zijn (Van Wijk, 2007; Van Wijk et al., 2011). Zonder tevreden medewerkers zal het echter niet mogelijk zijn om de interne bedrijfsvoering op een dergelijke manier vorm te geven zodat er hoge kwalitatieve zorg geleverd kan worden met een hoge cliënttevredenheid (ibid).

Er valt een duidelijke lijn te ontdekken tussen het oordeel van medewerkers en kwaliteit van zorg. Medewerkers met een hoge arbeidssatisfactie, leveren zorg van hogere kwaliteit (Castle, 2006; Peters, 2007). Wanneer medewerkers vervolgens deze hogere kwaliteit van zorg waarnemen, neemt de waardering voor hun werk verder toe (ibid). Het is daarom voor een zorgorganisatie van groot belang te investeren in een HRM-beleid waarbij getracht wordt aan de wensen en behoeften van de medewerkers tegemoet te komen (Tomer, 2001; Boselie, 2002; Wood, 2003; Paauwe, 2004; Buchan, 2004). Op deze wijze zal het transactiemoment worden versterkt (Van Wijk, 2007).

## **2.4 Belevingsverschillen tussen verschillende functies**

Binnen de zorg bestaan er tal van functies, met verschillende vereisten aan opleiding en ervaring. Tomer (2001) beschrijft dat vanuit de HPWS theorie gesteld kan worden dat voor alle niveaus binnen een organisatie geldt dat een te hoge mate van controle een negatieve invloed heeft op de tevredenheid van de medewerker en de kwaliteit van de geleverde zorg. Echter lijkt de mate van de gewenste professionele autonomie een verschil te maken per functieniveau (Ward, 2007).

Naast het functieniveau zou het ook nog een verschil kunnen maken dat behandelaren als vrijgevestigde artsen werkzaam zijn. Vrijgevestigde artsen zijn door middel van een toelatingsovereenkomst verbonden met de organisatie. De behandelaren bij de GGZ organisaties zijn echter allemaal in loondienst (CAO GGZ Nederland, 2011-2013). Vaak wordt naar voren gebracht dat vrijgevestigde artsen meer autonomie waarderen bij het uitvoeren van hun werk dan artsen in loondienst. De vraag is echter of dit ook zo is. In de CAO-bepalingen vanuit de meeste zorgsectoren is opgenomen dat zij die vanuit loondienst werken dezelfde ruimte ontvangen bij het uitvoeren van de zorg als de specialisten die werkzaam zijn vanuit een toelatingsovereenkomst (Buijsen, 2011). Medisch specialisten zijn namelijk werkzaam volgens de professionele standaard en goed hulpverlenerschap (art. 453 WGBO). Er zullen hierdoor weinig verschillen bestaan in beleefde autonomie vanuit het professionele perspectief, gericht op de inhoud van het werk (Buijsen, 2011).

Vanuit de organisatorische/politieke autonomie en de economische autonomie zijn er echter wel verschillen in waardering door professionals in loondienst en vrijgevestigde professionals. Bij deze vormen van autonomie hebben vrijgevestigde artsen wel meer ruimte nodig dan artsen in loondienst (ibid).

### *Het oordeel van de artsen*

Artsen in Nederland benoemen professionele autonomie als een voorwaarde om het beroep uit te kunnen voeren (Dekker et al., 2007; Bonke, 2008). Vanuit de specifieke kennis en deskundigheid van een arts ontleent de professie legitimatie om beroepshandelingen medisch inhoudelijk te omschrijven en te toetsen. Dat geschiedt op grond van wetenschap en ervaring, wordt vaak vastgelegd in consensus en komt tot uiting in richtlijnen, protocollen

en standaarden. Deze vormen de maatstaven voor het individueel medisch handelen (Roscam, 1998). Waar een arts altijd evidence-based dient te handelen en 'het goed hulpverlenerschap' in acht dient te nemen (KNMG, 2007), brengt de medische standaard tevens naar voren dat naast de voorschriften altijd ruimte moet zijn voor de zogenaamde 'klinische blik' dat staat voor de eigen professionele autonomie. Door hierbij de patiënt centraal te stellen behoudt de zorg haar menselijke gezicht (Bensing, 2000).

Handelen volgens de professionele standaard is de basis voor de professionele autonomie in de individuele patiëntrelatie (RVZ, 2000). Het begrip 'professionele autonomie' kan daarom binnen de context van de zorg nog specifiekere worden omschreven: Een mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep verleent (KNMG, 2007). Voor de individuele beroepsbeoefenaar gaat het om vrijheid en onafhankelijkheid in zijn beroepsmatig handelen binnen nader te specificeren grenzen; voor de beroepsgroep als geheel betekent dit dat zij zelf de inhoud van het professionele werk controleert en reguleert. (RVZ, 2000). Deze ruimte is voor een arts van grote waarde (Dekker et al., 2007). Hieruit valt op te maken dat inperking van deze professionele autonomie kan zorgen voor een verminderde tevredenheid en daarmee een negatief effect heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg (ibid).

#### *Het oordeel van de verpleegkundigen*

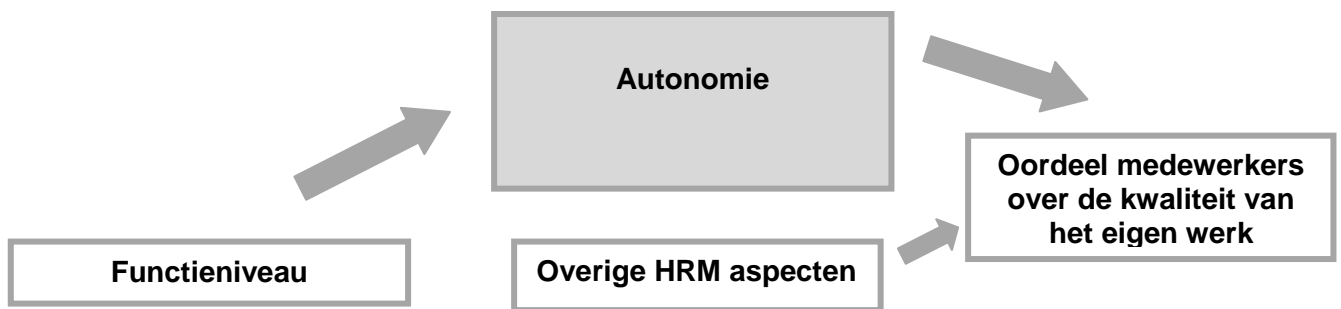
Autonome verpleegkundige zorg is de op competenties, professionele expertise en kennis gebaseerde bekwaamheid van een verpleegkundige om de voor de patiëntenzorg geëigende verpleegkundige acties te bepalen en uit te voeren (Brouwer et al, 2009). De literatuur is wisselend over de wijze waarop verpleegkundigen deze professionele autonomie waarderen. Een aantal studies beschrijft dat professionele autonomie behoort tot één van de factoren die verpleegkundigen belangrijk vinden om het werk naar tevredenheid te kunnen beoordelen (Apker et al., 2003; Leenen et al., 2008). Echter tonen de meeste studies aan dat verpleegkundigen een zekere mate van supervisie en coaching als een belangrijke voorwaarde beleven om tevreden te kunnen zijn over de kwaliteit van het werk (Deborah et al., 1992; Finn, 2001; Castle et al., 2006; Traynor et al., 2010).

Het lijkt erop dat verpleegkundigen minder ruimte nodig hebben dan artsen om het eigen werk positief te kunnen beoordelen (Carmel et al., 1988). Het tegenovergestelde zelfs; een vorm van aansturing door artsen wordt juist als prettig ervaren. Hieruit blijkt dat wanneer de geboden ruimte te groot is, een verpleegkundige minder goed in staat is hoge kwalitatieve zorg te verlenen (ibid). Voor een verpleegkundige nemen vooral factoren als de inhoud van het werk, het teamwerk, de werkomgeving, de keuze van de werklocatie, de werkroutine en het takenpakket een grote rol in bij de arbeidssatisfactie (Ward, 2007). Professionele autonomie is minder van belang, maar dient tevens voor de verpleegkundige in zeker mate aanwezig te zijn (Deborah et al., 1992; Finn, 2001; Traynor et al., 2010).

Een grote behoefte aan professionele autonomie lijkt eerder gekoppeld te zijn aan het artsenberoep dan aan het beroep van verpleegkundige. Uit de literatuur komt naar voren dat hoe hoger de opleiding hoe meer behoefte er bestaat aan professionele autonomie en hoe beter een medewerker presteert vanuit meer ruimte in het werk (Ward, 2007). En daarnaast hoe lager de opleiding hoe kleiner de wens is naar een grote mate van professionele autonomie en hoe slechter een medewerker presteert bij veel ruimte in het werk (Ward, 2007).

## 2.5 Conceptueel model

In figuur 2.1 staan de bevindingen uit de literatuur die betrekking hebben op dit onderzoek weergegeven in een conceptueel model. Dit model vormt de bouwstenen van het onderzoek:



Figuur 2.1 Conceptueel model

## 3. Methoden van onderzoek

In het voorgaande hoofdstuk staat de bestaande literatuur over het onderwerp van dit onderzoek weergegeven. In dit hoofdstuk staat vervolgens de verantwoording beschreven voor de keuzes rondom de methoden van onderzoek voor het uiteindelijk beantwoorden van de probleemstelling en de deelvragen.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

- De onderzoeksmethoden (3.1);
- De onderzoeksvormgeving (3.2);
- De onderzoekspopulatie/onderzoeksgroepen (3.3);
- De operationalisaties van de hoofdbegrippen (3.4).

### 3.1 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van secundaire data. Bij een secundaire data-analyse (ook wel heranalyse genoemd) baseert een onderzoeker het antwoord op de probleemstelling op (omvangrijke) databestanden die door eerdere onderzoekers zijn samengesteld (Swanborn, 2008). Zoals eerder beschreven wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de data van het onderzoek van Van Wijk (2007).

#### *Voordelen*

Er zijn verschillende voordelen aan het doen van een onderzoek met bestaande gegevens, met name op het gebied van efficiency. Ten eerste is het over het algemeen een stuk goedkoper. Daarnaast kan de fase van dataverzameling in het veld (nieuwe data) worden overgeslagen. Dit kan een lastig en langdurig proces zijn met veel oponthoud (Swanborn, 2002).

#### *Nadelen*

Het grote nadeel van bestaande bronnen is echter dat een onderzoeker volledig afhankelijk is van wat andere onderzoekers hebben gedaan (Swanborn, 2002). Een onderzoeker is hierdoor in de eerste plaats niet geheel vrij in het bepalen van de probleemstelling. Daarnaast bestaat er een totale afhankelijkheid van de data die al bestaat, dit brengt beperkingen met zich mee. Dit zal met name naar voren komen vanuit de limitaties die ontstaan vanuit de operationalisaties. De secundaire data moet namelijk passen op de onderzoeksopzet of anders moet deze aansluiting gecreëerd worden, wat tijd kan kosten (ibid).

### 3.2 Onderzoeksvormgeving

Dit onderzoek start met een literatuurstudie waarvan de relevante literatuur wordt gepresenteerd in het theoretisch kader van hoofdstuk 2. Vervolgens vindt de data-analyse plaats met behulp van SPSS. Alle bevindingen worden ten slotte beschreven in de uiteindelijke versie van de scriptie

Dit onderzoek vormt een (exploratief) kwantitatief onderzoek op basis van de data voortkomend uit het cross-sectioneel onderzoek onder medewerkers van verschillende organisaties uitgevoerd door Van Wijk (2007).

Dit onderzoek probeert informatie te genereren over het effect van professionele autonomie op het oordeel over de kwaliteit van de eigen geleverde zorg. Hoe waarderen professionals het aspect 'professionele autonomie'? Wat voor invloed heeft professionele autonomie op de

beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk? Deze relatie wordt bekeken vanuit verschillende functies, om zo te bekijken of het verschil in functie invloed heeft.

Ten slotte zal de invloed van mogelijke andere factoren (naast professionele autonomie) op de beoordeling van de professional over de kwaliteit van het eigen geleverde werk bekeken worden.

