

ONGELIJK ONTEVREDEN?

EEN KWANTITATIEF
ONDERZOEK NAAR DE
INVLOED VAN
AUTONOMIE OP DE
ARBEIDSTEVRERDENHEID
ONDER ARTSEN EN
VERPLEEGKUNDIGEN

Ongelijk Ontevreden?

Een kwantitatief onderzoek naar de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid onder
artsen en verpleegkundigen

Auteur: Juul Verhorevoort – 5901766

Begeleider: Noortje de Boer

Tweede lezer: Lars Tummers

Opleiding: Master Publiek Management

Instelling: Universiteit Utrecht

Datum: 17 juni 2022

Abstract

Door veranderingen in de Nederlandse zorgsector ligt de nadruk steeds meer op kwantiteit van de zorg ten opzichte van kwaliteit. Dit resulteert in een afname van de arbeidstevredenheid onder zorgprofessionals. Deze afname van de arbeidstevredenheid leidt tot een tekort aan zorgprofessionals. Echter, een universeel antwoord op de vraag welke factoren van invloed zijn op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen lijkt te ontbreken.

In dit onderzoek wordt er gekeken naar de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid bij artsen en verpleegkundigen. In het bijzonder wordt de rol van professionaliteit in de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid bekeken. Dit wordt onderzocht door antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *“In hoeverre beïnvloedt autonomie de arbeidstevredenheid en wat is de rol van professionaliteit van artsen en verpleegkundigen hierin?”* Het hebben van autonomie zou, volgens empirische onderzoeken en literatuurstudies, mogelijk van invloed kunnen zijn op de arbeidstevredenheid en daarmee op het tekort in de zorg. Op basis van de literatuur wordt ervan uitgegaan dat de invloed van professionaliteit sterker is bij artsen dan bij verpleegkundigen, omdat meer professionaliteit gepaard gaat met meer autonomie en mogelijk meer arbeidstevredenheid. De resultaten van dit kwantitatieve onderzoek, met behulp van een vragenlijst ($n = 108$), laten zien dat (1) autonomie een positieve invloed heeft op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen en dat (2) professionaliteit geen invloed heeft op deze relatie en dat deze invloed niet sterker is bij artsen dan bij verpleegkundigen.

Keywords: Job autonomie, arbeidstevredenheid, professionaliteit, traditionele professionals, semi-professionals, contactambtenaren

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Doelstelling	7
1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen	8
1.3 Wetenschappelijke relevantie.....	9
1.4 Maatschappelijke relevantie.....	10
1.5 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Conflict in de publieke sector	12
2.2 Arbeidstevredenheid definiëren	12
2.2.1 Invloed op arbeidstevredenheid	14
2.3 Autonomie.....	15
2.3.1 Definitie	15
2.4 Professionaliteit.....	16
2.4.1 Definitie	17
2.4.2 Onderscheid in professionaliteit tussen artsen en verpleegkundigen.....	18
2.4.3 Professionaliteit van artsen en verpleegkundigen in het huidige onderzoek	19
2.5 Samenhang tussen autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit.....	20
2.5.1 Relatie autonomie en arbeidstevredenheid	21
2.5.2 Relatie professionaliteit en autonomie	22
2.5.3 Relatie professionaliteit en arbeidstevredenheid.....	22
2.6 Hypothesen.....	23
3. Methode	24
3.1 Context.....	24
3.2 Onderzoekdesign	25
3.3 Dataverzameling	25
3.3.1 Sampling	26
3.4 Operationalisering variabelen	27
3.4.1 Onafhankelijke variabele: Autonomie	27
3.4.2 Afhankelijke variabele: Arbeidstevredenheid.....	28
3.4.3 Modererende variabele: Professionaliteit	30
3.4.4 Controlevariabelen.....	31
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	32
3.5.1 Betrouwbaarheid.....	32

	4
3.5.2 Validiteit	32
3.6 Beperkingen	34
3.7 Ethische overwegingen	36
3.8 Data-Analyse.....	37
4. Resultaten	39
4.1 De steekproef	39
4.2 Factoranalyse	40
4.2.1 KMO-test en Bartlett's Test.....	40
4.2.2 Resultaten factoranalyse	41
4.3 Betrouwbaarheidsanalyse.....	43
4.3.1 Resultaten betrouwbaarheidsanalyse	43
4.4 Beschrijvende statistiek.....	43
4.5. Correlatie-analyse	45
4.5.1 Resultaten correlatie-analyse	45
4.6 Multipele regressie	46
4.6.1 Assumpties controleren.....	46
4.6.2 Resultaten multipele regressie-analyse	48
4.7 Hypothese aannemen of verwerpen	51
5. Conclusie en Discussie	52
5.1 Conclusie.....	52
5.1.1 Empirische deelvraag 1	52
5.1.2 Empirische deelvraag 2.....	52
5.1.3 Onderzoeksvraag: Concluderend	53
5.2 Discussie	53
5.2.1 Theoretische implicaties	53
5.2.2 Methodologische implicaties	56
5.2.3 Limitaties van dit onderzoek.....	57
5.2.4 Implicaties voor de praktijk	59
Referenties	60
Bijlagen	71
Bijlage I: Vragenlijst.....	71
Bijlage II: Resultaten Factoranalyse	76
Bijlage III: Plots voor assumpties lineariteit en homoskedasticiteit na transformatie	79

1. Inleiding

Wereldwijd is er al jaren een tekort aan zorgprofessionals (WHO, 2009). Over de hele wereld hebben landen te maken met de uitstroom van en een tekort aan verpleegkundigen en artsen (De Oliveira Vasconcelos Filho, De Souza, Elias & D'Ávila Viana, 2016; Lu, Barriball, Zhang & While, 2012). Voor de coronapandemie was er wereldwijd een tekort van zes miljoen verpleegkundigen. Door de pandemie is dit aantal alleen maar toegenomen (Nebehay, 2021). Dit blijkt tevens uit verschillende recente krantenkoppen genaamd: “Wereldwijd tekort aan verpleegkundigen dreigt toe te nemen nu pandemie derde jaar ingaat” (Nebehay, 2021), “Tekort aan thuiszorgmedewerkers, aangewakkerd door de pandemie zorgt ervoor dat patiënten niet de noodzakelijke zorg ontvangen” (Graham, 2022), “Braziliaanse gezondheidsdienst in ‘ergste crisis in de geschiedenis’” (BBC, 2021) en “Personeelstekorten in de gezondheidszorg nemen in heel Europa toe” (EPSU, 2022). Er wordt gesproken van een wereldwijde crisis, omdat deze niet beperkt blijft tot bepaalde landsgrenzen (WHO, 2009). Deze crisis laat tevens Nederland niet ongemoeid.

In Nederland is er een tekort aan zorgprofessionals en hierdoor staat het zorgstelsel onder druk. Om kwalitatief goede zorg mogelijk te maken, is de inzet van zorgprofessionals nodig (SER, 2020). Echter, de problemen in het Nederlandse zorgstelsel zijn zichtbaar. In december jl. verscheen er op NOS Nieuws (2021) een quote van Joost Dekkers van de V&VN: “Van wijkverpleging tot ziekenhuis en verpleeghuis, het beeld is overal hetzelfde: de problemen worden steeds groter.” Daarnaast wordt er gesproken over de komst van een nieuwe coronagolf in Nederland in het najaar van 2022. Echter, Minister Kuipers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft al aangegeven dat er bij een volgende golf te weinig zorgpersoneel zal zijn (Baltesen, 2022). Om te voorkomen dat de reguliere zorg stopgezet moet worden, zijn er meer zorgprofessionals nodig (Van den Dool, 2022). Door het tekort in de Nederlandse zorgsector zijn deze professionals niet beschikbaar. Het personeel wat nog werkzaam is, is vermoeid en ontevreden (Nieuwenhuis, 2020; Nieuwenhuis & Van Gaalen, 2021; Van den Berge, 2021). Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe en de problematische situatie in de zorg wordt daarmee in de gehele sector voelbaar (NOS Nieuws, 2022).

Er is een toenemende vraag naar zorg aan de ene kant en een tekort aan zorgprofessionals aan de andere kant (SER, 2020). Hierdoor moeten zorgprofessionals met minder tijd tegemoetkomen aan een grotere zorgvraag (Van der Schier, 2019; Visser, 2020). De werkdruk neemt toe en de arbeidstevredenheid neemt steeds meer af, mede door de coronapandemie (Budding, 2021). Met arbeidstevredenheid wordt het globale gevoel van een individu over de werkzaamheden bedoeld in combinatie met het beeld dat iemand van het werk heeft (Al Maqbali, 2015; Niskala et al., 2020; Price, 2001). Een afname van de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals resulteert in meer verzuim, uitstroom en een tekort in de zorg (SER, 2020; Van der Schier, 2019, Visser, 2020).

Uit de literatuur komt naar voren dat er sprake is van een afname van arbeidstevredenheid bij artsen en verpleegkundigen (Lamberth & Comello, 2005; Scanlan & Still, 2019; Williams et al., 2001). Het is hierbij belangrijk om te focussen op autonomie, omdat de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals mede wordt bepaald door mogelijkheden die zij hebben om het werk zelf in te richten (Kieskamp, 2020; SER, 2020). Daarnaast zorgt minder autonomie voor een verminderde arbeidstevredenheid. Hierdoor neemt het tekort in de zorg steeds meer toe (Al Maqbali, 2015; Lapsley, 1999). Echter, door de toenemende zorgvraag en het toenemende tekort zijn er minder mogelijkheden voor professionals om de, door hen uit te voeren, werkzaamheden zelf in te richten. De autonomie van zorgprofessionals om beslissingen te nemen over hun eigen werkzaamheden komt in het gedrang.

Onder autonomie wordt de mogelijkheid verstaan om het eigen leven te sturen en om eigen beslissingen te maken (Varjus, Leino-Kilpi & Suominen, 2010). Aangezien er in dit onderzoek wordt gekeken naar de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid, zal er een specifieke definitie van het concept autonomie aangehouden worden. In dit onderzoek wordt er gekeken naar *job autonomy*, oftewel werkautonomie. Werkautonomie wordt omschreven als de mate waarin een individu vrij is om de eigen werkzaamheden in te vullen en uit te voeren (Hackman & Oldham, 1980). Professionals ervaren dat de ontwikkelingen in de zorg afbreuk doen aan hun autonomie en daarmee aan de arbeidstevredenheid (Noordegraaf & Schiffelers, 2016). Er zijn in de Nederlandse zorgsector verschillen in de mate van autonomie van zorgprofessionals. Uit een rapport van de Sociaal-Economische Raad (SER) blijkt dat artsen over meer autonomie beschikken dan

verpleegkundigen. Deze laatste groep ervaart vooral een toenemende werkdruk en een afname van hun autonomie (SER, 2020).

Dit verschil in de autonomie van artsen en verpleegkundigen wordt mogelijk versterkt door een verschil in professionaliteit tussen beide groepen (Gentile, 2016; Howsam, 1985; Lipksy, 1980; Noordegraaf, 2015; Tummers & Bekkers, 2014; Zuurmond & de Jong, 2010). Artsen worden geschaald onder de groep van traditionele professionals. Dit zijn professionals die over veel macht, ruimte en autonomie beschikken binnen een organisatie. Verpleegkundigen worden in de literatuur beschreven als zijnde zowel semi-professionals als contactambtenaren en zijn minder geprofessionaliseerd dan artsen. Deze groep beschikt daardoor over minder autonomie (Noordegraaf, 2015).

Echter, de invloed van autonomie op arbeidstevredenheid staat in de literatuur ter discussie. Uit onderzoeken blijkt dat er een verband bestaat tussen arbeidstevredenheid en autonomie (Bijl, 2009; Humphrey, Nahrgang & Morgeson, 2007; Iliopoulou & While, 2010; Lu et al., 2012). Hoe meer controle iemand heeft over zijn/haar werkzaamheden des te meer arbeidstevredenheid deze persoon ervaart en andersom (Taylor, Bradley & Nguyen, 2003). Hetzelfde geldt voor artsen en verpleegkundigen. Uit onderzoek blijkt dat het al dan niet beschikken over autonomie van invloed is op de arbeidstevredenheid van deze zorgprofessionals (Al Maqbali, 2015; Tyssen, Palmer, Solberg, Voltmer & Frank, 2013). Echter, hiertegenover staan onderzoeken onder verpleegkundigen waarin geen relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid gevonden is (DiMeglio et al., 2005; Lee, 1998). Daarbij tonen Evers, Ybema en Smulders (2006) aan dat de invloed van autonomie op arbeidstevredenheid afhankelijk is van de waarde die werknemers hechten aan het hebben van autonomie. Wanneer een werknemer veel autonomie krijgt, terwijl de werknemer hier geen waarde aan hecht, leidt dit tot een afname van de arbeidstevredenheid.

1.1 Doelstelling

Het is belangrijk om de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen in kaart te brengen om verdere tekorten en uitval in de Nederlandse zorgsector te voorkomen. De SER kwam in 2020 met een rapport over de zorg van de toekomst. Het advies

van de SER is om de autonomie van verschillende zorgprofessionals te bevorderen, echter een concreet plan hiervoor ontbreekt (SER, 2020). Hierdoor blijft de vraag op welke manier(en) dit moet gebeuren. Uit bestaande literatuurstudies en onderzoeken blijkt dat de autonomie van zorgprofessionals invloed heeft op de arbeidstevredenheid. Tevens blijkt dat verschillende zorgprofessionals, met een andere mate van professionaliteit, een andere vorm van autonomie ervaren. Dit verschil in professionaliteit zou mogelijk de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid kunnen veranderen (Humphrey et al., 2007; Iliopoulou & While, 2010; Noordegraaf, 2015).

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. De relatie tussen de autonomie en arbeidstevredenheid zal onderzocht worden met behulp van de moderator professionaliteit. De modererende variabele professionaliteit zou mogelijk de verschillen in de autonomie en arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen kunnen versterken.

1.2 Onderzoeksvraag en deelvragen

Om de doelstelling te realiseren, wordt er in dit onderzoek antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

“In hoeverre beïnvloedt autonomie de arbeidstevredenheid en wat is de rol van professionaliteit van artsen en verpleegkundigen hierin?”

In dit onderzoek zullen artsen en verpleegkundigen met elkaar vergeleken worden. Dit wordt allereerst gedaan omdat deze zorgprofessionals, volgens de literatuur, in hun mate van professionaliteit, autonomie en arbeidstevredenheid duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Uit de literatuur blijkt een onderscheid tussen de soort professionals waartoe artsen en verpleegkundigen behoren (Al Juhani & Kishk, 2006; Gentile, 2016; Howsam, 1985; Lipksy, 1980; Noordegraaf, 2015; SER, 2020; Suárez, Asenjo & Sánchez, 2016; Tummers & Bekkers, 2014; Zuurmond & de Jong, 2010). Het verschil in professionaliteit laat mogelijk een verschil zien in de autonomie en arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Daarnaast worden artsen

en verpleegkundigen vergeleken, omdat deze twee groepen de grootste beroepsgroepen binnen de Nederlandse zorgsector zijn (CBS, 2017). Door deze twee groepen te vergelijken, zijn de resultaten uit dit onderzoek mogelijk te generaliseren.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn er zowel empirische als theoretische deelvragen opgesteld.

De empirische deelvragen zijn als volgt:

“Welke invloed heeft autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen?”

“Welke rol speelt professionaliteit in de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid?”

De theoretische deelvragen zijn als volgt:

“Wat wordt er verstaan onder arbeidstevredenheid?”

“Wat wordt er verstaan onder autonomie?”

“Wat wordt er verstaan onder professionaliteit?”

“Wat is de relatie tussen autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit?”

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Lu et al. (2011) suggereren dat vervolgonderzoek nodig is om de invloed van verschillende factoren op arbeidstevredenheid te onderzoeken. Met behulp van dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het debat omtrent de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid. In de literatuur is een kloof zichtbaar met betrekking tot de invloed van autonomie op arbeidstevredenheid van zorgprofessionals. Aan de ene kant van de kloof staan de onderzoeken die uitwijzen dat autonomie invloed heeft op de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals (Al Maqbali, 2015; Bjork et al., 2007; Iliopoulou & While, 2010; Morgan & Lynn, 2009; Zangaro & Soeken, 2007). Echter, aan de andere kant staan de studies die de invloed van autonomie niet gevonden hebben of die geen positieve relatie gevonden hebben tussen beide concepten (DiMeglio et al., 2005; Evers et al., 2006; Lee, 1998). Met behulp van dit onderzoek kan gekeken worden naar de invloed van autonomie op arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen en de

versterkende invloed van professionaliteit op deze relatie.

In de literatuur is de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid al onderzocht bij artsen en verpleegkundigen (Al Maqbali, 2015; Tyssen et al., 2013). Daarnaast is de mate van autonomie waarover verschillende professionals beschikken reeds onderzocht (Gentile, 2016; Howsam, 1985; Lipksy, 1980; Noordegraaf, 2015; Tummers & Bekkers, 2014; Zuurmond & de Jong, 2010). Tevens zijn er onderzoeken gedaan naar artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op dezelfde *units*. Echter, onderzoeken naar de relatie tussen autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit bij artsen en verpleegkundigen lijken in de literatuur te ontbreken. Lee (1998) heeft gesuggereerd om vervolgonderzoek te doen binnen andere zorgorganisaties. In dit onderzoek wordt getracht de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen, werkzaam binnen verschillende zorgorganisaties in kaart te brengen met behulp van professionaliteit. Op deze manier wil dit onderzoek een bijdrage leveren aan het, ter discussie staande, model voor de factoren die van invloed zijn op arbeidstevredenheid (Lu et al., 2011).

1.4 Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat het bijdraagt aan meer inzicht voor zorgorganisaties in autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit onder de artsen en verpleegkundigen die daar werkzaam zijn. Het blijkt uit onderzoek dat de arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen in de Nederlandse zorgsector verschilt. Artsen lijken meer tevreden dan verpleegkundigen vanwege het verschil in autonomie (SER, 2020; UMCG, 2017). Echter, het tekort in de zorgsector is onder verschillende zorgprofessionals een actueel probleem. Het is van belang voor zorgorganisaties om te begrijpen welke factoren er van invloed kunnen zijn op deze arbeidstevredenheid, zodat de uitstroom en het tekort in de zorgsector verminderd kunnen worden (Lu et al., 2011). Tevens kan er dan aangestuurd worden op meer gelijkheid in de arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen.

Daarnaast kan dit onderzoek een stap zijn voor het in kaart brengen van de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid in de Nederlandse zorgsector. Wanneer de invloed van autonomie op arbeidstevredenheid en de veranderende invloed van professionaliteit op deze relatie kan worden

bepaald, kan er aangestuurd worden op zorgbeleid dat de autonomie bevordert binnen zorgorganisaties. Dit beleid kan bijdragen aan het verbeteren van de arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen. Een toename van de arbeidstevredenheid kan leiden tot een afname van het tekort in de zorgsector (SER, 2020). Dit onderzoek hoopt hier een bijdrage aan te kunnen leveren.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek begint met een theoretisch kader waarin de variabelen uit de onderzoeksvraag beschreven worden. Vervolgens komt de methode aan bod. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode en de data-analyse uiteengezet. Het methode hoofdstuk wordt gevolgd door de resultaten. Hierin worden de uitgevoerde analyses beschreven en toegelicht. Dit onderzoek wordt afgesloten met een conclusie en discussie waarin de empirische deelvragen en onderzoeksvraag worden beantwoord en waarin de limitaties en implicaties worden toegelicht.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de geraadpleegde literatuur met betrekking tot de afhankelijke variabele, de onafhankelijke variabele en de modererende variabele uiteengezet. Deze uiteenzetting bestaat uit definities en een kritische reflectie op de literatuur. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de relaties tussen de variabelen en de daaruit voortkomende hypothesen.

