

Ethisch Leiderschap in Zorginstellingen

Het effect van Ethisch Leiderschap, Autonomie en LMX op prestaties van medewerkers

**Sven Warmerdam
Hondiusstraat 45b
3021NH Rotterdam**

**Master Zorgmanagement (2011 – 2012)
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)
Erasmus Universiteit Rotterdam**

**Begeleider: Dr. K. (Karianne) Kalshoven
Meelezers: Dr. M. (Martina) Buljac
Dr. N.A.F.M. (Norman) Schreiner**

Augustus 2012

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie, het product van een half jaar durend onderzoek. De kern van dit onderzoek is de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van zorgmedewerkers, en de rol van autonomie van handelen en Leader-Member-Exchange hierin. De keuze voor dit onderwerp was voor mij een eenvoudige. Al geruime tijd trekken Human Resource Management en verschillende vormen van leiderschap mijn aandacht. Aan het begin van dit jaar ben ik mij verder gaan oriënteren en gaan zoeken naar gerelateerde aspecten waar nog geen of weinig onderzoek naar was verricht, met de focus op de gezondheidszorgsector. Het resulteerde in dit onderzoek, waarbij ik tracht een kleine bijdrage aan de bestaande wetenschappelijke inzichten te kunnen leveren. Uiteraard hoop ik dat het voor u een interessant en leesbaar stuk is geworden.

Gedurende dit lange traject heb ik zeer goede ondersteuning ervaren van een aantal personen, wat essentieel is in een dergelijk proces. Allereerst een speciaal woord van dank voor mijn begeleidster dr. Karianne Kalshoven. Bovenal vanwege haar enorme deskundigheid op dit gebied, maar daarnaast, en niet minder belangrijk, om haar enthousiasme, begrip en geduld. Ze heeft mij op momenten wanneer het nodig was goed kunnen motiveren. Daarnaast wil ik mijn naasten bedanken die veelvuldig interesse en begrip hebben getoond, wat verlichtend werkt op bepaalde momenten. Tot slot een woord van dank aan Bouke-Jan Otter, bij wie ik altijd terecht kan met vragen op het gebied van SPSS.

Ik heb veel voldoening ontleend aan het uitvoeren en schrijven van dit onderzoek en heb het ervaren als een zeer leerzaam proces. Het eindproduct geeft mij een gevoel van trots en ik hoop dat u dit leest met evenveel plezier.

Samenvatting

Dit onderzoek draait om de relatie tussen ethisch leiderschap en de resultaten van directe zorgmedewerkers. Er wordt onderzoek verricht naar de rol hierin van Leader Member Exchange, de relatie tussen leidinggevende en directe medewerker, en autonomie van handelen. Van te voren werd allereerst een positieve relatie tussen ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers in de zorg verondersteld. Daarnaast werd gesteld dat ethisch leiderschap, via mediator LMX een positieve relatie heeft met de prestaties van zorgmedewerkers. Tot slot werd dezelfde positieve relatie verwacht met autonomie van handelen als mediator. Ten behoeve van deze hypothesen is een kwantitatief onderzoek opgesteld, in de vorm van een vragenlijst. Deze is bij een viertal organisaties uitgedeeld, te weten een thuiszorgorganisatie, GGZ-instelling, regionaal ziekenhuis en een fysiotherapiepraktijk (N=111). Dit maakt het op basis van dit onderzoek doen van algemeen voor de gezondheidszorg geldende uitspraken mogelijk. Uit de analyse kwam naar voren dat er daadwerkelijk een positieve relatie is tussen ethisch leiderschap en prestaties van zorgmedewerkers. Tevens is het verwachte positieve mediërende effect van autonomie van handelen in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers bevestigd. Dit in tegenstelling tot het mediërende effect van LMX, wat in dit onderzoek niet naar voren is gekomen. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat het voor zorgorganisaties loont om aspecten van ethisch leiderschap door te voeren. Daarnaast is het voor zorgorganisaties aan te bevelen om medewerkers autonomie te geven in hun dagelijkse werkzaamheden, aangezien dit prestatiebevorderend werkt. Hierbij is vanuit een ethisch leiderschap oogpunt adequate wederzijdse communicatie, betrouwbaarheid en oprechtheid essentieel. Naar het mediërende effect van LMX zal nader onderzoek moeten worden verricht.

Abstract

This thesis is focused on the relation between ethical leadership and the task performance of their employees, and the mediating role of job autonomy and Leader-Member-Exchange (LMX) in this relation. In advance a positive relation between ethical leadership and task performance was proposed. Furthermore the research proposed a positive relation between ethical leadership and task performance, via the mediator job autonomy. Finally the same positive relation was proposed, but for the mediator LMX. A quantitative questionnaire is designed and distributed in four different health care organizations; a home care organization, a local hospital, a mental health organization and a physiotherapist organization (N=111). This results in several recommendations for health care organizations in general. The analysis shows, as proposed, a positive relation between ethical leadership and task performance. The positive relation between ethical leadership and task performance with the mediating role of job autonomy, is being confirmed as well. The analysis did not show a significant relation for the role of LMX in the relation between ethical leadership and task performance. Based on the results, health care organizations can be recommended to focus on and adjust aspects of ethical leadership. Furthermore organizations can be recommended to give more autonomy to employees during their daily work activities, which will lead to an increase of the performance. From an ethical approach it has to be combined with good two-way communication, loyalty, reliability and reinforcement. The mediating role of LMX in the relation between ethical leadership and task performance has to be subject of further research.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract.....	4
1. Inleiding.....	6
2. Theoretisch Kader	9
2.1 Conceptueel Model.....	9
2.2 Ethisch Leiderschap	10
2.3 Leader Member Exchange	14
2.4 Autonomie van handelen	16
3. Methoden.....	18
3.1 Sample en procedure	18
3.2 Beschrijving Dataset.....	19
3.3 Meetinstrument & Onderzoeksdesign	20
3.3.1 Schalen	20
3.3.2 Ethisch leiderschap.....	21
3.3.3 Prestaties van medewerkers	21
3.3.4 Autonomie van handelen	21
3.3.5 Leader Member Exchange	21
4. Resultaten.....	23
4.1 Factoranalyse.....	23
4.2 ANOVA voor verschil tussen organisaties.....	25
4.3 Correlatie Analyse	27
4.4 Regressie Analyse.....	29
5. Discussie.....	34
5.1 Theoretische implicaties	34
5.2 Praktische Implicaties.....	36
5.3 Beperkingen	38
5.4 Conclusie	39
6. Literatuurlijst	40

1. Inleiding

Halverwege het jaar 2008 verschijnen verschillende berichten omtrent misstanden in de IJsselmeerziekenhuizen in de media. Financieel gaat het al jaren slecht met het ziekenhuis, en daar komen misstanden betreffende kwaliteit van zorg bij. Falende zorg, interne ruzies en patiënten die weg blijven zijn het desastreuze gevolg, wat uiteindelijk leidt tot een faillissement. Zorgondernemer Loek Winter besluit op dat moment de IJsselmeerziekenhuizen over te nemen en te investeren met behulp van de overheid, om de ziekenhuizen te doen blijven bestaan (Zorgvisie 2012). Nu, vier jaar later, hebben de IJsselmeerziekenhuizen het negatief eigen vermogen met de helft weggewerkt en schrijven ze reeds twee jaar zwarte cijfers (Jaarverantwoording IJsselmeerziekenhuizen 2009 & 2010) (Zorgvisie 2012). Deze opzienbarende verandering heeft snel gestalte gekregen onder leiding van Loek Winter. Het is echter te eenvoudig om de ontwikkelingen puur aan het leiderschap van Loek Winter toe te schrijven. Veel van de besparingen zijn namelijk gerealiseerd door sturing op een afname van het aantal fte (full-time-equivalent) en verbetering van contracten met zorgverzekeraars (Jaarverantwoording 2009 & 2010). Dit neemt niet weg dat de IJsselmeerziekenhuizen aan substantiële veranderingen onderhevig zijn geweest en dat het lijkt dat leiderschap daar een belangrijke bijdrage aan heeft geleverd.

In de huidige samenleving worden problemen in zorgorganisaties, al dan niet financieel, frequent in verband gebracht met mismanagement en/of het gebrek aan leiderschap bij de managers en bestuurders (Brown e.a. 2005). Het falen van organisaties wordt frequent geweten aan falende top managers en bestuurder die eindverantwoordelijk zijn en zodoende op de prestaties van de organisatie worden afgerekend. Naast top managers lijken ook de leidinggevenden in andere lagen van organisaties een belangrijke voorbeeldfunctie te hebben voor hun medewerkers (Brown e.a. 2005). Vanwege de almaar toenemende financiële druk op de zorgorganisaties worden de prestaties van de werknemers daarbij van grotere essentie en zullen organisaties er veel aan gelegen zijn deze te optimaliseren. De prestaties van medewerkers worden gekarakteriseerd aan de hand van het wetenschappelijke concept *task performance* (hierna *prestaties van medewerkers*). Dit omvat taakspecifiek gedrag en verantwoordelijkheden over het werk (Conway 1999: 3). Dit onderzoek richt zich op de relatie tussen gedrag van leidinggevenden, die in hun dagelijkse werk medewerkers aansturen, en de prestaties van de directe zorgmedewerkers.

Een veel gebruikte manier om de stijlen van leiderschap te duiden in de huidige tijd is een scheiding tussen Transformationeel, Transactioneel en Ethisch leiderschap (Trevino e.a. 2003). Aan het begin van deze eeuw, door de frequent aan het licht komende schandalen

omtrent fraude en andere misstanden onder leidinggevend (Brown e.a. 2005), groeide de perceptie dat de invloed van ethisch handelen een belangrijke aspect van leiderschap is. Het transformationeel leiderschap omvat een aspect van ethiek, maar door de groeiende interesse in en belang van de effecten van ethisch leiderschap is er een nieuwe onderzoekslijn opgezet door Brown en collega's. Dit had tot gevolg dat er verscheidene onderzoeken kwamen naar de invloed van ethisch leiderschap op zich, en niet als onderdeel van een andere vorm van leiderschap (Brown e.a. 2005; Trevino e.a. 2003). Er wordt veel waarde gehecht aan het feit dat leidinggevend een voorbeeldfunctie hebben en zich hier naar dienen te gedragen (Brown e.a. 2005). Vanwege het hiervoor geschetste belang van ethiek in leiderschap en de optimalisatie van prestaties van medewerkers, en het feit dat er hier tot op heden nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan (Walumbwa e.a. 2011), wordt er in dit afstudeeronderzoek gekeken naar de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers.

Uit gerelateerd leiderschap onderzoek blijkt dat de relatie tussen leiderschap en prestaties van medewerkers vaak via bepaalde mechanismen loopt en daarom wordt verwacht dat dit ook voor ethisch leiderschap geldt. Een tweede doel van dit onderzoek is te kijken naar twee mechanismen tussen de relaties ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers. In dit onderzoek wordt gekeken naar *job autonomy* (hierna: autonomie van handelen) en Leader Member Exchange (LMX) als mechanisme. Ethisch leiderschap bevat zowel gedragingen gericht op de mens als op de taak (Kalshoven e.a. 2011), daarom wordt zowel een meer taakgericht mechanisme (autonomie van handelen) als een mensgericht mechanisme (LMX) meegenomen.