#### *De afhankelijke en onafhankelijke variabelen*

Binnen dit onderzoek vormt 'de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg' de afhankelijke variabele. 'Professionele autonomie' is daarnaast de onafhankelijke variabele. Door het nagaan van mogelijke andere invloedsfactoren wordt tevens het bestaan van mogelijke mediërende variabelen nagegaan (Swanborn, 2008). Mediërende variabelen zijn variabelen die (een deel van) het verband tussen andere variabelen verklaren. Deze variabelen en de samenhang tussen deze factoren wordt tevens illustratief weergegeven in het conceptueel model aan het einde van hoofdstuk 2. Daarnaast is als bijlage (bijlage 1) het codeboek van alle betreffende variabelen opgenomen. Hierin is af te lezen welke vragen samengebundeld zijn om een variabele te meten.

#### *SPSS*

Binnen dit onderzoek zijn verschillende vormen van statistiek gebruikt vanuit het programma SPSS. Deze vormen staan in figuur 3.1 weergegeven met daarbij een beschrijving op welke manier de betreffende vorm is ingezet voor dit onderzoek. In bijlage 2 staat hetzelfde schema maar dan met een korte uitleg per vorm van statistiek.

<b>Statistiek</b>	<b>Inzet binnen onderzoek</b>
Beschrijvende statistiek	Staafdiagrammen en frequentietabellen voor het weergeven van de aantallen en kenmerken van de respondenten.
Correlatieanalyse	Analyseren of professionele autonomie (als onafhankelijke variabele) invloed heeft op beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg (als afhankelijke variabele). En daarnaast kijken naar de invloed van andere factoren op deze beoordeling van de kwaliteit van zorg.
Multivariate regressieanalyse (stepwise methode)	Analyseren of professionele autonomie (als onafhankelijke variabele) invloed heeft op de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg (als afhankelijke variabele). En daarnaast kijken naar de invloed van andere factoren op deze beoordeling van de kwaliteit van zorg. Hierbij wordt met name rekening gehouden met het samenspel tussen de verschillende variabelen. De stepwise methode gebruikt binnen dit onderzoek is een combinatie van de forward en de backward methode. De uitkomst van SPSS laat hierdoor alleen de beste voorspellers zien van de afhankelijke variabele: het optimale model. Hierdoor kunnen bij deze analyse bepaalde variabelen (schalen) wegvallen.

One-Way Anova	Nagaan of er een effect bestaat vanuit het functieniveau. Deze analyse gaat alleen na of er een verschil bestaat tussen de verschillende groepen gericht op één variabele. De analyse houdt geen rekening met de overige condities binnen een groep. Daarom zal de One-Way Anova niet de enige analyse zijn om het effect van het functieniveau te achterhalen.
P-waarde	Bij een weergave van twee sterren geldt een p-waarde kleiner dan 0,01. Als de p-waarde tussen 0,01 en 0,05 ligt, toont SPSS één ster.
Likertschaal	1 t/m 5; waarbij:  1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens  Voor het weergeven van de antwoorden is gekozen voor een gelijkmatige vermenigvuldiging van alle antwoordcategorieën met 5. Het minimale punt van deze verdeling ligt daardoor op 5, het middenpunt op 15 en de maximale waardering ligt op 25.

**Figuur 3.1 Methoden van onderzoek**

### 3.3 Onderzoekspopulatie/onderzoeksgroepen

Van Wijk (2007) heeft zijn onderzoek uitgevoerd bij verschillende organisaties, waaronder GGZ organisaties. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van data van drie organisaties binnen deze sector van de GGZ: organisatie 1, 2 en 3. Vanuit de data van Van Wijk (2007) is gekozen voor deze drie organisaties omdat de data die horen bij deze organisaties antwoord geven op de onderzoeksvragen. De keuze voor deze sector is gemaakt wegens de aanwezigheid van secundaire data en daarnaast de interesse van de onderzoeker voor dit gebied. Met de data van Van Wijk (2007) is nog niet eerder onderzoek gedaan naar dit onderwerp.

Het totaal aantal respondenten voor dit onderzoek is (N=) 221. Voor de beantwoording van deelvraag 4 (effect functieniveau) zullen alleen de respondenten in de functiegroep van 'behandelaren' en 'verpleegkundigen' meegenomen worden. Bij deze vraag zullen namelijk deze beide functies met elkaar vergeleken worden. De N voor deze vraag is daarom 173 (66 behandelaren en 107 verpleegkundigen).

Onder 'onbekend' vallen de respondenten die op de desbetreffende vraag geen antwoord hebben gegeven, hierdoor kan een verschil in N ontstaan. Dit geldt voor het gehele onderzoek. Het verschil in N wordt dan veroorzaakt door het verschil in de grootte van het aantal onbekende antwoorden.

### *De grootte van de onderzoeksgroepen*

Zoals eerder benoemd zal binnen de data tevens het effect van het functieniveau worden nagegaan. Om deze reden wordt er onderscheid gemaakt in twee verschillende functies:

- Behandelaren (in de literatuur gelijkgetrokken met 'artsen'): Voor de functie van 'behandelaar' geldt een N van 66.
- Verpleegkundigen: Voor de functie van 'verpleegkundige' geldt een N van 107.
- Overige: De functie 'overige' met een N van 27 bevat de functies die niet duidelijk in te delen zijn naar een niveau.

### **3.4 Operationalisaties**

Het operationaliseren van de begrippen zal geschieden aan de hand van de reeds bestaande operationalisaties vanuit het onderzoek van Van Wijk (2007). De operationalisaties voor dit onderzoek passen hierdoor op de secundaire data.

#### *Professionele autonomie:*

<b>Construct</b>	<b>Operationalisaties</b>	<b>Literatuur</b>
Ervaren professionele autonomie	Autonomie in het werk: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mogelijkheid zelf werkstijl te kiezen;</li><li>• Eigen werkdoelen bepalen;</li><li>• Vrijheid volgorde van werkzaamheden;</li><li>• Mogelijkheid tot beoordelen kwaliteit van eigen werk;</li><li>• Bepaling werklast;</li><li>• Mate van controle leidinggevende;</li><li>• Werktijden;</li><li>• Tevredenheid zelfstandigheid;</li><li>• Regelmogelijkheden.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Appelbaum et al. (2000);</li><li>- Baillien et al. (2011);</li><li>- Beer (2009);</li><li>- Bonke (2008);</li><li>- Deci et al. (2000);</li><li>- De Jonge (1995);</li><li>- Deam et al. (2010);</li><li>- Gagne et al. (2005);</li><li>- Heskett et al. (1997);</li><li>- Karasek (1985);</li><li>- Methorst et al. (2004);</li><li>- Metlen et al. (2005);</li><li>- Oorschot et al. (1995);</li><li>- Paauwe (2004);</li><li>- Snipes (2005);</li><li>- Ward (2007);</li><li>- Wright et al. (2005).</li></ul>

Ervaren kwaliteit van zorg:

Construct	Operationalisaties	Literatuur
Het oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het eigen werk (geleverde zorg)	<p>Tevredenheid met het werk op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie.</li> </ul> <p>Overige invloedsfactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De inrichting van het werksysteem;</li> <li>• Participatiemogelijkheden;</li> <li>• Trainingsmogelijkheden;</li> <li>• Ontwikkelingsmogelijkheden;</li> <li>• Beloning;</li> <li>• Waardering;</li> <li>• Inhoud van de functie;</li> <li>• Het doelgroepen beleid;</li> <li>• Roostering;</li> <li>• Sociale steun;</li> <li>• Interne service kwaliteit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berg et al. (2005);</li> <li>- Berwick (2005);</li> <li>- Boselie (2002);</li> <li>- Buchan, (2004);</li> <li>- Castle et al. (2006);</li> <li>- Collins et al. (2008);</li> <li>- Donabedian (1980);</li> <li>- French et al. (2007);</li> <li>- Friesner et al. (2005);</li> <li>- Harteloh (2003);</li> <li>- Mosadeghrad et al. (2008);</li> <li>- Paauwe (2004);</li> <li>- Snipes et al. (2005);</li> <li>- Spector, (1997);</li> <li>- Tomer (2001);</li> <li>- Van Wijk (2007);</li> <li>- Van Yperen (1997);</li> <li>- Wood (2003).</li> </ul>

Behandelaren/artsen:

Construct	Operationalisaties
Behandelaren/artsen	Psychiaters, psychologen, sociaal wetenschappers en behandelend therapeuten die werken bij de geselecteerde organisatie binnen de sector van de GGZ.

Verpleegkundigen:

Construct	Operationalisaties
Verpleegkundigen	Verpleegkundigen die werken bij de geselecteerde organisaties binnen de sector van de GGZ.



## 4. Resultaten

In hoofdstuk 3 staan de methoden van dit onderzoek beschreven. Deze methoden zijn ingezet om te komen tot de resultaten van het onderzoek. In dit hoofdstuk worden deze resultaten gepresenteerd die na analyse van de gebruikte technieken naar voren zijn gekomen. Deze resultaten vormen de beantwoording van de deelvragen en daarmee de probleemstelling die al staat beschreven in de inleiding van deze scriptie:

*Welke relatie heeft professionele autonomie voor de professionals werkzaam binnen de sector van de GGZ met de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg, en welke factoren hebben tevens invloed op deze beoordeling?*

- 1. Hoe waarderen de medewerkers de factor 'professionele autonomie' binnen 'de beoordeling van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg' en welke relatie bestaat er tussen beide factoren?*
- 2. Welke relaties bestaan er tussen de overige factoren die vanuit de literatuur worden beschreven en de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?*
- 3. Bestaan er verschillen in waardering vanuit de verschillende functieniveaus binnen de GGZ van de factoren die van invloed zijn op de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?*

In dit hoofdstuk zullen deze deelvragen één voor één beantwoord worden. Eerst zullen echter de kenmerken van de respondenten, oftewel de achtergrondvariabelen van de drie GGZ organisaties, worden weergegeven in tabel 4.1.

Uit de tabel is af te lezen dat er meer vrouwen dan mannen werkzaam zijn, meer dan twee keer zoveel. Dit is niet echt opvallend, aangezien er overwegend meer vrouwen dan mannen in de gehele zorgsector werken.

De leeftijden zijn daarnaast redelijk gelijk verdeeld tussen de 20 en 60 jaar. Alleen de leeftijdscategorie van 45 t/m 49 jaar heeft een oververtegenwoordiging, ruim 20% valt in deze categorie.

Verder valt af te lezen dat de meeste werknemers een HBO opleiding als hoogste niveau van de afgeronde opleidingen. MBO en Universiteit zijn daarnaast ongeveer gelijkmatig vertegenwoordigd.

Daarnaast toont de tabel aan dat de meeste werknemers een contract hebben van tussen de 32 en 36 uur. Binnen de zorg is een contract van 36 uur een fulltime contract.

Vervolgens staat weergegeven dat meer dan de helft van de werknemers minder dan 5 jaar in de huidige functie werkzaam is. Tevens zit er een piek van een kleine 21% bij de medewerkers die langer dan 9 jaar werkzaam zijn in hun functie.

Verder valt af te lezen dat meer dan de helft van de respondenten langer dan 5 jaar werkzaam is voor de huidige werkgever binnen de GGZ. Er zit tevens een grote piek van bijna 40% bij de werknemers die langer dan 9 jaar werkzaam zijn bij deze werkgever.

Ten slotte blijkt uit de tabel dat de respondenten al langere tijd werkzaam zijn binnen de sector van de GGZ en tevens in de gezondheidszorg op zich.

