

Arbeidsbeleving in de gezondheidszorg

Een onderzoek naar verschillen in arbeidsbeleving
tussen functiegroepen

Arno van de Wiel
W.H. van Leeuwenlaan 146
2613 ZH Delft
296868aw
Kees van Wijk
Bert Pol
Afstudeerscriptie
iBMG Master Zorgmanagement
Juni 2007

Deze scriptie is mede mogelijk gemaakt door:

Marie-Louise®
Marie-Louise®

Zonder jou zou ik iedere dag AH pizza salami hebben gegeten!

Maaltijdsalade met aardbeien en brie

Wereldkeuken, hoofdgerecht, 4 personen, salades



Bereidingstijd in minuten

15 bereiden

Bevat per eenpersoonsportie

energie 945 kCal - eiwit 25 g

vet 67 g - koolhydraten 61 g

Ingrediënten

- 2 zakken gemengde friséesla (a 200 g)
- 1 bakje aardbeien (250 g)
- 200 g roombrie
- 1 bakje honing-mosterddressing (100 g)
- 150 g cashewnoten
- 1 stokbrood
- 100 g smeerbare roomboter

Bereiden

Sla wassen, bladeren goed uitslaan en in stukken verdelen. Aardbeien wassen, kroontjes verwijderen en halveren. Brie in reepjes snijden. In grote schaal sla met dressing mengen. Aardbeien, brie en noten erover verdelen. Serveren met stokbrood en boter.

Wijndadvies

Friszoete tot halfzoete witte wijnen

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Abstract	5
1 Inleiding	6
2 Theoretisch kader	8
2.1 Arbeidsbeleving en tevredenheid met het werk bij functiegroepen	8
2.2 Functies en beroepenstructuur	10
2.3 Interne service kwaliteit	12
Hoofdstuk 3. Methoden van onderzoek	14
Hoofdstuk 4 Resultaten	19
4.1 Beschrijvende statistiek	19
4.2 Verschillen tussen functiegroepen	21
4.2 Correlaties tussen de onderzochte variabelen	23
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	25
5.1 Conclusie	25
5.2 Discussie	27
5.2.1 De verpleegkundig specialist	27
5.2.2 Interne service kwaliteit en functiegericht HRM	28
5.3 Beperkingen van het onderzoek	29
5.4 Verder onderzoek	29
Literatuurlijst	30
Bijlage 1. Service Care Chain, Van Wijk (2007)	31
Bijlage 2. ANOVA per variabele	32

Samenvatting

In Nederland wordt veel onderzoek gedaan naar arbeidsbeleving in de gezondheidszorg. Uit deze rapporten komen arbeidskenmerken naar voren, die van invloed zijn op de arbeidsbeleving van de medewerkers. De rapporten hebben meestal betrekking op de grootste groep medewerkers in de zorg: de verzorgenden en verpleegkundigen. De arbeidsbeleving van andere functiegroepen wordt nauwelijks onderzocht.

Het doel van deze scriptie is te onderzoeken welke verschillen er zijn in arbeidsbeleving (mate van tevredenheid) tussen de diverse functiegroepen in de onderzochte Geestelijke Gezondheids Zorg- (GGZ), ouderenzorg- en gehandicapten zorginstellingen en welke HRM-maatregelen de arbeidsbeleving bevorderen bij de te onderscheiden functiegroepen?

In de literatuur is het verschil in arbeidsbeleving en de samenhang met de functie van de medewerker beschreven. Tevens worden de verschillende functiegroepen geïntroduceerd en is er aandacht voor de verpleegkundig specialist. Deze functie is vorig jaar geïntroduceerd, in een voorstel om de opleidings- en beroepsstructuur aan te passen aan de nieuwe eisen die aan functies in de zorg worden gesteld.

Arbeitsbeleving wordt verkaart vanuit de interne service kwaliteit. Dit betekent dat wanneer arbeidskenmerken, zoals beloning en autonomie, goed zijn georganiseerd voor de medewerkers, dit de tevredenheid met het werk en de organisatie vergroot.

Het onderzoek wordt uitgevoerd op basis van secundaire data-analyse. Hiervoor is gebruik gemaakt van de data-set van Van Wijk. De data is verzameld voor het proefschrift naar de service care chain. Hiervoor zijn negen instellingen benaderd en 3129 medewerkers enquêtes verspreid.

Aan de hand van literatuur zijn acht arbeidskenmerken geselecteerd en geoperationaliseerd voor onderzoek. De respondenten zijn naar functiegroep ingedeeld, waarna correlatie analyse en een ANOVA toets zijn gedaan

Uit de ANOVA toets blijkt dat er verschillen zijn in arbeidsbeleving tussen functiegroepen. Met name de functiegroep verpleging en verzorging wijkt vaak af van de overige functiegroepen. Het is dan ook mogelijk om functiegericht HRM-beleid voor deze groep op te zetten.

Het blijft echter onduidelijk waarom deze verschillen tussen de functiegroepen bestaan. De data bevat geen variabelen die deze vraag kunnen beantwoorden. Wel is opvallend, dat op één variabele géén verschil in arbeidsbeleving wordt gevonden. *Waardering* is voor alle functiegroepen belangrijk.

Tot slot is per functiegroep bekeken welke variabele een sterk verband heeft met tevredenheid met het werk en de organisatie. Hieruit komen enkele variabelen naar voren, die geschikt zijn voor functiegericht HRM-beleid.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek blijkt de verpleegkundig specialist een goede invulling van het functiegericht HRM-beleid voor de verpleegkundigen. Verschillende arbeidskenmerken die daarbij berokken moeten worden, zijn in deze functie verwerkt. Het functiegericht HRM kan echter ook tot problemen leiden. Uiteenlopende belangen tussen functiegroepen kunnen de arbeidstevredenheid negatief beïnvloeden.

Abstract

In The Netherlands, much research is performed to occupational satisfaction in healthcare. These reports prove occupational characteristics, which influence occupational satisfaction of the employees. These reports mostly relate to the biggest group of employees in healthcare: the care takers and nurses. The occupational satisfaction of other function groups is hardly investigated.

The goal of this thesis is to examine which differences there are in occupational satisfaction (extent of satisfaction) between the differed function groups in the examined health care organisations for elderly people, people with mental or psychological handicap and which HRM measures promote the occupational satisfaction in the different function groups.

In literature, the difference is described, between occupational satisfaction and the connection with the function of the employee. Besides, the different function groups are introduced and there is attention for the nurse specialist. This function is introduced last year in a proposal to adapt the education and occupation structure to the new requirements of health care nowadays.

Job satisfaction is explained from the internal service quality. This means that if occupational characteristics, like reward and autonomy, are well organised for the employees, this will increase the contentment with the work.

The investigation is performed as secondary data-analysis. Therefore the dataset of Van Wijk is used. The data is collected for the PhD of the Service Care Chain. Therefore nine institutions were approached and 3129 employee questionnaires were spread.

On the basis of literature, eight occupational characteristics are selected and were made operational for investigation. The respondents are divided into function groups, after which correlation analysis and ANOVA are performed.

From the ANOVA it seems that there are differences between function groups in occupational satisfaction. Especially the function group nursing and caring deviates often from the other function groups. Therefore it is possible to set-up function directed HRM policy for this group.

However it remains unclear why these differences between the function groups exist. The data doesn't consist variables which can answer this question. It is striking that there is no difference found in occupational satisfaction at one variable. For all function groups appreciation is important.

To conclude, per function group is sorted out which variable has a strong connection with contentment with the work and organisation. Some variables come forward which are suitable for function directed HRM-policy.

As a result of the results of this research it seems that the nurse specialist is a good interpretation of function directed HRM-policy for nurses. Different occupational characteristics which have to be concerned with it are converted in this function. This function directed HRM can, however, also lead to problems. Varies interests between function groups can influence the occupational contentment negative

1 Inleiding

In de gezondheidszorg wordt de inhoud van de functies bepaald door verschillende eisen die er aan de functie gesteld worden. Dit kunnen eisen zijn vanuit, de organisatie, de medewerkers zelf, de beroepsmatige visie of de kwaliteit van zorg (Kanters 1999).

Op deze wijze ontstaan functiegroepen die elk een deel van de zorg voor hun rekening nemen. Verpleegkundigen, artsen en assistenden hebben daarbij elk hun eigen rol. De zorg die een cliënt ontvangt, bestaat vaak uit een combinatie van zorgtaken, die door de verschillende functiegroepen simultaan wordt uitgevoerd. Er is dan sprake van multidisciplinaire samenwerking.

Terwijl de functiegroepen samenwerken binnen hetzelfde zorgproces, verschillen deze functiegroepen ook van elkaar. Zo kunnen de opleidingsniveaus behoorlijk verschillen. Daarnaast bestaan er ook verschillen in verantwoordelijkheden en salaris. Vanuit de gedachte dat functiegroepen van elkaar verschillen, ontstaat de vraag, of deze verschillen invloed hebben op de arbeidsbeleving.

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt veel onderzoek gedaan naar de arbeidsbeleving van medewerkers. Er zijn zelfs afspraken gemaakt in de betreffende Cao's, dat er medewerkers tevredenheids onderzoeken uitgevoerd moeten worden (Messchendorp et al. 2004). De arbeidsbeleving zegt iets over de mate van tevredenheid met het werk en de organisatie. Enkele belevingsaspecten zijn zelfstandigheid, beloning, werkdruk en personeelsvoorzieningen zoals opleiding.

In het onderzoek van Messchendorp (2004) naar arbeidsbeleving in de gezondheidszorg worden de resultaten wel naar functiegroep uitgesplitst, maar wordt niet onderzocht in hoeverre de functiegroepen van elkaar verschillen. Of deze verschillen aanleiding zijn voor functiegericht HRM-beleid, wordt buiten beschouwing gelaten. Met functiegericht HRM-beleid wordt bedoeld, dat de maatregelen om de arbeidsbeleving te bevorderen, worden toegespitst op de behoeften van de betreffende functiegroep.

In het themanummer van Prismant (2004), over personeel en arbeid, worden aandachtsgebieden in de zorg benoemd, met betrekking tot arbeid en personeel. Vergrijzing, werkdruk en scholing blijven aandachtsgebieden om personeel voor de zorg te werven en te behouden. Ook in dit themanummer wordt benoemd dat er verschillen bestaan tussen functiegroepen (Prismant 2004:19). Prismant heeft zich beperkt tot het onderzoeken van de verschillen in arbeidsbeleving tussen verzorgenden en verpleegkundigen. Artsen, sociaal agogische en assisterende functies worden buiten beschouwing gelaten. Wel wordt geadviseerd om rekening te houden met de verschillen in arbeidsbeleving tussen functiegroepen. Het toepassen van functiegericht HRM-beleid wordt niet genoemd.