Er is de afgelopen jaren een trend te zien in het feit dat, bijvoorbeeld in de thuiszorgbranche, de verantwoordelijkheid lager in de organisaties wordt gelegd, bij de medewerkers (RvZ 2011). Een goed voorbeeld hiervan is thuiszorgorganisatie Buurtzorg, die de teams bijna geheel zelfsturend hebben vormgegeven en per wijkteam resultaat verantwoordelijk zijn. Buurtzorg realiseert goede cijfers en fungeert als vooruitstrevende organisatie in de thuiszorgbranche (Buurtzorg 2009). Het is daarnaast bijvoorbeeld van medisch specialisten bekend, dat ze veel waarde hechten aan hun autonomie van handelen (Burdi & Baker 1999). Echter is er nog weinig onderzoek gedaan naar hoeveel waarde er bij andere groepen medewerkers binnen zorgorganisaties wordt gehecht aan het verkrijgen van een grote mate van autonomie van handelen, en wat de relatie is tussen de mate van verkregen autonomie en de prestaties van deze zorgmedewerkers (Walumbwa e.a. 2011). In dit onderzoek wordt verwacht dat ethisch leiderschap leidt tot betere prestaties van medewerkers en dat deze relatie via autonomie in het handelen verloopt. Een kenmerk van ethisch leiderschap is namelijk dat medewerkers een grote mate van zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en

zeggenschap krijgen (Kalshoven e.a. 2011), waardoor de medewerkers een grote mate van autonomie ervaren, wat zal leiden tot betere prestaties.

Ten tweede zal gekeken worden naar een mensgerichte mediator, Leader Member Exchange (LMX), in de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van zorgmedewerkers (Walumbwa e.a. 2011). De zorgsector is bij uitstek een sector waar het mensgerichte aspect centraal staat. Een essentieel kenmerk dat volgens Brown et al. (2005) kan worden geclassificeerd als een onderdeel van ethisch leiderschap is “*een normatieve opstelling bij interpersoonlijke relaties*”. Hiermee wordt duidelijk dat de relatie tussen leidinggevende en medewerker een belangrijke rol speelt bij ethisch leiderschap (Walumbwa e.a. 2011). In dit onderzoek zal de relatie worden bestudeerd tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers, en welke rol LMX hierbij speelt.

Samenvattend wordt in dit onderzoek onderzocht wat de relatie is tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers, met de invloed van LMX en autonomie van handelen in deze relatie. De bijbehorende onderzoeksvraag, waar dit onderzoek op is gestoeld, is als volgt:

Wat is de relatie van Ethisch Leiderschap met autonomie van handelen van medewerkers en Leader Member Exchange (LMX), en hieruit voortvloeiend de prestaties van de zorgmedewerkers?

In hoofdstuk twee zal het theoretisch kader worden geschetst aan de hand van een diepgaand literatuur onderzoek. De accenten liggen hierbij op de verschillende vormen van leiderschap, met uiteraard de focus op ethisch leiderschap, op prestaties van zorgmedewerkers, LMX en autonomie van handelen en de hierbij horende relaties. In hoofdstuk drie wordt de methode van dit onderzoek behandeld. De unieke respondentengroep speelt een belangrijk aspect voor de waarde van dit onderzoek, namelijk verzorgenden, verpleegkundigen, apothekmedewerkers in een regionaal ziekenhuis en fysiotherapeuten, allen geschaard onder de doelgroep *zorgmedewerkers*. Dit wordt in hoofdstuk vier gevolgd door een bespreking van de resultaten van de analyse. Ten slotte bevat hoofdstuk vijf de conclusie en discussie.

2. Theoretisch Kader

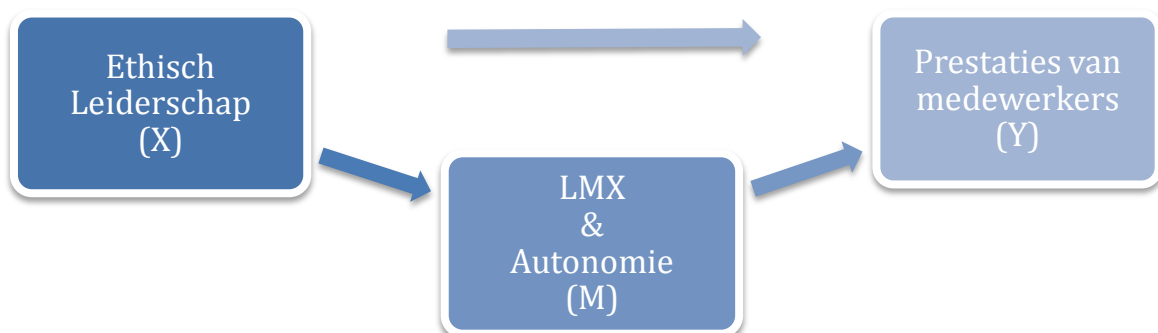
In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader behorende bij de hierboven geschetste onderzoeksvraag vormgegeven. Ten behoeve van deze onderzoeksvraag wordt een drietal hypothesen opgesteld. Het hoofdstuk begint met het bijbehorende conceptueel model.

2.1 Conceptueel Model

In wetenschappelijk onderzoek kan er onderscheid worden gemaakt tussen modererende en mediërende variabelen. Een mediërende variabele (M) heeft invloed op de relatie tussen de onafhankelijke (X) en de afhankelijke variabele (Y). Met andere woorden; het intervenueert tussen input en output. Daarbij dient er expliciet één onafhankelijke variabele (X) in het model te zitten die een relatie veronderstelt te hebben met de afhankelijke variabele (Y), welke loopt via de mediërende variabele (M) (Baron & Kenny 1986: 1176).

Ten behoeve van dit onderzoek is er een conceptueel model opgesteld (zie Figuur 1), met als doel de kern van dit onderzoek overzichtelijk weer te geven. De verschillende afzonderlijke verbanden worden later in dit hoofdstuk toegelicht. Het model bevat de veronderstelde conceptuele relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van de directe medewerkers in de zorg (*Task performance*) en de rol van Leader Member Exchange (*LMX*) en autonomie van handelen (*Job Autonomy*) in deze relatie.

Figuur 1 Conceptueel model ten behoeve van dit onderzoek



Een belangrijke theorie om de mediërende rol bij dit onderzoek te verklaren, is de *social exchange theorie* (SET). SET is een theorie die gedragingen van medewerkers in hun werkomgeving verklaart. De basis hierbij wordt gevormd door de interactie tussen twee personen, waarbij vertrouwen, wederzijdse commitment en loyaliteit essentiële componenten vormen. Een belangrijk aspect hierbij is het principe van *reciprocity*; wanneer een persoon de voorgaande componenten bezit en toont, en dit voordeel oplevert voor een ander, is deze persoon geneigd iets terug te willen doen voor die persoon (Cropanzano & Mitchell 2005; Emerson 1976). Deze theorie zal in dit hoofdstuk gebruikt worden om de relaties in het model te ondersteunen.

2.2 Ethisch Leiderschap

Zoals in de inleiding beschreven, zijn er veel verschillende vormen van leiderschap. Een frequent gehanteerde uitsplitsing is die naar transactioneel, transformationeel en ethisch leiderschap (Trevino e.a. 2003). In de literatuur is geen consensus over waar de exacte grenzen liggen en waar er overlap is tussen de verschillende typen leiderschap (Brown & Trevino 2006). Ethisch leiderschap is nog een vrij jong begrip in de wetenschap. Waar voorheen vooral onderzoek werd gedaan naar transactioneel en transformationeel leiderschap, zijn aan het begin van deze eeuw de eerste onderzoeken naar het concept ethisch leiderschap uitgevoerd. Sindsdien is ethisch leiderschap frequent onderwerp van onderzoek geweest (Kalshoven 2010). Het feit dat kenmerken tussen de verschillende typeringen van leiderschap overlap vertonen is niet onverklaarbaar. Ethisch leiderschap is namelijk ontstaan uit het transformationeel leiderschap. Ethiek vormde hierin een steeds belangrijker wordende schakel. Sinds 2005 is het belang van en interesse voor ethisch leiderschap dermate groot geworden, dat er beduidend meer en specifiek onderzoek is gedaan naar ethisch leiderschap en diens leiderschapsgedragingen (Kalshoven 2010).

Ethische leiders gedragen zich volgens Brown et al. (2005) op een normatieve gepaste manier en kunnen worden gekarakteriseerd als betrouwbaar, eerlijk en zorgzaam ten opzichte van de directe medewerker. Een onderscheid dat Trevino et al. (2003) maken is dat ethisch leiderschap meer is dan integer handelen en het inspireren van medewerkers. Het omvat tevens een transactioneel component; het gebruik maken van adequate communicatie, en een beloningssysteem om medewerkers in ethisch gedrag te stimuleren (Brown e.a. 2005).

Eén van de meest recente wetenschappelijke onderzoeken is gedaan door Kalshoven et al. (2011). Deze wetenschappers hebben onderzoek gedaan naar leiderschapsgedragingen die

in lijn zijn met ethisch leiderschap. Na onderzoek kwamen de volgende zeven ethische leiderschapsgedragingen naar voren;

- *Fairness*: Eerlijkheid, mensen gelijk behandelen, op een normatieve manier.
- *Integrity*: Beloftes houden, rechtlijnig in wat je als leider zegt en doet.
- *Ethical guidance*: Communiceren en voorlichting geven over ethische standaarden.
- *People orientation*: Zorgen voor, respecteren en ondersteunen van mensen.
- *Power sharing*: Laat medewerkers toe hun mening te uiten in zake beleid
- *Role clarification*: duidelijkheid omtrent verwachtingen en verantwoordelijkheden doelen.
- *Concern for sustainability*: het milieu en recycling in ogenschouw houdend.

Uit het hier bovenstaande kan worden opgemaakt dat ethische leiders mensgericht zijn, wat betekent dat ze geven om mensen, respect tonen en ondersteuning bieden waar nodig (Kalshoven e.a. 2011; Trevino e.a. 2003). Het topmanagement ontwerpt over het algemeen het beleid en ethische standaarden. Deze worden door het middelmanagement door de organisatie uitgerold. Door middel van straffen en belonen worden de mensen gestimuleerd om op een ethische manier te werk te gaan. Ethisch leiderschap is hierbij de kern en van toepassing op alle lagen van de organisatie (Kalshoven e.a. 2011).

Ethische leiders hebben daarnaast oog voor de invloed van stakeholders en de samenleving op de organisatie en veranderingen hierbinnen. Ze kunnen goed de belangen en gevolgen inschatten voor de omgeving, evenals de gevolgen van hun handelen ten opzichte van de stakeholders (Trevino e.a. 2003). Vanwege de aanzienlijke aantallen stakeholders waarmee een hedendaagse organisatie te maken heeft en rekening mee dient te houden, zal deze competentie essentiëler worden bij leidinggevendenden. Ethische leiders zijn daarnaast geloofwaardig en worden vertrouwd omdat ze hun woord houden en rechtlijnig zijn in wat zij doen en zeggen (Kalshoven e.a. 2011). Uit onderzoek van Kalshoven et al. (2011) blijkt dat ethisch leiderschap, met als basis de bovenstaande zeven ethisch leiderschapsgedragingen, een positieve relatie heeft met het commitment, vertrouwen en voldoening dat de directe medewerkers hebben in hun werk.

Brown et al. (2005) karakteriseren ethisch leiderschap daarnaast als leiderschap waarbij de manager door middel van normatief gepast gedrag zijn medewerkers beïnvloedt, hierbij gebruikmakend van het versterken van de medewerker en wederzijdse communicatie. Onder 'normatief gepast gedrag' verstaan zij eerlijkheid, betrouwbaarheid, oprechtheid en zorg ten opzichte van de medewerkers, waarbij de manager wordt gezien als het rolmodel (Brown e.a. 2005: 120).

De Social Learning Theory (SLT) (Bandura 1977) kan helpen verklaren hoe ethische leiders de medewerkers beïnvloeden. Volgens de (SLT) ontwikkelen mensen zich namelijk doordat ze aandacht besteden aan en zich hetzelfde willen gedragen als aansprekende voorbeeldfiguren en diens houding, waarden en gedragingen (Brown & Trevino 2006: 597). Dit wordt door Bandura (1977) aangemerkt als *modeling*. De ethische leiders worden gezien als rolmodel en beïnvloeden op deze manier de gedragingen van medewerkers. Dit zal de uiteindelijke prestaties van de zorgmedewerkers verbeteren.