2.1 Conflict in de publieke sector

In de publieke sector hebben er verschillende veranderingen plaatsgevonden. Zowel *New Public Management* (NPM) als *Public Value Management* (PVM) maakt haar intrede. NPM is een stroming die de publieke sector bestuurt vanuit het private gedachtegoed (Hood, 1991). Hierbij draait het om een roep om verantwoording, efficiëntie, effectiviteit en kostenbesparing (Noordegraaf, 2015). Binnen PVM ligt de nadruk op kwaliteit, autonomie voor professionals en de creatie van publieke waarde (Fierlbeck, Gardner & Levy, 2018; Noordegraaf, 2015). Beide stromingen zijn zichtbaar in de zorgsector. NPM zorgt voor druk op zorgprofessionals, want er is een toenemende zorgvraag ten opzichte van hetzelfde aantal beschikbare zorgprofessionals (Al Maqbali, 2015). Het gedachtegoed van NPM conflicteert met dat van PVM, omdat NPM leidt tot een focus op resultaten en op kwantiteit in plaats van kwaliteit (Stoker, 2006). Dit botst met de drijfveren van de professionals die in de zorg werken. Hierdoor komt de arbeidstevredenheid van deze professionals in het gedrang, omdat er voor zorgprofessionals minder ruimte is om kwalitatief goede zorg te bieden (Al Maqbali, 2015; Lapsley, 1999).

2.2 Arbeidstevredenheid definiëren

Arbeidstevredenheid, in het Engels *job satisfaction*, is als wetenschappelijk concept veel onderzocht (Al Maqbali, 2015; Lu et al., 2011; Price, 2001; Spector, 1997). Hierdoor zijn er verschillende definities van dit concept in de literatuur te vinden.

Iedere definitie geeft een andere invulling aan het concept en in de literatuur wordt er een verschuiving van de focus zichtbaar. In de jaren 70 werd arbeidstevredenheid benaderd vanuit het idee dat de behoeften van een individu vervuld moesten worden. De vervulling van deze behoeften bepaalde of iemand tevreden was met het werk (Wolf, 1970). Hierna verschoof de focus van de

vervulling van behoeften naar de cognitieve processen. Volgens Spector (1997) omvat arbeidstevredenheid hoe mensen zich voelen over hun werkzaamheden en over verschillende aspecten van het werk. Price (2001) sluit aan bij dit gedragsmatige aspect en beschrijft arbeidstevredenheid als het globale gevoel van een individu over de werkzaamheden of de houding ten opzichte van aspecten van het werk. Deze definities zijn gefocust op het gedragsmatige aspect van arbeidstevredenheid.

Recentere onderzoeken naar arbeidstevredenheid laten een tweeledige focus zien. Arbeidstevredenheid bestaat niet alleen uit factoren die samenhangen met het werk. Het concept bestaat tevens uit de waarde die individuen aan kenmerken van het werk hechten (Evers et al., 2006). Arbeidstevredenheid bestaat, volgens deze onderzoeken, uit de werkomgeving en werkaspecten die tegemoetkomen aan individuele verwachtingen en behoeften met betrekking tot het werk (Al Maqbali, 2015; Niskala et al., 2020). Volgens deze onderzoeken heeft arbeidstevredenheid een tweeledige focus, omdat arbeidstevredenheid wordt beïnvloed door zowel aspecten van het werk als persoonlijke karakteristieken (Al Maqbali, 2015; Cicolini, Comparcini, & Simonetti, 2014; Niskala et al., 2020).

In dit onderzoek zal de definitie van Price (2001) aangehouden worden met als aanvulling dat de arbeidstevredenheid niet alleen bepaald wordt door aspecten van het werk, maar tevens door persoonlijke karakteristieken (Cicolini et al., 2014). Kijkend naar het onderzoek van de SER (2020) zijn er werkgerelateerde aspecten en persoonlijke karakteristieken die het werk van artsen en verpleegkundigen aantrekkelijker maken. Echter, het tekort in de zorgsector ontstaat doordat hier niet aan tegemoetgekomen wordt. De arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen wordt beïnvloed door zowel werk- als persoonsgerelateerde aspecten, zoals autonomie, leidinggeven, reflectie, vertrouwen en plezier in het werk (Ransing, 2013; SER, 2020). Het is noodzakelijk om een definitie met een tweeledige focus aan te houden, omdat persoonlijke karakteristieken bepalend zijn voor de werkgerelateerde aspecten die een individu belangrijk vindt (Evers et al., 2006). Ondanks dat artsen en verpleegkundigen werkzaam zijn in dezelfde sector kan het zo zijn dat deze groepen niet dezelfde behoeften en verwachtingen van hun werkzaamheden hebben. Zelfs binnen dezelfde beroepsgroepen kan hierin verschil aanwezig zijn.

Arbeidstevredenheid is een individuele reflectie van de werkzaamheden (Zhu, 2013). Door alleen naar de werkgerelateerde aspecten te kijken, worden de persoonlijke karakteristieken vergeten. Dit terwijl een afbreuk aan deze persoonlijke karakteristieken juist van invloed is op de uitstroom en het tekort onder artsen en verpleegkundigen (SER, 2020).

Arbeidstevredenheid is een belangrijk en bepalend concept in de zorgsector (Al Maqbali, 2015). Voor artsen en verpleegkundigen blijkt arbeidstevredenheid een grote rol te spelen (Al Maqbali, 2015; Cicolini et al., 2014; De Oliveira Vasconcelos Filho et al., 2016; Lu et al., 2011; Niskala et al., 2020). Uit onderzoek blijkt dat artsen, in sommige gevallen, stoppen met hun werkzaamheden wanneer zij geen arbeidstevredenheid ervaren (Pathman et al., 2002). Daarnaast blijkt arbeidsontevredenheid bij artsen gerelateerd aan burn-out en uitstroom (De Oliveira Vasconcelos Filho et al., 2016). Arbeidstevredenheid zorgt ervoor dat verpleegkundigen en artsen hun werk willen uitvoeren en hierdoor gaat de kwaliteit van de geleverde zorg omhoog (Al Maqbali, 2015; De Oliveira Vasconcelos Filho et al., 2016; Pathman et al., 2002). De werk- en persoonsgerelateerde factoren die invloed zouden kunnen hebben op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen en artsen zijn onderzocht. Echter, door de complexiteit van het begrip ontbreekt een universeel antwoord op de vraag welke factoren dit voor artsen en verpleegkundigen zijn (Al Maqbali, 2015; Lu et al., 2011).

2.2.1 Invloed op arbeidstevredenheid

Uit onderzoeken komen verschillende factoren naar voren die invloed kunnen hebben op de arbeidstevredenheid. Deze verschillen in factoren kunnen bepaald worden door culturele en sociale verschillen (Al Maqbali, 2015). Uit het onderzoek van De Oliveira Vasconcelos Filho et al. (2016) blijkt dat artsen in Brazilië tevreden zijn met de werkzaamheden wanneer het werk aanzien heeft voor de maatschappij. Daarnaast leidt het in moeten inleveren van persoonlijke tijd om werkzaamheden te verrichten tot een afbreuk van hun arbeidstevredenheid. O'Leary, Wharton en Quinlan (2009) laten zien dat artsen in Rusland minder arbeidstevredenheid ervaren wanneer zij te maken hebben met administratieve druk en tijdgebrek. Uit beide onderzoeken blijkt dat de relaties die artsen hebben met collega's bijdragen aan de arbeidstevredenheid (De Oliveira

Vasconcelos Filho et al., 2016; O’Leary et al., 2009). Echter, overeenstemming over welke factoren op de arbeidstevredenheid van artsen van invloed zijn, wordt in deze onderzoeken niet bereikt.

De invloed van verschillende factoren op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen is tevens onderzocht. Uit de literatuurstudie van Al Maqbali (2015) blijkt dat de persoonsgerelateerde factoren, zoals: leeftijd, opleidingsniveau en gender, niet altijd invloed hebben op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen. Tevens blijkt dat er in de literatuur geen consensus wordt bereikt over de invloed van werkgerelateerde factoren op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen. Uit de literatuur blijkt wel dat er factoren van invloed zijn op de arbeidstevredenheid. Echter, een alomvattend model voor de bepalende factoren van arbeidstevredenheid lijkt nog te ontbreken (Lu et al., 2011).

2.3 Autonomie

Een factor die volgens de literatuur van invloed lijkt te zijn op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen is autonomie (Bjork et al., 2007; Labrague, McEnroe-Petitte & Tsaras, 2019; Yin & Yang, 2002). Autonomie wordt in de literatuur omschreven als: “een vitaal element voor professionals in de zorgsector en een belangrijk aspect van een gezonde en positieve werkomgeving voor verpleegkundigen” en als “een bepalende factor voor arbeidstevredenheid” (Labrague et al., 2019, p. 2). Ondanks dat er in de literatuur een kloof zichtbaar is over of autonomie al dan niet van invloed is op de arbeidstevredenheid van zorgprofessionals lijkt er voldoende bewijs te zijn om aan te nemen dat autonomie een bepalende factor is voor de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. In de literatuur lijken er namelijk meer onderzoeken te zijn die de significante invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen bevestigen dan onderzoeken die deze invloed ontkrachten (Bjork et al., 2007; DiMeglio et al., 2005; Labrague et al., 2019; Lee, 1998; Tyssen et al., 2013; Yin & Yang, 2002).

2.3.1 Definitie

In de literatuur zijn veel verschillende definities van het concept autonomie te vinden. De definitie wordt bepaald door het onderzoeksveld waarin autonomie onderzocht is. Varjus et al. (2010) zien

autonomie als de mogelijkheid om het eigen leven te sturen en om eigen beslissingen te maken. Vanuit de zelfdeterminatietheorie wordt autonomie gedefinieerd als een behoefte die mensen hebben. Mensen beschikken over autonomie wanneer zij acties uitvoeren op basis van een vrije wil (Ryan & Deci, 2000). Bij deze theorie wordt autonomie gezien in relatie tot de motivatie van individuen. In dit onderzoek wordt niet gekeken naar de motivatie van individuen in relatie tot de mate van autonomie die zij ervaren. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid en daarom naar het concept *job autonomy*, oftewel werkautonomie. De definitie die in de literatuur vaak wordt aangehouden, is die van Hackman en Oldham (1980). Werkautonomie wordt door hen gedefinieerd als de mate waarin een individu vrij, onafhankelijk en discreet kan zijn om de eigen werkzaamheden in te vullen en om zelf te bepalen welke procedures er ingezet worden om het werk uit te voeren (Hackman & Oldham, 1980). Het gaat hierbij om de vrijheid om beslissingen te maken over de inrichting van het werk binnen het domein van de professie (Papathanassoglou et al., 2012; Shirom, Nirel & Vinokur, 2006). Dit onderzoek wil een bijdrage leveren aan de bestaande literatuur over autonomie en daarom zal de definitie van Hackman en Oldham (1980) aangehouden worden. Dit om in lijn te blijven met reeds gedane onderzoeken.

2.4 Professionaliteit

Werkautonomie is in meerdere of mindere mate terug te zien bij verschillende zorgprofessionals. Autonomie komt binnen zorgorganisaties voor verschillende professionals op een andere wijze tot uiting. Er is een verschil zichtbaar in de mate van beschikbare autonomie voor artsen en verpleegkundigen. Dit verschil in autonomie tussen artsen en verpleegkundigen kan versterkt worden door een verschil in professionaliteit tussen deze zorgprofessionals.

Organisaties in de zorgsector zijn professionele organisaties waarin verschillende soorten professionals met een andere mate van professionaliteit werkzaam zijn (Anderson & McDaniel, 2000). Professionele organisaties worden tevens professionele bureaucratieën genoemd. Dit betekent dat de uitvoerende kern bestaat uit professionals (Mintzberg, 1983). Deze professionals bieden dienstverlening aan cliënten (Kapteyn, 2001; Mintzberg, 2013). Dit doen deze professionals op basis van gestandaardiseerde kennis, vaardigheden en expertise die zijn verkregen

vanuit een opleiding. Deze professionals zetten zich in voor het welzijn van burgers (Anderson & McDaniel, 2000; Cruess, Cruess & Johnston, 2000; Zuurmond & De Jong, 2010). Voorbeelden van traditionele professionals zijn rechters, advocaten en artsen. De professie van artsen is meer geprofessionaliseerd dan die van verpleegkundigen, waardoor artsen over meer professionaliteit en autonomie beschikken (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015).

2.4.1 Definitie

Er zijn verschillende opvattingen over wat een professional tot een professional maakt en wie er behoren tot deze groep. Wilensky (1964) stelt dat een professie geprofessionaliseerd is op het moment dat er sprake is van (1) een technische kennisbasis die verkregen wordt door langdurige training en (2) een set van professionele normen. Mintzberg (1983) beschrijft professionals als volgt: “een persoon die een complex maar vaststaand geheel van kennis en/of vaardigheden beheerst door een uitgebreide formele opleiding doorgaans gevolgd door een of andere praktijkstage” (p. 624). Zuurmond en De Jong (2010) vullen deze definities nog verder aan en stellen dat een professional iemand is die aan 4 kenmerken voldoet: (1) de professional beheerst een professie, (2) de professional ontleent een moreel kader aan de professie (loyaliteit bij de klant), (3) de professional heeft contact met klanten en dit is de kern van zijn/haar werkzaamheden en (4) de professional beschikt over discretionaire ruimte.

In dit onderzoek wordt de definitie van Zuurmond en De Jong (2010) aangehouden, omdat deze definitie het concept professionaliteit voor artsen en verpleegkundigen in zijn totaliteit lijkt te dekken. Artsen en verpleegkundigen beheersen een professie waarin deze groepen toegewijd zijn aan de behandeling en verzorging van patiënten. Het hebben van contact met patiënten vormt de kern van de werkzaamheden. Artsen beschikken hiervoor over autonomie en verpleegkundigen voornamelijk over discretionaire ruimte (De Jong, 2007). De professionaliteit en invulling van de werkzaamheden van artsen en verpleegkundigen komt overeen met definitie van Zuurmond en De Jong (2010).

2.4.2 Onderscheid in professionaliteit tussen artsen en verpleegkundigen

Deze professionaliteit van artsen en verpleegkundigen kent echter, volgens de literatuur, niet dezelfde verschijningsvorm in de praktijk. In dit onderzoek wordt er hierdoor gekeken naar de traditionele professional, de semi-professional en de *street-level bureaucrat*, oftewel contactambtenaar (Noordegraaf, 2015). Artsen worden beschouwd als traditionele professionals (Cruess et al., 2000; Noordegraaf, 2015). Dit zijn de professionals, die voldoen aan de eisen uit de hierboven beschreven definities. Deze professionals hebben sterke posities en beschikken over veel autonomie binnen organisaties. Volgens Emanuel en Pearson (2012) moeten artsen beschikken over de complete vrijheid om de beste zorg aan hun patiënten te bieden. Dit kan alleen wanneer artsen vrij zijn om patiënten te behandelen op basis van hun eigen oordeel (Emanuel & Pearson, 2012). Daarbij controleren deze professionals zichzelf en deze groep is binnen een organisatie relatief onaantastbaar. (Noordegraaf, 2015). Artsen voeren een professie uit volgens morele kaders en ethische normen. Daarnaast hebben artsen contact met burgers en beschikken deze professionals over een grote discretionaire ruimte, oftewel autonomie (Noordegraaf, 2015; Zuurmond & de Jong, 2010). Artsen beschikken over meer professionaliteit dan verpleegkundigen (Noordegraaf, 2015). De professionele groep waartoe artsen behoren, is volgens de literatuur onbetwistbaar. Echter, de professionaliteit van verpleegkundigen staat in de literatuur ter discussie.

Verpleegkundigen worden vanuit de literatuur omschreven als zijnde zowel semi-professionals als contactambtenaren. Howsam (1985) definieert de semi-professionals als volgt: “De opleiding van semi-professionals is korter, de status is minder gelegitimeerd, het recht op geprivilegieerde communicatie is minder gevestigd, zij bezitten minder gespecialiseerde kennis en ze hebben minder autonomie dan “de” beroepen” (p. 21). Deze professionals worden meer gecontroleerd door de organisatie en beschikken niet over specifieke kennis en ethische codes (Kellogg, 2019; Noordegraaf, 2015). Er wordt gesproken van een semi-professional, omdat deze groep over minder autonomie beschikt om de eigen werkzaamheden in te richten dan de traditionele professional. Daarnaast voldoen de professies van deze professionals niet aan alle kenmerken van een traditionele professional (Gentile, 2016; Kwakman, 1999). Verpleegkundigen behoren tot de groep van semi-professionals, volgens Noordegraaf (2015), omdat contactambtenaren contact hebben met burgers op straat. Dit zijn de mensen die buiten de letterlijke fysieke context van een

organisatie in contact staan met burgers. Verpleegkundigen zijn dit dus niet, omdat zij binnen de context van een zorgorganisatie werkzaam zijn. Gentile (2016) sluit hierbij aan en stelt dat verpleegkundigen semi-professionals zijn en geen traditionele professionals kunnen zijn, omdat de academische kennisbasis ontbreekt. Echter, er is tevens een andere kant van deze discussie.

De Boer (2020), Lipsky (1980) en Murphy & Skillen (2015) staan aan de andere kant, omdat verpleegkundigen beslissingen maken die invloed hebben op het welzijn van burgers. Contactambtenaren, oftewel street- level bureaucrats of de *front-line staff* in dienstverlenende organisaties, zijn de werknemers die direct contact hebben met burgers (De Boer, 2020; Lipsky, 1980, Tummers & Bekkers, 2014). Het werk van contactambtenaren bestaat uit het implementeren van publiek beleid en het maken van belangrijke beslissingen voor burgers met de beperkte informatie en tijd die deze groep tot hun beschikking heeft (Tummers & Bekkers, 2014). Contactambtenaren bezitten weinig formele autoriteit, echter deze groep beschikt wel over een zekere mate van discretionaire ruimte om de regels en procedures die toegepast moeten worden, aan te passen afhankelijk van de casus (Maynard-Moody & Musheno, 2000). Verpleegkundigen kunnen geschaald worden onder beide definities, omdat de eigenschappen van hun professie overeenkomen met beide terminologieën.

2.4.3 Professionaliteit van artsen en verpleegkundigen in het huidige onderzoek

In dit onderzoek worden artsen gezien als traditionele professionals en verpleegkundigen als contactambtenaren met een semi-professionele aard. Verpleegkundigen worden bestempeld als contactambtenaren, omdat deze groep patiënten verzorgt (De Jong, 2007). Verpleegkundigen gebruiken hun professie om beslissingen te maken die invloed hebben op het welzijn van de patiënten. De semi-professionele aard van deze contactambtenaren komt voort uit de loyaliteit naar de patiënt, het uitoefenen van een professie en doordat verpleegkundigen een structurele positie hebben in de organisatie waardoor zij invloed uit kunnen oefenen op de organisatie en op de eigen werkzaamheden (Kellogg, 2019; Kwakman, 1999). Om beslissingen per individuele case te kunnen maken, beschikken verpleegkundigen als zijnde contactambtenaren over de nodige discretionaire ruimte (Maynard-Moody & Musheno, 2000). Echter, door de structureel verworven positie en de mogelijkheid tot het inrichten van eigen werkzaamheden, hebben verpleegkundigen

ook een zekere mate van autonomie tot hun beschikking (Kwakman, 1999).