In verschillende onderzoeken (zie hierboven) is aangetoond dat er verschillen bestaan tussen functiegroepen in de gezondheidszorg en dat deze verschillen terug te zien zijn in de arbeidsbeleving. Verder blijkt uit de onderzoeken dat het idee van functiegericht HRM-beleid in de gezondheidszorg nog niet is onderzocht. Bovendien richten de meeste onderzoeken zich op de grote groep verzorgenden en verpleegkundigen. De overige functies worden meestal buiten beschouwing gelaten.

Kennis over en inzicht in de verschillen tussen functiegroepen is belangrijk om gericht in te kunnen spelen op arbeidsbeleving van de verschillende medewerkers. Zo is al bekend dat voor veel medewerkers de kwaliteit van de geleverde zorg een van de belangrijkste aspecten van het werk is en sterk verbonden met de ervaren werkdruk (Messchendorp et al. 2004.; Windt & Talma 2006). Ook uit exitinterviews komt naar voren dat de kwaliteit van de geleverde zorg en de ervaren werkdruk vaak genoemd wordt als reden voor vertrek.

Tevredenheid met het werk is ook van invloed op ziekteverzuim en personeelsverloop. *On*tevredenheid met het werk leidt tot een *hoger* ziekteverzuim en personeelsverloop (Bassett 1994). Dit gaat weer ten koste van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Probleemstelling en deelvragen

Bovenstaande inleiding resulteert in de volgende *probleemstelling*:

Welke verschillen zijn er in arbeidsbeleving (mate van tevredenheid) tussen de diverse functiegroepen in de onderzochte Geestelijke Gezondheids Zorg- (GGZ), ouderenzorg- en gehandicapten zorginstellingen en welke HRM-maatregelen bevorderen de arbeidsbeleving bij de te onderscheiden functiegroepen?

Om dit te onderzoeken worden de volgende *deelvragen* beantwoord:

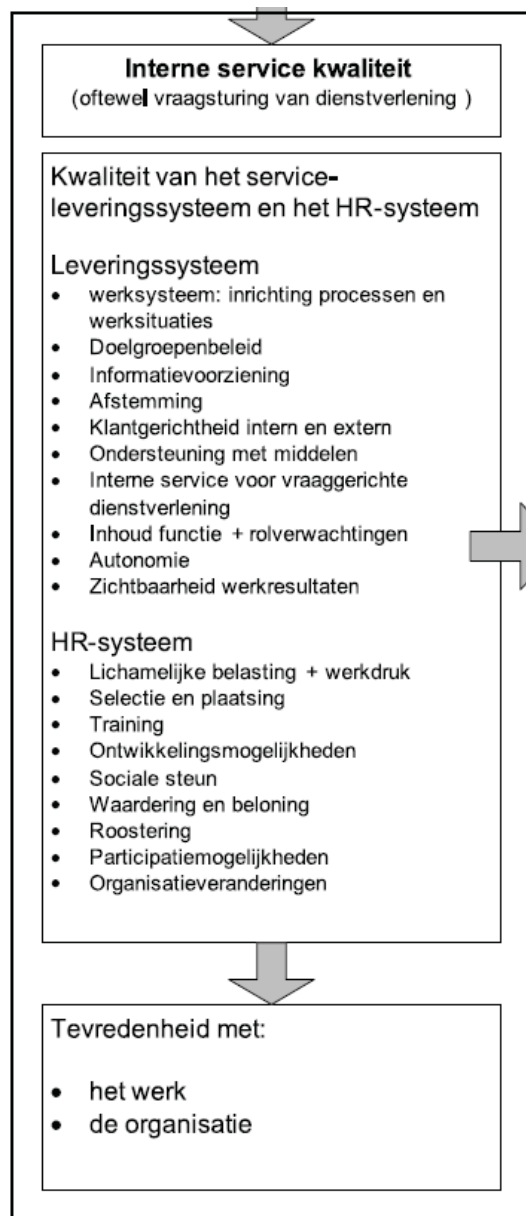
1. Zijn er verschillen in arbeidsbeleving tussen functiegroepen?
2. Waar zijn de verschillen in arbeidsbeleving aan toe te schrijven?
3. Welke functiegroepen komen in aanmerking voor functiegericht HRM beleid en hoe kan dat het beste aangepakt worden?

Leeswijzer

Hierna volgt een beschrijving van enkele theorieën, die op verschillende wijze tevredenheid met het werk, en de verschillen tussen functiegroepen, belichten. Ook zullen de relaties tussen de theorieën worden verduidelijkt. Vervolgens wordt in het derde hoofdstuk de methode van dit onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk worden de verschillende analyses en de manier van onderzoek (secundaire data-analyse) toegelicht. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten van de analyses besproken, waarna in het vijfde en laatste hoofdstuk volgen de conclusie en discussie. De resultaten worden vergeleken met de theorie en becommentarieerd.

2 Theoretisch kader

Arbeidsbeleving in de zorg is een onderwerp dat al jaren in de belangstelling staat. Auteurs zoals Heskett (1997), Pfeffer (1998) en Van Wijk (2007) hebben een verband gevonden tussen positieve arbeidsbeleving en klanttevredenheid. Om deze positieve arbeidsbeleving met goed HRM-beleid te ondersteunen, is het belangrijk te weten welke aspecten van arbeidsbeleving van belang zijn bij de verschillende functiegroepen binnen een zorginstelling. De Service Care Chain (SCC) van Van Wijk (2007) zal als theoretisch kader dienen in dit onderzoek naar arbeidsbeleving in de zorg en functiegericht HRM-beleid



2.1 Arbeidsbeleving en tevredenheid met het werk bij functiegroepen

Zowel in 2001 als in 2004 is door Prismant een groot onderzoek gedaan naar arbeidsbeleving in de zorg. Een opvallende uitkomst van het onderzoek in 2004 was, dat organisaties die een actief personeelsbeleid voerden, dit terug zagen in de arbeidsbeleving van hun medewerkers. Zo blijken medewerkers, die recent (maximaal 1 jaar geleden) functiegerichte scholing hebben gevolgd, meer tevreden met het werk te zijn. Tevens geven zij een hogere waardering aan HRM-aspecten, zoals training en ontwikkelingsmogelijkheden, dan medewerkers die geen scholing hebben genoten (Messchendorp et al. 2004).

Actief personeelsbeleid is nauw verwant met de kwaliteit van de "interne service". Interne service is het geheel aan activiteiten die de organisatie onderneemt, om het personeel goed hun functie uit te kunnen laten voeren. Interne service heeft betrekking op vragen als: Heeft de medewerker voldoende informatie om een patiënt goed te woord te staan? Is er een tillift beschikbaar? Heeft de leidinggevende wel in de gaten dat een medewerker extra taken uitvoert, en wordt dit gewaardeerd?

Figuur 1 Interne Service Kwaliteit

Om personeelsbeleid te optimaliseren, kan gekeken worden naar kenmerken die functiegroepen met elkaar gemeen hebben, zodat bijvoorbeeld de multidisciplinaire samenwerking ondersteund kan worden met HRM-activiteiten. Tevens is het zinvol om te onderzoeken of er kenmerken zijn, die functiegroepen van elkaar onderscheiden, zodat daar een specifieke inrichting van de arbeidskenmerken voor ontwikkeld kan worden. In beide situaties wordt een verbetering van de interne service beoogd.

Mogelijk bestaan er overeenkomsten tussen functiegroepen uit verschillende branches. Zo bestaat de functie van verpleegkundige in de GGZ, ouderen- en gehandicaptenzorg. Ook de functie van arts of fysiotherapeut kan in de verschillende branches voorkomen. Dit brengt de vraag naar voren of het HRM beleid, dat nu per instelling wordt bepaald, effectiever is als het per functiegroep wordt bepaald. Is het zinvol om functiegericht HRM beleid te voeren?

Bassett (1994) ondersteunt de opvatting dat arbeidsmotivatie afhankelijk is van de functie. Uit het onderzoek dat is verricht naar de werkhouding van medewerkers in de industrie, blijkt dat de tevredenheid met het werk toeneemt, naarmate de functies in de organisatie hoger zijn. Hogere managers en professionals laten een grotere tevredenheid met hun werk zien dan de medewerkers in de lager geschoolde functies. Dit versterkt de opvatting, dat arbeidsbeleving en de mate van tevredenheid met het werk, verband houdt met de functie en het niveau waarop die in de organisatie is gepositioneerd. Het is overigens niet zo dat in de laagste functies de tevredenheid met het werk verdwenen is (Bassett 1994).

Bongers (2007) kan het verband tussen functieniveau (gebaseerd op Functiewaardering Gezondheidszorg (FWG)-categorieën) en arbeidstevredenheid *niet* ondersteunen. In haar dissertatie is ze op zoek gegaan naar het positieve verband tussen functieniveau en arbeidstevredenheid. Dit verband is niet gevonden.

Uit onderzoeken komt steeds een aantal arbeidskenmerken naar voren, die van invloed zijn op arbeidsbeleving. Meta-analyses (systematische verzameling van literatuur) laten zien dat bepaalde werkaspecten regelmatig worden benoemd die doorslaggevend zijn in arbeidsbeleving. Enkele voorbeelden zijn: autonomie in het werk, beloning en waardering, relaties met collega's en patiënten, wijze van leidinggeven, training en inhoud van de functie (Messchendorp et al. 2004).

Ook andere auteurs, zoals Pfeffer, Heskett en Korczynski hebben onderzoek gedaan naar arbeidsbeleving. Ook zij benoemen dezelfde arbeidskenmerken (zie ook par. 2.3). Deze auteurs benoemen arbeidstevredenheid van de medewerkers, als langdurig en moeilijk te kopiëren concurrentievoordeel. Volgens Pfeffer betekent dit het herhaaldelijk en publiekelijk het belang en de rol van de medewerkers benoemen, in het succes van de organisatie. Dit is direct gerelateerd aan waardering (Pfeffer 1998).

Heskett benoemt het klantgericht kunnen werken als belangrijkste bron van arbeidstevredenheid in service organisaties. Het klantgericht kunnen werken is verbonden met andere arbeidskenmerken, zoals de speelruimte om zelf beslissingen te kunnen nemen, functieomschrijving (inhoud van de functie), beloning en erkenning (waardering) (Heskett et al. 1997).

In de onderstaande tabel staan enkele arbeidskenmerken weergegeven. Per arbeidskenmerk wordt aangegeven welke auteur hierover een invloed vond.