Ethisch leiderschap en prestatie van medewerkers

Vanwege de almaar toenemende financiële druk op de zorgorganisaties, is de organisaties er alles aan gelegen om diens resultaten te optimaliseren. Zorgorganisaties kunnen doorgaans worden getypeerd als Mintzberg's (2006) professionele bureaucratie, waarbinnen het grotendeels draait om de uitvoerende kern op de werkvloer. Het spreekt dus voor zich dat de organisaties de prestaties in dit deel van de organisatie willen optimaliseren. Daarom zal in dit onderzoek worden onderzocht wat het effect van ethisch leiderschap is op de prestaties van de medewerkers.

Het begrip prestaties van medewerkers omvat het functie specifieke gedrag van medewerkers, waaronder de verantwoordelijkheden van de medewerker in zijn of haar functie (Conway 1999: 3). Het draait om de prestaties welke een directe relatie hebben met de *core-business* van een bepaalde organisatie (Motowidlo & Van Scotter 1994).

Uit eerder onderzoek blijkt dat er positieve relaties zijn tussen Ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers (Brown & Trevino 2006; Walumbwa e.a. 2011). De onderzoeken die tot op heden zijn verricht zijn in tegenstelling tot dit onderzoek, niet specifiek op de gezondheidszorg gericht. Zo is er onderzoek gedaan onder studenten (Piccolo e.a. 2010), onder CEO's (De Hoogh & Den Hartog 2008), onder medewerkers van een glasfabriek (Parker 2001) en in een Chinees farmaceutische organisatie (Walumbwa e.a. 2011), maar een specifiek onderzoek naar medewerkers in de zorgsector is tot op heden niet uitgevoerd. Vanuit bovengenoemde onderzoeken is reeds meerdere keren geconcludeerd dat ethisch leiderschap een positieve relatie heeft op de resultaten van directe medewerkers. Daarom wordt er in dit onderzoek, onder deze nieuwe onderzoekspopulatie tevens een positieve relatie verwacht.

De Social Exchange Theory (SET) is, naast de eerder genoemde Social Learning Theory (SLT) van essentieel belang in dit onderzoek. De social exchange theory verklaart namelijk de relatie tussen ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers. Een ethisch leider toont vertrouwen, commitment en loyaliteit richting zijn of haar directe medewerkers.

Vanwege het principe van *reciprocity* zal de directe medewerker geneigd zijn dingen terug te doen voor zijn of haar leidinggevende, waardoor de prestaties van deze medewerker zullen verbeteren. Dit verklaart de positieve relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers (Cropanzano & Mitchell 2005).

Ten behoeve van de hierboven geschetste verwachte relatie op basis van de SLT en de SET is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 1: Ethisch Leiderschap heeft een positieve relatie met de prestaties van zorgmedewerkers.

2.3 Leader Member Exchange

Leader Member Exchange (LMX) wordt gedefinieerd als de kwaliteit van uitwisseling tussen medewerker en leidinggevende en is gebaseerd op de Social Exchange Theory (SET) (Cropanzano & Mitchell 2005). De social exchange theory is een belangrijke theorie om de gedragingen op de werkvloer te verklaren. Kwalitatief goede relaties op de werkvloer bevorderen vanuit deze theorie de sociale interactie. De relatie tussen de medewerker en de ethische leidinggevende ontwikkelt zich naarmate er in de tijd meer vertrouwen, commitment en loyaliteit is (Cropanzano & Mitchell 2005). Hier vanuit is de stap naar LMX en diens relatie met ethisch leiderschap snel gemaakt, en wordt in dit onderzoek daarom als mediator verwacht voor de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers in de zorg. Behoudens het onderzoek van Walumbwa et al. (2011) is er tot op heden niet veel onderzoek gedaan naar LMX als mediator voor ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers. Recent onderzoek van Walumbwa et al. (2011) toont een mediërend effect van LMX in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers en focust zich op leidinggevendenden in een farmaceutische organisatie, waar in dit onderzoek de focus ligt op medewerkers in de zorgsector.

LMX behelst zowel uitwisseling van sociale aspecten als vertrouwen (Walumbwa e.a. 2011: 205). LMX omvat tevens emotionele ondersteuning en uitwisseling van waarden en normen tussen de leidinggevende en medewerker. Hierbij ontwikkelen medewerkers een kwalitatief goede relatie met de leidinggevende op basis van:

- I. Met wie de medewerkers werken;
- II. Hoe ze er mee samenwerken;
- III. En de ervaringen die met de samenwerking gepaard gaan (Cropanzano & Mitchell 2005).

LMX relaties worden opgebouwd door reeksen interacties tussen medewerkers en leidinggevendenden. Hoe vaker de medewerker intensief samenwerkt met de leidinggevende, hoe beter de band zal zijn, uiteraard afhankelijk van de kwaliteit van de samenwerking (Walumbwa e.a. 2011). In het kort kan worden gesteld dat leiderschap niet om een persoon gaat, maar om het proces (Mayer & Nishii 2009). Een hoge mate van LMX kan worden bereikt door loyaliteit, wederzijdse ondersteuning en emotionele connectie (Walumbwa e.a. 2011).

Ethische leiders verbeteren de relatie met de directe medewerkers op een aantal manieren. Zo worden ethische leiders gezien als morele en betrouwbare leiders wat het vertrouwen van de medewerker in hen doet stijgen (Kalshoven e.a. 2011). Wanneer medewerkers voelen dat

ze oprecht door de leidinggevende worden behandeld, resulteert dit in een gevoel dat de leidinggevende daadwerkelijk begaan met hen is. Dat zal leiden tot betere prestaties van zorgmedewerkers.

Vanuit de Social Exchange Theorie (SET) kan worden gesteld dat een hogere mate van LMX leidt tot effectievere medewerkers. Dit is te verklaren vanuit het principe van *reciprocity*; wanneer een medewerker voelt dat hij goed wordt behandeld door zijn leidinggevende en zij een goede relatie hebben, zal de medewerker geneigd zijn positief te reageren op de leidinggevende en beter willen presteren (Cropanzano & Mitchell 2005). Ethische leiders hebben als kenmerk dat ze *mens-georienteerd* zijn, wat inhoudt dat ze zorgzaam zijn voor de directe medewerkers, en deze respecteren en ondersteunen (Kalshoven e.a. 2011). Daarnaast is een adequate wederzijdse communicatie een belangrijk kenmerk van een ethische leider (Brown e.a. 2005). Deze kenmerken zijn tevens essentiële eigenschappen die LMX doen versterken, wat leidt tot betere prestaties van medewerkers. Dit maakt dat LMX goed aansluit en van belang is bij ethisch leiderschap. Op basis van de SET wordt verwacht dat LMX een mediërende rol speelt in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers in de zorg.

Tot slot kan tevens de Social Learning Theory (SLT) de mediërende functie van LMX in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers verklaren. Vanuit deze theorie ontwikkelen mensen zich doordat zij zich focussen op, en willen gedragen als aansprekende rolfiguren (Bandura 1977). Wanneer er een goede relatie is tussen de medewerker en diens leidinggevende, zal de medewerker de ethische leidinggevend zien als rolmodel en zal diens waarden en gedragingen kopiëren. Dit zal de prestaties van de directe zorgmedewerkers verbeteren. Op basis van de SLT wordt er in dit onderzoek dan ook verwacht dat LMX een mediërende rol speelt in de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van de zorgmedewerkers.

Op basis van de SLT en SET volgt de volgende hypothese:

Hypothese 2; Ethisch Leiderschap heeft, via Leader Member Exchange, een positieve relatie met de prestaties van zorgmedewerkers.

2.4 Autonomie van handelen

Piccolo (2010: 264) ziet autonomie van handelen als een vorm van intrinsieke motivatie. Het behelst in hoeverre medewerkers daadwerkelijk zelf hun dagelijkse werkzaamheden kunnen inrichten (Parker e.a. 2001). De mate van autonomie van handelen wordt bepaald door:

- De mate waarin de medewerker zelf zijn werkzaamheden kan plannen,
- In hoeverre de medewerker zelf beslissingen kan en mag nemen over op welke wijze hij een taak uit mag voeren,
- In hoeverre de medewerker controle heeft over de kwaliteit van zijn producten (Piccolo e.a. 2010) (Jackson e.a. 1993).

Deze bovenstaande kenmerken van autonomie van handelen vormen de basis voor dit onderzoek. Hierbij moet worden opgemerkt dat bepaalde groepen respondenten, denk aan verzorgenden en verpleegkundigen, juist geacht worden volgens een van te voren bepaalde protocol te werken. Hier staat tegenover dat zij hier, vanuit hun expertise, waar nodig van mogen afwijken. Tevens worden ze, zoals in de inleiding beschreven, geconfronteerd met de trend in de Nederlandse zorgsector die leidt tot meer autonomie op de werkvloer (Buurtzorg 2009). Dit onderzoek draait om de ervaren autonomie van handelen van de zorgmedewerkers.

Ethische leiders geven door 'power sharing' (Kalshoven 2010) autonomie aan de directe medewerkers, en motiveren hen door uit te leggen hoe bepaalde inspanningen en werkzaamheden op bepaalde manieren kunnen bijdragen aan het realiseren van doelen (De Hoogh & Den Hartog 2008). Dit alles met een ethische insteek (Piccolo e.a. 2010: 262). Ethische leiders maken de directe medewerker er zodoende bewust van, wat de impact is van hun beslissingen op een proces, einddoel of de organisatie. De medewerkers kunnen hier eventueel in worden gestuurd aan de hand van beloningen, waarbij kan worden gedacht aan ondersteuning of scholing (Piccolo e.a. 2010: 263). Dit zal leiden tot betere prestaties van medewerkers.

Kalshoven et al. (2011) typeren zeven leiderschapsgedragingen van ethisch leiderschap. Twee van deze leiderschapsstijlen betreffen *Role Clarification* en *Power Sharing*. In het kort houden deze termen in dat medewerkers inspraak verkrijgen en duidelijke verantwoordelijkheden hebben in hun werk. Hieruit wordt duidelijk dat er enig verwantschap bestaat tussen ethisch leiderschap en autonomie van handelen. Dit is in lijn met het onderzoek van Piccolo et al. (2010: 265), aangezien zij aangeven dat het in het kader van ethisch leiderschap van belang is dat de medewerkers verantwoordelijkheid krijgen over hun eigen prestaties. Zoals reeds besproken gaat de Social Learning Theory (SLT) van Bandura

(1977) uit van het principe van *modeling*, wat inhoudt dat medewerkers gemotiveerd kunnen worden doordat ze gedrag of handelen van leidinggevend zien en kopiëren. Verder geeft de SLT aan dat als gedrag bijvoorbeeld door grote groepen mensen in de organisatie wordt vertoond of wanneer de opbrengsten van dit gedrag aanmerkelijk zijn, de medewerkers geneigd kunnen zijn dit gedrag te kopiëren, wat de prestaties van de medewerkers verhoogt (Bandura 1977). Vanuit de SLT leren de medewerkers van de autonomie van handelen en selecteren hier de aspecten uit welke opbrengsten opleveren, waardoor de prestaties van de medewerkers zullen worden geoptimaliseerd (Piccolo e.a. 2010). Op basis van de SLT wordt verwacht dat autonomie van handelen een mediërende rol speelt bij de relatie ethisch leiderschap en prestaties van zorgmedewerkers.

De Social Exchange Theory (SET) heeft tevens een verklarende rol bij deze relatie. Vanwege het feit dat een medewerker van zijn ethische leidinggevende meer autonomie in zijn werkzaamheden verkrijgt, ervaart hij een sterkere mate van vertrouwen. Vanuit het principe van *reciprocity* zal de directe medewerker het vertrouwen niet willen beschamen en iets terug doen voor de leidinggevende, waardoor de prestaties van de medewerkers zullen verbeteren (Cropanzano & Mitchell 2005). Dus op basis van de SET wordt verwacht dat autonomie van handelen een mediërende rol speelt in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers.