In de professie van de verpleegkundigen zijn beide verschijningsvormen terug te zien. Het werk van verpleegkundigen wordt gekenmerkt door direct contact met de burger. Dit komt overeen met de omschrijving van contactambtenaren, omdat deze verantwoordelijk zijn voor de verzorging van patiënten (De Jong, 2007). Daarnaast staan verpleegkundigen dagelijks voor morele dilemma's, zoals het verdelen van hun beschikbare tijd over verschillende patiënten (De Veer & Franke, 2009). Om hier adequaat op te kunnen reageren, is een zekere mate van autonomie nodig. Deze autonomie hebben verpleegkundigen tot hun beschikking, omdat zij een positie bekleden binnen een zorgorganisatie waarin tot op zekere hoogte ruimte is om de eigen werkzaamheden in te kunnen richten. Met andere woorden, verpleegkundigen gebruiken in hun werk tevens eigenschappen van een semi-professional (Kwakman, 1999). In dit onderzoek zal een combinatie van beide terminologieën, zoals hierboven beschreven, gehandhaafd worden, omdat een combinatie aansluit bij de functie en werkzaamheden van verpleegkundigen.

In dit onderzoek worden twee beroepsgroepen vergeleken met beide een andere mate van professionaliteit en autonomie. Op basis van de literatuur wordt ervan uitgegaan dat artsen, traditionele professionals, een meer geprofessionaliseerd beroep uitoefenen en meer professionaliteit hebben dan de contactambtenaren met een semi-professionele aard, oftewel verpleegkundigen (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015). Dit verschil in professionaliteit versterkt mogelijk de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid voor deze beroepsgroepen.

2.5 Samenhang tussen autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit

In dit onderzoek staat de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid centraal. Echter, de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen wordt in de literatuur betwist. Er is een andere variabele nodig om deze relatie in kaart te brengen. Hierdoor wordt in dit onderzoek professionaliteit als modererende variabele gebruikt.

2.5.1 Relatie autonomie en arbeidstevredenheid

De relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid staat in de literatuur ter discussie en er is bewijs voor beide kanten. Aan de ene kant laten DiMeglio et al. (2005) en Lee (1998) zien dat er geen significante invloed gevonden is van autonomie op de arbeidstevredenheid bij verpleegkundigen. Echter, aan de andere kant is er voldoende bewijs voor de significante invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. De literatuurstudies, *systematic reviews*, van Al Maqbali (2015) en Zangaro en Soeken (2007) tonen aan dat autonomie van invloed is op de arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen. Naast literatuurstudies is er tevens empirisch onderzoek gedaan naar de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Kim, Liu, Ishikawa en Park (2019) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid onder zorgmedewerkers werkzaam in langdurige zorgorganisaties. Hieruit bleek dat de autonomie van deze zorgmedewerkers bepalend was voor de arbeidstevredenheid. Labrague et al. (2019) en Tyssen et al. (2013) vonden tevens deze significante invloed bij verpleegkundigen en artsen werkzaam in verschillende ziekenhuizen. Uit deze literatuurstudies en empirische onderzoeken kan geconcludeerd worden dat meer autonomie leidt tot meer arbeidstevredenheid en minder autonomie tot minder arbeidstevredenheid.

Op basis van deze onderzoeken wordt in dit onderzoek verwacht dat de autonomie die artsen en verpleegkundigen tot hun beschikking hebben van invloed is op hun arbeidstevredenheid. Bovenstaande onderzoeken zijn uitgevoerd in ziekenhuizen en zorgorganisaties voor langdurige zorg. In dit onderzoek zijn autonomie, arbeidstevredenheid en professionaliteit onderzocht bij artsen en verpleegkundigen werkzaam in verschillende zorgorganisaties. Door de verscheidenheid aan zorgorganisaties zou de significante invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid mogelijk, in dit onderzoek, gevonden kunnen worden. Er wordt verwacht dat autonomie een positieve invloed heeft op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Hiermee wordt bedoeld dat meer autonomie leidt tot meer arbeidstevredenheid en minder autonomie tot minder arbeidstevredenheid bij artsen en verpleegkundigen

Hypothese 1: Er is een positieve invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen.

2.5.2 Relatie professionaliteit en autonomie

De mate van professionaliteit die samenhangt met de professie van artsen en verpleegkundigen heeft invloed op de hoeveelheid autonomie waarover deze professionals beschikken. Uit de literatuur blijkt dat er in geprofessionaliseerde beroepen meer autonomie beschikbaar is voor de professionals die dit beroep uitoefenen (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015; Zuurmond & De Jong, 2010). Artsen, oftewel traditionele professionals, hebben meer autonomie dan verpleegkundigen, omdat de professie van artsen meer geprofessionaliseerd is. Verpleegkundigen hebben volgens de literatuur een minder geprofessionaliseerd beroep en bezitten minder autonomie (Gentile, 2016; Kwakman, 1999). In dit onderzoek wordt er op basis van deze literatuur vanuit gegaan dat de mate van professionaliteit die wordt toegekend aan de professies van artsen en verpleegkundigen van invloed is op hun autonomie. Artsen zijn volgens de literatuur professioneler dan verpleegkundigen en bezitten hierdoor meer autonomie (Gentile, 2016; Noordegraaf, 2015). Er wordt een versterkende invloed verwacht van professionaliteit op autonomie bij artsen en verpleegkundigen. Er kan een versterkende invloed verwacht worden, omdat meer professionaliteit leidt tot meer autonomie (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015; Zuurmond & De Jong, 2010). Hierdoor versterkt de modererende variabele (professionaliteit) het gehele effect van de onafhankelijke variabele (autonomie) op de afhankelijke variabele (arbeidstevredenheid).

2.5.3 Relatie professionaliteit en arbeidstevredenheid

De relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid kan mogelijk versterkt worden door professionaliteit als modererende variabele. De professionaliteit van artsen en verpleegkundigen bepaalt de mate van autonomie die zij tot hun beschikking hebben en deze autonomie is weer van invloed op de arbeidstevredenheid van deze professionals (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Labrague et al., 2019; Noordegraaf, 2015; Tyssen et al., 2013). Wanneer er sprake is van een professie met veel professionaliteit, zoals bij artsen, zullen deze professionals meer autonomie tot hun beschikking hebben en daardoor meer arbeidstevredenheid ervaren. Verpleegkundigen die, volgens de literatuur, minder professioneel zijn dan artsen beschikken over minder autonomie met betrekking tot hun werkzaamheden en zijn daardoor mogelijk minder arbeidstevreden. Op basis van eerdere empirische onderzoeken en literatuurstudies wordt er in dit onderzoek verwacht dat

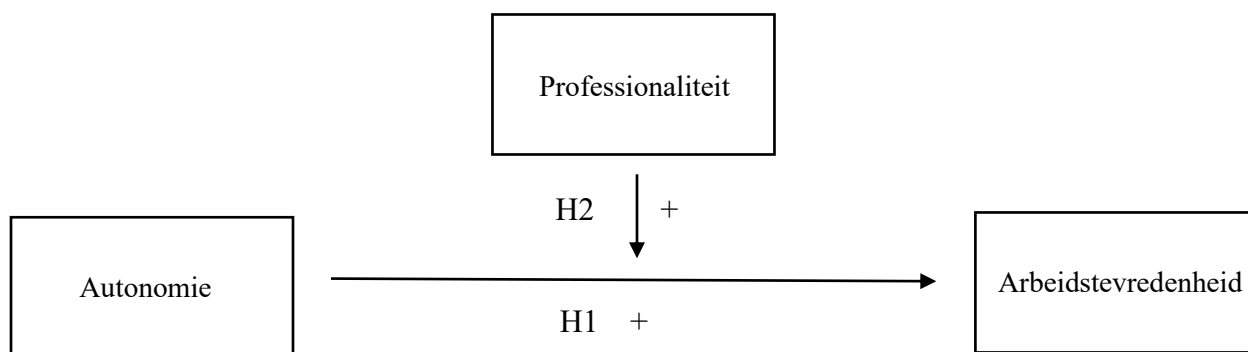
de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid voor artsen en verpleegkundigen versterkt kan worden door hun professionaliteit. Artsen hebben meer professionaliteit dus er wordt verwacht dat deze groep over meer autonomie en arbeidstevredenheid beschikt en dit geldt andersom voor verpleegkundigen. Er wordt verwacht dat meer professionaliteit de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid versterkt en dat deze invloed sterker is bij artsen dan verpleegkundigen.

Hypothese 2: Er is een versterkende invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid en deze invloed is sterker bij artsen dan bij verpleegkundigen.

2.6 Hypothesen

Figuur 1

Weergave van Hypothese 1 en 2



3. Methode

In dit hoofdstuk worden de context en het onderzoeksdesign beschreven. Verder wordt de wijze van dataverzameling toegelicht. Daarnaast worden de variabelen uit de onderzoeksvraag geoperationaliseerd. Tevens komen de beperkingen, validiteit en betrouwbaarheid, ethische overwegingen van dit onderzoek aan bod. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de data-analyse.

3.1 Context

In dit onderzoek wordt er gekeken naar artsen en verpleegkundigen werkzaam in de Nederlandse zorgsector. Het is belangrijk om onderzoek te doen onder Nederlandse zorgprofessionals vanwege het toenemende tekort in de zorg en met het oog op nieuwe coronagolven (Al Maqbali, 2015; Baltesen, 2022; Lapsley, 1999; Van den Dool, 2022). Het gebrek aan autonomie leidt tot minder arbeidstevredenheid bij zorgprofessionals. Deze afname in arbeidstevredenheid resulteert in toenemende tekorten en ontevredenheid onder de nog werkzame zorgprofessionals in de Nederlandse zorgsector (Nieuwenhuis, 2020; SER, 2020; Van der Schier, 2019; Visser, 2020). In 2019 is er een onderzoek gedaan naar de tevredenheid onder 882 Nederlandse verpleegkundigen en verzorgenden. Hieruit bleek dat er sprake was van een te hoge werkdruk, door tekorten, in combinatie met onvoldoende kansen en mogelijkheden om te ontwikkelen binnen de functie. Slechts 7% van de zorgprofessionals bleek tevreden te zijn met de werkzaamheden. De overige 93% gaf aan ontevreden te zijn en geen kwalitatieve zorg te kunnen bieden doordat het werk tot meer beperkingen dan mogelijkheden leidt. Volgens de respondenten uit dit onderzoek zou meer autonomie over de werkzaamheden bij kunnen dragen aan de arbeidstevredenheid (Litsenburg, 2019). Echter, dit onderzoek uit 2019 maakt geen onderscheid tussen de professionaliteit van verschillende zorgprofessionals en artsen behoorden niet tot de onderzoeksgroep. Terwijl uit andere onderzoeken blijkt dat artsen meer arbeidstevreden te zijn dan verpleegkundigen (SER, 2020; UMCG, 2017). De vraag is welke rol het verschil in professionaliteit tussen artsen en verpleegkundigen hierin speelt. Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid en welke versterkende rol professionaliteit hierin kan spelen, was het interessant om beide groepen professionals mee te nemen in dit onderzoek. Dit omdat artsen, volgens de literatuur, een meer geprofessionaliseerd beroep hebben dan verpleegkundigen (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015).

3.2 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is kwantitatief onderzoek gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Er is gekeken naar de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Deze relatie is onderzocht met behulp van de modererende variabele professionaliteit. Kwantitatief onderzoek was meer passend voor het onderzoeken van deze onderzoeksvraag dan kwalitatief onderzoek. Met behulp van kwalitatief onderzoek worden de ervaringen, meningen of belevingen van mensen in kaart gebracht. Kwantitatief onderzoek kijkt juist naar de verbanden en relaties tussen variabelen en hoe sterk deze zijn. Met behulp van kwantitatief onderzoek kon er onderzocht worden welke invloed de variabelen op elkaar hadden (Boeije, 2010; Wouters & Aarts, 2016). Dit sloot meer aan bij de onderzoeksvraag, omdat in dit onderzoek de invloed van autonomie (de onafhankelijke variabele) op arbeidstevredenheid (de afhankelijke variabele) onderzocht werd. Tevens werd de versterkende invloed van professionaliteit op deze relatie onderzocht. In dit onderzoek draaide het om het in kaart brengen van de samenhang tussen de variabelen.

Tevens is er in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Met behulp van dit design kon de relatie tussen variabelen onderzocht worden. Dit design onderzoekt variabelen bij meer dan één case en op één moment in de tijd (Bryman, 2016). Een cross-sectioneel onderzoeksdesign kan gebruikt worden wanneer er geen variabelen gemanipuleerd worden en tevens om aan te tonen of er een relatie tussen variabelen aanwezig is en of modererende variabelen hierin een rol spelen (Bryman, 2016; Spector, 2019). Een cross-sectioneel design was passend in dit onderzoek.

3.3 Dataverzameling

Om de variabelen in dit onderzoek te kunnen bevragen, is er gebruik gemaakt van een *survey*, oftewel vragenlijst. Met behulp van een vragenlijst konden er uitspraken gedaan worden voor een groep mensen tegelijkertijd. Het gebruik van een vragenlijst zorgde ervoor dat de resultaten meer algemene geldigheid kregen (Brinkman, 2000). Om de vragenlijst zo efficiënt mogelijk te verspreiden en af te nemen, is er gebruikt gemaakt van een online vragenlijst. Deze vragenlijst werd uitgezet onder artsen en verpleegkundigen werkzaam bij verschillende zorgorganisaties.

Deze zorgorganisaties zijn telefonisch en via de mail benaderd. De respondenten hebben via een mail een toelichting op het onderzoek ontvangen. Bij twee organisaties was het mogelijk om na een week nog een herinnering te versturen.

3.3.1 Sampling

De onderzoeksgroep bestond uit artsen, Artsen In Opleiding (AIOSSSEN), Artsen Niet In Opleiding (ANIOSSSEN) en verpleegkundigen met verschillende opleidingsniveaus werkzaam bij verschillende zorgorganisaties. Dit waren verschillende soorten professionals, zodat de resultaten uit dit onderzoek meer kans hadden om iets te zeggen voor de gehele populatie. De AIOSSSEN en ANIOSSSEN zijn tevens meegenomen in de onderzoeksgroep, omdat dit artsen zijn enkel zonder afgeronde specialisatie. De onderzoeksgroep bestond uit twee groepen: (1) artsen, AIOSSSEN en ANIOSSSEN en (2) verpleegkundigen. Het is beter om zoveel mogelijk respondenten te hebben (Field, 2009). Daarbij wordt een vuistregel gegeven voor het bepalen van het geschikte aantal respondenten. Wanneer een onderzoek het gehele model met onafhankelijke en afhankelijke variabelen wil testen, is de formule voor het juiste aantal respondenten $50 + 8k$. Dit was in dit onderzoek het geval. In deze formule staat k voor het aantal voorspellers. Voorspellers zijn het totaal aan onafhankelijke variabelen en controle variabelen. In dit onderzoek zijn er zeven voorspellers, dus de formule werd $50 + (8 \times 7) = 106$. Het geschikte aantal respondenten in dit onderzoek was minimaal 106. In totaal hebben 108 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld.

Aangezien er is getracht om uitspraken te doen over artsen en verpleegkundigen in Nederland met behulp van dit onderzoek, was het van belang om artsen en verpleegkundigen te benaderen die werkzaam zijn bij verschillende organisaties. Hiervoor is er gebruik gemaakt van *convenience sample*, oftewel gemakssteekproef. De respondenten zijn gekozen, omdat deze makkelijk te bereiken waren (Bryman, 2016). Tevens is er door het gebrek aan voldoende respondenten gebruik gemaakt van een gemakssteekproef. Artsen en verpleegkundigen uit de omgeving van de onderzoeker zijn hiervoor benaderd. Daarnaast zijn er artsen en verpleegkundigen benaderd, werkzaam bij willekeurige ziekenhuizen. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, kreeg iedere respondent een nummer in de data-analyse, waardoor de data niet meer naar de

individuen terug te traceren was. De organisaties waar de respondenten werkzaam zijn, zijn buiten beschouwing gelaten om de anonimiteit van de respondenten te kunnen garanderen.

3.4 Operationalisering variabelen

Om de onderzoeksvraag in dit onderzoek te beantwoorden, zijn de variabelen uit de onderzoeksvraag gemeten met behulp van een vragenlijst. Hier wordt de operationalisering van de variabelen beschreven.

3.4.1 Onafhankelijke variabele: Autonomie

De onafhankelijke variabele in dit onderzoek is autonomie. De definitie die werd aangehouden is die van werkautonomie van Hackman en Oldham (1980). Deze definitie luidt als volgt: *“De mate waarin een individu vrij, onafhankelijk en discreet kan zijn om de eigen werkzaamheden in te vullen en om zelf te bepalen welke procedures er ingezet worden om het werk uit te voeren.”* Aan de hand van deze definitie moeten er twee aspecten gedekt worden in de vragenlijst voor artsen en verpleegkundigen, namelijk (1) de vrijheid om eigen werkzaamheden in te vullen en (2) de vrijheid om de procedures te kiezen die er ingezet worden. Labrague et al. (2019) hebben in hun onderzoek gebruik gemaakt van de ontwikkelde vragenlijst door Blegen et al. (1993). De interne betrouwbaarheid van deze vragenlijst is gemeten aan de hand van de *Chronbach's alpha*. De Chronbach's alpha van deze vragenlijst was .88. Op basis van het criterium van Field (2009) is deze vragenlijst als betrouwbaar beschouwd en gebruikt in dit onderzoek. De vragenlijst bestond uit 42 beslissingen. Deze beslissingen zijn onderverdeeld in 21 beslissingen over patiëntenzorg en 21 over werken op een afdeling (*unit operation*). De items uit de vragenlijst corresponderen met de dimensies uit de definitie van Hackman en Oldham (1980).

De items uit de originele vragenlijst waren niet als stellingen geformuleerd. In dit onderzoek zijn de beslissingen omgevormd naar stellingen. Dit is in lijn met Bryman (2016) die stelt dat belangrijk is dat de items geformuleerd worden als stellingen. Voor de formulering van de stellingen is de vijfpunts-Likertschaal uit de vragenlijst van Blegen et al. (1993) omgevormd. Vanuit deze Likertschaal zijn de termen autoriteit en verantwoording in de stellingen opgenomen. Voor de beantwoording van de vragenlijst in dit onderzoek kon er tevens gebruik gemaakt worden van een

vijfpunts-Likertschaal. In de originele vragenlijst was 1 = Ik heb geen autoriteit en verantwoordelijkheid, 2 = Ik heb autoriteit en leg verantwoording af wanneer dit gevraagd wordt, 3 = Ik deel autoriteit en verantwoordelijkheid met anderen en neem deel in groepsbeslissingen, 4 = Ik heb overleg met anderen en maak dan beslissingen en neem verantwoordelijkheid en 5 = Ik beschik over onafhankelijke autoriteit en verantwoordelijkheid. In dit onderzoek zijn deze schalen anders geformuleerd. Hierbij was 1 = Zeer oneens, 2 = Oneens, 3 = Niet oneens en niet eens, 4 = Eens en 5 = Zeer eens. De aanpassingen in de originele vragenlijst zijn gedaan, omdat het van belang was dat alle items consistent begrepen werden door de respondenten. Dit betekent dat alle respondenten de items hetzelfde moesten interpreteren. Tevens betekende dit dat de items zo geformuleerd dienden te worden dat de respondenten de items op een consistente wijze konden beantwoorden. Hierdoor komt de waardevolle informatie het beste naar boven (Fowler & Fowler, 1995).