Mate van tevredenheid met het werk en de organisatie	Messchendorp (2004)	Pfeffer (1998)	Heskett (1997)	Korczynski (2002)
autonomie in het werk	*		*	
beloning	*		*	*
waardering	*	*	*	*
samenwerking	*	*		*
training	*	*	*	*
kwaliteit van geboden zorg	*	*	*	*
inhoud van de functie	*		*	
ontwikkelingsmogelijkheden	*		*	

Tabel1 arbeidskenmerken per auteur

De arbeidskenmerken zijn te relateren aan functies en functieniveaus en geven opnieuw voeding aan het idee dat kenmerken die van invloed zijn op arbeidsbeleving per functiegroep te benoemen zijn. Ook Bassett (1994) erkent dat de verschillen in arbeidsbeleving tussen functiegroepen te verklaren zijn vanuit de arbeidskenmerken van de functies. Naast het benoemen van kenmerken per functiegroep, wordt onderzocht of de arbeidskenmerken die van invloed zijn op de tevredenheid tussen verschillende branches per functiegroep hetzelfde zijn. Indien er geen verschil wordt gevonden tussen de verschillende branches, per functiegroep, kan dat aanleiding zijn om het HRM-beleid daarop aan te passen.

2.2 Functies en beroepenstructuur

Een groot aantal formele functiegroepen zoals we die vandaag de dag in de gezondheidszorg kennen, zijn in 1996 vastgesteld en beschreven. In het eindrapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst' van de Commissie Kwalificatiestructuur, is een opleidings- en beroepenstructuur vastgesteld voor verpleegkundige en verzorgende beroepen (MinOCW & MinVWS 1996). Hierin worden de volgende verzorgende en verpleegkundige beroepen benoemd:

Verpleegkundige niveau 5. (verpleegkundige 1^e niveau)

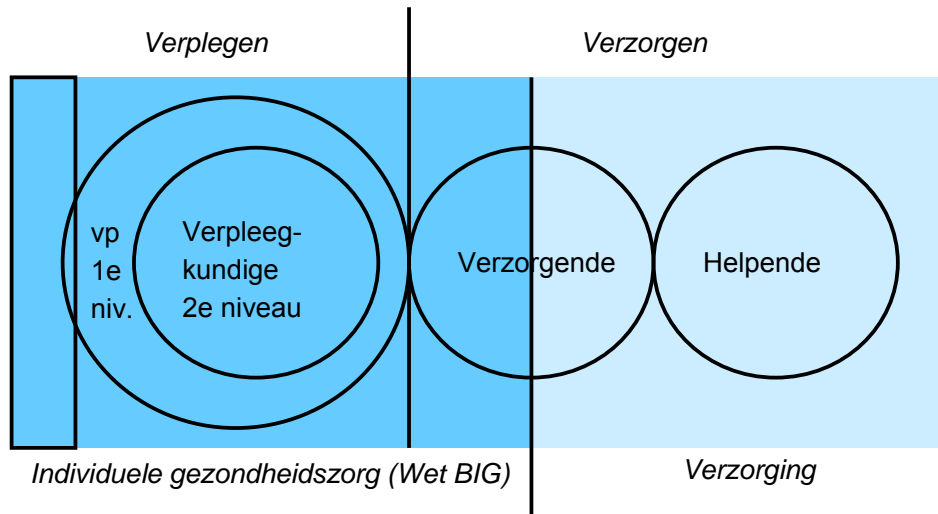
Verpleegkundige niveau 4. (verpleegkundige 2^e niveau)

Verzorgende niveau 3.

Helpende niveau 2.

Zorghulp niveau 1.

Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:



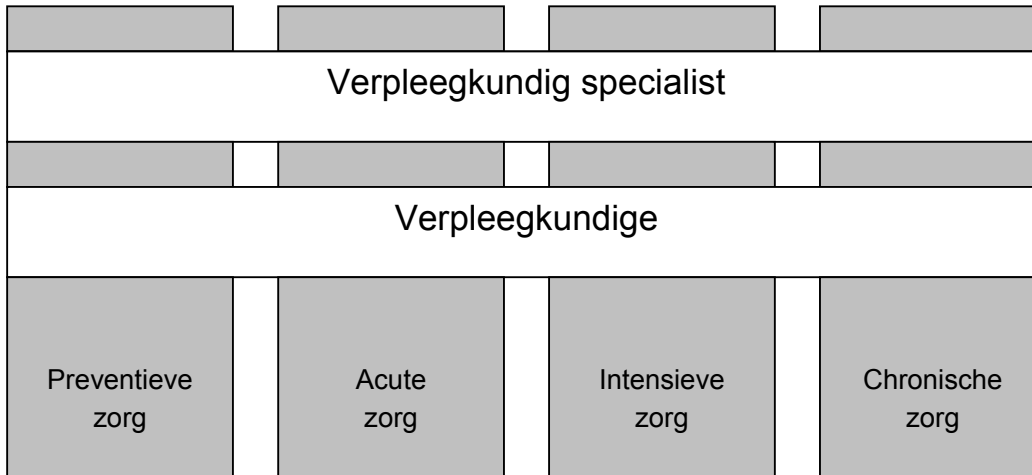
Figuur 2. Gekwalificeerd voor de toekomst (MinOCW & MinVWS 1996)

De huidige beroepsstructuur is niet eenvoudig en overzichtelijk. Alleen al het domein van verpleging en verzorging bestaat uit vijf verschillende functies. Tijdens het werk is niet altijd duidelijk welke kennis en bevoegdheden van de medewerkers kan en mag worden verwacht. Dit komt de kwaliteit van de zorg niet altijd ten goede.

Deze onduidelijkheid heeft ook gevolgen voor de arbeidsbeleving. Medewerkers die continu boven hun kunnen moeten presteren raken overspannen. Medewerkers die juist onder hun niveau werken, raken gedemotiveerd.

Inmiddels ligt een concreet voorstel klaar om de beroepsstructuur te veranderen (Meurs & Rooien 2006). In dit voorstel wordt uitgegaan van een verticale tweedeling met horizontale differentiatiemogelijkheden (zie figuur 2).

De verpleegkundigen niveau 4 en 5 worden samengevoegd tot verpleegkundige. Daarboven wordt een nieuw beroepsniveau geïntroduceerd: de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist onderscheidt zich van de verpleegkundige door meer zelfstandigheid, deskundigheid en beroepsontwikkeling (Meurs & Rooien 2006). Bovendien heeft de verpleegkundig specialist een hogere opleiding genoten. De verpleegkundig specialist is een functie die in de huidige situatie *tussen* de verpleegkundige 5 en arts/behandelaar geplaatst kan worden.



Figuur 3. Twee beroepsniveaus, vier deelgebieden. Uit: (Meurs & Rooien 2006)

Naast de verzorgenden en verpleegkundigen, bestaat nog een groot aantal specifieke beroepen. Deze beroepen kunnen alleen in de zorgsector zelf worden uitgeoefend. Drie van deze beroepsdomeinen zijn: medisch, sociaal pedagogisch werk en assisterende functies (Dijk & J.Pool 1999). Binnen het domein medisch werk vallen ook de sociaal wetenschappelijke functies op universitair niveau. Tot het domein sociaal pedagogisch werk, worden in dit onderzoek ook de paramedische functies gerekend.

2.3 Interne service kwaliteit

In de afgelopen decennia is al veel onderzoek gedaan naar HRM. Hieruit zijn verschillende theorieën ontwikkeld. In deze scriptie ligt de focus op HRM in service organisaties en maakt daarbij gebruik van de theorieën van “The New Service Management School”. Hierbij staan brede functies centraal en hebben de medewerkers voldoende autonomie en middelen om goede service aan de klanten te verlenen. Deze theorie zet zich af tegen de oude ‘productielijn benadering’ in service organisaties.

De productielijn benadering kenmerkt zich door technologische principes toe te passen in service organisaties. Door het vereenvoudigen van taken (één taak in meerdere kleine onderdelen opsplitsen); waar mogelijk mensen vervangen door techniek en het toepassen van strakke controle mechanismen, zou de efficiëntie in service organisaties verbeterd kunnen worden (Levitt 1972).

In de opvatting van “The New Service Management School” schrijven auteurs zoals Schlesinger en Heskett (1991) dat de productielijn benadering gedoemd is te mislukken, juist vanwege het creëren van kleine, eenvoudige banen en het toepassen van techniek. Het creëren van dergelijke banen gaat ten kosten van de arbeidstevredenheid van de medewerker. De opvatting van Meurs sluit hierbij aan: zij waarschuwt voor “fuikfuncties” in de zorg (Meurs & Rooien 2006:19). Deze functies zijn smal en tot in detail ingevuld, waardoor brede inzet van de medewerker nauwelijks meer mogelijk is.

In zijn artikel beschrijft Heskett (1997) hoe de interne service kwaliteit de medewerkers-tevredenheid beïnvloed. Hoe meer mogelijkheden en bevoegdheden de medewerkers hebben om resultaat te boeken voor de patiënt, hoe meer tevreden ze zijn. De interne

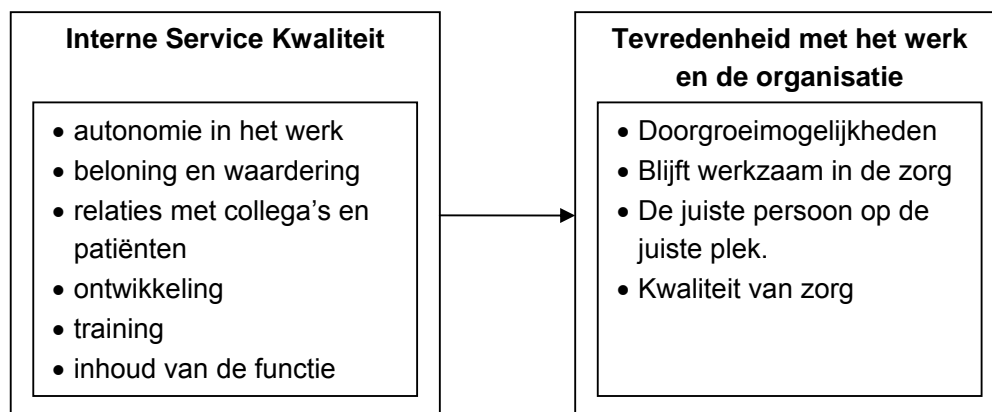
service kwaliteit bestaat uit elementen, zoals het ontwerp van de werkplek, Informatie en communicatie voorzieningen, functieomschrijving, selectie van medewerkers, opleidingsmogelijkheden, beloning en waardering

Dezelfde arbeidskenmerken benoemt Van Wijk (2007) in zijn Service Care Chain (SCC). Dit model is ontstaan op basis van de service winst keten van Heskett. In de SCC van Van Wijk wordt een verband gelegd tussen de interne service kwaliteit, de bedoelde en ervaren kwaliteit van het HRM beleid én de mate van tevredenheid over het werk en de organisatie (arbeidsbeleving). De kwaliteit van de interne service zou per functiegroep kunnen verschillen.