Achtergrondvariabelen	Professionals werkzaam binnen 3 GGZ organisaties (totale N=221)	
Sexe	Aantal (N)	Percentage
Man	72	32,60%
Vrouw	143	64,70%
Onbekend	6	2,70%
Totaal	221	100%
<b>Leeftijd</b>		
20 t/m 24 jaar	15	6,80%
25 t/m 29 jaar	21	9,50%
30 t/m 34 jaar	23	10,40%
35 t/m 39 jaar	32	14,50%
40 t/m 44 jaar	22	10,00%
45 t/m 49 jaar	46	20,80%
50 t/m 54 jaar	35	15,80%
55 t/m 59 jaar	20	9,00%
60 jaar of ouder	2	0,90%
Onbekend	5	2,30%
Totaal	221	100%
<b>Opleidingsniveau</b>		
Lbo	2	0,90%
Mbo	58	26,20%
Hbo	107	48,40%
Universiteit	48	21,70%
Onbekend	6	2,70%
Totaal	221	100%
<b>Omvang arbeidscontract</b>		
Meer dan 36 uur	24	10,90%
32 t/m 36 uur	100	45,20%
24 t/m 31 uur	55	24,90%
12 t/m 23 uur	31	14,00%
Minder dan 12 uur	6	2,70%
Onbekend	5	2,30%
Totaal	221	100%
<b>Aantal jaren werkzaam in functie</b>		
Korter dan 1 jaar	34	15,40%
1 tot 3 jaar	65	29,40%
3 tot 5 jaar	30	13,60%
5 tot 7 jaar	20	9,00%
7 tot 9 jaar	21	9,50%
Langer dan 9 jaar	46	20,80%
Onbekend	5	2,30%
Totaal	221	100%

<b>Aantal jaren werkzaam voor werkgever</b>		
Korter dan 1 jaar	9	4,10%
1 tot 3 jaar	48	21,70%
3 tot 5 jaar	37	16,70%
5 tot 7 jaar	21	9,50%
7 tot 9 jaar	13	5,90%
Langer dan 9 jaar	87	39,40%
Onbekend	6	2,7%
Totaal	221	100%
<b>Aantal jaren werkzaam binnen sector</b>		
Korter dan 1 jaar	8	3,60%
1 tot 3 jaar	34	15,40%
3 tot 5 jaar	28	12,70%
5 tot 7 jaar	19	8,60%
7 tot 9 jaar	16	7,20%
Langer dan 9 jaar	109	49,30%
Onbekend	7	3,20%
Totaal	221	100%
<b>Aantal jaren werkzaam binnen gezondheidszorg</b>		
Korter dan 1 jaar	1	0,50%
1 tot 3 jaar	9	4,10%
3 tot 5 jaar	26	11,80%
5 tot 7 jaar	10	4,50%
7 tot 9 jaar	10	4,50%
Langer dan 9 jaar	155	70,10%
Onbekend	10	4,50%
Totaal	221	100%

**Tabel 4.1 Achtergrondvariabelen**

#### **4.1 De relatie tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg**

Zoals eerder beschreven in het theoretisch kader zijn er verschillende wensen en behoeften die medewerkers van belang achten om goede zorg te kunnen leveren. Wanneer de opzet van de dienstverlening meer overeenstemt met deze aspecten zal de medewerkers-tevredenheid toenemen. En tevreden medewerkers laten zien zorg te leveren van betere kwaliteit (Van Wijk, 2007).

##### *Beoordeling kwaliteit van zorg*

Binnen de drie GGZ instellingen die zijn meegenomen in dit onderzoek komt naar voren dat er een redelijke mate van tevredenheid aanwezig is over de kwaliteit van de eigen geleverde zorg. In tabel 4.2 valt namelijk te zien dat voor de kernvariabele 'beoordeling van de kwaliteit van zorg' een gemiddelde geldt van 16,65, wat duidt op een hogere beoordeling dan gemiddeld op de Likertschaal van de antwoordcategorieën van 1-5 (range schaalscore 5-25).

Beoordeling kwaliteit van zorg (N=221)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
16,65	4,167

**Tabel 4.2 De ervaren kwaliteit van zorg**

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: het onderzoeken van het effect van professionele autonomie op de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Door middel van verschillende enquêtevragen heeft Van Wijk (2007) in zijn onderzoek bepaald welke mate van professionele autonomie de medewerkers op dat moment ervaren. Het gaat bij autonomie, zoals beschreven in het theoretisch kader, om de mogelijkheden van werknemers tot het hebben van inspraak, verantwoordelijkheid en het nemen van besluiten (Appelbaum et al., 2000). Zoals eerder aangegeven in paragraaf 2.1 beperkt dit onderzoek zich tot de professionele autonomie; vrijheid van diagnose en therapie (Oorschot et al., 1995).

#### *Ervaren professionele autonomie*

Allereerst staat in tabel 4.3 door middel van beschrijvende statistiek de variabele 'professionele autonomie' weergegeven. Deze kernvariabele heeft een gemiddelde van 17,95, wat betekent dat er een meer dan gemiddelde (op de Likertschaal van de antwoordcategorieën) tevredenheid is over de aanwezigheid van de mate van professionele autonomie. De standaard deviatie is hier kleiner dan bij de 'beoordeling van de kwaliteit van zorg', wat duidt op een kleiner verschil tussen de verschillende waarnemingen.

Ervaren professionele autonomie (N=221)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
17,95	2,572

**Tabel 4.3 De ervaren professionele autonomie**

Uit de literatuur is duidelijk geworden dat binnen de zorg in Nederland professionele autonomie als een belangrijk aspect wordt aangemerkt om de kwaliteit van het werk goed te kunnen beoordelen (Bonke, 2008; De Jonge, 1995). De vraag is of de werknemers binnen de GGZ instellingen vanuit het onderzoek van Van Wijk (2007) dit ook zo ervaren en tevens dit verband aanduiden tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg.

#### *Correlatieanalyse*

Ten eerste is door middel van een correlatieanalyse het verband nagegaan tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. In de SPSS tabel van tabel 4.4 is in de correlatieanalyse af te lezen dat er geen significant verband aangetoond kan worden tussen beide variabelen op basis van een  $\alpha$  van 0,05. Het significantieniveau voor het verband tussen de beoordeling van de kwaliteit van zorg en professionele autonomie is namelijk 0,136. Hieruit blijkt dat professionele autonomie voor de medewerkers binnen de onderzochte organisaties van de GGZ vanuit deze algemene analyse geen invloed heeft op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk.

Correlatieanalyse		
		Beoordeling kwaliteit van zorg
Professionele autonomie	Pearson Correlatie	0,102
	p-waarde	0,136

Tabel 4.4 Correlatieanalyse

## 4.2 De relatie van de verschillende factoren met de beoordeling van de kwaliteit van zorg

### Factoren

Tabel 4.2 laat de huidige beoordeling zien van de ervaren kwaliteit van zorg. Deze beoordeling ontstaat niet uit zichzelf, verschillende factoren beïnvloeden de visie van de medewerkers. Binnen dit onderzoek is getracht te achterhalen welke factoren invloed hebben op de mate van de beoordeelde kwaliteit van zorg.

Voor dit onderzoek zijn hiervoor verschillende variabelen geselecteerd om te onderzoeken of zij invloed hebben op de ervaren kwaliteit van zorg. Deze selectie heeft plaatsgevonden aan de hand van de literatuur, waar Heskett et al. (1997), Van Wijk (2007) en Korczynski (2002) een opsomming geven van variabelen die een relatie laten zien met de beoordeling van de kwaliteit van zorg door de medewerkers:

- Werksysteem;
- Professionele autonomie ;
- Participatiemogelijkheden;
- Trainingsmogelijkheden;
- Ontwikkelingsmogelijkheden;
- Beloning;
- Waarding;
- Inhoud van de functie;
- Het doelgroepen beleid;
- Roostering;
- Sociale steun;
- Interne service kwaliteit.

### Correlatieanalyse

Door middel van een correlatieanalyse is nagegaan of bovenstaande variabelen ook vanuit de medewerkers van de GGZ instellingen een verband laten zien met de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Deze analyse laat zien dat er bij verschillende factoren een significant verband bestaat met het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk op basis van een  $\alpha$  van 0,05 of 0,01. Bij een aantal andere variabelen is dit verband echter niet te achterhalen, tabel 4.5 laat dit zien.

Correlatieanalyse (afhankelijke variabele = beoordeling kwaliteit van eigen werk)		
	Pearson Correlatie	p-waarde
Werksysteem	0,589**	0,000
Interne service kwaliteit	0,557**	0,000
Sociale steun	0,478**	0,000
Participatie	0,422**	0,000
Waardering	0,417**	0,000
Training	0,397**	0,000
Roostering	0,364**	0,000
Doelgroep	0,354**	0,000
Ontwikkeling	0,333**	0,000
Inhoud functie	0,204**	0,003
Professionele autonomie	0,102	0,136
Beloning	0,010	0,882

\*\* Significant op basis van  $p < 0,01$

\* Significant op basis van  $p$  tussen 0,01 en 0,05

**Tabel 4.5 Correlatieanalyse**

Uit tabel 4.5 blijkt ten eerste dat de meeste aspecten een verband vertonen met het oordeel vanuit de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk. Alleen de variabelen 'professionele autonomie' en 'beloning' vertonen geen significant verband met deze afhankelijke variabele. Op basis van de correlatieanalyse kan gezegd worden dat er geen ondersteuning is vanuit de data dat 'professionele autonomie' en 'beloning' een effect hebben op het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk binnen de onderzochte GGZ instellingen. In tegenstelling tot de literatuur die de invloed van beide factoren op het oordeel van de medewerker wel beschrijft.

De variabelen die wel een verband tonen met 'de beoordeling van de kwaliteit van zorg' staan in tabel 4.5 direct gerangschikt naar mate van belangrijkheid voor de medewerker. De ene variabele heeft namelijk een sterkere samenhang met de afhankelijke variabele dan de andere.

De drie belangrijkste factoren worden gevormd door het werksysteem, de interne service kwaliteit en de geboden sociale steun. Van Wijk (2007) heeft hier onderzoek naar gedaan en omschrijft de drie factoren als volgt:

1. De invulling van het werksysteem vormt de meest waardevolle factor voor de medewerkers binnen de onderzochte GGZ instellingen bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg die zij leveren. Hierbij gaat het om een duidelijke procesbeschrijving, duidelijke rol- en taakverdeling, een vaststaande werkmethode, een systeem dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd, schriftelijke vastlegging van de procedures en duidelijke instructies bij onverwachte situaties.
2. Bij de interne service kwaliteit gaat het om de omgang vanuit de organisatie en met name vanuit het management met het faciliteren van medewerkers om vraaggerichte zorg en zorg op maat te kunnen leveren. En om de acties die worden ondernomen om de kwaliteit van deze zorg te kunnen verbeteren.
3. Bij sociale steun gaat het ten slotte om de steun die een medewerker ervaart vanuit ten eerste zijn individuele collega's: kan hier op gerekend worden. Ten tweede gaat het om de ondersteuning vanuit het team: de investering in teambuilding en de

opvang wanneer een collega ziek is. Als laatst gaat het om de leidinggevende: het vertrouwen dat een leidinggevende de medewerker geeft bij het mogen leveren van zorg op maat en de omgang vanuit deze leidinggevende met medewerkers wanneer zij aangeven ergens mee te zitten of een probleem te hebben.

#### *Multivariate regressieanalyse*

De multivariate regressieanalyse geeft nog een andere kijk op het geheel. Hierbij wordt er niet gekeken naar de individuele relaties tussen de variabelen en de 'beoordeling van de kwaliteit van zorg', maar juist naar het samenspel tussen alle factoren in relatie tot deze afhankelijke variabele. Naast de samenhang wordt door middel van deze analyse de veronderstelde relatie tussen de verschillende verklarende factoren en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk achterhaald.

<b>Multivariate regressieanalyse (afhankelijke variabele = beoordeling kwaliteit van eigen werk)</b>					
	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>	<b>Model 4</b>	<b>Model 5</b>
	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
<b>Intercept</b>	1,760	0,302	-2,792	-1,656	-2,711
<b>Werksysteem</b>	0,653**	0,485**	0,430**	0,415**	0,379**
<b>Interne service kwaliteit</b>		0,375**	0,315**	0,338**	0,305**
<b>Sociale steun</b>			0,199**	0,212**	0,231**
<b>Beloning</b>				-0,135**	-0,140**
<b>Doelgroepenbeleid</b>					0,126*
<b>Verklarende variantie</b>	0,423	0,533	0,561	0,576	0,586
<b>Adjusted R Square</b>					
<b>F</b>	117,583	91,696	68,627	54,950	46,085

\*\* Significant op basis van  $p < 0,01$

\* Significant op basis van  $p$  tussen 0,01 en 0,05

#### **Tabel 4.6 Multivariate regressieanalyse**

De multivariate regressieanalyse van tabel 4.6 laat zien dat er vijf aspecten zijn die vanuit deze analyse een significante relatie hebben met de afhankelijke variabele 'de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk' (in volgorde van belangrijkheid). Deze vijf factoren zijn daarmee de beste voorspellers van de afhankelijke variabele 'de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk'. Deze aspecten zijn: het werksysteem, interne service kwaliteit, sociale steun, beloning en het doelgroepenbeleid. Een organisatie zal hierdoor in de eerste plaats aandacht moeten besteden aan het optimaal vormgeven van de combinatie van deze aspecten. Opvallend hierbij is wel dat het aspect 'beloning' vanaf model 4 een negatief verband heeft met de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Dit wil zeggen dat hoe groter de beloning voor het werk is, des te lager de tevredenheid is in de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk.