De vragenlijst uit het onderzoek van Blegen et al. (1993) is ontwikkeld voor en door verpleegkundigen. Drie items waren hierdoor niet geschikt om te beantwoorden voor de artsen uit de onderzoeksgroep. Dit waren de volgende items: “in twijfel trekken van de bevelen van artsen”, “weigeren om bevelen van artsen uit te voeren” en “afhandelen van klachten van artsen over patiëntenzorg”. Deze items zijn verwijderd uit de vragenlijst, zodat zowel de artsen als de verpleegkundigen dezelfde vragenlijst in konden vullen. Daarbij is er een item uit de vragenlijst van Blegen et al. (1993) opgesplitst, zodat er niet twee vragen in een keer gesteld zouden worden. Dit zijn items 35 en 36 uit de vragenlijst van dit onderzoek. Hierdoor bleven er 40 items over. Daarnaast zijn items aangepast, zodat deze door zowel artsen als verpleegkundigen beantwoord konden worden. Dit is gedaan door het woord ‘artsen’ in de items toe te voegen. De vragenlijst van Blegen et al. (1993) is vertaald naar het Nederlands (Bijlage I).

3.4.2 Afhankelijke variabele: Arbeidstevredenheid

Vervolgens de afhankelijke variabele arbeidstevredenheid. In dit onderzoek wordt de definitie van Price (2001) in combinatie met die van Cicolini et al. (2014) aangehouden. Price (2001) beschrijft arbeidstevredenheid als het globale gevoel van een individu over de werkzaamheden of de houding ten opzichte van aspecten van het werk. Cicolini et al. (2014) geven de aanvulling dat

arbeidstevredenheid niet alleen bepaald wordt door aspecten van het werk, maar tevens door persoonlijke karakteristieken. Scarpello en Campbell (1983) laten zien dat het bevragen van arbeidstevredenheid het beste gedaan kan worden aan de hand van één item. Het gebruiken van meerdere items voor het bevragen van arbeidstevredenheid kan ertoe leiden dat aspecten niet bevraagd worden terwijl deze wel belangrijk zijn voor een respondent. Meerdere items kunnen belangrijke informatie uitsluiten, omdat het bijna onmogelijk lijkt om alle aspecten van arbeidstevredenheid te bevragen. Hierdoor stellen Scarpello en Campbell (1983) dat arbeidstevredenheid bevraagd kan worden door te vragen naar “in hoeverre mensen over het algemeen tevreden zijn met hun werk”. Nagy (2002) sluit hierbij aan en heeft onderzocht met welke enkele items de gehele arbeidstevredenheid bevraagd kon worden. Uit dit onderzoek bleek tevens dat correlaties tussen de enkele items en de vragenlijst met meerdere items sterk waren (0.64 – 0.72) (Field, 2009). Het item met betrekking tot de werkzaamheden in het algemeen had een correlatie van .63 ten opzichte van een vragenlijst met meerdere items. Hieruit kan geconcludeerd worden dat arbeidstevredenheid met behulp van één item bevraagd kan worden.

In dit onderzoek is er op basis van de onderzoeken van Scarpello en Campbell (1983) en Nagy (2002) voor gekozen om de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen aan de hand van één item te meten. Het item uit het onderzoek van Scarpello en Campbell (1983) is omgevormd, zodat de beantwoording overeenkwam met de likertschaal in dit onderzoek. De stelling werd “Over het algemeen ben ik tevreden met mijn werk”. In het onderzoek van Scarpello en Campbell (1983) werd een vijfpunts-likertschaal gebruikt. Echter, deze is aangepast voor het huidige onderzoek. In dit onderzoek was 1 = Zeer oneens, 2 = Oneens, 3 = Niet oneens en niet eens, 4 = Eens en 5 = Zeer eens. Dit is gedaan om de beantwoording van alle items voor de respondenten gelijk te houden, zodat de vragenlijst overzichtelijk en begrijpelijk bleef (Fowler & Fowler, 1995). Het item van Scarpello en Campbell (1983) is vertaald naar het Nederlands (Bijlage II).

In de beantwoording van de items met betrekking tot de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele is bewust een ‘Niet oneens en niet eens’ optie opgenomen. Op deze manier werden de respondenten die die geen mening hadden over een item niet gedwongen om te antwoorden. Hierdoor werd een negatieve invloed op de resultaten vermeden (Neuman, 2014). De

items uit de vragenlijst werden afwisselend positief en negatief geformuleerd. Hierdoor werd het gemakzuchtig invullen van de vragenlijst voorkomen (Bryman, 2016; Maes, Ummelen & Hoeken, 1996).

3.4.3 Modererende variabele: Professionaliteit

Ten slotte de modererende variabele professionaliteit. De gehanteerde definitie van professionaliteit is als volgt: *“een professional iemand is die aan 4 kenmerken voldoet: (1) de professional beheerst een professie, (2) de professional ontleent een moreel kader aan de professie (loyaliteit bij de klant), (3) de professional heeft contact met klanten en dit is de kern van zijn/haar werkzaamheden en (4) de professional beschikt over discretionaire ruimte”* (Zuurmond & De Jong, 2010, p. 11). Op basis van de literatuur werd er in dit onderzoek vanuit gegaan dat artsen over meer professionaliteit beschikken dan verpleegkundigen (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Noordegraaf, 2015; Zuurmond & De Jong, 2010). Wanneer een respondent invult dat hij/zij arts is, wordt ervan uitgegaan dat deze respondent over veel professionaliteit beschikt. Deze respondent beschikt dan over meer professionaliteit dan een respondent die een verpleegkundige is. Hierdoor is ervoor gekozen om de modererende variabele te bevragen door de respondenten in te laten vullen of zij werkzaam zijn als arts of als verpleegkundige. Hierbij is ervan uitgegaan dat het uitoefenen van een van de twee professies gepaard ging met een meerdere of mindere mate van professionaliteit.

Daarnaast was het lastig om respondenten naar hun professionaliteit te vragen, omdat professionaliteit een begrip is dat voor iedere respondent mogelijk een andere definitie had kunnen hebben. Een verpleegkundige kan zichzelf als erg professioneel zien, echter een verpleegkundige beoordeelt zichzelf niet in verhouding tot een arts. Hierdoor had er een vertekend beeld kunnen ontstaan wanneer de respondenten bevroegd werden met items over hun professionaliteit en dit had de resultaten in dit onderzoek mogelijk kunnen beïnvloeden.

3.4.4. Controlevariabelen

Er zijn tevens een aantal controlevariabelen toegevoegd aan de vragenlijst. Het gaat hierbij om demografische variabelen, zoals geslacht (man/vrouw/anders), leeftijd (in jaren) en tijd werkzaam binnen de organisatie (in jaren) en theoretische controlevariabelen. Deze controlevariabelen zijn opgenomen om te controleren of deze controlevariabelen de afhankelijke variabele beïnvloeden. Door het opnemen van controlevariabelen kon er bepaald worden of nog meer variabelen invloed hadden op de relatie tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele. Hierdoor konden valse verbanden uitgesloten worden (Schepers, 2014).

De eerste theoretische controlevariabele die in dit onderzoek meegenomen is, is het opleidingsniveau van artsen en verpleegkundigen. Uit het onderzoek van Labrague et al. (2019) blijkt dat de verpleegkundigen met een hoger opleidingsniveau over meer autonomie beschikken. Hiermee wordt bedoeld dat verpleegkundigen met een masterdiploma over meer autonomie beschikken dan verpleegkundigen met een lager opleidingsniveau. Om dit te meten is er een item in de vragenlijst opgenomen dat het laatst behaalde opleidingsniveau heeft bevraagd. Hierbij konden de respondenten kiezen uit de opties: MBO, HBO, WO (Bachelor), WO (Master), WO (PhD) en Anders. Uit de antwoorden op dit item kon geconcludeerd worden of het hebben van een hoger opleidingsniveau de mate van autonomie onder artsen en verpleegkundigen heeft beïnvloed.

Ten tweede werd er op basis van het onderzoek van De Oliveira Vasconcelos Filho et al. (2016) en de literatuurstudie van Al Maqbali (2015) verwacht dat de relatie met collega's invloed had op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen en artsen. Om deze relatie te bevragen, is er gebruik gemaakt van het meetinstrument van Konrad et al. (1999). Dit is een vragenlijst voor het meten van arbeidstevredenheid onder artsen. Deze vragenlijst bevatte acht items met betrekking tot de relatie tussen artsen en hun collega's. Hieruit is één item gekozen en toegevoegd aan de vragenlijst voor dit onderzoek. Het item werd: "Ik kan goed overweg met mijn collega's". Het item is aangepast, zodat het geschikt was om te beantwoorden voor zowel artsen als verpleegkundigen. Tevens is dit item in een stelling geformuleerd en kon het beantwoord worden met behulp van de vijfpunts-Likertschaal (Fowler & Fowler, 1995). Het is mogelijk dat dit item niet alomvattend was voor de controlevariabele.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

3.5.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid gaat over de mate waarin de metingen consistent zijn. Field (2009) omschrijft betrouwbaarheid als de mate waarin een meetinstrument consistent geïnterpreteerd kan worden in verschillende situaties. Bryman (2016) sluit hierop aan door te stellen dat de resultaten uit een onderzoek herhaalbaar moeten zijn, wil er sprake zijn van betrouwbaarheid. Dezelfde resultaten dienen geproduceerd te kunnen worden onder dezelfde omstandigheden. Om valide te kunnen zijn, moet een meetinstrument betrouwbaar zijn (Field, 2009).

De eerste vorm van betrouwbaarheid die Bryman (2016) toelicht is die van stabiliteit. Stabiliteit betekent of een meting stabiel is over tijd. Op deze manier kunnen we ervan uitgaan dat de resultaten die bij een meting horen niet veranderen na een bepaalde tijd. Om de stabiliteit te meten, moeten er twee instrumenten gemaakt worden die op een andere wijze exact hetzelfde meten. Omwille van de tijd die er voor dit onderzoek beschikbaar was, was er geen sprake van een tweede instrument om de stabiliteit te testen. Voor dit onderzoek konden er hierdoor geen uitspraken gedaan worden over de stabiliteit.

De tweede vorm van betrouwbaarheid die door Bryman (2016) wordt omschreven, is de interne betrouwbaarheid. De interne betrouwbaarheid betreft de mate waarin de items die een variabele moeten meten met elkaar samenhangen. Om deze vorm van betrouwbaarheid te meten, kan er gebruik gemaakt worden van een test-hertest methode. Hiervoor kan de Chronbach's alpha gebruikt worden. Field (2009) stelt dat de Chronbach's alpha boven de .7 dient te zijn om betrouwbaar te zijn. De Chronbach's alpha is voor het meetinstrument uit dit onderzoek berekend. Om de betrouwbaarheid te beoordelen werd de .7 norm van Field (2009) aangehouden.

3.5.2 Validiteit

Validiteit heeft betrekking op de integriteit van de conclusies die voortkomen uit een onderzoek. Het gaat erom of de indicatoren echt het concept meten wat er gemeten moet worden (Bryman, 2016; Field, 2009). Bryman (2016) beschrijft verschillende vormen van validiteit, waaronder: indrukvaliditeit, predictieve validiteit, construct validiteit en convergente validiteit.

Eerst beschrijft Bryman (2016) *face validity*, oftewel indrukvaliditeit. Indrukvaliditeit gaat erover of de vragen op het eerste gezicht het concept meten wat gemeten moet worden. Deze vorm van validiteit kan bereikt worden door aan deskundigen te vragen of de meting het concept voldoende dekt. Deze deskundigen zijn niet direct benaderd voor dit onderzoek, echter de door hen ontwikkelde meetinstrumenten zijn wel benut. In dit onderzoek is er sprake van indrukvaliditeit voor de meting van de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele, omdat deze gemeten zijn aan de hand van een gevalideerd meetinstrument ontwikkeld door deskundigen. Deze meetinstrumenten zijn echter aangepast in dit onderzoek waardoor de indrukvaliditeit mogelijk lager is. De modererende en controle variabelen zijn aan de hand van één item gemeten. Hierdoor is de indrukvaliditeit mogelijk lager en was het de vraag of deze items de variabelen voldoende dekken, oftewel meten wat er gemeten moet worden.

Ten tweede benadrukt Bryman (2016) predictieve validiteit. Dit betreft de mate waarin een meetinstrument iets kan voorspellen. Het doel van dit onderzoek was niet om iets in de toekomst te voorspellen. In dit onderzoek werd er gekeken naar de relatie tussen variabelen op een bepaald moment in de tijd. Hierdoor was de predictieve validiteit voor het huidige onderzoek mogelijk laag.

Ten derde wordt construct validiteit door Bryman (2016) omschreven. Hiermee wordt bedoeld of de items uit het meetinstrument het hele concept meten. Een variabele wordt gemeten aan de hand van verschillende items. Deze items moeten in hun totaliteit de variabele meten. De construct validiteit is getoetst aan de hand van een factoranalyse. Met behulp van een factoranalyse is er getoetst welke items laadden op welke factor (variabele). In dit onderzoek is een factoranalyse uitgevoerd voor de onafhankelijke variabele (autonomie), omdat deze met meerdere items werd bevraagd. Aan de hand van deze factoranalyse kon er gemeten worden of alle items horend bij deze variabele ook daadwerkelijk hetzelfde meten.

De laatste vorm van validiteit is convergente validiteit. Hierbij worden twee manieren van metingen vergeleken die dezelfde variabele meten. Wanneer deze metingen een lage correlatie hebben, meten deze niet dezelfde variabele (Bryman, 2016). Omwille van de tijd is er in dit

onderzoek naast de vragenlijst niet nog een meting uitgevoerd. Hierdoor kon er in dit onderzoek niks gezegd worden over de convergente validiteit.

3.6 Beperkingen

Met betrekking tot de methode voor het uitvoeren van dit onderzoek worden hier een aantal beperkingen beschreven.

Eerst de beperkingen met betrekking tot de keuze voor een kwantitatieve onderzoeksmethode met behulp van een vragenlijst. De resultaten van een kwantitatief onderzoek zijn uitgedrukt in cijfers. Een beperking van het doen van kwantitatief onderzoek is dat deze cijfers mogelijk niet genoeg diepgang bieden. Door alleen naar de cijfers te kijken, zijn de verhalen, ervaringen en belevingen van de respondenten buiten beschouwing gelaten (Verhoeven, 2007; Wouters & Aarts, 2016). Daarnaast is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een vragenlijst om de resultaten te verkrijgen. Bij kwalitatief onderzoek is er de mogelijkheid om door te vragen op bepaalde antwoorden van de respondenten om de ervaringen goed in beeld te brengen. In dit onderzoek was dit niet mogelijk vanwege de keuze voor een kwantitatieve onderzoeksmethode. Daarbij biedt kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews de mogelijkheid om respondenten nogmaals te benaderen wanneer zaken onduidelijk zijn of wanneer er doorgevraagd moet worden op een antwoord. Echter, door de anonimisering van de resultaten bij dit onderzoek was het niet mogelijk om terug te halen welke respondent welk antwoord had gegeven. Vervolgonderzoek zou deze beperkingen mogelijk kunnen ondervangen door de gebruikte vragenlijst uit dit onderzoek om te vormen tot een interview om zo kwalitatieve data te verkrijgen als aanvulling op de resultaten uit dit onderzoek.

Daarnaast hangt er tevens een beperking samen met de keuze voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Bij een cross-sectioneel onderzoeksdesign wordt de data op één bepaald moment in de tijd verzameld. Hierdoor kan er niet naar causale invloeden gekeken worden (Bryman, 2016). Echter, in dit onderzoek werd er niet gekeken naar de causale invloeden. In dit onderzoek werd er gekeken naar de relaties tussen de variabelen, waardoor dit design geschikt was voor dit onderzoek. Door het ontbreken van deze causale verbanden kon er in dit onderzoek niks gezegd worden over de causaliteit tussen de variabelen en de stabiliteit van dit onderzoek.

Vervolgonderzoek zou de causale verbanden tussen de variabelen in kaart kunnen brengen met behulp van een longitudinaal- of experimenteel onderzoeksdesign (Bryman, 2016).

Tevens was er een beperking te vinden met betrekking tot de formulering van de stellingen in de vragenlijst. De vragenlijsten die gebruikt zijn om tot de vragenlijst in dit onderzoek te komen, hadden een andere formulering voor de items. In de vragenlijsten uit andere onderzoeken waren de items niet als stellingen geformuleerd. Er zijn tevens items verwijderd of opgesplitst. In dit onderzoek is ervoor gekozen om dit te doen om de vragenlijst overzichtelijk en begrijpelijk te houden voor de respondenten (Fowler & Fowler, 1995). Dit met als risico dat het omvormen en aanpassen van de vragenlijsten uit eerdere onderzoeken ertoe kan leiden dat de betrouwbaarheid van de vragenlijst uit dit onderzoek mogelijk lager is. Vervolgonderzoek zou dit kunnen ondervangen door de originele vragenlijsten te gebruiken zonder aanpassingen om te kijken of de betrouwbaarheid van de vragenlijst hoger wordt.

De beantwoording van de stellingen door de respondenten brengt tevens een beperking met zich mee, namelijk de *social desirability bias* oftewel sociaal gewenst antwoorden (Bryman, 2016). Hiermee wordt bedoeld dat respondenten een bepaalde vraag sociaal gewenst beantwoorden, omdat de respondenten denken dat dit verwacht wordt. Het op deze manier beantwoorden van de items kan invloed hebben op de resultaten. Een online vragenlijst leidt minder snel tot deze bias, omdat de onderzoeker de respondent niet kan beïnvloeden met zijn/haar aanwezigheid (Nederhof, 1985). Tevens is er in dit onderzoek schriftelijk aan de respondenten toegelicht wat er met de door hen ingevulde antwoorden zou gaan gebeuren en hoe hun anonimiteit gewaarborgd zou blijven. Op deze manier is er in dit onderzoek getracht om deze bias zo klein mogelijk te houden. Vervolgonderzoek kan de bias voorkomen op verschillende manieren, zoals: het toevoegen van items waarbij er verplicht gekozen moet worden, het toevoegen van neutrale items en het random verspreiden van bedreigende items door de vragenlijst (Nederhof, 1985).

Daarbij komt dat de respondenten die deel hebben genomen aan dit onderzoek niet werkzaam waren binnen dezelfde organisatie. Deze zijn benaderd via een gemakssteekproef. De keuze hiervoor is gemaakt, omdat artsen en verpleegkundigen een moeilijk bereikbare groep bleken.

Echter, deze keuze gaat gepaard met nadelen. Een gemakssteekproef maakt het lastig om de resultaten te generaliseren, omdat het lastig te bepalen is of de steekproef representatief is. De groep respondenten is een groep die beschikbaar was voor de onderzoeker en daardoor is het lastig om te bepalen of deze groep representatief is voor alle artsen en verpleegkundigen in Nederland. Ondanks dat de data moeilijk te generaliseren is, zou de data uit dit onderzoek een opzet kunnen zijn voor vervolgonderzoek (Bryman, 2016). Daarnaast wordt het risico op uitschieters in de data bij een gemakssteekproef groter, omdat de benaderde respondenten mogelijk niet voldoende te maken hebben met hetgeen dat onderzocht wordt (Etikan, Musa & Alikassen, 2016).