Uit onderzoek van Piccolo et al (2010) en Kalshoven (2010) komt een vergelijkbare relatie reeds naar voren. Deze onderzoeken zijn echter gestoeld op datasets bestaande uit respondenten uit vele verschillende sectoren, terwijl dit onderzoek specifiek gebaseerd is op medewerkers in de zorgsector. Daarnaast ziet Piccolo et al. (2010) autonomie van handelen als mediator en Kalshoven (2010) als moderator, wat verklaart dat hier nog geen eenduidigheid over bestaat.

Op basis van de SLT en de SET wordt voor de verwachte relatie van ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers, met autonomie van handelen als mediator de volgende hypothese onderzocht:

Hypothese 3: Ethisch Leiderschap heeft, via autonomie van handelen, een positieve relatie met de prestaties van zorgmedewerkers.

3. Methoden

Om het onderzoeksmodel en bijbehorende hypothesen te toetsen is een kwantitatief onderzoek opgezet. In dit hoofdstuk zal worden beschreven hoe het onderzoek vormgegeven, uitgevoerd en geanalyseerd wordt.

3.1 Sample en procedure

Dit onderzoek vormt een onderdeel van vier afstudeeronderzoeken met een gelijksoortig thema. Ten behoeve van de vier afstudeeronderzoeken is één vragenlijst opgesteld welke de operationalisaties bevatten van de verschillende hypothesen die in de onderzoeken worden getoetst. De vragenlijsten zijn uitgedeeld bij vier verschillende typen zorgorganisaties, welke afkomstig zijn uit de netwerken van de studenten. Dit maakt dat de organisaties niet *at random* zijn gekozen. Voorafgaand is er aan de betreffende leidinggevenden toestemming gevraagd om de vragenlijsten uit te delen. De verschillende typen zorgorganisaties worden later in deze paragraaf uitgebreid besproken. De respondenten variëren van verzorgenden en verpleegkundigen, naar apothekersmedewerkers en fysiotherapeuten. Hiermee is de intentie een algemeen beeld te laten ontstaan met betrekking tot medewerkers in de gezondheidszorgsector. De externe validiteit blijft hierdoor beperkt tot deze groepen medewerkers in de gezondheidszorgsector (Swanborn 2006: 25).

De vragenlijsten zijn genummerd naar organisatie, om zodoende voor eventuele invloed van type organisatie te kunnen corrigeren. Bij de vragenlijsten is een brief met toelichting opgestuurd of uitgedeeld. Hierin is de procedure van het onderzoek toegelicht, aangegeven dat de privacy wordt gewaarborgd en gevraagd om de vragenlijst in te vullen en te retourneren in de daarvoor bestemde postvakken, dit tevens om de privacy te waarborgen. De respons is door een persoonlijke benadering getracht zo hoog mogelijk te krijgen. De respondenten hebben gemiddeld twee weken de tijd gehad de vragenlijst te retourneren en hebben geen vergoeding gehad voor de participatie. De organisaties komen uit de netwerken van de studenten, wat het relatief makkelijk heeft gemaakt om mensen bereid te vinden te participeren in de onderzoeken en mensen te herinneren aan het invullen van de enquêtes wanneer een laag responspercentage dreigde.

De voor dit onderzoek onderzochte organisaties betreffen:

1. De eerste organisatie betreft een *fysiotherapiepraktijk*. Deze eerstelijns zorgorganisatie heeft de beschikking over vijf verschillende praktijken waar in totaal veertien werknemers werkzaam zijn.

2. De tweede organisatie betreft een *Regionaal Ziekenhuis*. Het ziekenhuis heeft de beschikking over 1000 bedden en biedt momenteel werk aan circa 5300 werknemers. De respondenten die ten behoeve van het onderzoek de vragenlijst hebben ingevuld zijn werkzaam in de apotheek van het ziekenhuis, het zogeheten Apothekers service punt (ASP).
3. De derde organisatie betreft een tweedelijns *GGZ-instelling* gericht op jongeren, volwassenen en ouderen met verstandelijke en/of psychische problematiek. De focus ligt op de re-integratie van deze mensen in de samenleving waar mogelijk. De mensen worden begeleid door ongeveer 2000 medewerkers en 500 vrijwilligers, op het gebied van wonen, werken sociale activiteiten en dagbesteding.
4. Tot slot betreft de vierde organisatie een *thuiszorgorganisatie* waar momenteel circa 1200 medewerkers werkzaam zijn. Jaarlijks wordt er bij ongeveer 10000 cliënten zorg geleverd. De geleverde zorg varieert van verzorging en verpleging, tot thuisbegeleiding, acute zorg en ziekenhuis verplaatsende zorg.

3.2 Beschrijving Dataset

In de vier zorgorganisaties zijn in totaal 171 vragenlijsten in papieren vorm uitgedeeld. Hiervan zijn er uiteindelijk in totaal 111 geretourneerd (n=111). Dit betekent dat het algehele responspercentage uitkomt op 64,9%. In Tabel 1 is de uitsplitsing gemaakt naar organisatie.

Tabel 1 Respons naar Organisatie

Respondenten			
1: Fysiotherapiepraktijk	Uitgedeeld	14	
	Retour		14
	Respons %	100%	
2: Streekziekenhuis	Uitgedeeld	25	
	Retour		22
	Respons %	88%	
3: GGZ instelling	Uitgedeeld	100	
	Retour		50
	Respons %	50%	
4: Thuiszorgorganisatie	Uitgedeeld	32	
	Retour		25
	Respons %	78%	
Totaal	Uitgedeeld	171	
	Respons %	65%	
	N		111

Onderstaande tabel 2 is een schematische weergave van de kenmerken van de respondenten in de dataset. Tabel 2 toont dat, zoals gebruikelijk in de zorgsector, vrouwen ruim oververtegenwoordigd zijn in de dataset. De meeste respondenten hebben een opleiding niveau MBO (41%) of HBO (43%) afgerond. Uitgesplitst naar type organisatie komen deze percentages globaal overeen met de percentages betreffende opleidingsniveau voor de *GGZ-instelling* en de *Thuiszorgorganisatie*. Wat betreft de *fysiotherapiepraktijk* zitten er louter medewerkers HBO-niveau in de steekproef, voor het *Streekziekenhuis* betreft dit vooral medewerkers met MBO niveau (63%).

Tabel 2 Kenmerken dataset

Kenmerk		
Geslacht	Man	25,2%
	Vrouw	74,8%
Leeftijd	Gem.	39,1
	Std. Dev.	11,6
Opleiding	WO	0,9%
	HBO	43,2%
	VWO	-
	HAVO	7,2%
	VMBO	4,5%
	MBO	41,4%
	Overig	2,7%

3.3 Meetinstrument & Onderzoeksdesign

3.3.1 Schalen

Vanwege het feit dat ten behoeve van het onderzoek gebruik is gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten die zijn opgebouwd uit bestaande wetenschappelijke schalen is de betrouwbaarheid (Swanborn 2006: 24) en interne validiteit (Swanborn 2006: 25) gewaarborgd. Ondanks het feit dat het om bestaande wetenschappelijk schalen gaat wordt er voor de volledigheid voorafgaand aan de correlatieanalyse een factoranalyse uitgevoerd, waarbij wordt gekeken in hoeverre resultaten kunnen worden verklaard door onderliggende factoren (Kirkwood & Sterne 2003: 106). Daarnaast zal de betrouwbaarheid van de schalen worden berekend en geïnterpreteerd aan de hand van de Cronbach's Alpha, waarbij als ondergrens 0,7 wordt gehanteerd (Bland & Altman 1997: 572).

Voor dit onderzoek zijn de schalen van ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers en die van de mediërende variabelen LMX en autonomie van handelen opgenomen in de vragenlijst. De antwoordschalen zijn vormgegeven met een vijfpunts likert-

schaal. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 *volledig mee oneens*, tot 5 *volledig mee eens*, waarbij 3 is gedefinieerd als *neutraal*.

3.3.2 Ethisch leiderschap

De schaal Ethisch leiderschap meet in hoeverre de directe leidinggevende van de betreffende medewerker leiding geeft op een manier die kan worden getypeerd als ethisch gedrag. Deze is gemeten met de *Ethical Leadership at Work* schaal van Kalshoven et al. (2011). Deze schaal bevat zeven gedragsdimensies en 38 items en zal als totale gemiddelden worden gebruikt. Eén van deze items is bijvoorbeeld: *Mijn leidinggevende geeft oprecht om zijn of haar werknemers*. De bijbehorende Cronbach's Alpha voor deze schaal betreft: 0,92.

3.3.3 Prestaties van medewerkers

Met een zevental vragen is de variabele schaal *prestaties van de medewerker* vorm gegeven (Williams & Anderson 1991). Een voorbeeld vraag betreft: *De taken die aan de medewerker zijn toegewezen, voer ik naar behoren uit*. Zoals hieruit valt af te lezen wordt de medewerker gevraagd zijn of haar prestaties te beoordelen. De bijbehorende Cronbach's Alpha voor deze schaal betreft: 0,84.

3.3.4 Autonomie van handelen

Autonomie van handelen wordt gemeten aan de hand van een schaal die bestaat uit zes vragen (Jackson e.a. 1993). Deze schaal bevraagt de drie elementen van autonomie van handelen die in het theoretisch kader naar voren zijn gekomen. Een voorbeeldvraag uit deze schaal is: *Ik kan zelf beslissen op welke wijze ik mijn taken uitvoer*. De bijbehorende Cronbach's Alpha voor deze schaal betreft: 0,88.

3.3.5 Leader Member Exchange

Een schaal welke zeven vragen omvat is gebruikt in dit onderzoek om de variabele LMX te meten (Graen & Uhl-Bien 1995). Deze schaal bevraagt de medewerker over diens relatie met zijn of haar directe leidinggevende. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de volgende vraag: *Mijn leidinggevende begrijpt mijn problemen en behoeftes*. De bijbehorende Cronbach's Alpha voor deze schaal betreft: 0,79.

Zoals uit bovenstaande analyses blijkt, is voor elke schaal de Cronbach's Alpha van afdoende grootte. De laagst gevonden waarde betreft 0,79, waar een minimale waarde van 0,7 noodzakelijk is (Bland & Altman 1997: 572).

Er zal in de hierna volgende analyse voor een aantal variabelen worden gecontroleerd. Allereerst betreft dit de variabelen *leeftijd* in jaren en *geslacht*, waarbij 1=man en 2=vrouw. Voor de variabele *opleidingsniveau* zijn dummyvariabelen aangemaakt (1= WO, 2=HBO, 3=VWO, 4=Havo, 5=VMBO, 6=MBO, 7=overig). Tot slot zal er hierna een factoranalyse worden uitgevoerd op de verschillen naar type organisatie. Wanneer deze worden gevonden zullen er dummyvariabelen worden aangemaakt voor deze variabele (1= Fysiotherapiepraktijk, 2 = Streekziekenhuis, 3 = GGZ-instelling, 4 = Thuiszorgorganisatie).

4. Resultaten

Na een theoretische onderbouwing en de beschrijving van de methoden zullen in dit hoofdstuk de analyses worden verricht om de onderzoeksvraag en de bijbehorende hypothesen te toetsen. Allereerst wordt een factoranalyse verricht, gevolgd door een variatieanalyse voor verschil naar organisaties. Daarna zal een correlatieanalyse worden verricht, om te eindigen met de regressieanalyse.