Bijvoorbeeld een verpleegkundige die mogelijk meer beslissingsbevoegdheid (autonomie) bereikt door, binnen de organisatie aangeboden, opleidingen te volgen. Of een arts, die maatregelen ter verlaging van de werkdruk als goede interne service ervaart.

De interne service kwaliteit heeft invloed op de tevredenheid met het werk en de organisatie. Tevredenheid met het werk heeft een sterk verband met diverse HRM-activiteiten. Ook tevredenheid met de organisatie, is een belangrijk effect van HRM. Om deze redenen zijn tevredenheid met de organisatie (commitment) en het werk (arbeidstevredenheid) belangrijke uitkomstmaten (Wijk 2007:65)

Het model veronderstelt dat een goede invulling van de interne service kwaliteit, effect heeft op de mate van tevredenheid met het werk en de organisatie. Naast de bruikbaarheid van het model voor dit onderzoek is er nog een tweede belangrijke reden om met dit model te werken. Het model is getoets op zijn belangrijkste relaties en de hypothesen zijn niet gefalsificeerd. Dit betekent dat de hypothesen niet zijn weerlegd en voorlopig waar zijn. Voor een compleet beeld van de SCC van Van Wijk, zie bijlage 1.



Figuur 4. Relatie tussen interne service kwaliteit en tevredenheid

Hoofdstuk 3. Methoden van onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd om verbanden te vinden en te interpreteren tussen mate van arbeidstevredenheid en functiegroepen. In plaats van te beginnen met een theorie, wordt aan de hand van de onderzoeksresultaten bekeken of er een patroon te herkennen is, waaruit mogelijk een nieuwe theorie geformuleerd zou kunnen worden (Creswell 2003).

De onderzoeksmethode die wordt gebruikt in dit onderzoek is secundaire data-analyse. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een bestaande dataset om een eigen, nieuwe, onderzoeksvraag te beantwoorden. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de dataset, die is verzameld voor het proefschrift naar de SCC van Dr. Van wijk (2007). Het proefschrift heeft betrekking op de invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening door zorgorganisaties.

Deze data is geschikt om de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden. De verschillende variabelen die in de dataset zijn opgenomen, zijn te gebruiken om functiegroepen, arbeidsbeleving en HRM-activiteiten en hun onderlinge verbanden te onderzoeken.

Een groot voordeel van secundaire data-analyse is de enorme tijdsbesparing, met betrekking tot het verzamelen van de data. Secundaire data-analyse maakt het mogelijk om gedurende het relatief korte tijdsbestek waarin deze scriptie tot stand is gekomen, toch over een omvangrijke dataset te beschikken. Het verzamelen van zoveel data zou onmogelijk geweest zijn in een kort tijdsbestek.

Een ander voordeel is, dat er al verschillende bewerkingen met de data zijn uitgevoerd, waardoor deze enigszins “gecomprimeerd” is. Hierdoor is de data direct geschikt voor gebruik.

Een nadeel is dat het resultaat van dit onderzoek nooit beter worden dan de kwaliteit van de beschikbare data. Aan de vraagstelling en de manier van coderen is achteraf niets meer te veranderen (Swanborn 1994:218). Missende waarden op belangrijke variabelen voor beantwoording van de eigen onderzoeksvraag, kan een probleem zijn. Ook de operationalisering van theoretische concepten kan afwijken van de operationalisering die nodig is voor het eigen onderzoek (Levecque 2002).

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is het nodig om enkele begrippen uit de onderzoeksvragen te operationaliseren. Hierbij is het de bedoeling dat een begrip als *arbeidsbeleving* wordt vertaald naar meetbare variabelen. Tevens blijkt uit de operationalisatie wat de onderzoeker bedoelt met het begrip. Arbeidsbeleving kent vele facetten, terwijl maar enkele van toepassing zijn op dit onderzoek.

Begrippen die in dit onderzoek centraal staan zijn: *functiegroepen* en *mate van tevredenheid met het werk en de organisatie*. De functies zijn geoperationaliseerd in vier groepen en afgeleid uit de indeling zoals die door de FWG worden gehanteerd.

- (medisch) assisterende functies
- verpleging en verzorging
- sociaal agogisch
- medisch en sociaal wetenschappelijk

De variabele *functiegroep* is een variabele op ordinaal niveau. De volgorde wordt vooral bepaald door het bijbehorende opleidingsniveau. Om te beginnen zijn er de (medisch) assisterende functies. Zowel binnen de verzorging en verpleging als de sociaal agogische functies kan geen verschil worden gemaakt, omdat deze functies zowel op MBO als HBO niveau voorkomen. Tot slot zijn er de medisch en sociaal wetenschappelijke functies, die op WO niveau zijn.

De mate van tevredenheid met het werk en de organisatie zijn geoperationaliseerd in de volgende kenmerken:

- autonomie in het werk
- beloning
- waardering
- relaties met collega's en patiënten
- training
- kwaliteit van geboden zorg
- inhoud van de functie
- ontwikkelingsmogelijkheden

Deze kenmerken zijn gekozen op basis van de literatuur van Heskett, Pfeffer en Korczynski, het proefschrift van Van Wijk (2007), het brancherapport 2004 (Personeel in Beeld) van Messchendorp (2004) en het rapport "Arbeid in zorg en welzijn 2005" van Ott (2005:48). Met name de laatste twee kenmerken worden vaak in exit interviews genoemd als reden voor vertrek, wanneer een medewerker zijn ontslag aanvraagt (Ott et al. 2005).

In onderstaande tabel staan de operationalisaties per begrip weergegeven.

Functiegroepen	Mate van tevredenheid met het werk en de organisatie
(medisch) assisterende functies verpleging en verzorging sociaal agogisch medisch en sociaal wetenschappelijk	autonomie in het werk beloning waardering relaties met collega's en patiënten training kwaliteit van geboden zorg inhoud van de functie ontwikkelingsmogelijkheden

Tabel 2. Operationalisaties van functiegroepen en tevredenheid

Om deze operationalisaties te kunnen meten, wordt gebruik gemaakt van de variabelen uit de dataset. Uit de vragenlijsten die Van Wijk heeft gebruikt voor zijn onderzoek naar de CCS, zijn de betreffende variabelen geselecteerd (tabel 2). Hieronder worden de variabelen weergegeven met de bijbehorende items. Voor zowel de operationalisatie als de bijbehorende variabele worden dezelfde namen gebruikt. Bij de *recode scale* wordt de score van de negatief gestelde vraag omgekeerd, zodat een hoge gemiddelde score een grote mate van tevredenheid weergeeft.

Autonomie		
scale	Ik heb hier veel mogelijkheden om zelf een manier van werken te kiezen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	Ik heb weinig mogelijkheden om mijn werkplek even te verlaten wanneer ik daar behoefte aan heb.	
scale	Ik heb in mijn werk volop gelegenheid om zelf mijn werkdoelen te bepalen.	
scale	Ik heb hier veel vrijheid om zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen.	
recode scale	Ik heb nauwelijks gelegenheid om mijn werk te onderbreken wanneer ik dat wil.	
scale	Ik heb veel ruimte om zelf te bepalen hoeveel werk ik gedurende een bepaalde periode verricht.	
recode scale	Mijn werk staat het nauwelijks toe om zelf te beslissen om het werktempo verhogen of verlagen.	
scale	Ik ben erg tevreden met de zelfstandigheid in mijn werk.	
scale	Ik beschik over veel regelmogelijkheden om mijn werk goed uit te kunnen voeren.	

Beloning		
scale	Ik word zondermeer rechtvaardig betaald in vergelijking met wat collega's verdienen in andere instellingen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	Mijn salaris staat helemaal in verhouding tot het werk dat ik doe.	

Waardering		
scale	Mijn leidinggevende laat mij zelden weten als hij/zij tevreden is met mijn werk.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	Als het werk goed gaat krijg je hier nooit wat te horen.	
scale	Onze leidinggevende draagt ons op handen.	
scale	Ik werk hier met groot plezier juist omdat wij zo veel waardering krijgen.	

Samenwerking in het werkproces		
recode scale	De samenwerking tussen de disciplines verloopt beslist niet vlekkeloos.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	De huidige samenwerking leidt vaak tot onduidelijkheden in het werk.	

	Training	
scale	Het is voor mijn functie noodzakelijk mij voortdurend bij te scholen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	De scholing hier is uitdrukkelijk gekoppeld aan onze manier van werken.	
scale	Als ik scholing volg heb ik daar veel aan voor mijn werk.	
scale	In de bij- en nascholing legt men hier altijd een sterk accent op houding.	

	Klantgerichtheid naar cliënten	
scale	Het management vindt het in deze organisatie erg belangrijk om vraaggerichte zorg/begeleiding te verlenen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	De cliënt heeft een belangrijke stem in onze organisatie.	
scale	Cliënten vinden dat wij hen zeer van dienst zijn.	
scale	De manier waarop wij in ons organisatieonderdeel werken is erg klantgericht.	
scale	Een belangrijk hulpmiddel bij het vraaggericht werken is het onderhandelen met cliënten over hun wensen.	

	Inhoud van de functie	
scale	Ik kan veel van mijn vaardigheden benutten voor mijn werk.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
scale	Er is een duidelijke omschrijving van mijn functie.	
scale	Mijn takenpakket is afwisselend genoeg.	
scale	Mijn werk doet er echt toe op deze afdeling (bij deze zorg/begeleidingseenheid).	
scale	Ik ervaar het werk wat ik doe als uitermate belangrijk voor de cliënten.	
scale	In het geheel van activiteiten op deze afdeling is mijn bijdrage zondermeer te herkennen.	
scale	Ik vind het werk dat bij mijn functie hoort erg leuk.	

	Ontwikkeling	
scale	Ik kan bij deze werkgever erg goed werken aan mijn loopbaan.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
recode scale	Ik word hier in het geheel niet gestimuleerd om mij verder te ontwikkelen in mijn werk.	
scale	Ik heb hier goede vooruitzichten op verdere doorgroei.	
scale	Deze organisatie heeft een uitgesproken loopbaanbeleid.	