3.7 Ethische overwegingen

In Bryman (2016) komen vier ethische principes naar voren. Deze worden onderverdeeld in vier categorieën: (1) het schaden van respondenten, (2) het gebrek aan *informed consent*, (3) de inbreuk op privacy van de respondenten en (4) het bedriegen van de respondenten. In dit onderzoek is getracht om geen afbreuk te doen aan de ethische principes voor de respondenten.

Met het schaden van respondenten wordt bedoeld dat het onderzoek de respondenten op geen enkele wijze mag schaden, dus niet fysiek of mentaal (Bryman, 2016). Een kwantitatief onderzoek met behulp van een vragenlijst leek het meest passend binnen deze sector. In de zorgsector ervaren zorgprofessionals tijdgebrek om kwalitatief goede zorg te bieden, laat staan om interviews van één uur tot anderhalf uur te voeren wanneer er in dit onderzoek gebruik gemaakt zou zijn van kwalitatief onderzoek (Van der Schier, 2019; Visser, 2020). Hierdoor leek een vragenlijst (van ongeveer tien minuten) een geschikte methode om deze professionals niet te veel te belasten en om de gewenste resultaten te verkrijgen.

Daarnaast was er in dit onderzoek geen sprake van een gebrek aan *informed consent*, omdat de vragenlijst begon met een *informed consent*. Op basis van dit *informed consent* konden de respondenten besluiten of zij deel wilden nemen aan het onderzoek (Bryman, 2016). Hierin werd het onderzoek uitgelegd en werd er aan de respondenten schriftelijk toegelicht wat er met de door hen ingevulde vragenlijsten zou gaan gebeuren. Wanneer de respondenten hier niet mee akkoord

waren, werden zij direct naar het einde van de vragenlijst gestuurd en namen zij geen deel meer aan het onderzoek.

Tevens is de privacy van de respondenten gewaarborgd gebleven, omdat alle respondenten en de organisaties in de data verwerkt zijn als nummer en niet met naam. Hierdoor was het niet te achterhalen welke data bij welke respondent hoorde. De respondenten zijn niet bedrogen in dit onderzoek en konden zich ten alle tijden terugtrekken en contact opnemen met de onderzoeker.

Om de veiligheid van de respondenten te waarborgen, is er gebruik gemaakt van een Data Management Plan (DMP). In dit plan stond beschreven hoe er door de onderzoeker met de data en gegevens van de respondenten is omgegaan, waar deze data en gegevens werden opgeslagen en op welke termijn deze verwijderd zouden worden. Op deze manier werd er in dit onderzoek getracht om de respondenten te beschermen.

3.8 Data-analyse

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is er in dit onderzoek een multiële regressie-analyse uitgevoerd. De antwoorden op de items uit de vragenlijst zijn geanalyseerd. Deze analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma SPSS.

Eerst zijn de negatief geformuleerde items omgepoold, zodat alle items dezelfde kant op geformuleerd waren. Hierdoor hadden de scores op de items dezelfde waarde.

Om de eerste hypothese te toetsen, is er een multiële regressie-analyse uitgevoerd. Met behulp van een multiële regressie-analyse kon er gekeken worden of de afhankelijke variabele voorspeld kon worden door de onafhankelijke variabele (Field, 2009). In deze analyse zijn tevens de demografische controlevariabelen en de theoretische controlevariabelen uit dit onderzoek toegevoegd. Het geslacht, de leeftijd, de jaren werkzaam in de organisatie, het opleidingsniveau en de relatie met collega's zijn in deze analyse meegenomen. Het toevoegen van de variabelen is stapsgewijs gedaan. De voorspellende variabelen zijn hierbij aan het model toegevoegd op basis van statistische significantie (Field, 2009).

In regressie-analyses wordt gebruik gemaakt van variabelen met een interval of ratio niveau. Echter, twee variabelen uit de dataset hadden een nominaal meetniveau. Allereerst, de controlevariabele ‘geslacht’, deze had een nominaal meetniveau. Variabelen met een nominaal meetniveau kunnen niet direct toegevoegd worden aan de regressie-analyse. Deze variabele is hierdoor in het analysemodel opgenomen als dummy-variabel. Dit is een indicator-variabel die de waarde 0 of 1 heeft. Op deze manier kon deze controlevariabele gebruikt worden in de regressie-analyse (Van Rossem, 2010). Hierbij was *man* de referentiecategorie. Daarnaast is er voor de nominale modererende variabele, professionaliteit, een dummy-variabele opgenomen. Hierbij was *arts* de referentiecategorie. Deze kreeg een 1 als waarde.

De tweede hypothese werd getoetst met behulp van een moderatie-analyse. Een modererende variabele is een variabele die de relatie tussen de onafhankelijke- en afhankelijke variabele kan veranderen (Bryman, 2016). Met behulp van de moderatie-analyse kon onderzocht worden of de samenhang tussen de onafhankelijke- en de afhankelijke variabele door de modererende variabele, professionaliteit, werd versterkt. Hiervoor is er een interactieterm gemaakt tussen professionaliteit en autonomie. De eerste hypothese uit dit onderzoek diende aangenomen te worden om de moderatie-analyse uit te kunnen voeren en om daarmee de tweede hypothese te kunnen testen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven. De uitgevoerde analyses worden hier toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een weergave van de hypothesen.

4.1 De steekproef

In tabel I wordt de steekproef toegelicht. In totaal hebben 143 respondenten de vragenlijst ingevuld. Door technische problemen bij Qualtrics, het programma voor het invullen van de vragenlijst, konden veel respondenten de vragenlijst niet volledig invullen en werd deze vroegtijdig afgebroken. De respondenten die de vragenlijst niet volledig konden invullen of niet akkoord zijn gegaan met het informed consent zijn uit het databestand verwijderd. Tevens zijn de respondenten die geen arts, AIOS, ANIOS of verpleegkundige waren weggelaten uit de analyses. De antwoorden van 108 respondenten zijn gebruikt voor het uitvoeren van de analyses. Deze respondenten waren werkzaam bij 26 verschillende zorgorganisaties, zoals ziekenhuizen, GGZ-instellingen, huisartsenpraktijken, revalidatiecentra en in de thuiszorg. De onderzoeksgroep bestond uit 34 artsen en 74 verpleegkundigen (Tabel I).

Tabel I

Kenmerken van de Steekproef

		Steekproef (<i>n</i> = 108)	Artsen (<i>n</i> = 34)	Verpleegkundigen (<i>n</i> = 74)
Geslacht	Man	23 (21.3%)	17	6
	Vrouw	85 (78.7%)	17	68
	Anders	0 (0%)		
Leeftijd (in Jaren)	Mean	39.23	41.23	38.31
	SD	14.43	15.04	14.15
Jaren werkzaam in de organisatie	Mean	11.71	9.42	12.76
	SD	12.06	10.92	12.48
Modererende variabele				
Professionaliteit	Arts	34 (31.5%)		
	Verpleegkundige	74 (68.5%)		

4.2 Factoranalyse

In dit onderzoek is er een factoranalyse uitgevoerd voor de onafhankelijke variabele (autonomie), omdat er voor het meten van deze variabele meerdere items gebruikt zijn. De andere variabelen zijn met één item bevraagd, waardoor een factoranalyse niet noodzakelijk was. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de varimax rotatie, oftewel een orthogonale rotatie. De belangrijkste reden in dit onderzoek om te kiezen voor een varimax rotatie is dat de variabele autonomie uit één dimensie bestaat. De items dienden niet met elkaar te correleren en de onderliggende factoren zijn niet gerelateerd aan elkaar (Field, 2009). Op basis van de richtlijn van Field (2009) zijn de items met een factorlading lager dan .3 weggelaten.

4.2.1 KMO-test en Bartlett's Test

Bij een factoranalyse moet er eerst gekeken worden naar de correlatie tussen variabelen. Eerst zijn er een Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO) en Bartlett's test uitgevoerd om te bepalen of het doen van een factoranalyse de moeite waard was.

De KMO-test kijkt naar de correlatie tussen variabelen waarbij het resultaat van de KMO-test tussen 0 en 1 ligt. Een waarde van 0.5 is volgens Kaiser (1974) net acceptabel (Field, 2009). Om te toetsen of er wel voldoende correlatie is tussen de variabelen is er een Bartlett's test uitgevoerd. Een Bartlett's test wordt gebruikt om aan te tonen dat er geen sprake is van te lage correlaties tussen de variabelen (Field, 2009). De Bartlett's test moet hiervoor significant zijn ($p < .05$).

De KMO-test liet zien dat er voldoende correlatie was tussen de items om een factoranalyse uit te voeren (KMO = .81). Tevens liet de Bartlett's test een significant resultaat zien ($\chi^2 (780) = 2052.40$, $p < .001$). Dit betekent dat de correlatie tussen de items voldoende was. De resultaten van deze testen laten zien dat het zinvol is geweest om een factoranalyse uit te voeren.

4.2.2 Resultaten factoranalyse

Autonomie

In tabel II staan de resultaten van de factoranalyse voor de onafhankelijke variabele (autonomie) weergegeven. Uit de factoranalyse met een varimax rotatie kwamen 11 onderliggende factoren met een eigenwaarde hoger dan 1. Niet alle items laadden voldoende op iedere factor. Factor 1 heeft een eigenwaarde van 9.82 en deze factor verklaart 24.56% van de variantie. De 11 onderliggende factoren zijn met elkaar vergeleken en er is gekeken op welke factor de meeste items de hoogste factorlading hadden. Op factor 1 laden de meeste items boven .3 met de hoogste factorlading (Field, 2009). Op basis hiervan is besloten om met deze eerste factor verder te gaan voor de variabele autonomie. Niet alle items laden voldoende op deze factor. Op basis van het criterium van .30 van Field (2009) zijn er 27 items verwijderd (Bijlage II). Hierdoor bleven er nog 13 items over voor de volgende analyses (Tabel II).

Tabel II
Resultaten Factoranalyse

Item	Naam Output	Factorlading
Ik heb niet de volledige autoriteit om beslissingen te maken met betrekking tot pijnbestrijding. - OMGEPOOLD	AUTO4_R	.66
Ik heb niet de volledige autoriteit om een schriftelijk doktersbevel door te geven. – OMGEPOOLD	AUTO7_R	.57
Ik heb niet de volledige autoriteit om patiënten dingen te leren over nieuwe medicatie. – OMGEPOOLD	AUTO8_R	.59
Ik heb de volledige autoriteit om het hele zorgplan met de patiënt te bespreken.	AUTO10	.44
Ik heb de volledige autoriteit om doorverwijzingen te maken voor de diëtiste, maatschappelijk werker etc.	AUTO11	.56
Ik heb niet de volledige autoriteit om alternatieve zorgpaden en zorgplannen te bespreken. -OMGEPOOLD	AUTO12_R	.66
Ik heb de volledige autoriteit om individuele klachten van patiënten over de zorg af te handelen.	AUTO13	.55
Ik heb de volledige autoriteit om de patiënt te informeren over de risico's van een operatie.	AUTO16	.58
Ik heb de volledige autoriteit om de dag van ontslag voor een patiënt te bepalen.	AUTO17	.56
Ik heb niet de volledige autoriteit om een diagnosticerende test te bestellen. -OMGEPOOLD	AUTO18_R	.60
Ik heb niet de volledige autoriteit om opdrachten te maken voor patiënten. -OMGEPOOLD	AUTO21_R	.49
Ik heb niet de volledige autoriteit om standaarden voor zorg op de afdeling te ontwikkelen/herzien. -OMGEPOOLD	AUTO24_R	.38
Ik heb de volledige autoriteit om de methode voor het leveren van zorg te bepalen.	AUTO30	.47

4.3 Betrouwbaarheidsanalyse

Naast een factoranalyse is het tevens belangrijk om de schaal en de gehele betrouwbaarheid van de vragenlijst te controleren. De interne betrouwbaarheid is gemeten in dit onderzoek. Hiervoor is de test-hertest methode met de Chronbach's alpha gebruikt (Field, 2009). De .7 norm van Field (2009) is aangehouden om de betrouwbaarheid van het meetinstrument te meten.

4.3.1 Resultaten betrouwbaarheidsanalyse

Het meetinstrument kon, kijkend naar de Chronbach's alpha, op basis van de norm van Field (2009) als betrouwbaar worden beschouwd ($\alpha = .85$). Op basis van de betrouwbaarheidsanalyse zijn geen items verwijderd

4.4 Beschrijvende statistiek

In deze paragraaf wordt de data samengevat om deze verder te analyseren. De beschrijvende statistiek bestaat uit het gemiddelde, de standaardafwijking, het minimum en het maximum van de onafhankelijke variabele, de afhankelijke variabele, de modererende variabele en de controlevariabelen. De beschrijvende statistieken staat in tabel III.

Tabel III

Beschrijvende Statistieken van de Theoretische Controlevariabelen, de Onafhankelijke Variabele en de Afhankelijke Variabele

Variabele	N	Mean	SD	Std.E	Min	Max		
Onafhankelijke variabele								
Autonomie								
Artsen	34	3.78	.52	.09	2.69	4.92		
Verpleegkundigen	74	2.94	.63	.07	1.46	4.85		
Totaal	108	3.20	.71	.69	1.46	4.92		
Afhankelijke variabele								
Arbeidstevredenheid								
Artsen	34	4.12	.69	.12	1	5		
Verpleegkundigen	74	4.11	.61	.07	2	5		
Totaal	108	4.11	.63	.06	1	5		
Controlevariabelen								
Relatie met collega's								
Artsen	34	4.35	.54	.09	2	5		
Verpleegkundigen	74	4.39	.54	.06	3	5		
Totaal	108	4.38	.54	.05	3	5		
	N	MBO	HBO	WO (Bachelor)	WO (Master)	WO (PhD)	Anders	Median
Opleidingsniveau								
Artsen	34	0%	0%	0%	70.6%	29.4%	0%	4.00
Verpleegkundigen	74	27%	64.9%	4.1%	4.1%	0%	0%	2.00
Totaal	108	18.5%	44.4%	2.8%	25.0%	9.3%	0%	2.00

Uit de tabel blijkt dat het laagst behaalde opleidingsniveau bij artsen 'WO (master)' is en bij verpleegkundigen 'MBO'. Bij verpleegkundigen is het hoogst behaalde niveau 'WO (Master)' waar 'WO (PhD)' bij artsen de hoogste behaalde opleiding is. Dit laatst behaalde opleidingsniveau was hoger bij artsen dan bij verpleegkundigen. De meeste verpleegkundigen hadden een 'HBO' opleidingsniveau en bij het merendeel van de artsen was dit 'WO (master)'. Voor de relatie met collega's en de arbeidstevredenheid geldt dat de meeste respondenten een goede relatie met hun collega's hadden en arbeidstevreden zijn (respectievelijk $M = 4.38$, $SD = .05$ en $M = 4.11$, $SD = .06$). Tevens is de standaardafwijking klein waaruit een kleine mate van spreiding in de data blijkt.

De verschillen tussen artsen en verpleegkundigen zijn hierbij klein. Het gemiddelde van de items met betrekking tot autonomie ligt lager bij verpleegkundigen dan bij artsen (respectievelijk $M = 2.94$, $SD = .63$ en $M = 3.78$ en $SD = .52$). Tevens is het minimum lager wat betekent dat verpleegkundigen het met meer stellingen ‘Zeer oneens’ of ‘Oneens’ waren. Echter, het maximum bij de items met betrekking tot autonomie ligt hoger bij verpleegkundigen dan bij artsen, hetgeen betekent dat de verpleegkundigen mogelijk meer stellingen met ‘Eens’ of ‘Zeer eens’ beantwoord hebben.

4.5 Correlatie-analyse

Met behulp van een correlatie-analyse en de correlatiecoëfficiënt is er in dit onderzoek gekeken of er sprake is van een positief of negatief verband tussen de variabelen. De meest voorkomende manier om de correlatie te berekenen is met behulp van de *Pearson's correlation coefficient* (r). Er is sprake van een klein effect wanneer $r = .10$, een gemiddeld effect wanneer $r = .30$ en een groot effect wanneer $r = .50$. Bij een negatieve correlatie heeft r een negatieve waarde (Field, 2009).

4.5.1 Resultaten correlatie-analyse

In tabel IV staan de resultaten van de correlatie-analyse. Uit de tabel blijkt dat autonomie significant correleert met arbeidstevredenheid ($r = .23$, $p = .015$). Hetzelfde geldt voor de relatie met collega's ($r = .56$, $p < .001$). Dit betekent dat de arbeidstevredenheid toeneemt, wanneer de autonomie en de relatie met collega's toeneemt en andersom. Verder valt op dat autonomie significant correleert met professionaliteit en het opleidingsniveau (respectievelijk $r = -.55$, $p < .001$ en $r = .53$, $p < .001$). Echter, de correlatie tussen autonomie en professionaliteit is een negatieve significante correlatie en dit betekent dat artsen meer autonomie ervaren dan verpleegkundigen. Er is sprake van een dummy-variabele voor professionaliteit dus zodra ervan de referentiecategorie, arts, verschoven wordt naar die van verpleegkundige neemt de autonomie af. Hetzelfde geldt voor de negatieve significante correlatie tussen professionaliteit en het opleidingsniveau. Artsen hebben een hoger opleidingsniveau dan verpleegkundigen. De controlevariabelen die significant correleerde met de onafhankelijke variabele of de afhankelijke variabele zijn meegenomen in de multipele regressie-analyse. Dit zijn de controlevariabelen ‘Relatie met collega's’ en ‘Opleidingsniveau’

Tabel IV

Correlaties van Onafhankelijke Variabelen, Afhankelijke Variabele en de Controlevariabelen

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Geslacht	-							
2. Leeftijd	-.26**	-						
3. Tijd werkzaam in organisatie	-.10	.79**	-					
4. Autonomie	-.26**	-.07	-.21*	-				
5. Professionaliteit	.48**	-.10	.13	-.55**	-			
6. Arbeidstevredenheid	.09	.01	-.05	.23*	-.01	-		
7. Relatie met collega's	.12	-.19*	-.19*	.12	.03	.56**	-	
8. Opleidingsniveau	-.46**	.20*	.00	.53**	-.84**	-.03	-.04	-

Noot. ** correlatie is significant bij $p < .01$

* correlatie is significant bij $p < .05$

4.6 Multipele regressie

Vervolgens is er een multipele regressie uitgevoerd om te kijken of de afhankelijke variabele voorspeld werd door de onafhankelijke variabele. Hiervoor zijn eerst de assumpties met betrekking tot een multipele regressie gecontroleerd.

4.6.1 Assumpties controleren

Allereerst is de assumptie van normaliteit getest. Dit houdt in dat de fouttermen in het regressiemodel normaal verdeeld moeten zijn. Om dit te verifiëren, is er in dit onderzoek een Shapiro-Wilk test uitgevoerd en een QQ-plot gemaakt. Voor de Shapiro-Wilk test geldt dat een niet significante p-waarde betekent dat de fouttermen normaal verdeeld zijn. Wanneer de fouttermen normaal verdeeld zijn, loopt de QQ-plot redelijk gelijk aan de lineaire lijn (Field, 2009). In dit onderzoek is de assumptie van normaliteit geschonden. De Shapiro-Wilk test liet een significante p-waarde zien ($p < .001$). Uit de QQ-plots voor beiden groepen bleek dat de fouttermen niet normaal verdeeld waren. Het voldoen aan deze assumptie is voornamelijk belangrijk bij kleine steekproeven. Aangezien dit onderzoek voldoende respondenten heeft gebruikt, op basis van het criterium van Field (2009), mag er op basis van de *Central Limit Theorem* worden aangenomen dat er toch voldaan is aan deze assumptie (Kwak & Kim, 2017).