4.1 Factoranalyse

Voordat de hypothesen worden getoetst zal er allereerst per schaal worden bekeken in hoeverre er verschillen zijn naar organisatie. Daarnaast wordt er getoetst of de items in een schaal laden op één factor. Ten behoeve hiervan moeten er twee analyses worden verricht, te weten een variatieanalyse (Anova-tabel) om het verschil naar organisatie in kaart te brengen en een factoranalyse om te bezien of de items van een schaal op één factor laden.

Voordat de factor analyse wordt uitgevoerd wordt eerst de Bartlett's test of Sphericity (Pallant 2007) en de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test uitgevoerd, waarvan een minimaal waarde van 0,6 nodig is om een factor analyse uit te mogen voeren (Ferguson & Cox 1993). Voor alle vier de onderzoeksschalen geldt dat deze volgens de Bartlett's test of Sphericity significant dienen te zijn ($p < 0,05$), om de factoranalyse uit te mogen voeren. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel (tabel 3).

Tabel 3 Resultaten KMO en Bartlett's test of Sphericity per afzonderlijke variabele schaal.

Variabele Schaal	KMO	Bartlett's test of Sphericity
Ethisch leiderschap	0,89	0,00
LMX	0,80	0,00
Autonomie van handelen	0,83	0,00
Prestaties van medewerkers	0,85	0,00

N=111

De hierboven gevonden waarden voor de Bartlett's test of Sphericity impliceren significantie bij $p < 0,01$. Daarnaast zijn de gevonden KMO waarden allen hoger dan 0,6 waardoor er een factoranalyse over de schalen mag worden gedaan (Ferguson & Cox 1993).

Ethisch leiderschap bestaat, zoals beschreven in het theoretisch kader, uit zeven componenten (Kalshoven e.a. 2011). Uit de factoranalyse blijken zeven componenten een

eigenwaarde van 1 of hoger te hebben. Deze 7 componenten verklaren 71% van de variantie. De Screeplot laat een duidelijk breekpunt zien na component 3 en 7, die respectievelijk 54% en 71% verklaren. Gezien de component matrix heeft elk item minimaal een waarde van 0,37 en maximaal 0,8, in relatie met minimaal één van de componenten. Dus in lijn met eerder ethisch leiderschapsonderzoek zal ethisch leiderschap als een factor worden gemeten bestaande uit zeven subfactoren (Pallant 2007).

Bij de variabele *LMX* hebben twee factoren een eigenwaarde van minimaal 1. Deze twee componenten verklaren 67% van de variantie. Ook afgaande op de Screeplot ligt het breekpunt na component 2. Gekeken naar de waarden in de component matrix, valt op dat deze variërend van 0,66 tot 0,83 in relatie tot minimaal 1 van de componenten sterk laden. Na een twee-factoranalyse te hebben uitgevoerd blijkt één item puur op factor 2 te laden, waar de overige items op factor 1 laden. Dit item betreft: *Mijn leidinggevende helpt mij ten koste van hem/haar zelf*. Wanneer dit item wordt verwijderd en nogmaals een factoranalyse wordt uitgevoerd, is er één factor welke met een eigenwaarde van 3,40 boven de waarde van 1 uitkomt. Deze heeft een verklarende variantie van 56,6%. Wanneer over deze aangepaste schaal de Cronbach's Alpha wordt berekend, blijkt dat deze is toegenomen naar een waarde van 0,83, waar deze voorheen 0,79 bedroeg. Dit doet besluiten om voor de volgende analyses dit item uit de schaal te verwijderen (Pallant 2007).

De schaal voor *autonomie van handelen* toont één factor met een eigenwaarde die boven een waarde van 1 uitkomt. Deze component verklaart 63% van de variantie. De Screeplot geeft tevens duidelijk aan dat het breekpunt na component 1 ligt. De waarden die in de componentmatrix naar voren komen, variëren van 0,7 tot 0,85. Uit de factoranalyse blijkt dat de schaal *autonomie van handelen* laadt op één factor (Pallant 2007).

De laatste schaal *prestaties van medewerkers* bevat zeven items. Uit de factoranalyse blijkt dat twee factoren een eigenwaarde hebben die boven een waarde van één 1 uitkomt, al is factor 2 met een eigenwaarde van 1,02 maar net boven de grens van 1,0. Deze componenten verklaren samen 67% van de variantie (afzonderlijk 52% en 15%). De Screeplot laat tevens een duidelijk breekpunt na factor 2 zien. De Oblimim Correlatie tabel laat zien dat tussen deze twee componenten een correlatie bestaat met $r=0,46$ (Pallant 2007). Wanneer het zesde item uit deze schaal wordt verwijderd is er nog slechts 1 factor die met een eigenwaarde van 3,26 ruim boven de waarde 1 uitkomt. Deze component verklaart 54% van de variantie. Het verwijderde item betreft; *Er zijn geen essentiële taken die ik niet uitvoer*. Door deze wijziging daalt de Cronbach's Alpha van deze schaal van 0,84 naar 0,82, wat nog altijd een acceptabele Cronbach's Alpha is.

4.2 ANOVA voor verschil tussen organisaties

Om te bekijken of er een verschil is tussen de vier verschillende organisaties is er per schaal een Anova-tabel gemaakt.

Wat betreft de schaal voor ethisch leiderschap (Tabel 4) komt er naar voren dat er significante verschillen zijn in *Ethisch Leiderschap* uitgesplitst naar organisatie (F=10,77, p<0,01). Uit verdere analyse blijkt dat de *GGZ-instelling* significant verschilt van de *Fysiotherapiepraktijk* (MD= 0,59, p<0,01) en het *Streekziekenhuis* (MD= 0,47, p<0,01).

Tabel 4 Anova tabel: verschil in Ethisch leiderschap naar Organisatie F: 10,77** (Gemiddelde, Std. Dev. en verschil in gemiddelde)

Organisatie	Gemiddelde	Std.dv	Org.1	Org.2	Org.3	Org.4
1	3,13	0,30	-	-	-	-
2	3,25	0,41	0,13	-	-	-
3	3,72	0,38	0,59**	0,47**	-	-
4	3,47	0,54	0,35	0,22	-0,25	-

Organisatie (1 = Fysiotherapiepraktijk, 2 = Streekziekenhuis, 3 = GGZ-instelling, 4 = Thuiszorgorganisatie).

** = Significant op p < 0,01 niveau; * = Significant op p < 0,05 niveau.

N=111

Wat betreft de schaal voor LMX (Tabel 5) komt er naar voren dat er significante verschillen zijn in *LMX* uitgesplitst naar organisatie (F=4,11, p<0,01). Uit verdere analyse blijkt dat de *Thuiszorgorganisatie* significant verschilt van de *GGZ-instelling* (MD= -0,37, p<0,05).

Tabel 5 Anova tabel: verschil in LMX naar Organisatie F: 4,11** (Gemiddelde, Std. Dev. en verschil in gemiddelde)

Organisatie	Gemiddelde	Std.dv	Org.1	Org.2	Org.3	Org.4
1	3,32	0,39	-	-	-	-
2	3,39	0,58	0,07	-	-	-
3	3,71	0,45	0,39	0,32	-	-
4	3,33	0,71	0,02	-0,06	-0,37*	-

Organisatie (1 = Fysiotherapiepraktijk, 2 = Streekziekenhuis, 3 = GGZ-instelling, 4 = Thuiszorgorganisatie).

** = Significant op p < 0,01 niveau; * = Significant op p < 0,05 niveau.

N=111

Aangaande autonomie van handelen (Tabel 6) komt er naar voren dat er significante verschillen zijn naar organisatie (F=9,47, p<0,01). Uit verdere analyse blijkt dat het *Streekziekenhuis* significant verschilt van de *Fysiotherapiepraktijk* (MD= -0,85, p<0,01), de *GGZ-instelling* (MD= -0,74, p<0,01) en de *Thuiszorgorganisatie* (MD= -0,79, p<0,01).

Tabel 6 Anova tabel: verschil in autonomie van handelen naar Organisatie F: 9,47** (Gemiddelde, Std. Dev. en verschil in gemiddelde)

Organisatie	Gemiddelde	Std.dv	Org.1	Org.2	Org.3	Org.4
1	4,06	0,41	-	-	-	-
2	3,21	0,78	-0,85**	-	-	-
3	3,95	0,58	-0,11	0,74**	-	-
4	4,00	0,60	-0,06	0,79**	0,05	-

Organisatie (1 = Fysiotherapiepraktijk, 2 = Streekziekenhuis, 3 = GGZ-instelling, 4 = Thuiszorgorganisatie).

** = Significant op $p < 0,01$ niveau; * = Significant op $p < 0,05$ niveau.

N=111

Tot slot bestaat er tevens een significant verschil tussen prestaties van medewerkers (Tabel 7), uitgesplitst naar organisatie ($F=3,64$, $p<0,05$). Uit verdere analyse blijkt dat het *Streekziekenhuis* significant verschilt van de *Fysiotherapiepraktijk* ($MD= 0,49$, $p<0,05$).

Tabel 7 Anova tabel: verschil in prestaties van medewerkers naar Organisatie F: 3,64* (Gemiddelde, Std. Dev. en verschil in gemiddelde)

Organisatie	Gemiddelde	Std.dv	Org.1	Org.2	Org.3	Org.4
1	3,71	0,37	-	-	-	-
2	4,21	0,43	0,49*	-	-	-
3	4,02	0,45	0,31	-0,18	-	-
4	4,10	0,51	0,39	-0,10	0,08	-

Organisatie (1 = Fysiotherapiepraktijk, 2 = Streekziekenhuis, 3 = GGZ-instelling, 4 = Thuiszorgorganisatie).

** = Significant op $p < 0,01$ niveau; * = Significant op $p < 0,05$ niveau.

N=111

Uit de ANOVA blijkt dat er aangaande alle vier de schalen verschillen zijn naar type organisatie. Hierdoor zal er in de regressieanalyse worden gecorrigeerd voor de variabele *organisatie*, waarvoor een dummy variabele is aangemaakt.

4.3 Correlatie Analyse

Door middel van de correlatie analyse kan de richting en de sterkte van de lineaire relatie tussen twee variabelen worden getoetst (Pallant 2007). Ten behoeve van de schalen uit het onderzoeksmodel is een correlatieanalyse uitgevoerd. In tabel 8 is de analyse schematisch weergegeven.

Tabel 8 Correlatieanalyse (Gemiddelden, Standaard Deviaties, Cronbach's Alpha en Correlaties)

Variabele	M	SD	α	1	2	3	4
Geslacht	1,75	0,44		-0,01	-0,06	-0,11	0,04
Leeftijd	39,11	11,63		0,24*	0,02	0,19*	0,10
<i>Dummy Opleidingsniveau</i>							
WO	0,01	0,09		0,08	0,12	-0,21*	0,20*
HBO	0,43	0,50		-0,33	0,29**	0,05	-0,02
VWO	-	-		-	-	-	-
HAVO	0,07	0,26		0,001	-0,14	0,14	0,01
VMBO	0,05	0,21		-0,19	-0,10	-0,08	0,06
MBO	0,41	0,49		0,06	-0,18	-0,04	-0,002
Overig	0,03	0,17		-0,10	-0,07	0,01	-0,13
<i>Dummy Organisatie</i>							
Organisatie1	0,13	0,33		-0,30**	0,13	-0,13	-0,27**
Organisatie2	0,20	0,40		-0,26**	-0,46**	-0,11	0,18
Organisatie3	0,45	0,50		0,43**	0,17	0,32**	-0,03
Organisatie4	0,23	0,42		-0,26	0,14	-0,16	0,05
1: Ethisch Leiderschap	3,50	0,47	0,92	1	-	-	-
2: Autonomie van Handelen	3,83	0,68	0,88	0,33**	1	-	-
3: LMX	3,67	0,63	0,79	0,67**	0,40**	1	-
4: Prestaties Medewerkers	4,05	0,46	0,84	0,21*	0,39**	0,22*	1

** = Correlatie is significant op $p < 0,01$ niveau; * = correlatie is significant op $p < 0,05$ niveau.

N=111

Geslacht (1= man ; 2= vrouw), Opleiding (1= WO; 2= HBO; 3=VWO; 4=Havo; 5=Vmbo; 6=MBO; 7=overig)

Organisatie (1=Fysiotherapiepraktijk, 2=Streekziekenhuis, 3=GGZ-instelling, 4=Thuiszorgorganisatie)

Zoals gepresenteerd in Tabel 8 blijkt dat er, zoals verwacht, een positieve correlatie is tussen *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers* ($r = 0,21$, $p < 0,05$). Verder hangt *ethisch leiderschap* positief en significant samen met de mediërende variabelen *LMX* en *autonomie van handelen* (respectievelijk $r = 0,67$, $p < 0,01$; $r = 0,33$, $p < 0,01$), zoals verwacht. Tevens is de verwachte relatie tussen de mediërende variabelen *LMX* en *autonomie van handelen*, en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers* positief van aard en significant (respectievelijk $r = 0,22$, $p < 0,05$; $r = 0,39$, $p < 0,01$). De twee mediërende variabelen *LMX* en

autonomie van handelen hangen tevens significant en positief met elkaar samen ($r=0,40$, $p<0,01$).