De overige aspecten die vanuit de literatuur wel beschreven worden als factoren die invloed hebben op de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk, vertonen geen relatie met deze factor vanuit de multivariate regressieanalyse. Dit geldt voor de aspecten: participatiemogelijkheden, waardering, trainingsmogelijkheden, roostering, ontwikkelingsmogelijkheden, inhoud van de functie en tevens voor professionele autonomie.

In de multivariate regressieanalyse komt professionele autonomie niet naar voren als één van de beste voorspellers van het oordeel vanuit de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk. In deze regressieanalyse heeft professionele autonomie daarmee geen

significant verband met het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. In tegenstelling tot wat de literatuur beschrijft, geven de medewerkers van de GGZ organisaties binnen dit onderzoek aan dat professionele autonomie voor hen helemaal niet zo'n essentiële rol meer speelt wanneer andere factoren ook in het spel komen. In de waardering van de factoren die voor hen meespelen in de beoordeling van de tevredenheid over de kwaliteit van het eigen werk blijkt professionele autonomie naast de andere factoren een minder belangrijke voorspeller te zijn dan de literatuur doet vermoeden. Verschillende andere factoren hebben een sterkere invloed op het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk.

### 4.3 De waardering van de verschillende factoren vanuit de twee functieniveaus

Binnen de zorg bestaan er tal van functies, met verschillende vereisten aan opleiding en ervaring. Echter lijkt de mate van de gewenste geboden ruimte wel een verschil te maken per functieniveau (Ward, 2007).

Om dit gegeven uit de literatuur na te gaan in de praktijk is er bij dit onderzoek voor gekozen om tevens te kijken naar de invloed van het functieniveau. Zoals eerder beschreven binnen deze scriptie zijn daarom twee functies onderscheiden, namelijk de behandelaren (artsen) en de verpleegkundigen. Tabel 4.7 laat de verdeling zien tussen alle functies onder de respondenten van dit onderzoek. Alleen de functies van 'behandelaar' en 'verpleegkundige' worden meegenomen in de analyses. De overige en de 'onbekende' functies worden niet meegenomen.

Functieverdeling		
	Aantal (N)	Percentage
Behandelaren	66	29,9%
Verpleegkundigen	107	48,4%
Totaal	173	78,3%
Overige en onbekend	48	21,7%
Totaal	221	100%

**Tabel 4.7 Functieverdeling**

#### *Behandelaren*

Eerst is door middel van beschrijvende statistiek gekeken welke mate van kwaliteit van de zorg en professionele autonomie de functiegroep 'behandelaren' ervaart. Uit beide tabellen weergegeven in tabel 4.8 en 4.9 valt op te maken dat de behandelaren een redelijk hoge mate van tevredenheid hebben over beide factoren.

Tabel 4.8 laat zien dat behandelaren een gemiddelde kwaliteit ervaren van 17,15. Hieruit blijkt een hogere beoordeling van de kwaliteit van zorg dan gemiddeld op de Likertschaal van de antwoordcategorieën.

Beoordeling kwaliteit van het eigen werk door behandelaren (N=66)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
17,15	4,304

**Tabel 4.8 Beoordeling kwaliteit van zorg door behandelaren**



Tabel 4.9 laat zien dat behandelaren momenteel een gemiddelde professionele autonomie ervaren van 18,20. Hierdoor kan een hogere mate van ervaren professionele autonomie dan gemiddeld op de Likertschaal geconstateerd worden. De standaarddeviatie is hier lager wat duidt op een kleiner verschil tussen de verschillende waarnemingen. Deze uitkomst is in overeenstemming met de literatuur waar behandelaren aangeven professionele autonomie als een belangrijke voorwaarde te zien bij de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk.

Ervaren professionele autonomie door behandelaren (N=66)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
18,20	2,740

**Tabel 4.9** Ervaren professionele autonomie door behandelaren

#### *Verpleegkundigen*

Bij de verpleegkundigen is tevens eerst door middel van beschrijvende statistiek gekeken naar de beoordeling die zij geven aan de ervaren kwaliteit van zorg en professionele autonomie. Ook de verpleegkundigen laten een redelijk hoge beoordeling zien, al is de beoordeling wel lager dan die van de behandelaren.

Tabel 4.10 laat zien dat de verpleegkundigen de ervaren kwaliteit van zorg beoordelen met een gemiddelde van 16,68. Hieruit kan opgemaakt worden dat er een hogere waardering is gegeven dan gemiddeld op de Likertschaal van de antwoordcategorieën. Echter ligt het gemiddelde wel iets lager dan bij de behandelaren.

Beoordeling kwaliteit van het eigen werk door verpleegkundigen (N=107)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
16,68	3,967

**Tabel 4.10** Beoordeling kwaliteit van zorg door verpleegkundigen

Uit tabel 4.11 kan een gemiddelde van 17,69 afgelezen worden bij de beoordeling van de verpleegkundigen over de ervaren professionele autonomie. Ook vanuit deze tabel kan men een hogere beoordeling dan gemiddeld op de Likertschaal constateren. Het gemiddelde is weliswaar lager dan bij de behandelaren, maar het getal is nog steeds boven het gemiddelde op de Likertschaal.

Ervaren professionele autonomie door verpleegkundigen (N=107)	
Gemiddelde	Standaard deviatie
17,69	2,027

**Tabel 4.11** Ervaren professionele autonomie door verpleegkundigen

#### *Anova (t-test)*

Via de One-Way Anova is vervolgens gekeken of er een effect bestaat vanuit het niveau van de beide functies. Tabel 4.12 laat zien dat zowel voor professionele autonomie als het oordeel van de kwaliteit van zorg het gemiddelde van beide functiegroepen niet significant

van elkaar verschilt. Binnen de onderzochte GGZ organisaties bestaat er daarmee geen verschil in waardering van de variabelen 'professionele autonomie' en 'ervaren kwaliteit van zorg' vanuit de verschillende functiegroepen (behandelaren en verpleegkundigen). Deze uitkomst is niet in overeenstemming met de literatuur, waar functieniveau wel een verschil maakt bij de ervaring van de professionele autonomie.

In tabel 4.12 is een significantieniveau af te lezen van 0,407 bij professionele autonomie en van 0,133 bij de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk. Met deze informatie kan vastgesteld worden dat geen significant verband aangetoond kan worden op basis van een  $\alpha$  van 0,05.

Anova (one way)			
		Sum of squares	Significantie
Professionele autonomie	Tussen groepen	11,751	0,407
	In groepen	1273,774	
	Totaal	1285,525	
Beoordeling kwaliteit van het eigen werk	Tussen groepen	71,611	0,133
	In groepen	3419,930	
	Totaal	3491,540	

**Tabel 4.12 Anova op basis van het functieniveau**

#### *Correlatieanalyse*

Naast de Anova analyse is ook gekeken naar het effect van functieniveau door de eerder uitgevoerde correlatieanalyse op te splitsen naar de twee functiegroepen. Is er op basis van deze analyse mogelijk wel een effect van het functieniveau te achterhalen? In tabel 4.13 staat de correlatieanalyse weergegeven. De correlatieanalyse laat nog steeds geen significant verband zien tussen ervaren kwaliteit van zorg en professionele autonomie bij verpleegkundigen. Het getal dat de correlatieanalyse weergeeft is hier zelfs negatief. Dit wil zeggen dat hoe meer professionele autonomie verpleegkundigen zouden ervaren, hoe slechter zij de kwaliteit van de eigen geleverde zorg zouden beoordelen. Hieruit zou dan blijken dat de verpleegkundigen binnen de onderzochte GGZ organisaties een te grote mate van professionele autonomie niet als prettig ervaren. Dit zou in lijn zijn met een deel van de literatuur, waar naar voren kwam dat verpleegkundigen een bepaalde mate van aansturing door artsen juist waarderen (Carmel et al., 1988).

Bij behandelaren valt echter vanuit deze analyse wel een significant verband af te lezen. Hieruit valt op te maken dat voor behandelaren professionele autonomie wel een rol speelt bij de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk. Voor de behandelaren bestaat er een samenhang tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Deze uitkomst is in lijn met de literatuur zoals eerder beschreven in het theoretisch kader. In het theoretisch kader wordt namelijk beschreven dat behandelaren (artsen) veel waarde hechten aan professionele autonomie bij de uitvoering van het werk (Dekker et al., 2007; Bonke, 2008).

Het schema van tabel 4.13 laat voor behandelaren een significante correlatie zien van 0,291 tussen ervaren kwaliteit van zorg en professionele autonomie ( $p < 0.05$ ).

Correlatieanalyse behandelaren		
		Beoordeling kwaliteit van zorg
Professionele autonomie	Pearson Correlatie	0,291*
	p-waarde	0,018
Correlatieanalyse verpleegkundigen		
		Beoordeling kwaliteit van zorg
Professionele autonomie	Pearson Correlatie	-0,119
	p-waarde	0,224

\*\* Significant op basis van  $p < 0,01$

\* Significant op basis van  $p$  tussen 0,01 en 0,05

**Tabel 4.13 Correlatieanalyse (op basis van functieniveau)**

*Multivariate regressieanalyse*

Ten slotte is er gekeken naar de invloed van het functieniveau door de eerder uitgevoerde multivariate regressieanalyse op te splitsen naar beide functiegroepen.

Multivariate regressieanalyse behandelaren (afhankelijke variabele = beoordeling kwaliteit van eigen werk)		
	Model 1	Model 2
	$\beta$	$\beta$
Intercept	0,493	-0,253
Werksysteem	0,706**	0,473**
Interne service kwaliteit		0,407**
Verklaarde variantie	0,486	0,589
F	38,799	29,683

Multivariate regressieanalyse verpleegkundigen (afhankelijke variabele = beoordeling kwaliteit van eigen werk)		
	Model 1	Model 2
	$\beta$	$\beta$
Intercept	1,647	-0,778
Werksysteem	0,675**	0,586**
Participatie		0,252**
Verklaarde variantie	0,450	0,501
F	75,436	46,625

\*\* Significant op basis van  $p < 0,01$

\* Significant op basis van  $p$  tussen 0,01 en 0,05

**Tabel 4.14 Multivariate regressieanalyse (op basis van functieniveau)**

Deze analyse in tabel 4.14 laat zien dat de behandelaren de volgende twee factoren als meest belangrijk ervaren:

1. Werksysteem
2. Interne service kwaliteit

Voor de verpleegkundigen zijn dit de volgende twee factoren:

1. Werksysteem
2. Participatie

Het werksysteem komt ook in deze analyses naar voren als de factor waar het meeste waarde aan wordt gehecht. Deze variabele is het belangrijkste vanuit alle functies bij het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Bij de behandelaren gaat het daarbij om de combinatie tussen het werksysteem en de interne service kwaliteit. Bij de verpleegkundigen gaat het hierbij om de combinatie tussen het werksysteem en participatie. Opvallend is wel de waardering die door de verpleegkundigen wordt gegeven aan de factor 'participatie'. Dit duidt erop dat de verpleegkundigen het belangrijk vinden mee te mogen doen en denken in situaties waar beslissingen genomen moeten worden. Dit brengt een verschil naar voren met de analyses waarbij geen opsplitsing is gemaakt naar functieniveau.