Ten tweede is de lineariteit van het regressiemodel gecontroleerd. Deze assumptie gaat ervan uit dat er een lineaire relatie is tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele. Om deze assumptie te testen is er een spreidingsdiagram gemaakt. Wanneer er door de punten in het diagram een rechte lijn getrokken kan worden, dan is er sprake van een lineair verband. De assumptie van lineariteit wordt dan niet geschonden (Field, 2009). In dit onderzoek is het regressiemodel gedeeltelijk lineair. De data lopen niet geheel langs de lijn in het spreidingsdiagram. Er wordt in dit onderzoek gedeeltelijk voldaan aan de assumptie van lineariteit

Ten derde is er gecontroleerd voor de assumptie van homoskedasticiteit. Dit houdt in dat de variantie van de fouttermen consistent moet zijn (Field, 2009). Kijkend naar het spreidingsdiagram is er niet aan deze assumptie voldaan. Er is geen duidelijk patroon zichtbaar in de data. De significanties die gevonden zijn, moeten hierdoor met enige voorzichtigheid bekeken worden. In dit onderzoek was er sprake van een probleem met betrekking tot heteroskedasticiteit.

Op basis van dit probleem met betrekking tot de heteroskedasticiteit is de afhankelijke variabele 'Arbeidstevredenheid' getransformeerd naar een variabele met drie groepen in plaats van vijf. De meeste respondenten (78) hebben het item met betrekking tot arbeidstevredenheid beantwoord met de vierde antwoordoptie 'Eens'. De eerste drie antwoordopties zijn door zeven respondenten gebruikt om dit item te beantwoorden en de optie 'Zeer eens' is door 23 respondenten gebruikt. Op basis hiervan zijn drie groepen gemaakt waarbij (1) 'Zeer oneens tot niet oneens en niet eens', (2) 'Eens' en (3) 'Zeer eens'. Door deze variabele te transformeren werd de variantie in de fouttermen consistent. Tevens werd het regressiemodel meer lineair. Door het transformeren van deze variabele werd er aan de assumpties van lineariteit en homoskedasticiteit voldaan in dit onderzoek (Bijlage III).

Ten vierde moet er bij een multiple regressie voldaan worden aan de onafhankelijkheid van fouttermen. Om dit te testen kan er gebruik gemaakt worden van de *Durbin-Watson test*. Deze test kijkt naar de correlaties tussen fouttermen. Deze test geeft een resultaat tussen 0 en 4 waarbij 2 aangeeft dat fouttermen niet met elkaar correleren. Een waarde hoger dan 2 betekent dat er sprake is van een negatieve correlatie en een waarde onder de 2 geeft een positieve correlatie weer (Field,

2009). Wanneer de Durbin-Watson test een resultaat laat zien tussen de 1.5 en 2.5 dan is er sprake van onafhankelijke correlaties (Jeong & Jung, 2016). De Durbin-Watson test liet in dit onderzoek een resultaat zien van 2.40. Op basis hiervan is aangenomen dat de observaties onafhankelijk waren en dat er aan deze assumptie is voldaan.

Als laatste is er gecontroleerd voor multicollineariteit. Hierbij is er gekeken of er geen relatie was tussen de onafhankelijke variabelen. Hiervoor is gecontroleerd door te kijken naar de correlaties tussen de variabelen. Wanneer er sprake is van een correlatie van $r > .90$ dan is er sprake van multicollineariteit. Op basis van dit criterium van Field (2009) was er in dit onderzoek geen sprake van multicollineariteit. Deze assumptie werd niet geschonden.

4.6.2 Resultaten multipele regressie-analyse

Om de hypothesen uit dit onderzoek te testen, is er een multipele regressie-analyse met moderatie-analyse uitgevoerd.

De eerste hypothese uit dit onderzoek is: *Er is een positieve invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen.* Deze is getest met behulp van een multipele regressie-analyse. Het regressiemodel met autonomie als onafhankelijke variabele en arbeidstevredenheid als afhankelijke variabele is significant ($F(1, 107) = 7.33, p = .008$). De regressiecoëfficiënt laat zien dat de afhankelijke variabele met .25 toeneemt wanneer de onafhankelijke variabele toeneemt met 1 (Field, 2009). Autonomie heeft in dit model een significante invloed op de arbeidstevredenheid (st.B = .25, SE= .07, $p = .008$). Hierdoor wordt de eerste hypothese aangenomen. De resultaten van de multipele regressie-analyse staan in tabel V.

Om de tweede hypothese uit dit onderzoek te testen, is er een moderatie-analyse uitgevoerd. Deze hypothese luidt als volgt: *Er is een versterkende invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid en deze invloed is sterker bij artsen dan bij verpleegkundigen.* Op basis van de literatuur wordt er in dit onderzoek vanuit gegaan dat de samenhang tussen autonomie en arbeidstevredenheid beïnvloed wordt door professionaliteit (de modererende variabele). Om te onderzoeken of de modererende variabele de relatie tussen de onafhankelijke-

en de afhankelijke variabele versterkt, is er een moderatie-analyse uitgevoerd. Deze hypothese is getest door het creëren van een interactievariabele vanuit de onafhankelijke variabele autonomie en de modererende variabele professionaliteit. Uit model 2 blijkt dat het model met de onafhankelijke variabele autonomie na het toevoegen van de interactievariabele nog steeds significant is ($F(2, 107) = 3.70, p = .028$). Echter, de interactievariabele heeft geen significant effect op de afhankelijke variabele (st.B = .03, SE = .16, $p = .726$). Dit betekent dat professionaliteit geen invloed heeft op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid. De tweede hypothese uit dit onderzoek is hierdoor verworpen. In tabel V zijn de resultaten van de moderatie-analyse in 'Model 2' terug te vinden.

Naast de twee hypothesen is er gekeken naar de invloed van controlevariabelen op het hoofdeffect (Tabel V). De controlevariabelen 'Relatie met collega's' en 'Opleidingsniveau' zijn aan de regressie-analyse toegevoegd op basis van de correlatie-analyse. Het derde model van de multiële regressie-analyse waarin de controlevariabelen zijn toegevoegd, heeft de hoogste F-waarde. Het derde model verklaart de meeste variantie ($R^2 = .35$) en dit model is significant ($F(4, 107) = 15.31, p < .001$). Uit het derde model van de multiële regressie-analyse blijkt dat de controlevariabele 'Opleidingsniveau' geen significante invloed heeft op de afhankelijke variabele (st.B = -.11, SE = .04, $p = .289$). Daarbij blijkt dat de onafhankelijke variabele autonomie nog steeds een positieve significante invloed heeft op de afhankelijke variabele wanneer er controlevariabelen aan het model worden toegevoegd (st.B = .24, SE = .07, $p = .014$). De controlevariabele 'Relatie met collega's' heeft een positieve significante invloed op de afhankelijke variabele (st.B = .54, SE = .08, $p < .001$). De regressiecoëfficiënt laat zien dat de afhankelijke variabele met .54 toeneemt op het moment dat de controlevariabele met 1 toeneemt (Field, 2009). De afhankelijke neemt meer toe wanneer deze controlevariabele toeneemt met 1 dan bij de onafhankelijke variabele.

Tabel V

Resultaten van de Multipele Regressie-Analyse met Moderatie-Analyse

Variabele	Model 1	Model 2	Model 3
	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Controlevariabelen			
Opleidingsniveau			-.11 (.04)
Relatie met collega's			.54 (.08)***
Onafhankelijke variabele			
Autonomie	.25 (.07)**	.25 (.07)*	.24 (.07)*
Interactie variabele			
Autonomie * Professionaliteit		.03 (.16)	.08 (.15)
n	108	108	108
R ²	.06	.05	.35
F	7.33**	3.70*	15.31***
<i>Noot.</i> n = aantal respondenten in steekproef			
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$			

Aangezien de afhankelijke variabele getransformeerd is vanwege een heteroskedasticiteitsprobleem is er nogmaals een regressie-analyse uitgevoerd met de niet-getransformeerde afhankelijke variabele om de robuustheid te controleren. De significantie en de regressie coëfficiënten veranderen minimaal in deze analyse. De regressie bleek robuust voor de non-parametrische verdeling van de afhankelijke variabele (Tabel VI).

Tabel VI

Resultaten van de Multipele Regressie-Analyse voor Controle Robuustheid

Variabele	Model 1	Model 2	Model 3
	β (SE)	β (SE)	β (SE)
Controlevariabelen			
Opleidingsniveau			-.16 (.05)
Relatie met collega's			.52 (.09)***
Onafhankelijke variabele			
Autonomie	.23 (.08)*	.23 (.09)*	.25 (.09)*
Interactie variabele			
Autonomie * Professionaliteit		.02 (.20)	.07 (.18)
n	108	108	108
R ²	.05	.04	.33
F	6.07*	3.03	14.15***

Noot. n = aantal respondenten in steekproef
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

4.7 Hypothesen aannemen of verwerpen

Tabel VII

Hypothesen Overzicht

Hypothese	Aangenomen/Verworpen
Hypothese 1: Er is een positieve invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen.	Aangenomen
Hypothese 2: Er is een versterkende invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid en deze invloed is sterker bij artsen dan bij verpleegkundigen.	Verworpen

5. Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord op basis van de resultaten. Tevens worden de bevindingen toegelicht. Daarnaast worden theoretische, methodologische en praktische implicaties beschreven en dit hoofdstuk wordt afgesloten met de limitaties van dit onderzoek.

5.1 Conclusie

In dit onderzoek is getracht antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *“In hoeverre beïnvloedt autonomie de arbeidstevredenheid en wat is de rol van professionaliteit van artsen en verpleegkundigen hierin?”* Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag zijn er verschillende analyses uitgevoerd. Op basis van de bevindingen kunnen de hypothesen aangenomen en verworpen worden. De onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van de empirische deelvragen.

5.1.1 Empirische deelvraag 1: Welke invloed heeft autonomie op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen?

De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat autonomie een positieve significante invloed heeft op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Dit is in lijn met de eerste hypothese van dit onderzoek. De eerste hypothese uit dit onderzoek is hierdoor aangenomen. Het model waarin autonomie werd toegevoegd aan de regressie-analyse was significant ($F(1, 107) = 7.33, p = .008$). Tevens was de invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid positief en significant (st.B = .25, SE= .07, $p = .008$). Kortom, autonomie heeft een positieve significante invloed op de arbeidstevredenheid

5.1.2 Empirische deelvraag 2: Welke rol speelt professionaliteit in de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid?

De tweede hypothese ging uit van een versterkende invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid. Hierbij werd ervan uitgegaan dat deze invloed sterker zou zijn bij artsen dan verpleegkundigen. Echter, de resultaten uit dit onderzoek laten geen significante invloed van de modererende variabele (professionaliteit) op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid zien (st.B = .03, SE = .16, $p = .726$). De tweede hypothese wordt

hierdoor verworpen. Het antwoord op deze empirische deelvraag is dat er geen significante invloed is van professionaliteit. Professionaliteit speelt geen rol in de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid.

5.1.3 Onderzoeksvraag: Concluderend

Op basis van de antwoorden op de empirische deelvragen kan er een antwoord geformuleerd worden op de onderzoeksvraag. Concluderend, is het antwoord op de onderzoeksvraag dat autonomie een positieve invloed heeft op de arbeidstevredenheid bij artsen en verpleegkundigen. Tevens wordt er op basis van de resultaten geconcludeerd dat professionaliteit geen rol speelt in deze relatie.

5.2 Discussie

5.2.1 Theoretische implicaties

Eerst is er gekeken naar het significante effect van autonomie op arbeidstevredenheid ($st.B = .25$, $SE = .07$, $p = .008$). Deze resultaten laten zien dat de autonomie bij beide groepen een positieve significante invloed heeft op de arbeidstevredenheid. Het zelf kunnen inrichten van de werkzaamheden heeft een positieve invloed op de arbeidstevredenheid. Dit komt overeen met het onderzoek van Labrague et al. (2019) waarin autonomie omschreven wordt als vitaal element voor de arbeidstevredenheid. Dit is tevens in lijn met verschillende onderzoeken en literatuurstudies (Al Maqbali, 2015; Bjork et al., 2007; Iliopoulou & While, 2010; Morgan & Lynn, 2009; Zangaro & Soeken, 2007). Op basis van deze gevonden positieve invloed kan er bijgedragen worden aan de kloof in de literatuur doordat dit onderzoek geschaard kan worden onder de onderzoeken die de positieve invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid bevestigen. Hiertegenover stonden de onderzoeken van Dimeglio et al. (2005), Lee (1998) en Evers et al. (2006). De onderzoeken van Dimeglio et al. (2005) en Lee (1998) vonden geen invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen. In het onderzoek van Evers et al. (2006) werd een negatieve invloed gevonden. Echter, de onderzoeken van Dimeglio et al. (2005) en Lee (1998) zijn niet in de Nederlandse zorgcontext uitgevoerd en het onderzoek van Evers et al. (2006) is niet uitgevoerd onder zorgprofessionals. In dit onderzoek worden de bevindingen uit deze onderzoeken tegengesproken. Echter, dat in dit onderzoek de positieve significante invloed van autonomie op

arbeidstevredenheid gevonden is, kan komen door het verschil in onderzoeksgroep en het verschil in context.

Ten tweede is er een niet-significante invloed van professionaliteit op de relatie van autonomie en arbeidstevredenheid te zien. Dit betekent dat professionaliteit geen invloed heeft op deze relatie en dat deze invloed tevens niet sterker was bij artsen dan bij verpleegkundigen. Dit is opvallend, omdat in de literatuur een duidelijk verschil in de professionaliteit van artsen en verpleegkundigen naar voren komt (Gentile, 2016; Kwakman, 1999; Labrague et al., 2019; Noordegraaf, 2015; Tyssen et al., 2013). De verschillende geraadpleegde bronnen laten zien dat het beroep van artsen meer geprofessionaliseerd is en dat artsen meer autonomie tot hun beschikking zouden moeten hebben dan verpleegkundigen. Dit werd dan ook verwacht in dit onderzoek. Echter, de invloed van professionaliteit is in dit onderzoek niet gevonden.

Een mogelijke verklaring voor dit afwijkende resultaat is dat er in de zorg steeds meer zelfsturende teams ontstaan (Maurits, De Veer & Francke, 2016). Dit houdt in dat de leden van een team gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van taken en dat de supervisie minimaal is (Visser & Bunjes, 1995). Hierdoor kan het zo zijn dat het verschil in professionaliteit en daarmee gepaard gaande verschil in autonomie en arbeidstevredenheid tussen artsen en verpleegkundigen niet gevonden werd en niet zo groot is als werd verwacht, omdat verpleegkundigen langzaam steeds meer autonomie krijgen op de werkvloer. In dit onderzoek is de professionaliteit gemeten aan de hand van de functies van de respondenten en is er niet gekeken naar de verschillen in professionaliteit binnen teams. Vervolgonderzoek zou de professionaliteit binnen een team kunnen bevragen, want binnen de functies in deze teams bevinden zich mogelijk verschillen in de mate van professionaliteit. Professionaliteit gaat mogelijk verder dan een functie en vervolgonderzoek zou de professionaliteit kunnen bevragen met verschillende items. In plaats van het vragen naar een functie zou vervolgonderzoek items kunnen gebruiken die overeenkomen met de definitie en de vier kenmerken van professionaliteit van Zuurmond & De Jong (2010). Wanneer er meerdere items gebruikt worden om de professionaliteit te bevragen, kan er bepaald worden of een respondent aan deze kenmerken voldoet en kan de professionaliteit beoordeeld worden.

Tevens zijn er mogelijk twee methodologische verklaringen voor het feit dat professionaliteit geen invloed heeft op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid in dit onderzoek. De eerste methodologische verklaring hiervoor zou het verschil in het aantal respondenten per groep kunnen zijn. Ondanks dat voldoende respondenten de vragenlijst hebben ingevuld, was de verdeling tussen artsen en verpleegkundigen ongelijk. Er hebben minder artsen (34) dan verpleegkundigen (74) de vragenlijst ingevuld. De invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid is niet gevonden, omdat er mogelijk niet voldoende respondenten per groep beschikbaar waren. Vervolgonderzoek zou dit kunnen toetsen door twee evenredige groepen van respondenten te gebruiken.

Een andere methodologische verklaring voor de niet-significante invloed van professionaliteit op de relatie tussen autonomie en arbeidstevredenheid is dat de oorspronkelijke vragenlijst van Blegen et al. (1993) ontwikkeld is voor verpleegkundigen. Hierdoor waren meerdere stellingen, ondanks de aanpassingen in dit onderzoek, mogelijk niet geschikt om de autonomie onder artsen te bevragen en te meten. Hierdoor is het mogelijk dat de antwoorden van de artsen een vertekend beeld weergeven, omdat de artsen verplicht werden om de items te beantwoorden. Vervolgonderzoek zou het verschil in autonomie en arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen in kaart kunnen brengen door verschillende vragenlijsten per groep respondenten te gebruiken. Mogelijk sluit een andere vragenlijst beter aan bij de werkzaamheden van artsen.

Ten slotte is de significante invloed van de controlevariabele 'Relatie met collega's' op arbeidstevredenheid opvallend. Ondanks dat er in dit onderzoek een positieve invloed van autonomie op de arbeidstevredenheid gevonden is, is het belangrijk om tevens naar de significante invloed van de controlevariabele 'Relatie met collega's' te kijken ($st.B = .54$, $SE = .08$, $p < .001$). Deze gevonden positieve significante invloed is in lijn met het onderzoek van De Oliveira Vasconcelos Filho et al. (2016) en de literatuurstudie van Al Maqbali (2015). Hierin wordt gesteld dat de relatie met collega's een factor in de organisatie is die van grote invloed is op de arbeidstevredenheid. Uit de bevindingen in dit onderzoek blijkt dat context een bepalende factor is voor de arbeidstevredenheid. Autonomie is een factor die samenhangt met het individu binnen

een organisatie (Hackman & Oldham, 1980). Echter, de positieve significante invloed van de relatie met collega's op arbeidstevredenheid laat zien dat er verder gekeken moet worden dan de persoonsgerelateerde factoren. Er is meer dan alleen autonomie als het gaat om de factoren die van invloed zijn op de arbeidstevredenheid (Al Maqbali, 2015). Op basis van de resultaten in dit onderzoek kan er bijgedragen worden aan het ter discussie staande model voor de factoren die van invloed zijn op de arbeidstevredenheid (Lu et al., 2011). Vervolgonderzoek zou de relatie met collega's verder kunnen uitdiepen om de significante invloed op arbeidstevredenheid te kunnen verklaren. Dit zou gedaan kunnen worden met behulp van een kwalitatieve onderzoeksmethode, zoals interviews. Met behulp van interviews kunnen de ervaringen en belevingen van de relaties met collega's die invloed hebben op arbeidstevredenheid in kaart gebracht worden (Boeije, 2010).