Wat betreft de controlevariabelen toont de tabel (8) een aantal significante correlaties in relatie tot de variabelen uit het onderzoeksmodel. Allereerst correleert *leeftijd* significant positief met *ethisch leiderschap* en *LMX* ($r=0,24$, $p<0,05$; $r=0,19$, $p<0,05$). Binnen de dummyvariabele *organisatie* hangt de *Fysiotherapiepraktijk* significant negatief samen met *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers* ($r=-0,30$, $p<0,01$; $r=-0,27$, $p<0,01$). Het *Streekziekenhuis* correleert significant negatief met de variabelen *ethisch leiderschap* en *autonomie van handelen* ($r=-0,26$, $p<0,01$; $r=-0,46$, $p<0,01$). De *GGZ-instelling* hangt positief significant samen met *ethisch leiderschap* en *LMX* ($r=0,43$, $p<0,01$; $r=0,32$, $p<0,01$). Wat betreft de dummy variabelen met betrekking tot *opleidingsniveau* vertonen louter opleidingsniveau *WO* en *HBO* een significante correlatie met de onderzoeksvariabelen. Opleidingsniveau *WO* hangt significant negatief samen met *LMX* ($r=-0,21$, $p<0,05$) en correleert positief met *prestaties van medewerkers* ($r=0,20$, $p<0,05$). De dummy variabele *HBO* hangt significant positief samen met *autonomie van handelen* ($r=0,29$, $p<0,01$). De overige controle variabelen, te weten *geslacht* en de dummy variabelen *Thuiszorgorganisatie* en *HAVO*, *VMBO*, *MBO* en *Overig* vertonen geen significante correlatie met de variabelen uit het onderzoeksmodel.

4.4 Regressie Analyse

Om hypothese 1 te testen is een regressie analyse uitgevoerd met *ethisch leiderschap* als onafhankelijke en *prestatie van medewerkers* als afhankelijke variabele, gecontroleerd voor de controle variabelen. Model 2 (tabel 10) verklaart 22% van de totale variantie ($R^2=0,25$; $p<0,01$). De regressieanalyse laat zien dat *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers* significant positief met elkaar samenhangen ($B=0,21$, $p<0,05$). Wat betreft de controlevariabelen, zijn er een aantal significante verbanden aangetoond in dit model. Zo blijken de *prestaties van medewerkers* met een opleidingsniveaus *WO* en *HBO* significant hoger te zijn in vergelijking met de referentie variabele *opleiding-overig* (respectievelijk: $B=1,47$, $p<0,01$; $B=0,68$, $p<0,05$). Tevens de controle dummyvariabele *Streekziekenhuis* is positief significant, wat betekent dat in vergelijking met referentie variabele *Thuiszorgorganisatie*, er hogere prestaties van medewerkers zijn in het *Streekziekenhuis* ($B=0,32$, $p<0,05$).

Hypothese 2 en hypothese 3 gaan uit van een mediërende rol, van respectievelijk de variabelen *LMX* en *autonomie van handelen*, tussen de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers*. Er wordt gepoogd deze mediërende functie aan te tonen aan de hand van een regressieanalyse. MacKinnon, Fairchild en Fritz (2007) stellen echter een drietal eisen voor wanneer een variabele daadwerkelijk als mediërende variabele kan worden aangemerkt. Allereerst moet er een significante relatie bestaan tussen de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers*. Daarnaast dient er een significante relatie te bestaan tussen de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* en de mediërende variabelen *LMX* en *autonomie van handelen*. Tot slot dient er bij de regressie analyse tussen de onafhankelijke variabele (*ethisch leiderschap*), mediërende variabelen (*LMX* en *autonomie van handelen*) en de afhankelijke variabele (*prestaties van medewerkers*), een significante relatie te zijn tussen de mediërende variabelen *LMX* en *autonomie van handelen*, en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers*. Er is sprake van complete mediatie wanneer in dit laatste geval de relatie tussen de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers* niet significant is. Indien deze relatie wel significant is, kan er sprake van partiële mediatie van het model (MacKinnon e.a. 2007: 8).

Op basis van de methode van MacKinnon, Fairchild, and en Fritz (2007) is in Model 1 (Tabel 10) de mate van samenhang tussen de controle variabelen en de afhankelijke variabele *prestaties van medewerkers* getest. In model 2 (Tabel 10) wordt hieraan de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* toegevoegd. De resultaten van dit model zijn in lijn met hypothese 1 en zoals hierboven beschreven is er een positief verband tussen ethisch

leiderschap en taakprestaties van de medewerkers waarmee deze stap is bevestigd (B=0,21, p<0,05).

Tabel 9 Relatie Onafhankelijke Variabele (Ethisch Leiderschap) – Mediator (LMX & Autonomie van handelen)

LMX		Variabele	Autonomie	
B	Std.Error		B	Std. Error
0,96**	0,10	Ethisch Leiderschap	0,42**	0,14
-0,13	0,10	Geslacht	0,02	0,14
0,001	0,01	Leeftijd	0,00	0,01
		<i>Dummy Variabele Organisatie</i>		
0,18	0,18	Fysiotherapiepraktijk	0,13	0,25
0,19	0,15	Streekziekenhuis	-0,60**	0,21
0,01	0,12	GGZ-instelling	-0,12	0,16
-	-	Thuiszorgorganisatie	-	-
		<i>Dummy Variabele Opleiding</i>		
-2,07**	0,55	WO	0,43	0,75
-0,18	-0,29	HBO	-0,01	0,40
n.v.t.	n.v.t.	VWO	n.v.t.	n.v.t.
-0,03	0,30	HAVO	-0,3	0,42
-0,38	0,33	VMBO	-0,16	0,45
-0,27	0,28	MBO	-0,19	0,38
-	-	Overig	-	-
	0,57**	R ²	0,30**	
	11,07**	F	3,85**	

** = Significant op p < 0,01 niveau; * = Significant op p < 0,05 niveau.

N=111

Geslacht (1= man ; 2= vrouw), Opleiding (1= WO; 2= HBO;3=VWO;4=Havo;5=Vmbo;6=MBO;7=overig)

Organisatie (1=Fysiotherapiepraktijk, 2=Streekziekenhuis, 3=GGZ-instelling, 4=Thuiszorgorganisatie)

Tabel 10 Regressieanalyse (Afhankelijke variabele: prestaties van medewerkers)

Model		Prestaties Medewerker		
			B	Std. Error
1	Geslacht		0,01	0,11
	Leeftijd		0,01	0,01
	<i>Dummy Organisatie</i>			
	Fysiotherapiepraktijk		-0,33	0,18
	Streekziekenhuis		0,30*	0,15
	GGZ-instelling		-0,02	0,12
	Thuiszorgorganisatie		-	-
	<i>Dummy Opleiding</i>			
	Opleiding-WO		1,64**	0,54
	Opleiding-HBO		0,72*	0,29
	Opleiding-VWO		n.v.t.	n.v.t.
	Opleiding-HAVO		0,45	0,31
	Opleiding-VMBO		0,6	0,33
	Opleiding-MBO		0,5	0,28
	Opleiding-Overig		-	-
	R ²	0,18*		
	F	2,26*		
2	Geslacht		0,01	0,1
	Leeftijd		0,004	0,01
	<i>Dummy Organisatie</i>			
	Fysiotherapiepraktijk		-0,30	0,18
	Streekziekenhuis		0,32*	0,15
	GGZ-instelling		-0,08	0,12
	Thuiszorgorganisatie		-	-
	<i>Dummy Opleiding</i>			
	Opleiding-WO		1,47**	0,54
	Opleiding-HBO		0,68*	0,29
	Opleiding-VWO		n.v.t.	n.v.t.
	Opleiding-HAVO		0,43	0,3
	Opleiding-VMBO		0,55	0,32
	Opleiding-MBO		0,45	0,28
	Opleiding-Overig		-	-
	Ethisch leiderschap		0,21*	0,1
	R ²	0,22*		
F	2,48**			
3	Geslacht		0,01	0,09
	Leeftijd		0,003	0,004
	<i>Dummy Organisatie</i>			
	Fysiotherapiepraktijk		-0,35*	0,16
	Streekziekenhuis		0,53**	0,14
	GGZ-instelling		-0,04	0,1
	Thuiszorgorganisatie		-	-

	<i>Dummy Opleiding</i>			
	Opleiding-WO		1,38**	0,51
	Opleiding-HBO		0,69**	0,25
	Opleiding-VWO		n.v.t.	n.v.t.
	Opleiding-HAVO		0,54*	0,26
	Opleiding-VMBO		0,62*	0,28
	Opleiding-MBO		0,53*	0,24
	Opleiding-Overig		-	-
	Ethisch Leiderschap		0,02	0,12
	Autonomie van Handelen		0,37**	0,07
	LMX ¹		0,03	0,09
	R ²	0,43**		
	F	5,56**		

** = Significant op $p < 0,01$ niveau; * = Significant op $p < 0,05$ niveau.

N=111

Geslacht (1= man ; 2= vrouw), Opleiding (1= WO; 2= HBO; 3=VWO; 4=Havo; 5=Vmbo; 6=MBO; 7=overig)
Organisatie (1=Fysiotherapiepraktijk, 2=Streekziekenhuis, 3=GGZ-instelling, 4=Thuiszorgorganisatie)

Een eis die MacKinnon, Fairchild, and en Fritz (2007) daarnaast stellen is een relatie tussen de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* en de mediërende variabelen *LMX* en *autonomie van handelen*. De bijbehorende analyse is schematisch weergegeven in tabel 9. De analyse toont een significant positieve relatie tussen *ethisch leiderschap* en *LMX* ($B=0,96, p<0,01$) en *autonomie van handelen* ($B=0,42, p<0,01$). Verder toont tabel 9 dat *opleidingsniveau WO* een significant lagere *LMX* heeft in vergelijking met de referentie variabele *opleiding-overig* ($B=-2,07, p<0,01$). Dummy variabele *Streekziekenhuis* heeft ten opzichte van referentie variabele *Thuiszorgorganisatie* een significant lagere *autonomie van handelen* ($B=-0,60, p<0,01$).

Tot slot worden in model 3 van Tabel 10 de mediërende variabelen toegevoegd, wat de laatste stap van de mediatie analyse van MacKinnon, Fairchild en Fritz (2007) betreft. Model 3 (Tabel 10) verklaart 43% van de variantie in *prestaties van medewerkers* ($R^2=0,43, p<0,01$). Uit model 3 valt allereerst op dat door het toevoegen van de mediators *LMX* en *autonomie van handelen* de onafhankelijke variabele *ethisch leiderschap* niet langer significant is in relatie tot *prestaties van medewerkers* ($B=0,02, p>0,05$). Daarnaast heeft de mediator *LMX* geen significante relatie met *prestaties van medewerkers*, wat tegenstrijdig is met hypothese 2. Daarentegen is er een significant positieve relatie tussen de mediator *autonomie van handelen* en de prestaties van de medewerkers ($B=0,37, p<0,01$). Dit is in lijn met hypothese 3 die een positieve relatie voorspelde tussen de mediator *autonomie van handelen* en de *prestaties van de medewerkers* in de zorg.