Tabel 3. Operationalisaties en variabelen

Tot slot bevat de data nog twee uitkomstvariabelen. Dit zijn *tevredenheid met het werk* en *tevredenheid met de organisatie*. Door de overige variabelen met de twee uitkomstvariabelen te vergelijken, kan onderzocht worden welke van de overige variabelen het meest van invloed is op de twee uitkomstvariabelen. Door dit ook per functiegroep te bekijken kunnen de onderzoeksvragen beantwoordt worden.

De dataverzameling heeft in negen instellingen plaatsgevonden, te weten vier ouderenzorg-, drie GGZ- en twee gehandicaptenzorginstellingen. In de deelnemende organisaties zijn enquêtes onder alle medewerkers verspreid. Er is dan ook geen sprake van een steekproef, maar van organisatiepopulatie-onderzoek (Wijk 2007:75).

In totaal zijn 3129 medewerkerenquêtes verspreid. Dit heeft een response van 1349 opgeleverd. Voor dit onderzoek worden alle 1349 respondenten gebruikt. Deze kunnen echter niet altijd in alle toetsen betrokken worden. De betreffende respondent kan niet worden opgenomen in de vergelijking tussen functiegroepen, indien de functiegroep niet is ingevuld, omdat in deze scriptie de verschillen tussen functiegroepen centraal staan.

In de oorspronkelijke dataset is geen verdeling naar functiegroepen gemaakt. Deze verdeling is later gemaakt op basis van de functies die in de deelnemende organisaties voorkomen.

Bias kan voorkomen met betrekking tot de selectie van de organisaties. Het kan gebeuren dat bepaalde functiegroepen onder- of oververtegenwoordigd zijn, doordat die nu eenmaal weinig of veel voorkomen binnen een bepaalde branche. Een andere vorm van bias kan zijn dat de respondent zijn oordeel over arbeidsbeleving teveel laat beïnvloeden door een recent voorgevallen incident. Dit kan zowel positief als negatief zijn.

Aan de hand van een beschrijving van de data kan een beeld worden gevormd van de respondenten. Met name het aantal respondenten per functiegroep en missende waardes kunnen van belang zijn voor de uitspraken naar aanleiding van de analyses. In beide gevallen kunnen ze de uitkomsten van de analyses onbetrouwbaar maken.

Om de eerste deelvraag te beantwoorden wordt met behulp van Analysis of Variance (ANOVA) de verschillen tussen functiegroepen aangetoond, per variabele. Hierbij wordt per variabele gekeken in hoeverre de gemiddelden van de functiegroepen van elkaar verschillen.

De tweede deelvraag wordt vanuit de literatuur beantwoord. Voor de beantwoording van de derde deelvraag wordt gebruik gemaakt van de gegevens uit de ANOVA analyse en de Spearman's correlatieanalyse. Op deze wijze kunnen de verschillen tussen de functiegroepen gecombineerd worden met inhoudelijke aspecten.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses beschreven. Naast een algemeen overzicht van de samenstelling van de data, worden per onderzoeksvraag de belangrijkste resultaten beschreven.

4.1 Beschrijvende statistiek

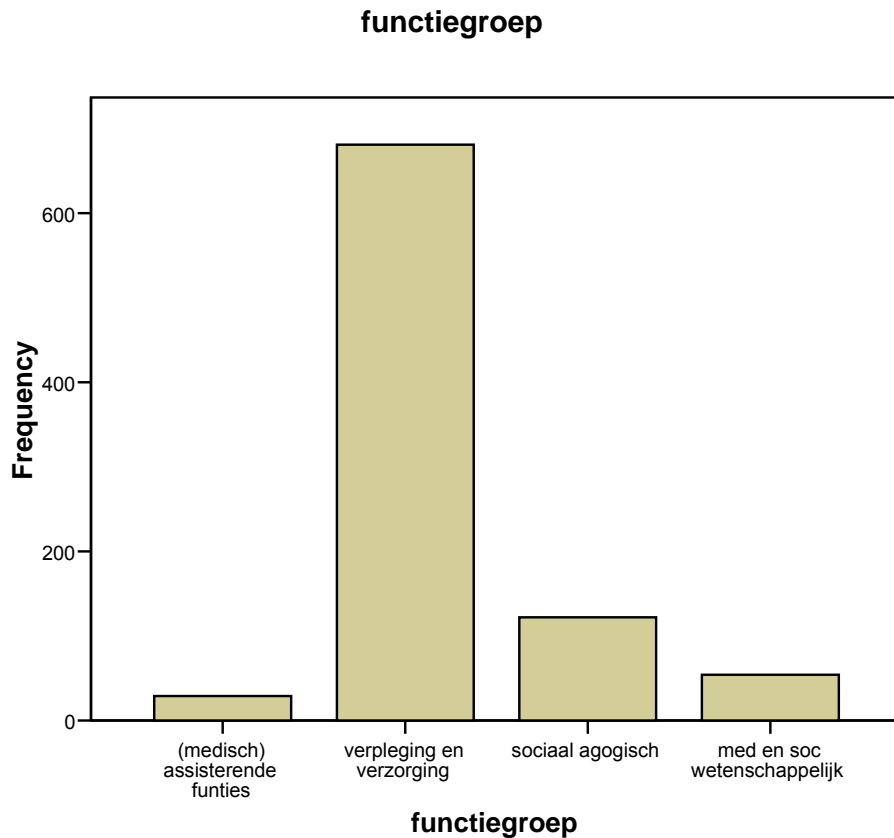
In het onderstaande schema wordt de samenstelling van de data gepresenteerd. Alle drie de branches zijn vertegenwoordigd. Opvallend is de ondervertegenwoordiging van de GGZ instellingen. Deze vertegenwoordigt iets meer dan één zesde van alle data. Bijna de helft van de respondenten is werkzaam in een gehandicapteninstelling.

branche	instelling	Aantal respondenten	percent	percent cum
ouderen zorg	1	83	6,15%	
	7	162	12,01%	
	8	31	2,30%	
	9	200	14,83%	35,29%
GGZ	2	58	4,30%	
	3	136	10,08%	
	5	30	2,22%	16,60%
gehandicapten	4	364	26,98%	
	6	285	21,13%	48,11%
	totaal	1.349	100,00%	100,00%

Tabel 4 verdeling respondenten

Binnen de organisaties zijn de medewerkers ingedeeld in functiegroepen. De verdeling van de respondenten over de vier functiegroepen wordt hieronder weergegeven. Het eerste wat opvalt, is de grote vertegenwoordiging van de functiegroep verzorging en verpleging. Wat verder opvalt, is het grote aantal missing values op de variabele functiegroep. Van de ruim 1300 respondenten blijken er maar 886 naar functiegroep te kunnen worden ingedeeld. Van alle 364 respondenten van organisatie vier is de functie niet bekend. De overige 99 respondenten waarvan de functie onduidelijk is, zijn niet aan één organisatie toe te schrijven. Ze komen verspreid voor, bij de overige organisaties. Iets meer dan één derde van de data kan niet worden gebruikt om vergelijkingen tussen functiegroepen te maken, omdat onbekend is aan welke functiegroep de data toegeschreven moet worden.

N	Valid	886
	Missing	463



Figuur 5. Aantal respondenten per functiegroep

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	(medisch) assisterende functies	29	2,1	3,3	3,3
	verpleging en verzorging	681	50,5	76,9	80,1
	sociaal agogisch	122	9,0	13,8	93,9
	med en soc wetenschappelijk	54	4,0	6,1	100,0
	Total	886	65,7	100,0	
Missing	System	463	34,3		
Total		1349	100,0		

Het blijkt dat de volgende twee variabelen een afwijkend hoge score hebben op missende waarden, namelijk samenwerking (382) en klantgerichtheid (376). Zowel de variabele samenwerking als klantgerichtheid blijkt voor organisatie vier niet gemeten te zijn. De resterende 18 missende waarden, wat betreft samenwerking, blijken over overige instellingen verdeeld te zijn. Hetzelfde blijkt voor klantgericht werken, waarbij de overige 12 missende waarden bij de overige instellingen voorkomen.

Organisatie vier heeft de data, die is verzameld tijdens de landelijke VGN benchmark, ter beschikking gesteld. Helaas zijn de variabelen functiegroep, samenwerking en klantgerichtheid daarin niet opgenomen (Wijk 2007:114).

Aangezien instelling vier niet wordt opgenomen in de vergelijking tussen functiegroepen, hebben de missende waarden, voor wat betreft samenwerking en klantgerichtheid, weinig effect op de uitkomsten.

4.2 Verschillen tussen functiegroepen

Om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen functiegroepen met betrekking tot arbeidsbeleving, zijn de verschillende variabelen per functiegroep vergeleken. Met behulp van ANOVA wordt bepaald of de gemiddelde score van een functiegroep verschilt met de gemiddelde score van andere functiegroepen.

Op de variabele autonomie is er verschil tussen de functiegroepen verpleging en verzorging (V&V) en sociaal agogische functies en tussen V&V en medisch en sociaal wetenschappelijke functies. De groep V&V is minder tevreden met autonomie en waardeert dit lager dan de andere twee groepen.

Wat betreft beloning wijkt de groep medisch en sociaal wetenschappelijke functies sterk af van de overige groepen. Zij waarderen hun beloning gemiddeld veel hoger dan de andere groepen. De overige groepen waarderen hun beloning een stuk lager.

Opvallend is dat de variabele waardering, het is de enige variabele waarin de functiegroepen niet significant van elkaar verschillen. Uit de gemiddelden blijkt dat de assisterende functies het meest tevreden zijn over de waardering die ze ontvangen. De verpleging en verzorgende zijn het minst tevreden.

Bij de variabele samenwerking betekent een hoog gemiddelde dat de (ervaren) samenwerking (tussen disciplines) goed verloopt. Met name bij de assisterende functies is dit het geval. Deze groep verschilt daarin van de andere functiegroepen. De V&V zijn het minst tevreden over de onderlinge samenwerking met andere disciplines

De variabele training laat een groot verschil zien tussen de vier functiegroepen. De assisterende functies verschillen significant met zowel de sociaal agogische als de wetenschappelijke functies. Ook de functiegroep verpleging en verzorging verschilt significant van zowel de sociaal agogische als de wetenschappelijke functies.

Hoe hoger het gemiddelde op de variabele klantgericht werken, hoe meer de respondenten het eens zijn met de stelling dat er klantgericht gewerkt wordt. De assisterende functies scoren hier het hoogst op en wijken daarmee significant af van de V&V, die daar het minst tevreden over zijn.