Professionele autonomie komt vanuit de multivariate regressieanalyse voor beide functies niet naar voren als één van de belangrijkste voorspellers van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Vanuit de verpleegkundigen bestaat er geen samenhang tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Vanuit de behandelaren is er een andere uitkomst. De correlatieanalyse laat voor de behandelaren wel een samenhang zien tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Wanneer in een multivariate regressieanalyse het effect van meerdere variabelen wordt meegenomen, neemt het belang van de variabele 'professionele autonomie' af ten opzichte van de andere variabelen die zijn meegenomen in deze analyse. Hieruit valt op te maken dat wanneer de andere variabelen worden meegenomen voor de behandelaar het belang van professionele autonomie afneemt en daarmee een minder belangrijke voorspeller is van de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Waar in de één op één relatie professionele autonomie wel effect heeft op deze beoordeling.

Concluderend valt op te maken dat vanuit alle analyses het werksysteem het hoogst wordt gewaardeerd. Wanneer het werksysteem aansluitend aan de werkzaamheden en naar de wensen en behoeften van de medewerkers is vormgegeven, draagt dit het meest bij aan een positief oordeel van medewerkers over de kwaliteit van het eigen werk. De multivariate regressieanalyses geven daarnaast weer welke andere aspecten in combinatie met het werksysteem belangrijk zijn om optimaal te organiseren vanuit de organisatie.

## 5. Conclusie & Discussie

Na in hoofdstuk 4 de analyses van de onderzoeksresultaten beschreven te hebben zullen in dit hoofdstuk de conclusie en de discussie aan de orde komen. De conclusie van het onderzoek zal per deelvraag weergegeven worden om uiteindelijk de probleemstelling te kunnen beantwoorden. Vervolgens zal in de discussie het gehele onderzoek besproken worden en zullen de onderzoeksresultaten met de literatuur verbonden worden. Daarnaast zal kritisch gekeken worden naar de wijze van uitvoeren van het onderzoek en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid van de resultaten.

### 5.1 Conclusie

Na het bestuderen van de literatuur en het uitvoeren van dit onderzoek kan in deze paragraaf de conclusie van het onderzoek weergegeven worden. De conclusie van het onderzoek zal per deelvraag worden weergegeven, alvorens antwoord te kunnen geven op de probleemstelling van dit onderzoek.

*Hoe waarderen de medewerkers de factor 'professionele autonomie' binnen 'de beoordeling van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg' en welke relatie bestaat er tussen beide factoren?*

Binnen de literatuur over de Nederlandse Gezondheidszorg wordt professionele autonomie naar voren gebracht als een belangrijke factor in de beoordeling van de professional over zijn eigen werk (De Jonge, 1995; Bonke, 2008). Professionals die meer ruimte ervaren in hun werk hebben een hogere arbeidssatisfactie (Karasek, 1985; Paauwe, 2004; Deam et al, 2010). Vanuit dit onderzoek komt echter naar voren dat professionele autonomie vanuit de algemene analyses geen invloed heeft op het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van zijn eigen geleverde werk. Zowel de correlatieanalyse als de multivariate regressieanalyse duiden niet op een significant verband tussen beide factoren. Professionele autonomie neemt voor de medewerkers van de GGZ daarmee niet die belangrijke plaats in als de literatuur doet vermoeden.

Echter wanneer naar de invloed van het functieniveau gekeken wordt komt vanuit de correlatieanalyse naar voren dat voor de behandelaren er wel een significant verband bestaat tussen professionele autonomie en het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Dit is in overeenstemming met de literatuur waar professionele autonomie als een belangrijke factor wordt gekenmerkt bij de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk (De Jonge, 1995; Ward, 2007; Bonke, 2008). Wanneer echter in de multivariate regressieanalyse ook andere variabelen worden opgenomen komt er geen significant verband naar voren tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Hieruit blijkt dat andere factoren voor de behandelaren betere voorspellers zijn van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk dan professionele autonomie.

*Welke relaties bestaan er tussen de overige factoren die vanuit de literatuur worden beschreven en de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?*

Medewerkers die tevreden zijn met de kwaliteit van het eigen werk leveren ook daadwerkelijk zorg van betere kwaliteit en hebben een grotere motivatie om dit te leveren (Buchan, 2004; Snipes et al., 2005; Castle et al., 2006). Verschillende aspecten vormen de wensen en behoeften die medewerkers van belang achten om goede zorg te kunnen leveren (Van Wijk, 2007).

De bevindingen uit dit onderzoek tonen aan dat de factoren 'het werksysteem', 'de interne service kwaliteit' en 'sociale steun' door de professionals de hoogste waardering krijgen. Deze drie variabelen zijn de sterkste voorspellers van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Wanneer deze drie factoren op de juiste wijze en in de juiste mate aanwezig is zal het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk positiever zijn.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat wanneer een organisatie investeert in het faciliteren van de drie bovengenoemde aspecten op een dergelijke manier zodat aan de behoefte van de professionals wordt voldaan, dit voor deze professionals het meeste zal bijdragen om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Het gaat hierbij niet perse om de individuele factoren, maar om het samenspel tussen de verschillende factoren,

*Bestaan er verschillen in waardering vanuit de verschillende functieniveaus binnen de GGZ van de factoren die van invloed zijn op de beoordeling van de ervaren kwaliteit van zorg?*

Ten slotte is bekeken of er mogelijk een effect uitgaat vanuit het functieniveau. Hiervoor is gekozen een opsplitsing te maken naar de functie van behandelaar en verpleegkundige. Vanuit de One-way Anova analyse blijkt geen effect van het functieniveau. Daarnaast komt er vanuit de overige analyses ook geen relatie naar voren tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg voor de verpleegkundigen. De verpleegkundigen vinden 'het werksysteem' en 'participatie' het meest belangrijk in deze beoordeling over de kwaliteit van het eigen werk.

Echter, professionele autonomie wordt vanuit de verschillende functieniveaus wel anders gewaardeerd. De correlatieanalyse geeft voor de behandelaren namelijk wel een verband weer tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Dit is in samenspraak met wat de literatuur beschrijft, hierin staat namelijk beschreven dat behandelaren professionele autonomie een belangrijkere voorwaarde vinden bij de uitvoering van het werk dan verpleegkundigen (Ward, 2007). Echter wanneer in de multivariate regressieanalyse tevens de overige factoren worden opgenomen vervalt het significante verband voor de behandelaren tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van zorg. Andere factoren nemen een belangrijkere rol in bij het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. De behandelaren binnen de onderzochte organisaties waarderen 'het werksysteem' en 'de interne service kwaliteit' als het meest belangrijk bij deze beoordeling over de kwaliteit van het eigen werk. Deze twee variabelen zijn sterkere voorspellers van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk dan professionele autonomie.

Na het analyseren van de resultaten en het beantwoorden van de deelvragen kan antwoordt gegeven worden op de probleemstelling van dit onderzoek:

**Probleemstelling onderzoek**

*Welke relatie heeft professionele autonomie voor de professionals werkzaam binnen de sector van de GGZ met de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg, en welke factoren hebben tevens invloed op deze beoordeling?*

De algemene bevindingen uit dit onderzoek tonen aan dat de professionals werkzaam binnen de sector van de GGZ professionele autonomie niet als belangrijk ervaren om de

kwaliteit van de zorg die zij leveren met tevredenheid te kunnen beoordelen. Professionele autonomie laat geen significant verband zien met de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk door de medewerkers. Dit wil zeggen dat professionele autonomie niet één van de belangrijkste aspecten is die het de medewerkers mogelijk maakt zorg van hoge kwaliteit te kunnen leveren.

Echter wanneer onderscheidt gemaakt wordt naar functieniveau komen er andere uitkomsten naar voren. Voor de verpleegkundigen bestaat er inderdaad geen relatie tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg. De verpleegkundigen waarderen 'het werksysteem' en 'participatie' als meest belangrijk in deze beoordeling.

De behandelaren geven echter wel een hogere waardering aan de beoordeling van het eigen werk als zij meer professionele autonomie ervaren. Voor de behandelaren bestaat er namelijk vanuit de correlatieanalyse wel een verband tussen professionele autonomie en de beoordeling van het eigen werk. Verschillende andere factoren zijn voor de behandelaren echter sterkere voorspellers van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk dan professionele autonomie. Vanuit de multivariate regressieanalyse blijkt zelfs dat deze factoren een oorzaak-gevolg relatie hebben. 'Het werksysteem' en 'de interne service kwaliteit' zijn de twee belangrijkste factoren voor de behandelaren om het werk naar tevredenheid te kunnen uitvoeren. Wanneer deze aspecten op de juiste manier en in de juiste mate aanwezig zijn zal de beoordeling van de medewerkers over de kwaliteit van het eigen werk toenemen.

## 5.2 Discussie

### Uitkomsten onderzoek

Uit het onderzoek zijn verschillende resultaten naar voren gekomen. Deze resultaten zullen hieronder besproken worden en opvallendheden zullen hierbij naar voren gehaald worden. Daarnaast zal de verbinding met de literatuur nadrukkelijk uiteengezet worden.

#### *Professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk*

Opvallend bij dit onderzoek is dat de onderzoeksresultaten slechts ten dele aansluiten bij de uitkomsten van ander onderzoek waar het belang van professionele autonomie voor professionals wordt beschreven. Het merendeel van de literatuur beschrijft hierover dat professionele autonomie een belangrijke factor is voor professionals als het gaat om de beoordeling van het werk (Karasek, 1985; De Jonge, 1995; Paauwe, 2004; Bonke, 2008; Deam et al., 2010). Een grotere mate van professionele autonomie bij het uitvoeren van de werkzaamheden zorgt voor een grotere tevredenheid over de kwaliteit van het eigen werk (ibid). Met name voor professionals met een hoger functieniveau is professionele autonomie een belangrijke voorwaarde om het werk naar tevredenheid te kunnen uitvoeren (Ward, 2007). De algemene bevindingen uit het onderhavige onderzoek wijzen echter uit dat professionele autonomie een beperkte invloed heeft op het oordeel van de medewerker over het eigen werk met uitzondering van de behandelaren. Voor de behandelaren bestaat er wel een verband tussen professionele autonomie en het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Echter blijkt daarnaast wel dat zodra andere factoren in de analyses worden meegenomen professionele autonomie een minder grote rol gaat spelen. Ook voor de behandelaren geldt dat andere factoren een sterkere invloed hebben op het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Deze over het algemeen lage waardering van professionele autonomie door de medewerkers is daarmee een opvallende uitkomst van dit onderzoek.

Deze uitkomst kan alleen gelden voor de GGZ sector of uit vervolgonderzoek kan blijken dat de perceptie over professionele autonomie binnen de gehele gezondheidszorg veranderd is. Mogelijk zijn de omstandigheden binnen de GGZ sector zo dat er geen grote behoefte wordt ervaren aan professionele autonomie. Binnen de sector van de GGZ wordt veel volgens evidence based richtlijnen en zorgpaden gewerkt voor diagnostiek en behandeling (Schene, 2008). Deze richtlijnen leggen de kwaliteitsstandaard vast (ibid). De evidence based richtlijnontwikkeling voor de GGZ in Nederland is pas laat op gang gekomen in vergelijking tot de somatische gezondheidszorg en de GGZ in andere landen (Hutschemaekers et al., 2006). Deze ontwikkeling is op gang gekomen omdat ook binnen de GGZ behoefte was aan methoden om grip te krijgen op de zorgprocessen en aan het meer inzichtelijk maken van behandelprocessen en resultaten. De afgelopen jaren is hierdoor het werken vanuit richtlijnen onderdeel van het werk geworden binnen de GGZ sector (ibid). Hieruit kan een verklaring gehaald worden voor de afwijkende uitkomsten met de literatuur van dit onderzoek. Het kan zo zijn dat de professionals het werken volgens de richtlijnen geaccepteerd hebben en daardoor niet op zoek zijn naar een grotere mate van professionele autonomie. De medewerkers zijn daarmee tevreden met de huidige mate van de aanwezige professionele autonomie.

De resultaten van dit onderzoek over de huidige beoordeling van de medewerkers laat ook zien dat er een redelijk grote tevredenheid bestaat over de aanwezige mate van professionele autonomie. Door deze hoge tevredenheid zal er tevens weinig aandacht zijn voor dit aspect en mogelijke verbetering hiervan. De focus ligt meestal meer op de aspecten waar ontevredenheid over bestaat, daarbij is namelijk behoefte aan verandering (Jonge, 1995).