5.2.2 Methodologische implicaties

Naast de theoretische implicaties wordt er getracht om tevens een methodologische bijdrage te leveren. Op basis van de factoranalyse zijn er 27 items uit de oorspronkelijke vragenlijst van Blegen et al. (1993) verwijderd, omdat deze niet voldoende laden om het construct autonomie te meten. Ondanks dat de oorspronkelijke vragenlijst omgevormd is naar de onderzoeksgroep is het opvallend dat er uit een bestaand meetinstrument veel items verwijderd moesten worden. De respondenten uit dit onderzoek zijn belast met het beantwoorden van niet bruikbare items. Dit roept de vraag op of deze vragenlijst een geschikt instrument is om de autonomie onder verpleegkundigen te bevragen en te meten. De vragenlijst van Blegen et al. (1993) is ontwikkeld voor en door verpleegkundigen werkzaam op afdelingen in ziekenhuizen buiten de Nederlandse zorgsector. Hierdoor is het mogelijk dat de vragenlijst niet passend was voor het bevragen van autonomie onder de respondenten uit dit onderzoek, omdat deze respondenten werkzaam waren bij verschillende zorgorganisaties in Nederland. Tevens bestond de onderzoeksgroep niet enkel uit verpleegkundigen. Uit een onderzoek van De Jonge (1995) blijkt dat werkautonomie onder zorgprofessionals in Nederland bevestigd kan worden met behulp van 10 items. Vervolgonderzoek zou de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument van De Jonge (1995) kunnen controleren. Mogelijk is dit instrument meer passend voor het bevragen van de autonomie onder Nederlandse artsen en verpleegkundigen.

5.2.3 Limitaties van dit onderzoek

Een limitatie van dit onderzoek heeft betrekking op de endogeniteit. Dit houdt in dat het onderzoek herhaald zou kunnen worden op een ander moment in de tijd om te kijken of de resultaten standhouden en of er geen andere factoren van invloed zijn op de gevonden resultaten. In dit onderzoek is geprobeerd om deze beperking te ondervangen met behulp van controlevariabelen. Deze controlevariabelen zijn aan de analyses toegevoegd om te kijken of deze van invloed waren op de afhankelijke variabele in dit onderzoek. Daarnaast wordt verwacht dat het moment van afname van de vragenlijst bij de respondenten een beperkte invloed had op de resultaten, omdat de reguliere zorg weer naar het niveau van voor de coronapandemie gaat (Ajrovic, 2022). Hierdoor wordt er verwacht dat de resultaten die nu verzameld zijn niet veel verschillen wanneer de vragenlijst na verloop van tijd opnieuw afgenomen wordt. Tevens is het herhalen van dit onderzoek niet ethisch verantwoord. Zoals beschreven, komen zorgprofessionals tijd tekort om hun werkzaamheden naar behoren en naar wens uit te kunnen voeren (SER, 2020; Van der Schier, 2019; Visser, 2020). Wanneer er aan deze professionals gevraagd zou worden om de vragenlijst nogmaals in te vullen, na verloop van tijd, dan zou deze groep opnieuw belast worden. In dit onderzoek is ervoor gekozen om dit niet te doen wegens ethische overwegingen.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de causaliteit. Dit was echter niet het doel van dit onderzoek. De onderzoeksvraag in dit onderzoek was tevens niet gericht op het aantonen van causaliteit tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele. In dit onderzoek is aangetoond dat autonomie en arbeidstevredenheid samenhangen. Dit is een beperking voor de conclusies die getrokken worden uit dit onderzoek, omdat alleen samenhang aangetoond kan worden. Er kan in dit onderzoek niks gezegd worden over hoe de variabelen elkaar beïnvloeden. Vervolgonderzoek kan kijken naar de causale relatie tussen deze twee variabelen om te verklaren hoe deze elkaar beïnvloedden en welke kant de relatie op werkt. Dit zou gedaan kunnen worden met behulp van een experimenteel onderzoeksdesign (Bryman, 2016).

Een derde beperking van dit onderzoek heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de resultaten in Nederland en buiten de Nederlandse zorgsector. De assumptie van lineariteit werd in

eerste instantie gedeeltelijk geschonden en is na de transformatie van de variabele ‘arbeidstevredenheid’ verbeterd. Het schenden van deze assumptie heeft invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten (Field, 2009). De resultaten zullen hierdoor met enige voorzichtigheid gegeneraliseerd moeten worden. Daarbij komt dat de steekproef net groot genoeg was volgens de formule van Field (2009), echter een grotere groep respondenten had bij kunnen dragen aan de generaliseerbaarheid van de resultaten. Vervolgonderzoek kan dit onderzoek op grotere schaal uitvoeren waardoor de resultaten mogelijk beter gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele populatie van Nederlandse artsen en verpleegkundigen.

Daarnaast is dit onderzoek mogelijk niet te generaliseren naar derdewereldlanden vanwege verschillen met de Nederlandse zorgsector. In deze landen is het aanbod van zorg beperkt en duur. De kwaliteit van de zorg is laag en daardoor is het personeel ongemotiveerd (Develtere, Doyen & Fonteneau, 2004). In deze landen gaat de conclusie van het onderzoek van Evers et al. (2006) beter op. Hierin wordt gesteld dat meer autonomie, terwijl daar geen behoefte aan is, leidt tot minder arbeidstevredenheid. De resultaten uit dit onderzoek zijn hierdoor niet generaliseren naar deze context, omdat de zorgprofessionals werkzaam in derdewereldlanden te veel autonomie hebben en veel zelf moeten organiseren. De arbeidstevredenheid neemt in deze situaties niet toe. Deze professionals zijn ongemotiveerd en in deze context is het daardoor mogelijk dat autonomie geen positieve significante invloed heeft op de arbeidstevredenheid. Mogelijk zijn de resultaten uit dit onderzoek beter te generaliseren naar een vergelijkbare context, bijvoorbeeld Zwitserland. Dit zorgstelsel heeft meer raakvlakken met dat van Nederland (Van Kleef, Schut & Van De Ven, 2014). Beiden zijn grotendeels publiek georganiseerd en staan hoog aangeschreven. Mogelijk zijn de resultaten uit dit onderzoek beter te generaliseren naar een vergelijkbare context. De inrichting van zorg komt overeen waardoor de hoeveelheid beschikbare autonomie mogelijk gelijk is en dit mogelijk dezelfde positieve significante invloed heeft op de arbeidstevredenheid. Vervolgonderzoek zou de generaliseerbaarheid van de resultaten kunnen bevestigen of ontkrachten door dit onderzoek in vergelijkbare contexten te repliceren.

5.2.4 Implicaties voor de praktijk

Tevens zijn er twee implicaties voor de praktijk die voortkomen uit de bevindingen van dit onderzoek.

De eerste implicatie voor de praktijk is dat het van belang is dat leidinggevende binnen zorgorganisaties weten dat autonomie een positieve invloed heeft op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen. Uit het rapport van de SER (2020) bleek dat het van belang is dat er aangestuurd moet worden op meer autonomie binnen de zorg. Nu uit dit onderzoek tevens blijkt dat autonomie een factor is die van invloed is op de arbeidstevredenheid van artsen en verpleegkundigen wordt de noodzaak van het bevorderen van autonomie onder professionals opnieuw duidelijk. Zodra bij leidinggevenden bekend is dat deze factor van invloed is op de arbeidstevredenheid kan er aangestuurd worden op een autonomie bevorderend beleid. Hiermee wordt bedoeld dat leidinggevenden in kaart kunnen brengen wie welke taken uitvoert en waar de verantwoordelijkheid van bepaalde taken en beslissingen ligt. Misschien kunnen er wel meer taken van de leidinggevenden verschoven worden naar de professionals om de autonomie te bevorderen. Of misschien is het zo zijn dat de professionals misschien te veel taken hebben waardoor hun autonomie in het gedrang komt.

Naast het belang van het bevorderen van autonomie binnen zorgorganisaties is het belangrijk om de relaties van collega's onderling te bevorderen om bij te dragen aan de arbeidstevredenheid onder artsen en verpleegkundigen. Als leidinggevende is het belangrijk om deze relaties in kaart te brengen, te kijken waar de knelpunten zitten en om deze relaties te verbeteren waar nodig. Leidinggevenden van zorgorganisaties kunnen dit doen door in te zetten op *team building*. Team building helpt individuen om gezamenlijk om te gaan met alle problemen en ontwikkelingen binnen een bedrijf (Liebowitz & De Meuse, 1982). Wanneer de relaties met collega's goed zijn en wanneer men deze als prettig ervaart, zal de arbeidstevredenheid verbeteren binnen een zorgorganisatie (De Oliveira Vasconcelos Filho et al. 2016).

Referenties

- Ajrovic, S. (2022, 5 april). Reguliere zorg gaat weer in de richting van normaal niveau nu coronabesmettingen verder afnemen. *De Volkskrant*. Geraadpleegd op 30 mei 2022, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/reguliere-zorg-gaat-weer-in-de-richting-van-normaal-niveau-nu-coronabesmettingen-verder-afnemen~b6aa68c5/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Al Juhani, A. M., & Kishk, N. A. (2006). Job satisfaction among primary health care physicians and nurses in Al-madinah Al-munawwara. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 81(3-4), 165-180.
- Al Maqballi, M. A. (2015). Factors that influence nurses' job satisfaction: a literature review. *Nursing management*, 22(2). <https://doi.org/10.7748/nm.22.2.30.e1297>
- Anderson, R. A., & McDaniel Jr, R. R. (2000). Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health care management review*, 83-92.
- Baltesen, F. (2022, 17 mei). Kuipers: Bij nieuwe coronagolf is er te weinig zorgpersoneel. *Skipr*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.skipr.nl/nieuws/kuipers-bij-nieuwe-coronagolf-is-er-te-weinig-zorgpersoneel/>
- BBC (2021, 17 maart). Brazil health service in 'worst crisis in its history'. News. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56424611>
- Bijl, D. (2009). Aan de slag met Het Nieuwe Werken. Par CC: Zeewolde.
- Bjork, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Torstad, S., & Hamilton, G. A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 747-757. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.002>
- Blegen, M. A., Goode, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., & Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00269.x>
- Boeije, H. R. (2010). *Analysis in qualitative research*. London, UK: Sage
- Brinkman, J. H. M. (2000). *De vragenlijst*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford University Press

- Budding, A. (2021, 21 april). Nieuw onderzoek biedt inzicht in belangrijkste oorzaken burn-outs onder zorgpersoneel. *Medicalfacts*. Geraadpleegd op 14 maart 2022, van <https://www.medicalfacts.nl/2021/04/21/nieuw-onderzoek-biedt-inzicht-in-belangrijkste-oorzaken-burn-outs-onder-zorgpersoneel/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (CBS). (2017). Drie keer zoveel verpleegkundigen als artsen. Geraadpleegd op 29 maart, 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/19/drie-keer-zoveel-verpleegkundigen-als-artsen>
- Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of nursing management*, 22(7), 855-871. <https://doi.org/10.1111/jonm.12028>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Johnston, S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *The Lancet*, 356(9224), 156-159. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02458-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02458-2)
- De Boer, N. (2020). How Do Citizens Assess Street-Level Bureaucrats' Warmth and Competence? A Typology and Test. *Public Administration Review*, 80(4), 532-542. <https://doi.org/10.1111/puar.13217>
- De Jong, M. (2007, June 25). De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Bachelor scripties (iBMG). Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/2105/4422>
- De Jonge, J. (1995). Job autonomy, well-being, and health: *a study among Dutch health care workers*. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19960125jj>
- De Oliveira Vasconcelos Filho, P., de Souza, M. R., Elias, P. E. M., & D'Ávila Viana, A. L. (2016). Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. *Human resources for health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0169-9>
- De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Nivel.
- Develtere, P., Doyen, G., & Fonteneau, B. (2004). Microverzekeringen en gezondheidszorg in derdewereldlanden Over de grenzen heen. *Horizonten*. Cera Foundation. Leuven.
- DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., & Corry, K. (2005). Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110-120.

- EPSU. (2022, 25 februari). Staff shortages in health increase across Europe. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.epsu.org/article/staff-shortages-health-increase-across-europe>
- Emanuel, E. J., & Pearson, S. D. (2012). Physician autonomy and health care reform. *Jama*, *307*(4), 367-368. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.19>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, *5*(1), 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Evers, M., Ybema, J. F., & Smulders, P. (2006). Arbeidstevredenheid: gevolg van werkkenmerken, werkwaarden of beide?. *Gedrag & Organisatie*, *19*(1).
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*, Third Edition.
- Fierlbeck, K., Gardner, W., & Levy, A. (2018). New public governance in health care: health technology assessment for Canadian pharmaceuticals. *Canadian Public Administration*, *61*(1), 45-64. <https://doi.org/10.1111/capa.12253>
- Fowler Jr, F. J., & Fowler, F. J. (1995). *Improving survey questions: Design and evaluation*. Sage.
- Gentile, P. (2016). The professional status of public service interpreters. A comparison with nurses. *FITISPos International Journal*, *3*, 174-183.
- Graham, J. (2022, 3 februari). Pandemic-Fueled Shortages of Home Health Workers Strand Patients Without Necessary Care. KHN. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://khn.org/news/article/pandemic-fueled-home-health-care-shortages-strand-patients/>
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hood, C. (1991). 'A public management for all seasons', *Public Administration*, *69*, 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Howsam, R. B. (1985). *Educating a Profession*. Reprint with Postscript 1985. Report of the Bicentennial Commission on Education for the Profession of Teaching of the American Association of Colleges for Teacher Education.

- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of applied psychology, 92*(5), 1332-1356.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.5.1332>
- Iliopoulou, K. K., & While, A. E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of advanced nursing, 66*(11), 2520-2531.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x>
- Jeong, Y., & Jung, M. J. (2016). Application and interpretation of hierarchical multiple regression. *Orthopaedic Nursing, 35*(5), 338-341.
<https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000279>
- Kapteyn, B. (2001) Professionele organisaties. In: Organisatietheorie voor non-profit. Methodisch werken. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-313-9297-1_18
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31-36.
<https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kellogg, K. C. (2019). Subordinate activation tactics: Semi-professionals and micro-level institutional change in professional organizations. *Administrative Science Quarterly, 64*(4), 928-975. <https://doi.org/10.1177/0001839218804527>
- Kieskamp, W. (2020, 10 november). Onderzoek: Zorg is topsport, maar zorgpersoneel wordt niet zo behandeld. *Trouw*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://www.trouw.nl/zorg/onderzoek-zorg-is-topsport-maar-zorgpersoneel-wordt-zo-niet-behandeld~b0f6cf57/>
- Kim, B., Liu, L., Ishikawa, H., & Park, S. H. (2019). Relationships between social support, job autonomy, job satisfaction, and burnout among care workers in long-term care facilities in Hawaii. *Educational Gerontology, 45*(1), 57-68.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1580938>
- Konrad, T. R., Williams, E. S., Linzer, M., McMurray, J., Pathman, D. E., Gerrity, M., Schwartz, M. D., Scheckler, W. E., Van Kirk, J., Rhodes, E., & Douglas, J. (1999). Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. *Medical care, 37*(11), 1174-1182.

- Kwak, S. G., & Kim, J. H. (2017). Central limit theorem: the cornerstone of modern statistics. *Korean journal of anesthesiology*, 70(2), 144–156.
<https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.144>
- Kwakman, C. H. E. (1999). *Leren van docenten tijdens de beroepsloopbaan. Studies naar professionaliteit op de werkplek in het voortgezet onderwijs*. [Proefschrift, Universiteit Nijmegen].
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., & Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, 25(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12711>
- Lamberth, B., & Comello, R. J. (2005). Identifying elements of job satisfaction to improve retention rates in healthcare. *Radiology management*, 27(3), 34-38.
- Lapsley, I. (1999). ‘Accounting and the new public management: instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity’, *Financial accountability & Management*, 15(3), 201-207. <https://doi.org/10.1111/1468-0408.00081>
- Lee, F. K. (1998). Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 355–363. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00527.x>
- Liebowitz, S. J., & De Meuse, K. P. (1982). The application of team building. *Human Relations*, 35(1), 1-18. <https://doi.org/10.1177/001872678203500102>
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage.
- Litsenburg, C. (2019). Groot deel zorgprofessionals ontevreden in hun werk. *fmt Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 5 april 2022, van <https://fmtgezondheidszorg.nl/groot-deel-zorgprofessionals-ontevreden-in-hun-werk/>
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), 1017-1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
- Maes, A., Ummelen, M. M. N., & Hoeken, H. (1996). *Instructieve Teksten. Analyse, Ontwerp en Evaluatie*. Bussum: Dick Coutinho

- Maurits, E., De Veer., & Francke, A. (2016). Zelfsturing in de thuiszorg geeft meer beslissingsvrijheid en aantrekkelijker werk: Survey onder verpleegkundigen en verzorgenden. *Verpleegkunde: 31(2)*, 13-19.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2000). State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of public administration research and theory*, *10(2)*, 329-358.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024272>
- Mintzberg, H. (1983). *Power In and Around Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall
- Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren* (tweede editie). Pearson Benelux B.V.
- Morgan, C., & Lynn, R. (2009) Satisfaction in nursing in the context of shortage. *Journal of Nursing Management*, *17(3)*, 401-410. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00842.x>
- Murphy, M., & Skillen, P. (2015). The politics of time on the frontline: Street level bureaucracy, professional judgment, and public accountability. *International Journal of Public Administration*, *38(9)*, 632-641. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.952823>
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of occupational and organizational psychology*, *75(1)*, 77-86.
<https://doi.org/10.1348/096317902167658>
- Nebehay, S. (2021, 10 december). Global shortage of nurses set to grow as pandemic enters third year. *Reuters*. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van
<https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/global-shortage-nurses-set-grow-pandemic-enters-third-year-group-2021-12-10/>
- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European journal of social psychology*, *15(3)*, 263-280. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420150303>
- Neuman, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches: Pearson New International Edition*. Pearson Education Limited.
- Nieuwenhuis, M. (2020, 27 juni). Zorgpersoneel uitgeput door coronacrisis: ‘Ze behandelen je echt als dienstmeid’. *Het Algemeen Dagblad*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van
<https://www.ad.nl/binnenland/zorgpersoneel-uitgeput-door-coronacrisis-ze-behandelen-je-echt-als-dienstmeid~aa3452b9/>

- Nieuwenhuis, M., & Van Gaalen, E. (2021, 9 juni). Inhaalzorg op losse schroeven door uitgeput personeel: 'We zijn er niet met een paar weekjes vakantie'. *Het Parool*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.parool.nl/nederland/inhaalzorg-op-losse-schroeven-door-uitgeput-personeel-we-zijn-er-niet-met-een-paar-weekjes-vakantie~baf615d6/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A. M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1498-1508. <https://doi.org/10.1111/jan.14342>
- Noordegraaf, M. (2015). *Public Management. Performance, Professionalism, Politics*. London: Palgrave McMillan.
- Noordegraaf, M., & Schiffelers, M. (2016). REDEN TOT ZORG?! Kritische reflectie op ongenoegens onder zorgprofessionals. Een essay op verzoek van de Raad van de Volksgezondheid en samenleving ter voorbereiding van zijn congres. Utrecht: USBO (Universiteit van Utrecht).
- NOS Nieuws. (2021, 1 december). Een op de tien ziekenhuismedewerkers zit thuis: 'Vicieuze cirkel'. Geraadpleegd op 14 maart 2022, van <https://nos.nl/artikel/2407794-een-op-de-tien-ziekenhuismedewerkers-zit-thuis-vicieuze-cirkel>
- NOS Nieuws. (2022, 20 januari). Onderzoek: tekort aan zorgpersoneel op lange termijn alleen maar groter. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://nos.nl/artikel/2413851-onderzoek-tekort-aan-zorgpersoneel-op-lange-termijn-alleen-maar-groter>
- O'Leary, P., Wharton, N., & Quinlan, T. (2009). Job satisfaction of physicians in Russia. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 22(3), 221-231. <https://doi.org/10.1108/09526860910953502>
- Papathanassoglou, E. D., Karanikola, M. N., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 41-52. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012205>