Op de variabele functie-inhoud heeft de functiegroep V&V het laagste gemiddelde. Dit betekent dat zij het minst tevreden zijn met hun functie. Hiermee verschilt de V&V groep van de medisch en sociaal wetenschappelijke functies, die daar iets positiever tegenover staan. Ondanks het kleine verschil tussen de gemiddelden, is het toch significant.

De variabele ontwikkeling, heeft betrekking op de ontwikkelings- en doorgroeimogelijkheden binnen de organisatie. Een hoog gemiddelde betekent een grotere mate van tevredenheid op de ontwikkelings- en doorgroeimogelijkheden. De V&V groep heeft de op één na laagste score op deze variabele, en wijkt daarmee af van de medische en sociaal wetenschappelijke functies. Van de medisch en sociaal wetenschappelijke functies is het gemiddelde ook niet hoog, wat betekent dat zij ook niet echt tevreden zijn met de ontwikkelingsmogelijkheden.

	N=	gem.	F	Sig.
autonomie				
(medisch) assisterende functies	29	17,70	9,994	0,000**
verpleging en verzorging	676	16,74		
sociaal agogisch	120	17,73		
med en soc wetenschappelijk	53	17,99		
beloning				
(medisch) assisterende functies	29	13,53	12,870	0,000**
verpleging en verzorging	674	13,55		
sociaal agogisch	119	14,52		
med en soc wetenschappelijk	54	17,69		
waardering				
(medisch) assisterende functies	29	17,15	1,691	0,167
verpleging en verzorging	678	15,79		
sociaal agogisch	121	16,32		
med en soc wetenschappelijk	54	15,91		
samenwerking				
(medisch) assisterende functies	29	16,35	3,243	0,021*
verpleging en verzorging	675	14,01		
sociaal agogisch	122	14,21		
med en soc wetenschappelijk	53	14,65		
training				
(medisch) assisterende functies	26	16,58	35,658	0,000**
verpleging en verzorging	678	17,13		
sociaal agogisch	121	14,57		
med en soc wetenschappelijk	53	14,16		
klantgericht				
(medisch) assisterende functies	28	18,51	3,159	0,024*
verpleging en verzorging	679	17,03		
sociaal agogisch	121	17,77		
med en soc wetenschappelijk	53	17,48		
inhoud functie				
(medisch) assisterende functies	29	20,20	7,025	0,000**
verpleging en verzorging	679	19,49		
sociaal agogisch	122	19,94		
med en soc wetenschappelijk	53	21,05		
ontwikkeling				
(medisch) assisterende functies	28	13,63	5,139	0,002**
verpleging en verzorging	666	13,71		
sociaal agogisch	120	14,23		
med en soc wetenschappelijk	54	15,79		

Tabel 5 ANOVA verschil tussen functiegroepen

(** = $P \leq 0,01$; * = $P < 0,05$)

Voor een volledig overzicht zie bijlage 2

Nu de verschillen tussen de functiegroepen per variabele zichtbaar zijn gemaakt, dient de tweede deelvraag zich aan: waar zijn die verschillen aan toe te schrijven? De ANOVA toets laat de variabelen zien waarop de functiegroepen van elkaar verschillen. Dit zijn alle onderzochte variabelen, met uitzondering van waardering.

Wat deze toets niet laat zien, is de reden *waarom* de functiegroepen van elkaar verschillen. In het geval van autonomie: Hoe komt het dat de functiegroep V&V het laagste gemiddelde heeft op deze variabele en daarmee significant van de andere functiegroepen verschilt? Vanuit de beschikbare data is deze vraag niet te beantwoorden. De data bevat geen informatie over de redenen *waarom* de respondenten meer of minder tevreden zijn. In de literatuur aanwijzingen te vinden hoe het komt dat dergelijk verschillen bestaan. Dit wordt besproken in de discussie.

4.2 Correlaties tussen de onderzochte variabelen

Ter beantwoording van de vraag welke functiegroepen in aanmerking komen voor functiegericht HRM-beleid en hoe daar invulling aan gegeven kan worden, is een correlatie analyse uitgevoerd. Om de verbanden tussen de acht variabelen en de tevredenheid met het werk en de organisatie te toetsen, wordt gebruik gemaakt van de resultaten van zowel de ANOVA als de correlatie toets.

Enkele opvallende resultaten uit de correlatie toets:

De variabele autonomie laat bij alle functiegroepen een significant verband zien met tevredenheid met het werk.

De variabele beloning laat alleen bij de functiegroep verzorging en verpleging een verband zien met de tevredenheid met het werk en de organisatie. Het is geen sterk verband en sluit aan bij het idee, dat meer geld niet automatisch tot een grotere mate van tevredenheid leidt. Waardering is de belangrijkste variabele, omdat het voor alle functiegroepen (met uitzondering van medisch en sociaal wetenschappelijk) een significant verband houdt met tevredenheid met het werk en de organisatie.

Samenwerking speelt zowel bij de V&V als de sociaal agogische functiegroep een rol bij de tevredenheid. Bij de assisterende functies wordt een sterk verband gevonden tussen samenwerking en tevredenheid met de organisatie.

De variabele training laat alleen een significant verband zien met tevredenheid met het werk in de functiegroep medisch en sociaal wetenschappelijk. In alle overige gevallen wordt geen verband gevonden met tevredenheid.

Het klantgericht kunnen werken geeft voor alle functiegroepen een significant verband aan met tevredenheid met de organisatie. Voor de assisterende en V&V functiegroepen geeft het klantgericht kunnen werken ook een verband aan met tevredenheid met het werk.

Voor alle functiegroepen bestaat een significant verband tussen inhoud van de functie en tevredenheid met het werk. Met name voor de medisch en sociaal wetenschappelijke functies wordt een sterk verband gevonden.

Tot slot laat de variabele ontwikkeling een significant verband zien met tevredenheid met de organisatie. Uitzondering hierop is de assisterende functiegroep.

functiegroep --> tevredenheid met -->		ass	V&V	soc ag	m&s wet
		org	org	org	org
autonomi	Spearman Correlation	0,206	.220(**)	.256(**)	0,268
	Sig. (2-tailed)	0,283	0,000	0,005	0,052
	N	29	670	118	53
beloning	Spearman Correlation	,464(*)	.292(**)	.350(**)	,271(*)
	Sig. (2-tailed)	0,011	0,000	0,000	0,047
	N	29	668	118	54
waarder	Spearman Correlation	.555(**)	.505(**)	.357(**)	.376(**)
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,000	0,000	0,005
	N	29	671	119	54
samenw	Spearman Correlation	.546(**)	.388(**)	.329(**)	0,200
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,000	0,000	0,151
	N	29	668	120	53
training	Spearman Correlation	0,223	-0,045	,198(*)	0,157
	Sig. (2-tailed)	0,274	0,241	0,031	0,263
	N	26	670	119	53
klanclie	Spearman Correlation	.516(**)	.516(**)	.390(**)	.511(**)
	Sig. (2-tailed)	0,005	0,000	0,000	0,000
	N	28	672	119	53
inhofunc	Spearman Correlation	0,291	.263(**)	,216(*)	,294(*)
	Sig. (2-tailed)	0,126	0,000	0,018	0,032
	N	29	673	120	53
ontwikke	Spearman Correlation	0,213	.570(**)	.519(**)	.534(**)
	Sig. (2-tailed)	0,277	0,000	0,000	0,000
	N	28	664	118	54

(** = $P \leq 0,01$; * = $P < 0,05$)

functiegroep --> tevredenheid met -->		ass	V&V	soc ag	m&s wet
		werk	werk	werk	werk
autonomi	Spearman Correlation	.520(**)	.275(**)	.255(**)	.470(**)
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,000	0,005	0,000
	N	29	672	120	53
beloning	Spearman Correlation	0,321	.171(**)	,183(*)	0,143
	Sig. (2-tailed)	0,090	0,000	0,047	0,301
	N	29	670	119	54
waarder	Spearman Correlation	.607(**)	.331(**)	.362(**)	0,213
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,122
	N	29	674	121	54
samenw	Spearman Correlation	0,086	.148(**)	.236(**)	0,129
	Sig. (2-tailed)	0,656	0,000	0,009	0,358
	N	29	670	122	53
training	Spearman Correlation	0,227	-0,044	0,127	.363(**)
	Sig. (2-tailed)	0,226	0,256	0,166	0,008
	N	26	673	121	53
klanclie	Spearman Correlation	.492(**)	.263(**)	,188(*)	0,162
	Sig. (2-tailed)	0,008	0,000	0,039	0,246
	N	28	675	121	53
inhofunc	Spearman Correlation	.506(**)	.477(**)	.569(**)	.714(**)
	Sig. (2-tailed)	0,005	0,000	0,000	0,000
	N	29	675	122	53
ontwikke	Spearman Correlation	-0,010	.382(**)	,200(*)	,295(*)
	Sig. (2-tailed)	0,961	0,000	0,028	0,030
	N	28	666	120	54

Tabel 6. Correlatie variabelen per functiegroep

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusie en de discussie naar aanleiding van dit onderzoek beschreven. De resultaten van de data worden met elkaar in verband gebracht, om de onderzoeksvraag en deelvragen te beantwoorden. In de eerste paragraaf worden de deelvragen en de onderzoeksvraag beantwoord. Vervolgens worden deze antwoorden aan discussies in het werkveld gekoppeld. De derde paragraaf behandelt de beperkingen van het onderzoek. Tot slot worden voorstellen gedaan voor verder onderzoek.

5.1 Conclusie

In de gezondheidszorg wordt veel onderzoek gedaan naar arbeidsbeleving. Deze onderzoeken richten zich hoofdzakelijk op de verpleging en verzorging, omdat dit het grootste functiedomein is. Over de arbeidsbeleving van de overige zorgspecifieke functies komen we nauwelijks iets te weten. Het doel van dit onderzoek is om te analyseren welke verschillen er zijn in arbeidsbeleving (mate van tevredenheid) tussen de diverse functiegroepen in de onderzochte GGZ, ouderen- en gehandicaptenzorginstellingen. Tevens is onderzocht welke HRM-maatregelen de arbeidsbeleving bevorderen bij de te onderscheiden functiegroepen. Om deze probleemstelling te beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd. Deze worden hieronder beantwoordt.

Deelvraag 1: Zijn er verschillen in arbeidsbeleving tussen de onderzochte functiegroepen?