#### *Overige factoren en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk*

Andere factoren die volgens de literatuur tevens een belangrijke rol spelen, komen vanuit de onderzoeksresultaten wel naar voren als belangrijk bij de beoordeling van medewerkers van de kwaliteit van de eigen geleverde zorg. Het werksysteem en de interne service kwaliteit worden vanuit het onderzoek gekenmerkt als de meest belangrijke factoren bij het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het werk. Heskett et al. (1997), Korczynski (2002), Van Wijk (2007) benoemen vanuit de literatuur beide factoren in hun rijtje met essentiële factoren in de beoordeling van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk.

Een opvallende uitkomst bij de waardering van de overige aspecten is wel dat beloning in de multivariate regressieanalyse vanaf model 4 een negatief verband laat zien met de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. Wanneer de beloning stijgt, daalt de tevredenheid met de kwaliteit van het eigen werk. Deze uitkomst is niet in lijn met de verwachtingen van het verband tussen beide factoren. Dit kan voortkomen uit de operationalisering van het aspect 'beloning'. Dit aspect is opgebouwd uit de mening over de rechtvaardigheid van de beloning ten opzichte van collega's van andere instellingen en of het salaris in verhouding staat tot het werk. Hoe hoger medewerkers de kwaliteit van de zorg beoordelen, des te minder zij tevreden zijn met hun beloning in vergelijking tot collega's van andere organisaties. Daarnaast zullen zij de beloning waarschijnlijk des te minder in verhouding vinden staan tot de werkzaamheden die zij uitvoeren en meer verdienen hierin.

#### *Functieniveau*

Tenslotte is het mogelijke effect van het functieniveau onderzocht. Hierbij is het opvallend dat ook het functieniveau minder invloed lijkt te spelen dan de literatuur aangeeft. In de



literatuur komt namelijk naar voren dat hoe hoger het functieniveau is, hoe meer behoefte er is aan professionele autonomie in het werk (Carmel et al., 1988; Dekker et al., 2007; Ward, 2007). Vanuit verschillende analyses is nagegaan of er een effect bestaat. Vanuit de One-Way Anova komt er geen effect naar voren van het functieniveau. Echter komt er wel een verschil naar voren vanuit de correlatieanalyse.

Vanuit de correlatieanalyse waarbij via Split File het effect van het functieniveau is nagegaan komt naar voren dat voor de behandelaren er wel een verband bestaat tussen professionele autonomie en de beoordeling van de kwaliteit van het eigen werk. Voor de verpleegkundigen bestaat dit verband niet. Deze uitkomst is in overeenstemming met de eerder beschreven hoofdbevinding uit de literatuur over het effect van het functieniveau, waar het verschil in behoefte aan de mate van professionele autonomie per niveau van de functie beschreven staat (Ward, 2007). Ward (2007) beschrijft dat hoe hoger de opleiding is, hoe meer behoefte er bestaat aan professionele autonomie. Artsen in Nederland benoemen professionele autonomie zelfs als een voorwaarde om het beroep uit te kunnen voeren (Dekker et al., 2007; Bonke, 2008).

Voor de verpleegkundigen bestaat er, zoals eerder beschreven, geen significant verband tussen professionele autonomie en het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk. Vanuit deze correlatieanalyse bestaat er voor de verpleegkundigen zelfs een negatief verband. Dit negatieve verband zou er op duiden dat verpleegkundigen de zorg die zij leveren juist negatiever beoordelen als zij een hogere mate van professionele autonomie ervaren. Deze bevinding is gedeeltelijk in lijn met de literatuur. Uit het theoretisch kader blijkt namelijk een verschil van inzicht binnen de literatuur over de mate van behoefte aan professionele autonomie vanuit de verpleegkundigen. Een deel van de literatuur beschrijft namelijk dat de verpleegkundige professionele autonomie een belangrijke voorwaarde is om het werk naar tevredenheid uit te kunnen voeren (Apker et al., 2003; Leenen et al., 2008). Hierin komt de sterke behoefte naar voren van verpleegkundigen naar meer professionele autonomie in het werk dan hun huidige situatie biedt (ibid). Zij passen voor het in hoge mate werken vanuit een 'verlengde arm constructie' en willen zelf meer inspraak vanuit de evidence based kennis waar zij zelf over beschikken (Wijmen et al., 1993; Engberts et al., 2009).

Een ander deel van de literatuur beschrijft meer het tegenovergestelde van deze behoefte naar meer professionele autonomie in het werk. De bevindingen uit dit onderzoek sluiten aan bij deze laatste bevinding uit de literatuur waaruit juist een grotere behoefte aan controle en aansturing naar voren komt (Deborah et al., 1992; Finn, 2001; Castle et al., 2006; Traynor et al., 2010). Deze studies tonen aan dat verpleegkundigen een zekere mate van supervisie en coaching als een belangrijke voorwaarde beleven om de kwaliteit van het werk positief te kunnen beoordelen (ibid). Hieruit blijkt dat verpleegkundigen minder goed in staat zijn hoge kwalitatieve zorg te verlenen wanneer de mate van professionele autonomie te hoog is (ibid). In dit debat binnen de literatuur en de praktijk over de wensen en behoeften van verpleegkundigen naar de mate van professionele autonomie bevestigt het onderhavige onderzoek hiermee de literatuurbevinding waarin wordt beschreven dat deze behoefte bij verpleegkundigen in de GGZ minder groot is dan bij de behandelaren.

Alle literatuur geeft wel een eenduidige beschrijving over het negatieve effect voor alle functieniveaus van een te hoge mate van controle op de tevredenheid van de medewerker en de kwaliteit van de geleverde zorg (Deborah et al., 1992; Finn, 2001; Tomer, 2001; Castle et al., 2006; Traynor et al., 2010). Een zekere mate van professionele autonomie dient

daarmee tevens voor de verpleegkundigen aanwezig te zijn (ibid). Bij de verpleegkundigen bestaat er echter momenteel een redelijke mate van tevredenheid over de mate van de aanwezige professionele autonomie. Dit duidt erop dat zij tevreden zijn met de huidige mate van de geboden professionele autonomie vanuit de onderzochte GGZ organisaties.

Vanuit de multivariate regressieanalyse blijkt dat voor beide functies andere factoren dan professionele autonomie het meest belangrijk zijn bij het oordeel over de kwaliteit van het eigen, als alle variabelen die mogelijk van invloed kunnen zijn in deze analyse worden meegenomen. Voor de verpleegkundigen bestond er al geen verband tussen beide variabelen vanuit de correlatieanalyse. 'Het werksysteem' en 'participatie' zijn voor de verpleegkundigen de belangrijkste voorspellers van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk.

Voor de behandelaren toont de multivariate analyse een afname van de invloed van professionele autonomie op het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk aan ten opzichte van de andere variabelen. Deze variabelen zijn bijvoorbeeld 'het werksysteem' en 'de interne service kwaliteit'. Ook voor de behandelaren komt naar voren uit deze analyse dat deze andere factoren betere voorspellers zijn van het oordeel over de kwaliteit van zorg. Voor de behandelaren vanuit de onderzochte organisaties is het hierdoor in de eerste plaats belangrijk dat deze andere factoren afgestemd op de werkzaamheden en in overeenstemming met de wensen en behoeften van de medewerkers aanwezig zijn. Waar artsen in Nederland benoemen dat professionele autonomie een voorwaarde is om het beroep uit te kunnen voeren (Dekker et al., 2007; Bonke, 2008), zijn deze variabelen zeker ook voorwaarden voor de behandelaren om de zorg te kunnen leveren.

Deze uitkomst kan tevens voortkomen uit de eerder in deze discussie genoemde verklaringen aansluitend bij het overwegend werken met evidence based richtlijnen binnen de GGZ en de hoge mate van tevredenheid over de aanwezige professionele autonomie. Hierdoor geldt ook voor de behandelaren dat andere factoren als 'het werksysteem' en 'de interne service kwaliteit' momenteel een essentiële rol innemen en hierdoor een sterkere voorspeller zijn dan professionele autonomie van het oordeel over de kwaliteit van het eigen werk.

Beide functies waarderen de factor 'het werksysteem' als meest belangrijk bij de beoordeling van het eigen werk. De verpleegkundigen waarderen op de tweede plaats participatie als meest belangrijk en voor de behandelaren neemt 'de interne service kwaliteit' deze plaats in. Het gaat hierbij om het samenspel tussen de beide factoren per functie. Wanneer deze aspecten op de juiste manier en in de juiste mate aanwezig zijn zal de beoordeling van de medewerkers over de kwaliteit van het eigen werk toenemen.

### Kritische kanttekeningen

Wanneer je met een kritische blik naar het onderzoek kijkt, zijn er een aantal beperkingen te ontdekken. Beperkingen die mogelijk ook invloed hebben op de uitkomsten van het onderzoek.

#### *De onderzoeksgroep*

De eerste kritische kanttekening kan gemaakt worden ten aanzien van de onderzoeksgroep. Het zou wenselijk zijn dat het aantal respondenten met als functie 'behandelaar' groter zou zijn. De N van de behandelaren ligt wel boven de gestelde norm van 40 tot 50 (Baarda et al., 2006). Echter is het altijd wenselijk een groter aantal respondenten te onderzoeken om zo de externe validiteit (en daarmee de generaliseerbaarheid) te vergroten. Factoren en omstandigheden die specifiek gelden voor de onderzochte organisaties worden zo steeds meer uitgesloten (ibid).

#### *Een veranderende perceptie*

Het is overigens wel een interessante uitkomst dat een deel van de resultaten in tegenstelling is met literatuur. En het is goed mogelijk dat gedurende de tijd de mening over de mate van de gewenste aanwezige professionele autonomie veranderd is. In een dynamische tijd en maatschappij als waarin wij leven veranderen voortdurend wetten, regelgeving, organisatiestructuren, werkmethoden en daarmee de visies van de medewerkers (Harteloh, 2004; Dekker, 2008). Deze visie kan binnen de gehele gezondheidszorg veranderen, maar ook specifiek binnen de sector van de GGZ. De omstandigheden binnen deze sector zullen immers weer anders zijn dan binnen andere sectoren (Hutschemaekers et al., 2006).

De mogelijkheid op een veranderende perceptie geeft direct het belang weer van het werken met recente data. De tijd waarin verzamelde data gebruikt kan worden voor onderzoek staat op ongeveer 5 tot 6 jaar. De data van het onderzoek van Van Wijk (2007) komt voort uit 2007 en zit daarmee aan het einde van de gestelde onderzoekstijd. Het zou daarom wenselijk zijn om het onderzoek nogmaals uit te voeren om de actualiteit van de onderzoeksuitkomsten na te gaan.

## 6. Aanbevelingen

De waarde van dit onderzoek blijkt voor een deel ook uit de aanbevelingen die gedaan kunnen worden. Ten eerste zullen hieronder de aanbevelingen voor de praktijk beschreven worden. Hierin zal beschreven worden wat de praktijk vanuit dit onderzoek direct al kan meenemen. Daarnaast zullen de aanbevelingen voor vervolgonderzoek uiteengezet worden. Hierbij komt naar voren welke behoefte dit onderzoek heeft doen ontstaan naar het vergaren van meer informatie en daarmee nog meer aanbevelingen voor de praktijk.

### 6.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Vanuit de literatuur blijkt het belang van tevreden medewerkers. De factor arbeid vertegenwoordigt een cruciale factor voor een zorgorganisatie (Mosadeghrad et al., 2008). Organisaties zijn afhankelijk van de inzet, deskundigheid en ervaring van het personeel dat de diensten daadwerkelijk verleent (French et al., 2007). Medewerkers met een hoge arbeidssatisfactie leveren kwalitatief betere zorg en hebben ook een grotere motivatie dit te leveren (Buchan, 2004; Snipes et al., 2005; Castle et al., 2006). Tevreden medewerkers gaan namelijk op een positievere manier met cliënten om. Daarnaast weten zij tevens een betere aansluiting te realiseren bij de wensen en behoeften van de cliënt (Peters, 2007; Van Wijk, 2007; Collins et al., 2008).