- Pathman, D. E., Konrad, T. R., Williams, E. S., Scheckler, W. E., Linzer, M., & Douglas, J. (2002). Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract, 51*(7), 593.
- Price, J. L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower, 22*(7), 600–624. <https://doi.org/10.1108/EUM00000000006233>
- Ransing, A. (2013). *De invloed van Excellente Zorg op de arbeidstevredenheid van verpleegkundigen: een casestudy naar de invloed van Excellente Zorg, autonomie en feedback op de arbeidstevredenheid van de verpleegkundigen van het Delta Psychiatrisch Centrum*. [Master Thesis, Erasmus Universiteit].
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist, 55*(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Serv Research, 19*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3841-z>
- Scarpello, V., & Campbell, J. P. (1983). Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology, 36*(3), 577–600. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1983.tb02236.x>
- Schepers, I. J. M. (2014). *De waarde van flexgoed. Een onderzoek naar de financiële implicaties van flexibiliteit in kantoren*. [Master Thesis, TU Eindhoven].
- Sociaal-Economische Raad (SER). (2020). *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Verkenning 20/02*.
- Shirom, A., Nirel, N., & Vinokur, A. D. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of occupational health psychology, 11*(4), 328-342. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.4.328>
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences, 3*, Sage.
- Spector, P. E. (2019). Do not cross me: Optimizing the use of cross-sectional designs. *Journal of Business and Psychology, 34*(2), 125-137. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-09613-8>

- Stoker, G. (2006). Public value management: A new narrative for networked governance?. *The American review of public administration*, 36(1), 41-57.
<https://doi.org/10.1177/0275074005282583>
- Suárez, M., Asenjo, M. B. A. M., & Sánchez, M. (2017). Job satisfaction among emergency department staff. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(1), 31-36.
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.09.003>
- Taylor, J., Bradley, S., & Nguyen, A. N. (2003). *Job autonomy and job satisfaction: new evidence*. Working Paper. The Department of Economics, Lancaster University.
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.
<https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841978>
- Tyssen, R., Palmer, K. S., Solberg, I. B., Voltmer, E., & Frank, E. (2013). Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC health services research*, 13(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-516>
- UMCG. (2017, 31 oktober). Verschillende factoren bepalen tevredenheid artsen over hun werk. Geraadpleegd op 5 april 2022, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Paginas/werktevreedenheid-artsen.aspx>
- Van den Berge, M. (2021, 17 september). Zorg loopt leeg door werkdruk: 'Zorgmedewerkers zijn op'. *Metro*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.metronieuws.nl/in-het-nieuws/binnenland/2021/09/leegloop-zorg/#:~:text=Vertrekgolf%20zorg,is%20kwijtgeraakt%20omdat%20ze%20opstapten>.
- Van den Dool, P. (2022, 13 juni). Minister Kuipers heeft qua corona grote ambities, maar kampt met oude problemen. *NRC*. Geraadpleegd op 16 juni 2022, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/06/13/minister-kuipers-heeft-qua-corona-grote-ambities-maar-kampt-met-oude-problemen-a4133280>

- Van der Schier, M. (2019, 4 juni). Veel burn-outs onder jonge zorgmedewerkers: 'Soms is het nodig om even egoïstisch te zijn'. *Algemeen Dagblad*. Geraadpleegd op 14 maart 2022, van <https://www.ad.nl/werk/veel-burn-outs-onder-jonge-zorgmedewerkers-soms-is-het-nodig-om-even-egoïstisch-te-zijn~a9b3fad3/149876718/>
- Van Kleef, R., Schut, E., & Van de Ven, W. (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Rossem, R. (2010). Dummyvariabelen in meervoudige regressie: een inleiding voor sociale wetenschappers. *CST E-DOCUMENTEN*, 1, 1-31.
- Varjus, S. L., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings—a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201-207. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00819.x>
- Verhoeven, N. (2007). Wat is onderzoek. *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger*.
- Visser, M. (2020, 20 augustus). Straks hebben we misschien wel bedden maar geen zorgpersoneel voor een tweede golf. *Trouw*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://www.trouw.nl/zorg/straks-hebben-we-misschien-wel-bedden-maar-geen-zorgpersoneel-voor-een-tweede-golf~b04a3efc/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Visser, C., & Bunjes, A. (1995). Zelfsturende teams. Kluwer handboek methoden, technieken en analyses.
- WHO. (2009, 24 juni). Health workforce: The health workforce crisis. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/q-a-on-the-health-workforce-crisis>
- Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., Gerrity, M. and Schwartz, M. (2001), "Understanding physicians: Intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health", *Advances in Health Care Management*, 2, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, 243-262. [https://doi.org/10.1016/S1474-8231\(01\)02029-8](https://doi.org/10.1016/S1474-8231(01)02029-8)

- Wolf, M. G. (1970). Nedd gratification theory: A theoretical reformulation of job satisfaction/dissatisfaction and job motivation. *Journal of Applied Psychology*, 54(1, Pt.1), 87–94. <https://doi.org/10.1037/h0028664>
- Wouters, E., & Aarts, S. (2016). Kwantitatief versus kwalitatief onderzoek. *Podosophia*, 24(1), 16-18. <https://doi.org/10.1007/s12481-016-0110-0>
- Yin, J. C. T., & Yang, K. P. A. (2002). Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *International journal of nursing studies*, 39(6), 573-581. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00018-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00018-9)
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L., 2007. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30(4), 445–458. <https://doi.org/10.1002/nur.20202>
- Zhu, Y. (2013). A review of job satisfaction. *Asian Social Science*, 9(1), 293.
- Zuurmond, A., & de Jong, J. (2010). De professionele professional. *De andere kant van het debat over ruimte voor professionals*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Bijlagen

Bijlage I. Vragenlijst

Items Vragenlijst Onderverdeeld in Deelconstructen

Item	Uitgeschreven item	Naam output	
Q1.	Informed consent		Q1
Controlevariabelen			
Q2	Wat is uw geslacht? - Man - Vrouw - Anders	Geslacht	Q2
Q3	Hoe oud bent u? - Leeftijd (in jaren)	Leeftijd	Q3
Q4.	Bij welke organisatie bent u werkzaam?	Organisatie	Q4
Q5.	Hoe lang bent u al werkzaam binnen deze organisatie? - Tijd werkzaam binnen de organisatie (in jaren)	JareninOrg	Q5
Onafhankelijke variabele: Autonomie			
<i>Patiëntenzorg</i>			
Q6	Ik heb de volledige autoriteit om patiënten zelfverzorgende activiteiten aan te leren.	AUTO1	Q6_1
Q7.	Ik heb de volledige autoriteit om het vallen van patiënten te voorkomen.	AUTO2	Q6_2
Q8.	Ik heb de volledige autoriteit om patiënten gezondheidsbevorderende activiteiten aan te leren.	AUTO3	Q6_3
Q9.	Ik heb niet de volledige autoriteit om beslissingen te maken met betrekking tot pijnbestrijding.	AUTO4	Q6_4
Q10.	Ik heb de volledige autoriteit om te beslissen wanneer er aan patiënten zorg verleend moet worden.	AUTO5	Q6_5

Q11.	Ik heb de volledige autoriteit om huidbeschadiging bij patiënten te voorkomen.	AUTO6	Q6_6
Q12.	Ik heb niet de volledige autoriteit om een schriftelijk doktersbevel door te geven.	AUTO7	Q6_7
Q13.	Ik heb niet de volledige autoriteit om patiënten dingen te leren over nieuwe medicatie	AUTO8	Q6_8
Q14.	Ik heb de volledige autoriteit om te overleggen met artsen en andere zorgverleners.	AUTO9	Q6_9
Q15.	Ik heb de volledige autoriteit om het hele zorgplan met de patiënt te bespreken.	AUTO10	Q6_10
Q16.	Ik heb de volledige autoriteit om doorverwijzingen te maken voor de diëtiste, maatschappelijk werker etc.	AUTO11	Q7_1
Q17.	Ik heb niet de volledige autoriteit om alternatieve zorgpaden en zorgplannen te bespreken.	AUTO12	Q7_2
Q18.	Ik heb de volledige autoriteit om individuele klachten van patiënten over de zorg af te handelen.	AUTO13	Q7_3
Q19.	Ik heb niet de volledige autoriteit om voorlichtingsmateriaal voor patiënten te ontwikkelen.	AUTO14	Q7_4
Q20.	Ik heb de volledige autoriteit om te pleiten voor een patiënt die een behandeling/test weigert.	AUTO15	Q7_5
Q21.	Ik heb de volledige autoriteit om de patiënt te informeren over de risico's van een operatie.	AUTO16	Q7_6
Q22.	Ik heb de volledige autoriteit om de dag van ontslag voor een patiënt te bepalen.	AUTO17	Q7_7
Q23.	Ik heb niet de volledige autoriteit om een diagnostiserende test te bestellen.	AUTO18	Q7_8
<i>Werken op een afdeling</i>			
Q24.	Ik heb niet de volledige autoriteit om het ruilen van uren te regelen.	AUTO19	Q8_1
Q25.	Ik heb de volledige autoriteit om beslissingen te maken over mijn eigen pauze- en lunchtijden.	AUTO20	Q8_2

Q26.	Ik heb niet de volledige autoriteit om opdrachten te maken voor patiënten.	AUTO21	Q8_3
Q27.	Ik heb de volledige autoriteit om deel te nemen aan commissies op de afdeling.	AUTO22	Q8_4
Q28.	Ik heb de volledige autoriteit om procedures op de afdeling te ontwikkelen/herzien.	AUTO23	Q8_5
Q29.	Ik heb niet de volledige autoriteit om standaarden voor zorg op de afdeling te ontwikkelen/herzien.	AUTO24	Q8_6
Q30.	Ik heb niet de volledige autoriteit om beleid van de afdeling te ontwikkelen/herzien.	AUTO25	Q8_7
Q31.	Ik heb de volledige autoriteit om nieuwe uitrusting en voorraden voor de afdeling te kiezen.	AUTO26	Q8_8
Q32.	Ik heb de volledige autoriteit om doelen voor de afdeling te ontwikkelen.	AUTO27	Q8_9
Q33.	Ik heb de volledige autoriteit om de agenda van een personeelsvergadering te bepalen.	AUTO28	Q8_10
Q34.	Ik heb niet de volledige autoriteit om kwaliteitsindicatoren voor de afdeling te bepalen.	AUTO29	Q8_11
Q35.	Ik heb de volledige autoriteit om de methode voor het leveren van zorg te bepalen.	AUTO30	Q8_12
Q36.	Ik heb de volledige autoriteit om de methode voor het inzetten van personeel te bepalen.	AUTO31	Q9_1
Q37.	Ik heb niet de volledige autoriteit om de taakomschrijving van verpleegkundigen/artsen te ontwikkelen/herzien.	AUTO32	Q9_2
Q38.	Ik heb de volledige autoriteit om onderwijsprogramma's voor de afdeling te presenteren.	AUTO33	Q9_3
Q39.	Ik heb de volledige autoriteit om een nieuw idee te implementeren.	AUTO34	Q9_4
Q40.	Ik heb niet de volledige autoriteit om een methode voor feedback voor collega's onderling te ontwikkelen.	AUTO35	Q9_5
Q41.	Ik heb de volledige autoriteit om mijn eigen werktijden in te roosteren.	AUTO36	Q9_6

Q42.	Ik heb niet de volledige autoriteit om onderzoeksactiviteiten op de afdeling te introduceren.	AUTO37	Q9_7
Q43.	Ik heb de volledige autoriteit om oorzaken van afwijkingen van de begroting voor de afdeling te identificeren.	AUTO38	Q9_8
Q44.	Ik heb de volledige autoriteit om het jaarlijks budget van de afdeling te plannen.	AUTO39	Q9_9
Q45.	Ik heb niet de volledige autoriteit om nieuw personeel te selecteren en te interviewen.	AUTO40	Q9_10

Afhankelijke variabele: Arbeidstevredenheid

Q46.	Over het algemeen ben ik tevreden met mijn werk	ATEVR1	Q10_1
------	---	--------	-------

Modererende variabele: Professionaliteit

Q47.	Tot welke beroepsgroep behoort u?	PROF1	Q11
	<ul style="list-style-type: none"> - Artsen - AIOS (Arts in opleiding tot specialist) - ANIOS (Arts niet in opleiding tot specialist) - Verpleegkundigen - Fysiotherapeuten - Ergotherapeuten - Logopedisten - Diëtisten - Psychologen - Maatschappelijk werkers - Anders, namelijk... 		

Theoretische controlevariabele: Opleidingsniveau

Q48.	Welk niveau heeft uw laatst behaalde opleiding?	OPLN1	Q12
	<ul style="list-style-type: none"> - MBO - HBO - WO (Bachelor) - WO (Master) - WO (PhD) - Anders, namelijk... 		

Theoretische controlevariabele: Relatie met collega's

Q49. Ik kan goed overweg met mijn collega's	RELMC1	Q13_ 1
---	--------	-----------

Afsluiting

Q50. Afsluiting vragenlijst		Q14
-----------------------------	--	-----

Q51. Mailadres achterlaten voor ontvangen onderzoek		Q15
---	--	-----

Bijlage II. Resultaten Factoranalyse

Tabel VII
Resultaten Factoranalyse

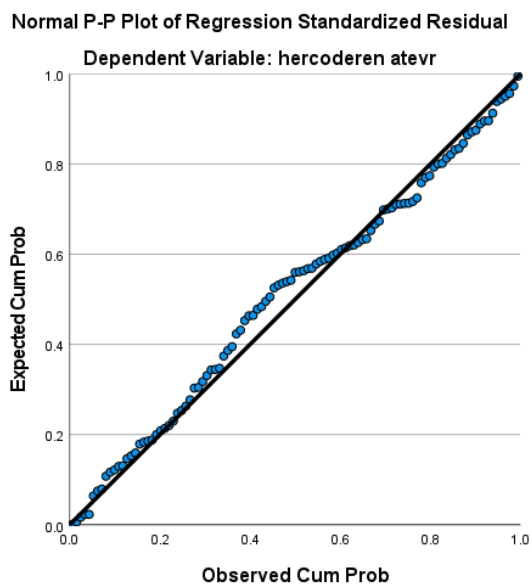
Item	Naam	Factorlading
Ik heb de volledige autoriteit om patiënten zelfverzorgende activiteiten aan te leren.	AUTO01	-.09
Ik heb de volledige autoriteit om het vallen van patiënten te voorkomen.	AUTO02	-.11
Ik heb de volledige autoriteit om patiënten gezondheidsbevorderende activiteiten aan te leren.	AUTO03	.02
Ik heb niet de volledige autoriteit om beslissingen te maken met betrekking tot pijnbestrijding. - OMGEPOOLD	AUTO04_R	.66
Ik heb de volledige autoriteit om te beslissen wanneer er aan patiënten zorg verleend moet worden.	AUTO05	.26
Ik heb de volledige autoriteit om huidbeschadiging bij patiënten te voorkomen.	AUTO06	.04
Ik heb niet de volledige autoriteit om een schriftelijk doktersbevel door te geven. – OMGEPOOLD	AUTO07_R	.57
Ik heb niet de volledige autoriteit om patiënten dingen te leren over nieuwe medicatie. – OMGEPOOLD	AUTO08_R	.59
Ik heb de volledige autoriteit om te overleggen met artsen en andere zorgverleners.	AUTO09	.26
Ik heb de volledige autoriteit om het hele zorgplan met de patiënt te bespreken.	AUTO10	.44
Ik heb de volledige autoriteit om doorverwijzingen te maken voor de diëtiste, maatschappelijk werker etc.	AUTO11	.56
Ik heb niet de volledige autoriteit om alternatieve zorgpaden en zorgplannen te bespreken. -OMGEPOOLD	AUTO12_R	.66
Ik heb de volledige autoriteit om individuele klachten van patiënten over de zorg af te handelen.	AUTO13	.55

Ik heb niet de volledige autoriteit om voorlichtingsmateriaal voor patiënten te ontwikkelen. -OMGEPOOLD	AUTO14_R	.29
Ik heb de volledige autoriteit om te pleiten voor een patiënt die een behandeling/test weigert.	AUTO15	.28
Ik heb de volledige autoriteit om de patiënt te informeren over de risico's van een operatie.	AUTO16	.58
Ik heb de volledige autoriteit om de dag van ontslag voor een patiënt te bepalen.	AUTO17	.56
Ik heb niet de volledige autoriteit om een diagnostiserende test te bestellen. -OMGEPOOLD	AUTO18_R	.60
Ik heb niet de volledige autoriteit om het ruilen van uren te regelen. -OMGEPOOLD	AUTO19_R	.11
Ik heb de volledige autoriteit om beslissingen te maken over mijn eigen pauze en lunchtijden.	AUTO20	.23
Ik heb niet de volledige autoriteit om opdrachten te maken voor patiënten. -OMGEPOOLD	AUTO21_R	.49
Ik heb de volledige autoriteit om deel te nemen aan commissies op de afdeling.	AUTO22	.24
Ik heb de volledige autoriteit om procedures op de afdeling te ontwikkelen/herzien.	AUTO23	.28
Ik heb niet de volledige autoriteit om standaarden voor zorg op de afdeling te ontwikkelen/herzien. -OMGEPOOLD	AUTO24_R	.38
Ik heb niet de volledige autoriteit om beleid van de afdeling te ontwikkelen/herzien. -OMGEPOOLD	AUTO25_R	.28
Ik heb de volledige autoriteit om nieuwe uitrusting en voorraden voor de afdeling te kiezen.	AUTO26	.16
Ik heb de volledige autoriteit om doelen voor de afdeling te ontwikkelen.	AUTO27	-.01
Ik heb de volledige autoriteit om de agenda van een personeelsvergadering te bepalen.	AUTO28	.13

Ik heb niet de volledige autoriteit om kwaliteitsindicatoren voor de afdeling te bepalen. OMGEPOOLD	AUTO29_R	.02
Ik heb de volledige autoriteit om de methode voor het leveren van zorg te bepalen.	AUTO30	.47
Ik heb de volledige autoriteit om de methode voor het inzetten van personeel te bepalen.	AUTO31	.16
Ik heb niet de volledige autoriteit om de taakomschrijving van verpleegkundigen/artsen te ontwikkelen/herzien. OMGEPOOLD	AUTO32_R	.04
Ik heb de volledige autoriteit om onderwijsprogramma's voor de afdeling te presenteren.	AUTO33	.29
Ik heb de volledige autoriteit om een nieuw idee te implementeren.	AUTO34	.04
Ik heb niet de volledige autoriteit om een methode voor feedback voor collega's onderling te ontwikkelen. OMGEPOOLD	AUTO35_R	-.05
Ik heb de volledige autoriteit om mijn eigen werktijden in te roosteren.	AUTO36	-.06
Ik heb niet de volledige autoriteit om onderzoeksactiviteiten op de afdeling te introduceren. OMGEPOOLD	AUTO37_R	.06
Ik heb de volledige autoriteit om oorzaken van afwijkingen van de begroting voor de afdeling te identificeren.	AUTO38	.17
Ik heb de volledige autoriteit om het jaarlijks budget van de afdeling te plannen.	AUTO39	.04
Ik heb niet de volledige autoriteit om nieuw personeel te selecteren en te interviewen. OMGEPOOLD	AUTO40_R	-.11

Bijlage III. Plots voor assumpties lineariteit en homoskedasticiteit na transformatie**Figuur 2**

Plot voor Assumptie met betrekking tot Lineariteit na Transformatie

**Figuur 3**

Plot voor Assumptie met betrekking tot Homoskedasticiteit na Transformatie