Tussen de vier onderzochte functiegroepen zijn verschillen in arbeidsbeleving gevonden. Per onderzochte variabele (arbeidskenmerk) worden significante verschillen gevonden tussen verschillende combinaties van functiegroepen. Het is niet zo dat één functiegroep consequent van de ander functiegroepen verschilt. Wel is het zo dat de functiegroep verzorging en verpleging in bijna alle gevallen significant van een andere functiegroep verschilt.

De functiegroep verzorging en verpleging (V&V) is op 5 van de 8 arbeidskenmerken het minst tevreden. Op de arbeidskenmerken beloning en ontwikkeling scoort de functiegroep V&V laag, echter de functiegroep medisch assisterend heeft een nog lager gemiddelde. Deze twee functiegroepen zijn, met betrekking tot beloning en ontwikkeling, onderling niet verschillend van elkaar.

In tegenstelling tot de andere arbeidskenmerken is de functiegroep V&V het meest tevreden over de training. Op het arbeidskenmerk waardering is totaal geen verschil tussen de functiegroepen geconstateerd.

Deelvraag 2: Waar zijn de verschillen in arbeidsbeleving aan toe te schrijven?

Met uitzondering van het arbeidskenmerk waardering, zijn de verschillen in arbeidsbeleving aan alle overige onderzochte kenmerken toe te schrijven. Vanuit de literatuur was al bekend dat de onderzochte kenmerken een rol spelen in arbeidsbeleving bij V&V functiegroepen. Echter, met deze studie is aangetoond, dat de arbeidskenmerken bij alle onderzochte functiegroepen een *verschillende* rol van betekenis spelen.

Op basis van de gebruikte dataset kunnen geen inhoudelijk uitspraken worden gedaan *waarom* de functiegroepen op deze arbeidskenmerken verschillen. Deze vraag wordt meegenomen in de discussie.

Deelvraag 3: Welke functiegroepen komen in aanmerking voor functiegericht HRM beleid en hoe kan dat het beste aangepakt worden.

Uit de correlatiematrix blijkt, dat op enkele arbeidskenmerken functiegericht HRM-beleid toegepast kan worden. In het geval dat één of twee functiegroepen een sterk verband met tevredenheid (per variabele) laten zien, heeft functiegericht HRM zin.

Arbidskenmerken die bij *alle* functiegroepen een sterk verband met tevredenheid laten zien, komen niet in aanmerking voor functiegericht HRM-beleid. Het betreffende kenmerk speelt immers bij alle functiegroepen een rol, zodat de functiegroepen niet van elkaar verschillen en functiegericht HRM-beleid geen zin heeft.

De tevredenheid is uitgesplitst naar tevredenheid met het werk en de organisatie.

Functiegericht HRM-beleid met betrekking tot tevredenheid met de organisatie, is zinvol voor de verzorging en verpleging en de sociaal agogische functiegroepen. Op de arbeidskenmerken autonomie, beloning en functie-inhoud laten deze groepen een significante relatie zien met tevredenheid met de organisatie.

Functiegericht HRM-beleid met betrekking tot tevredenheid met het werk, is zinvol voor de volgende arbeidskenmerken:

- Beloning bij V&V;
- Samenwerking bij V&V en sociaal agogisch;
- Training bij medisch en sociaal wetenschappelijk;
- Klantgericht werken bij V&V en assisterende functies en tot slot
- Ontwikkeling bij V&V.

	tevredenheid met de organisatie			
functie	assisterend	V&V	soc. agogisch	m&s wetensch.
autonomie		X	X	
beloning		X	X	
waardering				
samenwerking				
training				
klantgericht werken				
inhoud functie		X		
ontwikkeling				

	tevredenheid met de het werk			
functie	assisterend	V&V	soc. agogisch	m&s wetensch.
autonomie				
beloning		X		
waardering				
samenwerking		X	X	
training				X
klantgericht werken	X	X		
inhoud functie				
ontwikkeling		X		

Tabel 7 Functiegericht HRM

In de tabel geven de gearceerde vakken de variabelen aan, die in aanmerking komen voor functiegericht HRM-beleid.

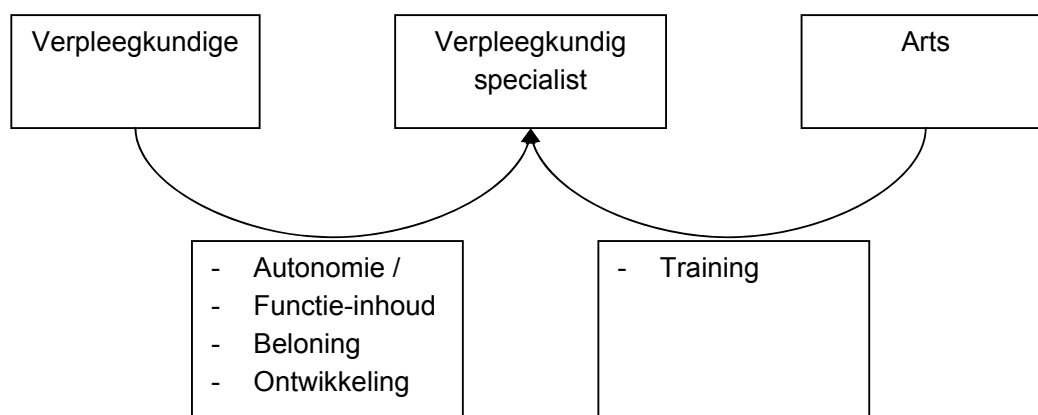
Gezien het aantal keer dat de functiegroep V&V in aanmerking komt voor functiegericht HRM-beleid en naar aanleiding van de correlatie analyse én de ANOVA toets, kan geconcludeerd worden dat functiegericht HRM-beleid zinvol is voor deze functiegroep. De gearceerde arbeidskenmerken bevorderen de arbeidsbeleving en komen in aanmerking om apart ingericht te worden voor de V&V functiegroep.

5.2 Discussie

5.2.1 De verpleegkundig specialist

Op 11 mei 2006 heeft de stuurgroep Verpleegkundige Beroepenstructuur en Opleidings Continuüm een advies uitgebracht waarin een duidelijke structuur voor de beroepsuitoefening wordt voorgesteld, die aansluit bij de eisen van deze tijd. Eén van de adviezen is het ontwikkelen van een nieuwe functie, de verpleegkundig specialist.

Deze functie wordt gepositioneerd tussen de verpleegkundige en de arts. Een aantal arbeidskenmerken, dat in aanmerking komt voor functiegericht HRM, is geïntegreerd in deze nieuwe functie. Gezien de positionering van de nieuwe functie, kan naar arbeidskenmerken gekeken worden van zowel de verpleegkundige als van de arts.



Figuur 6 Functiegericht HRM en de verpleegkundig specialist

Als vanuit de huidige verpleegkundige functie wordt gekeken naar de nieuwe functie van verpleegkundig specialist, dan wordt invulling gegeven aan een aantal, dat in aanmerking komen voor functiegericht HRM. De verpleegkundig specialist heeft meer autonomie en verantwoordelijkheid bij de uitvoering van het werk, dan de verpleegkundige.

Gekoppeld aan de grotere verantwoordelijkheid en autonomie, zal ook een hogere beloning verworven kunnen worden. Het is dus niet nodig om in het kader van functiegericht HRM-beleid “zomaar” de salarissen van verpleegkundigen te verhogen. Zij kunnen een

hogere beloning “verdienen” door op te klimmen naar de functie van verpleegkundig specialist.

Het opklimmen naar een hogere functie sluit aan bij het arbeidskenmerk ontwikkeling. Ontwikkeling is één van de arbeidskenmerken die bij de huidige groep verpleegkundigen een significant verband aangeeft met de tevredenheid met het werk.

Met de ambitie om verpleegkundig specialist te worden, schuift de medewerker op in de richting van de arts. Doordat naar verwachting het verschil tussen de functiegroepen verpleegkundig specialist en arts kleiner wordt, zal ook naar arbeidskenmerken gekeken moeten worden, die bij de WO opgeleide functies in aanmerking komen voor functiegericht HRM.

Training is voor WO opgeleiden een belangrijk kenmerk met betrekking tot de tevredenheid met het werk. In de functie van verpleegkundig specialist zal dit arbeidskenmerk een belangrijke plaats innemen.

Als gevolg van het ontstaan van de functie van verpleegkundig specialist, wordt in feite invulling gegeven aan functiegericht HRM-beleid. Het zal voor degene die nu verpleegkundige zijn en een hogere functie ambiëren, de tevredenheid met het werk en de organisatie vergroten.

Een veel voorkomende reden voor vertrek uit de zorg is het gebrek aan ontwikkelingsmogelijkheden. Met de invoering van de nieuwe functie, zal voor een deel van deze medewerkers uitstroom uit de zorg veranderen in instroom/doorstroom naar een nieuwe uitdagende functie.

5.2.2 Interne service kwaliteit en functiegericht HRM

De interne service kwaliteit en het vermogen om resultaat te boeken voor een patiënt, zijn belangrijke aspecten die bijdragen aan de tevredenheid van de medewerker (Heskett et al. 1997).

In de correlatiematrix (tabel 6) zijn de arbeidskenmerken gemarkeerd, die een sterk verband vertonen met de tevredenheid met het werk en de organisatie. Enkele kenmerken die deel uitmaken van de interne service kwaliteit worden hier nog apart benoemd.

Het klantgericht kunnen werken is bij alle functiegroepen sterk verbonden met de tevredenheid met de organisatie. Autonomie is bij alle functiegroepen verbonden met de tevredenheid met het werk. Zelf beslissingen kunnen nemen om een cliënt optimaal van dienst te zijn, draagt bij aan de tevredenheid van de medewerker. Hetzelfde geldt voor de inhoud van de functie. Wanneer een medewerker merkt dat zijn inspanning ertoe doet, geeft dat een grote mate van tevredenheid met het werk. Tot slot kan, als belangrijkste element van interne service, *waardering* worden genoemd. Bij alle functiegroepen heeft waardering een sterk verband met de tevredenheid met de organisatie. Op de medisch en sociaal wetenschappelijke functies na, geeft waardering bij alle functiegroepen, een sterk verband met de tevredenheid met het werk aan. Het mooie van waardering is dat het een HRM activiteit is, die nauwelijks iets kost en zeer breed inzetbaar is: gewoon eens zeggen dat iemand goed werkt, doet wonderen.

Goede interne service kwaliteit ondersteunt de medewerker in de dienstverlening en bevordert de tevredenheid met het werk en de organisatie. Door de interne service op de verschillende functiegroepen af te stemmen, bevordert dat de tevredenheid met het werk en de organisatie. Dit kan echter ook spanningen tussen functiegroepen opleveren, wanneer een functiegroep uitgesloten wordt van een HRM-activiteit om de tevredenheid met het werk

te bevorderen (bv. salarisverhoging). In het geval van veranderingen van inhoud van de functie, kunnen problemen ontstaan met de domeinen waar de taken oorspronkelijk toe behoorden. De spanningen die hierdoor ontstaan, hebben gevolgen voor de tevredenheid met het werk en de organisatie.