¹ Tevens wanneer LMX als enige mediator in model 3 wordt opgenomen is deze niet significant ($p>0,05$).

Om de mediatie resultaten te bevestigen is een Sobel-test uitgevoerd. De berekening op de mediator *autonomie van handelen* geeft een uitkomst van $z=2,63$ ($p < 0,01$). Hieruit kan worden geconcludeerd dat er een significant mediatie-effect is van *autonomie van handelen*, als mediator tussen de variabelen *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers*. Het betreft hier complete mediatie aangezien de relatie tussen *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers* in model 3 (Tabel 10) niet langer significant is ($B=0,02$, $p > 0,05$) (MacKinnon e.a. 2007: 8), wat in lijn is met hypothese 3.

Wat betreft de controle variabelen zijn er tevens een aantal significante relaties aangetoond. Aangaande de controlerende dummy variabele *organisatie* komt naar voren dat de *Fysiotherapiepraktijk* en het *Streekziekenhuis* een significant lagere, dan wel hogere *prestatie van medewerkers* hebben, ten opzichte van de referentie variabele *Thuiszorgorganisatie* ($B=-0,35$, $p < 0,05$; $B=0,53$, $p < 0,01$). Wat betreft de controlerende dummy variabele voor *opleidingsniveau* hebben de opleidingsniveaus *WO* ($B=1,38$, $p < 0,01$), *HBO* ($B=0,69$, $p < 0,01$), *HAVO* ($B=0,54$, $p < 0,05$), *VMBO* ($B=0,62$, $p < 0,05$) en *MBO* ($B=0,53$, $p < 0,05$) in dit model allen significant hogere *prestaties van medewerkers*, in relatie tot de referentie variabele *opleiding-overig*.

5. Discussie

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers in de zorgsector. De hoofdvraag die ten behoeve van dit onderzoek is opgesteld is de volgende:

Wat is de relatie van Ethisch Leiderschap met autonomie van handelen van medewerkers en Leader Member Exchange (LMX), en hieruit voortvloeiend de prestaties van de zorgmedewerkers?

Ter beantwoording van deze onderzoeksvraag is een drietal hypothesen getoetst. Aan de hand van de resultaten op de toetsing van de hypothesen worden de bevindingen besproken.

In lijn met hypothese één is gebleken dat ethisch leiderschap positief samenhangt met de prestaties van medewerkers. Zoals verwacht en beschreven in hypothese drie heeft autonomie van handelen in deze relatie daadwerkelijk een mediërend effect. Er blijkt echter geen mediërend effect uit te gaan van LMX in deze relatie, dit betekent dat hypothese twee? dient te worden verworpen. De praktische en theoretische implicaties hiervan worden hieronder besproken.

5.1 Theoretische implicaties

In lijn met hypothese 1 blijkt uit de resultaten dat ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers daadwerkelijk een positieve relatie hebben. Dit is in lijn met theoretische inzichten, zoals beschreven door Brown en collega's (2005), die uitgaan van een positieve invloed van ethisch leiderschap op de resultaten van medewerkers. Belangrijke componenten hierbij zijn de Social Learning Theory (SLT) (Bandura 1977), die er van uit gaat dat medewerkers leren door het kopiëren van voorbeeldgedrag van leidinggevenden, en de SET die uit gaat van ontwikkelende medewerkers aan de hand van het principe van *reciprocity*. Ondanks het feit dat, aan de hand van de analyse in dit onderzoek, dit causale verband niet expliciet kan worden verklaard, kan op basis van eerder wetenschappelijk onderzoek de *invloed* van ethisch leiderschap op prestaties van zorgmedewerkers wel als aannemelijk worden beschouwd. De relatie tussen ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers was met betrekking tot andere sectoren reeds wetenschappelijk onderbouwd en kan naar aanleiding van dit onderzoek tevens voor de zorgsector worden gesteld.

Daarna is aan de hand van hypothese 2 het mediërende effect van Leader Member Exchange (LMX, de relatie tussen medewerker en leidinggevende) bij ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers getoetst. Vooraf werd, vanwege de link van LMX met ethisch leiderschap, een positieve relatie verwacht van LMX als mediator tussen ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers in de zorgsector. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor de Social Exchange Theory (SET) (Cropanzano & Mitchell 2005), waarbij door het ontstaan van vertrouwen, loyaliteit en commitment de relatie en de interactie tussen medewerker en leidinggevende verbetert en leidt tot betere prestaties van medewerkers. Dit geldt tevens voor de SLT, wat uitgaat van het feit dat medewerkers gedragingen van leidinggevendens kopiëren wanneer zij deze beschouwen als een rolmodel. Verwacht werd dat SLT het mediërende effect van LMX deels verklaart. Deze relatie is in dit onderzoek echter niet aangetoond. Uit de correlatietabel bleek reeds een vrij zwakke samenhang van LMX met de prestaties van medewerkers. Wanneer er bij de regressieanalyse wordt gecontroleerd voor enkele variabelen verdwijnt deze significante relatie. Hieruit blijkt dat de context van belang is op het mediërende effect van LMX op de prestaties van medewerkers in de zorg. Tevens wanneer LMX als enige mediator (zonder mediator autonomie van handelen) wordt getest tussen de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers, tonen deze resultaten geen relatie van LMX als mediator. Hieruit blijkt dat er op basis van dit onderzoek geen relatie is tussen LMX en de prestaties van medewerkers in de zorgsector. Praktisch gezien impliceert dit dat een betere band van een medewerker met zijn of haar ethische leidinggevende leidt niet automatisch tot betere prestaties.

In de zorgsector hebben medewerkers en organisaties te maken met veel invloeden van buitenaf. De invloed van deze externe factoren kan het ontbreken van deze relatie wellicht verklaren; er dient met meer rekening te worden gehouden dan alleen een goede relatie tussen medewerker en leidinggevende, om te komen tot goede prestaties. Een externe factor kan hierbij eventueel worden gezien als moderator, die indien aanwezig invloed kan hebben op de prestaties van medewerkers in de zorg. Er kan worden gedacht aan hedendaagse issues als de hoge werkdruk of de in de ogen van de medewerkers te lage beloning voor de werkzaamheden die zij verrichten. De relatie van de leidinggevende met de medewerker kan goed zijn, maar wanneer hier een zeer hoge werkdruk of uitermate lage beloning tegenover staat, zou dit alsnog kunnen leiden tot lage prestaties van medewerkers. Een onderzoek naar deze en eventuele andere modererende effecten zou onderwerp kunnen zijn van toekomstig aanvullend onderzoek.

Tot slot is aan de hand van hypothese 3 het mediërende effect van autonomie van handelen tussen de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers geanalyseerd en gevonden. Hiertoe kan worden gesteld dat het geven van autonomie van ethische leiders

aan medewerkers een positieve samenhang heeft met de resultaten van deze medewerkers werkzaam in de zorg. Op basis van eerder onderzoek werd een positieve relatie verwacht, aangezien *Power Sharing* en *Role Clarification* en belangrijk onderdeel is van ethisch leiderschap (Kalshoven e.a. 2011). Deze positieve relatie is met behulp van dit onderzoek aangetoond. De Social Exchange Theory (SET) en Social Learning Theory (SLT) worden gebruikt om de mediërende werking te verklaren (Cropanzano & Mitchell 2005; Bandura 1977). Vanuit de SET kan worden gesteld dat de zorgmedewerkers daadwerkelijk vertrouwen ervaren vanwege de van de ethische leiders verkregen autonomie. Vanuit het principe van reciprocity zal de zorgmedewerker iets terug willen doen voor deze leidinggevende, wat zich uit in betere prestaties. Op basis van de SLT resulteert het ervaren vertrouwen daadwerkelijk in betere prestaties van zorgmedewerkers, aangezien ze het gedrag van de leidinggevende kopiëren. Hiermee is een aanvulling gedaan op de reeds bestaande wetenschappelijke inzichten, die deze relatie reeds bij andere onderzoekspopulaties had gevonden, maar nog geen inzicht verschaft op dit mediërende effect bij medewerkers in de zorgsector. Daarnaast ondersteunt dit onderzoek de resultaten die Piccolo et al. (2010) vonden, welke de autonomie van handelen in deze relatie ziet als mediator in hun onderzoek onder studenten, waar Kalshoven (2010) dit ziet als moderator in haar onderzoek onder studenten, leidinggevend en directe medewerkers.

5.2 Praktische Implicaties

De resultaten van dit onderzoek hebben een aantal praktische implicaties voor organisaties in de gezondheidszorgsector.

De gevonden positieve relatie tussen ethisch leiderschap en de prestaties van medewerkers ondersteunt de toegenomen interesse op het gebied van ethiek in de samenleving. Veel grote organisaties en brancheverenigingen hebben tegenwoordig bijvoorbeeld de beschikking over een interne ethiekcommissie, om standpunten en beleid te vormen omtrent ethische vraagstukken. Wat betreft zorgorganisaties die tot op heden nog niets bewust van doen hebben met aspecten van ethisch leiderschap kan op basis van dit onderzoek worden aanbevolen hier gericht mee aan de slag te gaan. Het topmanagement ontwerpt doorgaans het beleid omtrent ethisch leiderschap en rolt dit via het middenmanagement uit in de organisatie (Kalshoven e.a. 2011). Door bijvoorbeeld leidinggevend en te trainen, scholen en voorlichting te geven omtrent de voordelen van ethisch leiderschap en hier gericht mee aan de slag te gaan, kunnen er verbeteringen op het gebied van prestaties worden bewerkstelligd. Er dient bij deze groep bewustwording te worden gecreëerd op het gebied van ethisch leiderschap. Niet alleen het management, maar tevens de afdelingen Human

Resource of Personeelszaken kunnen hierop inspringen in toekomstig personeelsbeleid. De leidinggevenden met goede ethisch leidinggevende competenties dienen te worden geworven, getraind en worden behouden voor de organisatie. Mede doordat er, onder druk van de financieel steeds krappere wordende kaders, zorginstellingen het in toenemende mate moeilijk hebben, is het in dit licht relevant om de prestaties van medewerkers te verbeteren om het maximale uit het beschikbare arbeidspotentieel te halen. Hierbij is een ethische verantwoorde benadering van groot belang.

Ook is het grote aantal aanwezige stakeholders in de zorgsector een aspect dat vraagt om leidinggevenden met een meer ethische insteek. Ethische leiders hebben namelijk beter oog voor invloeden van stakeholders en omgevingsfactoren op de organisatie en zullen hier op inspringen. De zorgsector is dynamisch van aard met daarbij veel invloeden van buitenaf (Trevino e.a. 2003).

Wat betreft de bevindingen aangaande autonomie van handelen kunnen deze als ondersteunend worden beschouwd voor de tegenwoordige beweging in delen van de zorgsector waar de verantwoordelijkheden en autonomie lager in de organisatie wordt gelegd. In de inleiding werd thuiszorgorganisatie Buurtzorg als voorbeeld aangehaald als een vooruitstrevende organisatie, waar de verantwoordelijkheden en autonomie laag in de organisatie liggen. Voor specifieke aanbevelingen hieromtrent aan thuiszorgorganisaties zou aanvullend onderzoek verricht moeten worden. Daarentegen kan een algemene aanbeveling worden gedaan aan zorgorganisaties om te investeren in autonomie van werknemers op de werkvloer en deze door middel van ethisch leidinggeven aan te sturen. Laat de zorgmedewerkers de eigen werkzaamheden plannen en tot op zekere hoogte bepalen hoe zij werkzaamheden uitvoeren. Hierbij is vanuit ethisch oogpunt adequate wederzijdse communicatie van essentieel belang, evenals gepast normatief gedrag vanuit de leidinggevende, zoals eerlijkheid, betrouwbaarheid, oprechtheid en zorg ten opzichte van de directe medewerkers. Het zal leiden tot betere prestaties van medewerkers, waar de organisaties vanuit financieel oogpunt baat bij hebben.