Het is organisaties binnen de gezondheidszorg dan ook aan te bevelen om te investeren in de factoren die de professionals aangeven als belangrijk bij het oordeel over de kwaliteit van het eigen geleverde werk. De onderzochte GGZ organisaties kunnen, gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek, hierbij het beste starten met de investering in het werksysteem, de interne service kwaliteit, participatie en de sociale steun. De ondersteuning vanuit deze vier aspecten maakt het de medewerkers het beste mogelijk om goede zorg te kunnen leveren. Onderzocht zal moeten worden wat de medewerkers wensen wanneer het gaat om deze aspecten. Wanneer de organisatie deze factoren in de juiste mate en in de juiste wijze weet te faciliteren, zal dit de medewerkers de mogelijkheid bieden kwalitatief betere zorg te leveren. Het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van het eigen werk zal hierdoor verbeteren, een grotere tevredenheid vanuit deze medewerkers zal hierdoor het gevolg zijn en de zorg zal hierdoor tevens daadwerkelijk van hogere kwaliteit zijn.

### 6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Eerder in dit hoofdstuk zijn al verschillende aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar voren gekomen. Hier zullen deze aanbevelingen overzichtelijk bij elkaar benoemd worden. Om de onderzoeksresultaten sterker te onderbouwen en om aan behoeftes naar onderzoek tegemoet te komen die zijn ontstaan vanuit dit onderzoek zijn verschillende vervolgonderzoeken aan te bevelen.

Ten eerste is het aan te bevelen om dit onderzoek nogmaals uit te voeren, maar dan met een groter aantal respondenten met de functie van 'behandelaar'. Op deze manier ondervang je direct meerdere behoeftes aan vervolgonderzoek. Ten eerste is zo de N van de behandelaren groter en zal de externe validiteit vergroot worden. Ten tweede wordt er zo direct actuele data verzameld om na te gaan of de onderzoeksresultaten gelden voor de huidige omstandigheden binnen de GGZ.

Vervolgens kan dit onderzoek tevens uitgevoerd worden binnen andere sectoren van de gezondheidszorg. De geleerde aspecten vanuit dit onderzoek kunnen worden meegenomen in de opzet van de onderzoeken binnen de andere sectoren. Zo kan per sector bepaald worden hoe medewerkers het beste ondersteund kunnen worden in hun werk om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

Aansluitend bij dit alles is het belangrijk dat het onderzoek frequent herhaald wordt, om zo de veranderingen die invloed hebben op de visie van de medewerkers mee te kunnen nemen.

Naast onderzoek om de resultaten van dit onderzoek te versterken en onderzoek om andere sectoren onder de loep te nemen, ontstaat er vanuit dit onderzoek ook een behoefte aan meer kennis voor acties die nu dienen te volgen in de praktijk. Zoals eerder benoemd is het voor de onderzochte GGZ organisaties aan te bevelen om te onderzoeken wat de wensen en behoeften zijn van de medewerkers met betrekking tot de factoren 'werksysteem', 'interne service kwaliteit', 'participatie', 'sociale steun' en vervolgens ook de overige factoren. Om zo de aansluiting te creëren bij de wensen van de medewerkers waardoor de tevredenheid met het eigen werk en daarmee tevens de daadwerkelijke kwaliteit van zorg zal vergroten (Buchan, 2004; Snipes et al., 2005; Castle et al., 2006).

## Referenties

Apker et al.. 2003. Predicting nurses organizational and professional identification: the effect of nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. *Nursing economic*. Volume 21, nummer 5: 226.

Appelbaum, E., Th. Bailey., P.K. Berg and A.L. Kalleberg. 2000. *Manufacturing advantage. Why high-performance work systems pay off*. Ithaca and London: ILR Press an imprint of Cornell University Press.

Baarda, D., M. de Goede. 2006. *Basisboek methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. 4<sup>e</sup> druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Baillien et al.. 2011. *Job autonomy and workload as antecedents of workplace bullying: a two wave test of Karasek's Job Demand Control Model for targets and perpetrators*. *Journal of occupational and organizational psychology*. Volume 84: 191-208.

Beer, M. 2009. *High commitment, High performance*. 1<sup>e</sup> druk. San Francisco: Jossey-Bass.

Bensing, J. 2000. *Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine*. *Patient education and counseling*. Volume 39: 17-25.

Berg, M., W. Schellekens and C. Bergen. 2005. *Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality*. *International journal for quality in health care*. Volume 17: 75-82.

Berwick, D.M. 2005. *My right knee*. *Annals of internal medicine*. Volume 142: 121-125.

Boeije, H. 2008. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. 3<sup>e</sup> druk. Den Haag: Boomonderwijs.

Bonke, B. 2008. *Een rijk geschakeerd palet*. *Tijdschrift voor medisch onderwijs*. Volume 27: 163-165.

Boon, L. 1992. *Beter worden door minder zorg*. *Ontwikkelingen in de gezondheidszorg*, deel 14.

Boselie, P., J. Paauwe. 2002. *Het geheim ontrafeld? een bijdrage van Strategisch Human Resource Management aan prestatieverbetering*. *M&O*. Volume 3: 5-24.

Brint, S. 1993. *Eliot Freidson's contribution to the sociology of professions*. University of California. Sage Publications.

Brouwer et al.. 2009. *Onderzoek in de Nederlands verpleeghuizen*. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. Volume 6: 26-30.

Buchan, J. 2004. *What differences does ("good") hrm make?*. *Human Resource Health*. Volume 10: 2-6.

Buijsen, M. 2011. *Persoonlijke communicatie. De vrijgevestigde medisch specialist*. SAJA, *Zorgmanagement*. 20 mei 2011.

Buijsen, M. 2011. *Persoonlijke communicatie. De medisch specialist in loondienst*. SAJA, *Zorgmanagement*. 3 juni 2011.

CAO GGZ Nederland. *CAO GGZ Nederland 2011-2013*. 2011-2013.

Carmel, S., I.S. Yakubovich, L. Zwanger and T. Zaltzman. 1988. *Nurses autonomy and job satisfaction*. *Social Science Medical*. Volume 26: 1103-1107.

Castle, N.G., H. Degenholtz and J. Rosen. 2006. *Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania*. BMC Health Services Research. Volume 6: 1-11.

Combs, J., Y. Liu, A. Hall and D. Ketchen. 2006. *How much do high-performance work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational performances*. Personnel Psychology. Volume 59: 501-528.

Deborah et al.. 1992. *Decision-Making Autonomy in Nursing*. Journal of nursing administration. Volume 2: 17-23.

Dekker, J. 2008. *Medische studenten en hun opvattingen over autonomie*. Tijdschrift voor medisch onderwijs. Volume 27: 166-170.

Deam et al.. 2010. *What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients*. Biomedcentral.

Donabedian, A. 1980. *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Volume 22.

Engberts et al.. 2009. *Beroepenwetgeving en kwaliteitsbeleid*. Gezondheidsrecht. 225-249.

Finn, C. 2001. *Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction*. International Journal of Nursing Studies. Volume 38: 349-357.

Freidson, E. 2001. *Professionalism. The third logic*. Polity Press, Cambridge.

French, F., D. Ikenwilo and A. Scott. *What influences the job satisfactions of staff and associate specialists hospital doctors*. Health Services Management Research. Volume 20: 153-161.

Friesner, D. & R. Rosenman. 2005. *The relationship between service intensity and the quality of health care: an exploratory data analysis*. Health Services Management Research. Volume 18: 41-52.

Gagne, M. & E.L. Deci. 2005. *Self-determination theory and work motivation*. Journal of organizational behavior. Volume 26: 331-362.

Harteloh, P, P, M. 2003. *The meaning of quality in health care: a conceptual analysis*. Health care analysis. Volume 11: 259-267.

Heskett, J.L. et al.. 1997. *The service profit chain: how leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction and value*. New York: The Free Press. Nederlandse vertaling, 1997. *Groeien door tevreden klanten. Trouw personeel, goede service, blijvende klanten*. Bunnik: F&G Publishing. Hoofdstuk 2: pp 29-51.

Heskett, J.L., W. E. Sasser and L.A. Schlesinger. 1997. *Groeien door tevreden klanten. Trouw personeel, goede service, blijvende klanten*. F&G Publishing. New York: Free Press. ISBN 90 75432 690. Hoofdstuk 2: pp 29-51 en Hoofdstuk 7: het opbouwen van een cyclus van vermogen.

Houten, van. 2005. *Professionalisering en arbeidsverdeling*. Sociale interventie 2006, Utrecht.

Hutschemaekers, G., Tiemens, B., Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. GRIP.

Jonge de, J. 1995. *Job autonomy, well-being, and health. A study among dutch health care workers*. Maastricht: Thesis Rijksuniversiteit Limburg. Proefschrift.

KNMG Manifest. 2007. *Medische professionaliteit*. Utrecht.

Korczynski, M. 2002. *Human Resource Management in Service Work*. Palgrave, New York: ISBN 0333774418.

- Leenen et al.. 2008. *Kwaliteit van zorg: instellingen en beroepsoefenaren*. Handboek gezondheidsrecht. 53-133.
- Luna-Arocas, R. & J. Camps. 2008. *A model of high performance work practices and turnover intentions*. Personnel review. Volume 37: 26-46.
- Methorst et al.. 2004. *'De nieuwe professional: het belang van autonomie en persoonlijk ondernemerschap'*. Jaargang 4, nummer 1.
- Metlen S., D. Eveleth and J.J. Bailey. 2005. *Management support and perceived consumer satisfaction in skilled nursing facilities*. Health Services Management Research. Volume 18: 198-210.
- Mosadeghrad et al.. 2008. *A study of the relationship between jobsatisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees*. Health Services Management Research. Volume 21: 211-227.
- Oorscot van, J.A., F.R. Jaspers & J.H. Schaaf. 1995. *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorkum. ISBN: 902323037X
- Oostenbrink, J. 2006. *Professionele autonomie versus kwaliteit van zorgverlening*. Onderzoek Erasmus IBMG.
- Page, K.M. & D.A. Vella-Brodrick. 2008. *The 'What', 'Why' and 'How' of employee well-being: a new model*. Social Indicators Research. Volume 90: 441-458.
- Paauwe, J. 2004. HRM and Performance. Achieving long term viability. Hoofdstuk 4: a multidimensional perspective on performance. Oxford University Press, Oxford.
- Peters, C. 2007. *Servicewaardering in de gezondheidszorg: Een onderzoek naar tevredenheid van medewerkers en cliënten omtrent de kwaliteit van de dienstverlening in de AWBZ sector*. Onderzoek Instituut BMG Rotterdam.
- Pfeffer, J. 1998. *The human equation: building profits by putting people first*. Boston: Harvard Business School Press. ISBN 0 87 584 841 9. hoofdstuk 1.
- Pil, F.K., J.P. MacDuffie. 1996. *The adoption of high-improvement work practices*. Industrial Relations. Volume 35: 423-455.
- Purcell, T., N. Kinnie. 2007. *HRM and business performance. Chapter 26*.
- Roscam et al. 1998. *Medisch–professionele verantwoordelijkheid en de relatie tussen artsen en patiënten*. Tijdschrift voor gezondheidsrecht.
- RVZ 2000. *Professionals in de gezondheidszorg*. Publicaties in 2000.  
RVZ 2009. *Governance en kwaliteit van zorg*. Publicaties in 2009.
- Ryan, R.M., E.L. Deci. 2000. *Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being*. University of Rochester.
- Schwab, A. 2006. *Formal and effectieve autonomy in healthcare*. J Med Ethics. Volume 32: 575-579.
- Schene, A. 2006. *Preventie en de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen*. Tijdschrift voor gezondheidszorg. Volume 85: 63-64.
- Snipes, R.L., S.L. Oswald, M. LaTour and A.A. Armenakis. 2005. *The effects of specific job satisfaction facets on customer perceptions of service quality*. Journal of Business Research. Volume 58: 1330-1339.
- Spector, P.E. 1997. *Job satisfaction: application, assessment, causes and consequences*. London: Thousand Oaks.