In dit verband kan natuurlijk ook de functie van verpleegkundig specialist genoemd worden. Hierbij is ook sprake van spanningen tussen domeinen, waarbij de arts een deel van zijn taken naar de verpleegkundig specialist ziet verdwijnen. Tegelijkertijd betekent het voor de arts een verlaging van de werkdruk en verruiming van de tijd die aan specialistische taken kan worden besteed.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Uit deze studie kan niet worden opgemaakt waarom de functiegroepen van elkaar verschillen. De tweede deelvraag bleek niet goed beantwoord te kunnen worden. Uit de bestaande dataset zijn variabelen geselecteerd en vervolgens is bekeken of er verschillen zijn tussen functiegroepen. Mogelijk bestaan er nog andere redenen, waarom er verschillen zijn tussen functiegroepen. Deze komen in dit onderzoek niet naar voren.

Bij beantwoording van de derde deelvraag wordt bekeken welke variabelen een sterk verband vertonen met tevredenheid met het werk en de organisatie. Hier worden enkele variabelen gevonden. De correlatie analyse laat echter niet zien hoe de verschillende variabelen *elkaar* beïnvloeden. Voor een nauwkeuriger beeld zouden, met behulp van interactietermen, de onderlinge relaties tussen de variabelen in kaart moeten worden gebracht.

Het grote verschil in aantal respondenten per functiegroep, zorgt ervoor dat de statistische bewerkingen minder nauwkeurig zijn. Daar is rekening mee gehouden, door de keuze van de testen daarop aan te passen.

5.4 Verder onderzoek

Eén van de aspecten die in dit onderzoek niet duidelijk naar voren is gekomen, is het antwoord op de vraag *waarom* er verschillen in arbeidsbeleving tussen functiegroepen bestaan. Om dit te onderzoeken, zou een andere onderzoeksmethode gebruikt moeten worden. In plaats van opnieuw vragenlijsten uit te zetten, zouden interviews gehouden moeten worden.

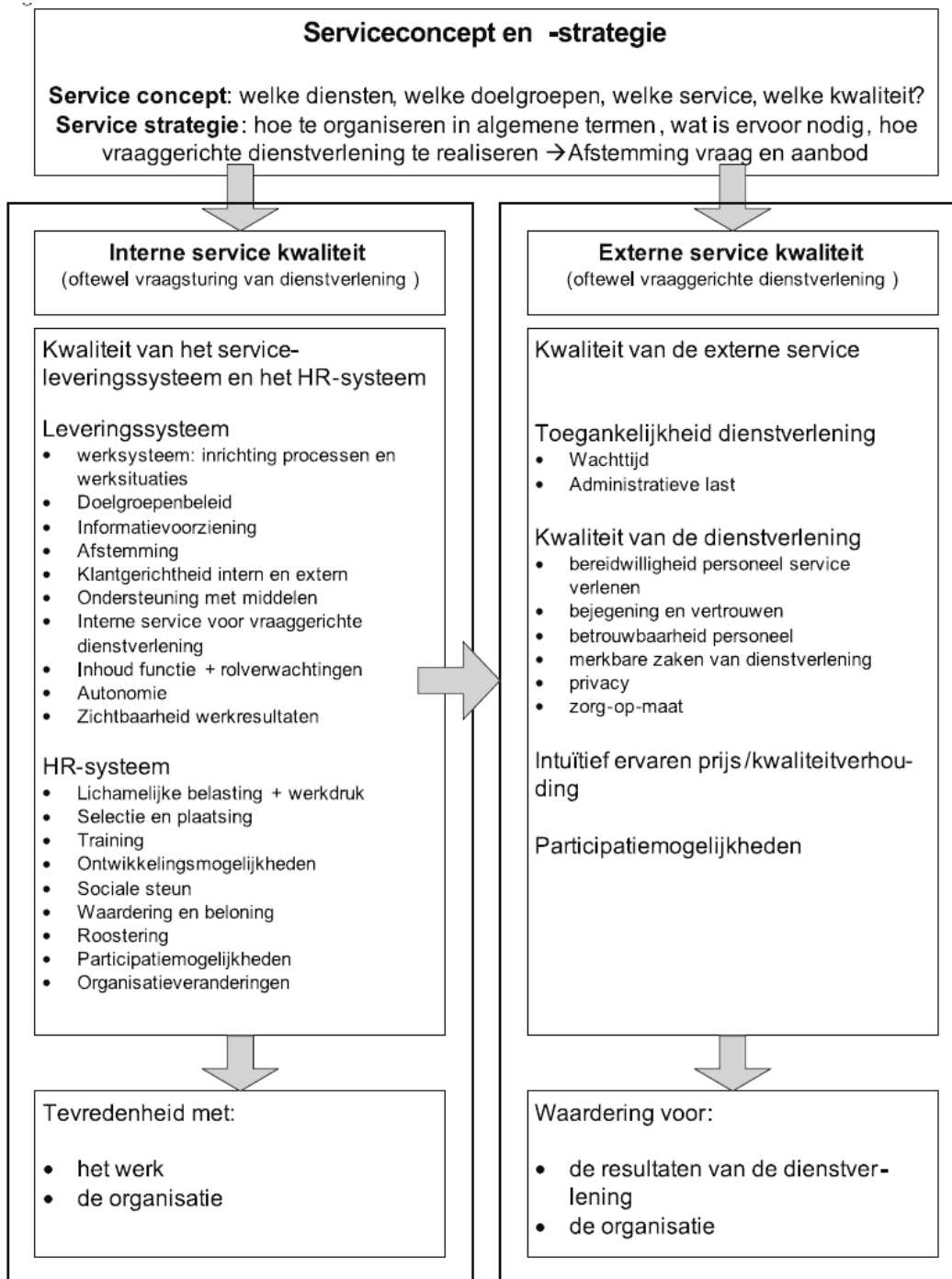
Het is te verwachten dat dezelfde arbeidskenmerken genoemd worden, die verbonden zijn met tevredenheid met het werk. Doordat de interview onderzoeksmethode wordt gebruikt, kan ook de waarom vraag beter beantwoord worden. Mogelijk geeft dit ook een beter zicht op de verbanden die bestaan tussen de verschillende arbeidskenmerken en hun invloed op arbeidsbeleving.

Verder onderzoek kan gedaan worden naar arbeidsbeleving van de functiegroep verpleegkundig specialist. Hierbij zouden ook de andere nieuwe functies betrokken moeten worden, zoals de physician assistant en de nurse practitioner. Door het "gat" tussen verpleegkundige en arts op te vullen, is er "voor elk wat wils". Welke gevolgen heeft dit voor de arbeidsbeleving? Bestaan er na de invoering van deze functies nog wel ontevreden medewerkers? En welke functiegerichte HRM-maatregelen hebben een positieve invloed op de arbeidsbeleving van deze functiegroepen?

Literatuurlijst

- Bassett, Glenn. 1994. 'The case against job satisfaction.' *Business Horizons* 37 (3):61.
- Dijk, J.K. van & J.Pool. 1999. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1, Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. tweede, geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. [1992]
- Heskett, J.L., W.E. Sasser & L.A. Schlesinger. 1997. *Groeien door tevreden klanten. Trouw personeel, goede service, blijvende klanten*. F&G Publishing. New York: Free Press.
- Kanters, H. 1999. 'Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning.' In: J. K. v. Dijk & J. Pool (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel1: arbeidsmarkt, personeelsvoorzieningen en arbeidsvoorwaarden*, 69-88. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korczyński, M. 2002. *Human Resource Management in Service Work*. Hampshire/New york: Palgrave
- (Levecque, k.). 2002. *Secundaire analyse, met een focus op België* [Internet]. Universiteit Antwerpen, 13-12-2002 [aangehaald op 14-06-2007]. Bereikbaar op http://www.flopclass.be/not_psw/2%20swo%20hoofdstuk10.pdf.
- Messchendorp, H.J., M.W. Kanters, M. Dekkers, G.D.J. van der Speld, J.E. Grunveld & E.M. Ott. 2004. *Personeel in beeld - brancherapport 2004*. Utrecht: Prismant.
- Meurs, P. & A.P.N. van Rooien. 2006. *Verpleegkundige toekomst in goede banen*. Utrecht: Algemene Vereniging Verpleegkundige en Verzorgenden.
- Ott, M., P. Paardenkooper & W. v.d. Windt. 2005. *Arbeid in Zorg en Welzijn 2005*. Utrecht: Prismant.
- Pfeffer, J. 1998. *The human equation: builing profits by putting people first*. Boston: Harvard Business School Press
- Prismant. 2004. *Personeel en arbeid; arbeidsorganisatie en arbeidsorientatie in de zorg. Prismant magazine*.
- Swanborn, P.G. 1994. *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: nieuwe editie*. 1994. Meppel: Boom. [1981]
- Wijk, K.P. van. 2007. *De Service Care Chain. De invloed van Service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening in de AWBZ, EMC, iBMG*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Windt, W. v.d. & H. Talma. 2006. *RegioMarge 2006 Arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006 - 2010*. Utrecht: Prismant.

Bijlage 1. Service Care Chain, Van Wijk (2007)



Bijlage 2. ANOVA per variabele

Autonomie	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	175,482	3	58,494	9,994	,000
Within Groups	5115,673	874	5,853		
Total	5291,155	877			
Beloning	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	906,372	3	302,124	12,870	,000
Within Groups	20470,654	872	23,476		
Total	21377,026	875			
Waardering	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	75,211	3	25,070	1,691	,167
Within Groups	13014,850	878	14,823		
Total	13090,061	881			
Samenwerking	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	166,753	3	55,584	3,243	,021
Within Groups	14995,817	875	17,138		
Total	15162,569	878			
Training	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1007,172	3	335,724	35,658	,000
Within Groups	8228,772	874	9,415		
Total	9235,944	877			
Klantgerichtheid	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	111,369	3	37,123	3,159	,024
Within Groups	10306,344	877	11,752		
Total	10417,714	880			
Inhoud functie	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	140,576	3	46,859	7,025	,000
Within Groups	5863,453	879	6,671		
Total	6004,029	882			
Ontwikkeling	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	230,220	3	76,740	5,139	,002
Within Groups	12903,023	864	14,934		
Total	13133,243	867			