Wat betreft de IJsselmeerziekenhuizen van zorgondernemer Loek Winter kan louter op basis van dit onderzoek geen oordeel worden gegeven over de gang van zaken in de afgelopen jaren. Daarentegen zijn de hierboven gedane aanbevelingen tevens bruikbaar voor de IJsselmeerziekenhuizen, met uitzondering van aansturing van medisch specialisten, aangezien zij ontbraken in de dataset van dit onderzoek. Loek Winter kan worden geadviseerd de overige zorgmedewerkers tevens op een ethische wijze aan te sturen en te gecontroleerd vrij te laten in hun werkzaamheden om zo de prestaties van de medewerkers verder te laten verbeteren.

Ondanks het feit dat het onderzoek geen mediërend effect van LMX in de relatie ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers heeft aangetoond, kan hieromtrent een aantal aanbevelingen worden gedaan. Analyse naar de relatie tussen ethisch leiderschap en LMX toonde namelijk weldegelijk een positief verband. Ethisch leiderschap leidt hieruit volgend tot een betere relatie met de medewerker, al leidt dat volgens dit onderzoek niet direct tot betere prestaties. Zoals hierboven uiteen gezet is dit wellicht toe te schrijven aan externe factoren die van invloed zijn op deze relatie en dient er verder onderzoek gedaan te worden naar de relatie tussen LMX en de prestaties van medewerkers, en eventuele moderators in deze relatie.

5.3 Beperkingen

Er zijn aspecten in dit onderzoek die aangemerkt kunnen worden als beperkingen. Een belangrijke beperking zit verwerkt in de dataset. De respondenten voor dit onderzoek zijn werkzaam in verschillende typen functies in verschillende soorten zorgorganisaties. Hierdoor is het moeilijk om een uitspraak te doen over specifieke typen zorgorganisaties. Daar staat tegenover dat het doen van een generalistische uitspraak wel mogelijk is. Eventueel vervolgonderzoek zou zich toe kunnen spitsen op bepaalde beroepsgroepen of type organisatie. Uit de Anova tabel bleek een verschil naar organisatie, wat een meer specifiek onderzoek ondersteunt.

Daarnaast is de data single source van aard, vanwege het feit dat louter de medewerkers over hun eigen prestaties, relatie met de leidinggevende en verkregen autonomie oordelen. In volgend onderzoek zou bijvoorbeeld de perceptie van de leidinggevende kunnen worden meegenomen, om zodoende een betrouwbaarder beeld te verkrijgen inzake de prestaties van de medewerkers, de relatie tussen de medewerker en de leidinggevende en de mate van autonomie van de medewerker. Daar de huidige data subjectief van aard is, zou in het vervolg naar een meer objectieve maat kunnen worden gezocht, wanneer er specifiek naar type organisatie onderzoek wordt verricht.

Wat betreft de resultaten is een beperking dat in het onderzoek het verwachte mediërende effect van *LMX* in de relatie *ethisch leiderschap* en *prestaties van medewerkers* niet gevonden is. Het biedt echter de mogelijkheid om verder onderzoek te verrichten naar externe factoren die van invloed kunnen zijn op de relatie. In toekomstig onderzoek zou een modererende rol van bijvoorbeeld werkdruk of mate van beloning op de relatie *LMX* en prestaties van medewerkers kunnen worden onderzocht. Daarnaast is naar aanleiding van de factoranalyse bij de schalen voor *prestaties van medewerkers* en *LMX* een item verwijderd. Bij LMX betrof dit: *Mijn leidinggevende helpt mij ten kosten van hem/haar zelf*,

terwijl bij de schaal *prestaties van medewerkers* het volgende item is verwijderd: *Er zijn geen essentiële taken die ik niet uitvoer*. In het geval van de schaal *prestaties van medewerkers* nam hierdoor de Cronbach's Alpha iets af, maar bleef acceptabel.

Tot slot kunnen er op basis van dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over causaliteit in de onderzochte relaties, wat als beperking van dit onderzoek kan worden bestempeld. Op basis van dit onderzoek kunnen louter uitspraken worden gedaan over de relaties tussen de variabelen. Cole en Maxwell (2003) stellen dat er uitspraken kunnen worden gedaan over causaliteit wanneer er verschillende meetmomenten in het onderzoek zijn opgenomen, wat een onderzoek naar mediatie effect optimaal zou maken. Dit was binnen het tijdsbestek van dit afstudeeronderzoek echter niet mogelijk.

5.4 Conclusie

De resultaten van dit onderzoek ondersteunen het groeiende belang van en aandacht voor ethiek, in de vorm van ethisch leiderschap, in zorgorganisaties. Met name vanwege de positieve implicaties van ethisch leiderschap voor de prestaties van medewerkers in de zorgsector. De financiële resultaten van zorgorganisaties staan onder grote druk en ethisch leiderschap kan hier een positieve bijdrage aan leveren. Al is de relatie van LMX als mediator niet gevonden, blijft dit vanwege diens link met ethisch leiderschap een interessant onderwerp voor uitgebreider toekomstig onderzoek, waar bijvoorbeeld de externe factoren als eventuele moderators meegenomen kunnen worden. Het mediërende effect van autonomie van handelen is daarentegen wel aangetoond in relatie tot ethisch leiderschap en prestaties van medewerkers. Het geven van autonomie aan medewerkers is dus aan te bevelen aan zorgorganisaties, vanwege de positieve relatie hiervan met prestaties van medewerkers. Hierbij is vanuit ethisch oogpunt adequate wederzijdse communicatie van essentieel belang, evenals normatief gepast gedrag vanuit de leidinggevende, zoals eerlijkheid, betrouwbaarheid, oprechtheid en zorg ten opzichte van de directe medewerkers. Het lijkt vertrouwen verhogend te werken, wat de prestaties van medewerkers, en dus tevens de organisatie, doet verbeteren.

6. Literatuurlijst

- Bandura, A. (1977) *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychological Review, 1977, Vol. 84, No. 2, 191-215,
- Baron, R.M. & D.A. Kenny (1986). *The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations*. Journal of Personality and Social Psychology, 1986, Vol. 51, No. 6, 1173-1182
- Bland, J.M., D.G. Altman (1997). *Statistics Notes*. British Medical Journal, 1997; 314:572.
- Brown, M.E., Trevino, L.K. (2006). *Ethical leadership: A review and future directions*. ScienceDirect The Leadership Quarterly 17 (2006) 595–616.
- Brown, M. E., Trevino, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97, 117-134.
- Burdi, M.D.,L.C. Baker (1999). *Physician's Perceptions of Autonomy and Satisfaction in California*. Health Affairs; Jul/Aug 1999; 18, 4.
- Buurtzorg (2009). Maatschappelijke Business case. Buurtzorg Nederland.
- Cohen, F., S. Solomon, M. Maxfield, T. Pyszczynski & J. Greenberg (2004). *Fatal Attraction : The Effects of Mortality Salience on Evaluations of Charismatic, Task-Oriented, and Relationship-Oriented Leaders*. Psychological Science 2004 15: 846.
- Cole, D. A., & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: Questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 558-577.
- Conway, J. (1999). *Distinguishing contextual performance from task performance for Managerial Jobs*. Journal of applied psychology, vol 40, No 1, 3-13.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31, 874–900
- Dalen, van, J., E. de Leede (2009). *Statistisch onderzoek met SPSS for Windows*. LEMMA, Den Haag, 2009.
- Emerson, R.M. (1976). *Social Exchange Theory*. Annual Review of Sociology, Vol. 2 (1976), pp. 335-362.
- Ferguson, E. & T. Cox (1993). *Exploratory Factor Analysis: A Users' Guide*. International Journal of Selection and assessment. Volume 1, Number, 2 April, 1993.
- Graen, B. & M. Uhl-bien (1995). *Relationship-Based Approach to Leadership: Development of Leader-Member Exchange (LMX) Theory of Leadership over 25*

Years: Applying a Multi-Level Multi-Domain Perspective. Leadership Quarterly 6:2 (1995), pp. 219-247.

- Hoogh, de, A. H. B. & Den Hartog, D. N. (2008). *Ethical and despotic leadership, relationships with leader's social responsibility, top management team effectiveness and subordinates' optimism: A multi-method study*. The Leadership Quarterly, 19, 297–311.
- Jackson, P.R., Wall, T.D., R. Martin & K. Davids (1993). *New measures of job control, cognitive demand and production responsibility*. . Journal of applied psychology, 1993, vol 78, No 5, 753-762.
- Kalshoven, K. (2010) *Ethical leadership, through the eyes of employees*.
- Kalshoven, K., Den Hartog, D.N., & De Hoogh, A.H.B. (2011). Ethical leadership at work questionnaire (ELW): Development and validation of a multidimensional measure. *The Leadership Quarterly*, 22, 51-69.
- Kirkwood, S. & J. Sterne (2003). *Medical Statistics*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.
- MacKinnon, D.P., A.J. Fairchild, M.S. Fritz (2007). *Mediation Analysis*. Annu Rev Psychol. 2007 ; 58: 593.
- Mayer, D.M. & L.H. Nishii (2009). *Do Inclusive Leaders Help to Reduce Turnover in Diverse Groups? The Moderating Role of Leader–Member Exchange in the Diversity to Turnover Relationship*. Journal of Applied Psychology 2009, Vol. 94, No. 6, 1412–1426.
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren*.
- Motowidlo, S.J. & J.R. Van Scotter (1994). *Evidence that task performance Should be distinguished from Contextual performance*. Journal of applied Psychology, 1994 vol. 79, no. 4.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. Open University Press, Berkshire England.
- Parker, S.K., Axtell, C.M., Turner, N. (2001). *Designing a Safer Workplace: Importance of Job Autonomy, Communication Quality, and Supportive Supervisors*. Journal of Occupational Health Psychology, 2001, Vol. 6, No. 3, 211-228.
- Piccolo, R. F., Greenbaum, R., Den Hartog, D. N., & Folger, R. (2010). *The relationship between ethical leadership and core job characteristics*. Journal of Organizational Behavior, 31, 259–278.
- Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2011). *Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd*. Koninklijke Broese & Peereboom, publicatienummer 11/08.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2010). *Jaarverantwoording zorginstellingen 2009*.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2011). *Jaarverantwoording zorginstellingen 2010*.

- Swanborn, P.G. (2006). *Basisboek social onderzoek*. Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2002.
- Trevino, L. K., Brown, M., & Hartman, L. P. (2003). A qualitative investigation of perceived executive ethical leadership: Perceptions from inside and outside the executive suite. *Human Relations*.
- Walumbwa, F. O., Mayer, D. M., Wang, P., Wang, H., Workman, K., & Christensen, A. L. (2011). Linking ethical leadership to employee performance: The roles of leaderEthical Leadership 24 member exchange, self-efficacy, and organizational identification. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 115, 204-213
- Williams L.J., S.E. Anderson (1991). *Job Satisfaction and Organizational Commitment as Predictors of Organizational Citizenship and In-Role Behaviors*. *Journal of Management* 1991 17: 601.
- Zorgvisie (2012). *IJsselmeerziekenhuizen MC Groep boeken forse winst*. [internet] Te bereiken op: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/14095/IJsselmeerziekenhuizen-MC-Groep-boeken-forse-winst.htm>. Aangehaald op 8-06-2012.