- Swanborn, P. 2008. *Basisboek sociaal onderzoek*. 4<sup>e</sup> druk. Den Haag: Boomonderwijs.
- Tomer, J. 2001. Understanding high performance work systems: the joint contribution of economics and human resource management.
- Traynor et al.. 2010. *Professional autonomy in 21st century healthcare: Nurses' accounts of clinical decision making*. Social science and medicine. Volume 71: 1506-1512.
- Vanhala, S., M. von Bonsdorff, M. Janhonen. *Impact of high involvement work practices on company performance and employee well-being*. Helsinki School of Economics.
- Wade, G. 1998. *Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education*. Journal of Advanced Nursing. Volume 30: 310-318.
- Ward et al.. 2007. *Job satisfaction in psychiatric nursing*. Ireland: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Volume 14: 454-461.
- Way, S.A. 2002. *High performance work systems and intermediate indicators of firm performance within the US small business sector*. Journal of management. Volume 28: 765-785.
- Wright, P., T.M. Gardner, L.N. Moynihan and M.R. Allen. 2005. *The relationship: between hr practices and firm performance: examining causal order*. Personnel Psychology. Volume 58: 409-446.
- Wijk van, K. 2007. *De service care chain*. Proefschrift Erasmus.
- Wijk van, K, H. van Dijk. *Van zorginstelling naar serviceorganisatie*. 1<sup>e</sup> druk. Amsterdam: Reed business.
- Wijmen et al.. 1993. *Een soms wel heel erg verlengde armconstructie*. Tijdschrift voor gezondheidsrecht. Volume 17, nummer 7: 119-125.
- Young, S., T. Bartram and P. Stanton. 2010. *High performance work systems and employee well-being: a two stage study of a rural Australian hospital*. Journal of health organization and management. Volume 24: 182-199.
- Yperen van, N. 1997. *De tevreden en productieve werknemer: een illusie?* Individu, Arbeid & Organisatie. Ontwikkelingen in de arbeids- en organisatiepsychologie. 117-126. Utrecht: De Tijdstroom.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Codeboek variabelen

Het codeboek van de variabelen is opgesteld door Van Wijk (2007) voor het uitvoeren van zijn onderzoek. Onderstaande variabelen zijn de variabelen die meegenomen zijn in dit onderzoek.

schaal1		Werksysteem	
scale	var1	Er is hier een duidelijke beschrijving van het proces van zorgverlening.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var2	Ik weet goed welke rol mijn werk heeft in het gehele werkproces op de afdeling/team	
scale	var3	Het is duidelijk wie op welk moment wat moet doen in de zorg binnen ons werk.	
scale	var4	Wij werken hier volgens een vaststaande werkmethode.	
scale	var5	Met onze manier van werken (verpleegstelsel bijv.) is de continuïteit van de zorg goed te regelen.	
scale	var6	De belangrijke werkprocedures zijn hier veelal schriftelijk vastgelegd (bv in een protocol of richtlijn).	
scale	var7	Ik ben nauwkeurig geïnstrueerd over hoe te handelen bij onverwachte gebeurtenissen.	
schaal7		Het werken met doelgroepen	
scale	var29	Deze organisatie hanteert een strikt doelgroepenbeleid (welomschreven groepen patiënten aan wie zorg wordt verleent).	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	var30	In onze groep (of mijn caseload) zitten patiënten die echt niet tot deze doelgroep behoren.	
scale	var31	De aanmeldingsprocedure van deze organisatie zorgt ervoor dat wij nauwelijks verkeerd geplaatste patiënten opnemen.	
recode scale	var32	Het kost ons team grote moeite om patiënten die niet thuis horen op onze afdeling te weren.	
schaal8		Inhoud van de functie	
scale	var33	Ik kan veel van mijn vaardigheden benutten voor mijn werk.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var34	Mijn takenpakket is afwisselend genoeg.	
scale	var35	Mijn werk doet er echt toe op deze afdeling (bij deze zorgeenheid).	
scale	var36	Ik ervaar het werk wat ik doe als uitermate belangrijk voor de patiënten.	
scale	var37	Ik vind het werk dat bij mijn functie hoort erg leuk.	
schaal13		Roostering	
scale	var54	Ik heb geen enkel probleem met de roostering op mijn werk.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	var55	Ik krijg mijn rooster zelden op tijd.	
scale	var56	Er wordt vrijwel altijd rekening gehouden met mijn roosterwensen.	
scale	var57	Het rooster is goed afgestemd op de zwaarte van mijn werk.	

<b>schaal14</b>		<b>Werving en selectie</b>	
scale	var58	Men doet hier erg zijn best om de vacatures tijdig in te vullen.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var59	Tijdens mijn sollicitatiegesprekken ben ik zeer uitgebreid bevraagd of ik zou passen bij de manier van die men hier volgt.	
scale	var60	Een erg belangrijke voorwaarde om hier te komen werken was mijn bereidheid om mij verder te laten scholen in de werkwijze van de afdeling/team.	
<b>schaal15</b>		<b>Autonomie</b>	
scale	var61	Ik heb hier veel mogelijkheden om zelf een manier van werken te kiezen.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var62	Ik heb in mijn werk volop gelegenheid om zelf mijn werkdoelen te bepalen.	
scale	var63	Ik heb hier veel vrijheid om zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen.	
scale	var64	Mijn werk biedt beslist de mogelijkheid om zelf te beoordelen of het goed of slecht is gedaan.	
scale	var65	Ik heb veel ruimte om zelf te bepalen hoeveel werk ik gedurende een bepaalde periode verricht.	
recode scale	var66	Mijn direct leidinggevende bepaalt in hoge mate wat er gebeuren moet.	
recode scale	var67	Mijn leidinggevende geeft meestal ook aan hoe dit moet gebeuren.	
recode scale	var68	Mijn leidinggevende vindt het belangrijk dat ons werk volgens de voorgeschreven regels gebeurt.	
scale	var69	Ik ben erg tevreden met de zelfstandigheid in mijn werk.	
scale	var70	Ik beschik over veel regelmogelijkheden om mijn werk goed uit te kunnen voeren.	
<b>schaal16</b>		<b>Participatie</b>	
<b>recode scale</b>	var71	Bij belangrijke beslissingen op de afdeling/team wordt er geen rekening gehouden met de mening van medewerkers.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var72	Wij hebben veel inspraakmogelijkheden om de klantgerichtheid voor klanten te verbeteren.	
scale	var73	Wij hebben hier zeker geen gewoonte om met elkaar mee te denken.	
<b>schaal17</b>		<b>Waardering</b>	
scale	var74	Ik voel mij erg gewaardeerd door mijn collega's.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	var75	Mijn leidinggevende laat mij zelden weten als hij/zij tevreden is met mijn werk.	
recode scale	var76	Als het werk goed gaat krijg je hier nooit wat te horen.	
scale	var77	Onze leidinggevende draagt ons op handen.	
scale	var78	Ik werk hier met groot plezier juist omdat wij zo gewaardeerd worden.	
<b>schaal18</b>		<b>Beloning</b>	
scale	var79	Ik word zondermeer rechtvaardig betaald in vergelijking met wat collega's verdienen in andere instellingen.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var80	Mijn salaris staat helemaal in verhouding tot het werk dat ik doe.	
<b>schaal19</b>		<b>Training</b>	

scale	var81	Men maakt hier altijd concrete afspraken over het volgen van scholing die nodig is om mijn functie uit te oefenen.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var82	Dit gebeurt vrijwel altijd aan de hand van het functioneringsgesprek.	
recode scale	var83	Mijn werkgever besteedt nauwelijks structurele aandacht aan de scholing van personeel.	
scale	var84	In de bij- en nascholing legt men hier altijd een sterk accent op attitude.	
<b>schaal20</b>		<b>Ontwikkeling</b>	
scale	var85	Ik kan bij deze werkgever erg goed werken aan mijn loopbaan.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	var86	Ik word hier in het geheel niet gestimuleerd om mij verder te ontwikkelen in mijn werk.	
scale	var87	Ik heb hier goede vooruitzichten op verdere doorgroei.	
scale	var88	Deze organisatie heeft een uitgesproken loopbaanbeleid.	
<b>schaal21</b>		<b>Sociale steun</b>	
scale	var89	Ik kan altijd op mijn collega's rekenen wanneer dat nodig is.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var90	Als ik ergens mee zit steunt mijn leidinggevende mij door dik en dun.	
scale	var91	Ons afdeling/team vindt een steunende sfeer heel erg belangrijk.	
scale	var92	Mijn leidinggevende geeft mij onvoorwaardelijk steun om de zorgverlening af te stemmen op de behoeften van patienten.	
scale	var93	Ik kan met mijn problemen zeker terecht bij mijn leidinggevende.	
scale	var94	Als ik ziek ben is men van het werk altijd erg attent.	
scale	var95	Wij investeren echt in de opbouw van ons team (teambuilding).	
<b>schaal25</b>		<b>Waardering voor de interne service om vraaggericht te kunnen werken</b>	
scale	var108	Wij worden prima gefaciliteerd om zorg-op-maat te geven aan clienten uit onze doelgroep	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var109	Het management maakt in de ondersteuning waar om de vraag van clienten centraal te stellen.	
scale	var110	Dit helpt erg in het verlenen van vraaggerichte zorg.	
scale	var111	Ik heb veel waardering voor de manier waarop men onze ideeën oppikt om de dienstverlening aan clienten te kunnen verbeteren.	
<b>schaal26</b>		<b>Het leveren van zorg op maat (ervaren kwaliteit van zorg)</b>	
scale	var112	Wij leveren hier echt zorg-op-maat.	<b>1 t/m 5;</b> waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	var113	Wij proberen zoveel mogelijk individuele wensen van bewoners te honoreren.	
scale	var114	Wij geven clienten echt voldoende vrijheid om hun voorkeuren na te streven.	

## Bijlage 2: Toelichting statistiek

Statistiek	Uitleg	Inzet binnen onderzoek
Beschrijvende statistiek	Illustratief weergeven van onderzoeksresultaten.	Staafdiagrammen en frequentietabellen voor weergeven aantal en kenmerken respondenten.
Correlatieanalyse en enkelvoudige regressieanalyse	De correlatieanalyse geeft een indruk van de samenhang tussen twee variabelen, waarbij het mogelijk is te corrigeren voor de invloed van andere variabelen. De enkelvoudige regressieanalyse probeert een numerieke verklaring te geven van de afhankelijke variabele door een of meer onafhankelijke variabelen	Analyseren of professionele autonomie (als onafhankelijke variabele) invloed heeft op beoordeling kwaliteit van zorg (als afhankelijke variabele). En daarnaast kijken naar invloed andere factoren op beoordeling kwaliteit van zorg.
Multivariate regressieanalyse	Onderzoeken of er op basis van de correlatie van meerdere onafhankelijke variabelen met de afhankelijke variabelen, een (voorspellend) verband is en kan worden gebruikt om een hypothese te toetsen	Analyseren of professionele autonomie (als onafhankelijke variabele) invloed heeft op beoordeling kwaliteit van zorg (als afhankelijke variabele). En daarnaast kijken naar invloed andere factoren op beoordeling kwaliteit van zorg. Hierbij wordt tevens rekening gehouden met het samenspel tussen de verschillende variabelen.
One-Way Anova	Analyseren of het gemiddelde van 2 of meer groepen met elkaar verschilt op basis van een vooraf bepaald kenmerk.	Nagaan of er een effect bestaat vanuit het functieniveau.
P-waarde	Weergave waarde significante verband. Hoe kleine de p-waarde, des te sterker is het verband.	Bij een weergave van twee sterren geldt een p-waarde kleiner dan 0,01. Als de p-waarde tussen 0,01 en 0,05 ligt, toont SPSS één ster.

Likertschaal	Antwoordcategorieën van een samengestelde variabele kunnen weergegeven staan door middel van een Likertschaal.	<p>1 t/m 5;  waarbij:  1 = volledig mee oneens  2 = mee oneens  3 = eens noch oneens  4 = mee eens  5 = volledig mee eens</p> <p>Voor het weergeven van de antwoorden is gekozen voor een gelijkmatige vermenigvuldiging van alle antwoordcategorieën met 5. Het midden van deze verdeling ligt daardoor op 15 en de maximale waardering ligt op 25.</p>