

# Een ZORGelijk verschil?

EEN ONDERZOEK NAAR HET VERSCHIL IN VERANDERINGSBEREIDHEID TUSSEN  
PROFESSIONALS IN DE ZORG.

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
FACULTEIT DER SOCIALE WETENSCHAPPEN  
BESTUURSKUNDE  
BACHELORPROJECT 2012

BEGELEIDER: DR. TUMMERS

05-07-2012  
LISANNE GIELEN  
336135  
AANTAL WOORDEN: 8799

# Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
1. Theoretisch kader.....	8
1.1 Veranderingsbereidheid.....	9
1.2 Beleidsvervreemding.....	11
1.2.1 Zinloosheid.....	11
1.2.2 Machteloosheid.....	13
1.3 Conceptueel model.....	14
2. Methodologie.....	15
2.1 Casus beschrijving.....	15
Diagnose Behandeling Combinaties.....	15
Structureel Echoscopisch Onderzoek.....	16
2.2 Operationalisatie.....	17
2.3 Mixed methods.....	19
2.4 Voorwaarden regressieanalyse.....	21
3. Resultaten.....	25
3.1 Beschrijvende statistiek.....	25
4.2 Toetsende statistiek.....	29
4.2.1 Vergelijking managing professionals en professionals.....	29
4.2.2 Interactie-effecten.....	32
4.2.3 Effecten op veranderingsbereidheid.....	34
4. Conclusie.....	38
Literatuur.....	41
Bijlagen.....	45

# Voorwoord

---

De afgelopen drie maanden heb ik een onderzoek gedaan naar de veranderingsbereidheid van zorgprofessionals. Waarbij ik mij heb verdiept in de kwantitatieve analyse technieken. Ik heb dit bachelor project ervaren als een leerzaam proces, waarbij er veel hobbels en kuilen in de weg zijn overwonnen.

Graag wil ik via deze weg mijn scriptiebegeleider dr. Lars Tummers bedanken voor zijn tips, begeleiding, motiverende woorden en zijn enthousiasme. Ook wil ik graag de respondenten bedanken voor hun tijd en hun medewerking aan de interviews.

Met vriendelijke groet,

Lisanne Gielen

# Samenvatting

---

Veranderingsbereidheid van zorgprofessionals is cruciaal voor het succes van een beleidsverandering (Metselaar, 1997:23, Higgs & Rowland, 2005: 128, Tummers, van Thiel, Steijn & Bekkers, 2011:7, Tummers et.al., 2012:3, Van Meter & Van Horn, 1975:482). De mate van veranderingsbereidheid is deels afhankelijk van de rol of positie die een zorgprofessional in het betreffende veranderproces bekleedt (Metselaar, 1997:16). De rol van de leidinggevende binnen de zorg, de zogenaamde managing professional, is te duiden als complex aangezien hij enerzijds verantwoording moet afleggen aan het top management en anderzijds moet hij zich ook kunnen verantwoorden naar de professionals toe (Ibid., 1997:16).

Dit onderzoek brengt het verschil in veranderingsbereidheid van zorgprofessionals en managing professionals voor het voetlicht en tracht dit deels te verklaren. Aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve analysetechnieken is onderzocht in hoeverre verschillen in machteloosheid en zinloosheid jegens een beleidsverandering het verschil in veranderingsbereidheid tussen zorgprofessionals en managing professionals verklaart.

Uit dit onderzoek blijkt dat machteloosheid en zinloosheid een negatief verband hebben met de mate van veranderingsbereidheid. Een hoge mate van veranderingsbereidheid kan worden bereikt wanneer professionals een lage mate van cliënt- en maatschappelijke zinloosheid ervaren plus een lage mate van strategische, tactische en operationele machteloosheid ervaren.

De hypothese dat managing professionals in hogere mate veranderingsbereid zijn dan professionals wordt door dit onderzoek verworpen. Het onderzoek wijst uit dat professionals meer bereid zijn tot verandering dan managing professionals. Tevens ervaren professionals, tegen de verwachting in, een significant lagere mate van cliënt- en maatschappelijke zinloosheid dan managing professionals.

De verwachting dat managing professionals minder tactische- en operationele machteloosheid ervaren is wel bevestigd door dit onderzoek, maar de ervaring van strategische machteloosheid blijkt bij zowel professionals als managing professionals de zorgprofessionals laag.

**Trefwoorden:** managing professionals, veranderingsbereidheid, beleidsvervreemding, zinloosheid, machteloosheid.

# Inleiding

---

*‘Niets duurt voort behalve verandering’ (Heraclitus (540 v.C. - 480 v.C.)).*

Veranderingen blijven bestaan. Veranderingen roepen echter vaak weerstand op bij professionals, want ‘professionals zijn allergisch voor alles wat riekt naar de drie Boze B’s: Bureaucratie, Bazen en Beleid (Caluwé en Vermaak, 2010:30).’

Wie professionals zijn, is in de literatuur een betwist onderwerp waar verschillende definities voor zijn gegeven (Tummers, 2012c:16). In dit onderzoek is daarom bij een brede definitie van professionals aangesloten. ‘To describe an occupation as a ‘profession’ may be simply to identify it as a particular kind of occupation, typically one with high status and high rewards, requiring long formal training and delivering a personal service” (Gabe, Bury en Elston, 2004:163). Kenmerkend voor professionals is dus dat zij een hoog opleidingsniveau hebben, hoog in aanzien zijn en een hoge vergoeding krijgen.

In dit onderzoek is er gekeken naar de professionals die in de Nederlandse semipublieke sector, of meer specifiek in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Dit zijn de zogenaamde ‘zorgprofessionals’. Binnen dit onderzoek is Flynn’s (2007:2) definitie van de publieke sector gehanteerd: ‘those parts of the economy that are either in state ownership or under contract to the state, plus those parts that are regulated and/or subsidized in the public interest’.

Professionals zien verandering vaak als een ingrijpende verstoring, terwijl managers de verandering als een mogelijkheid ervaren. Managers en professionals ervaren verandering anders, omdat zij beiden een andere positie en rol bekleden (Strebel, 1996:86, Metselaar, 1997:16).

De positie van de ‘*middle manager*’ is weer anders dan van het top management of van de professionals (Metselaar, 1997:16). Middle managers zitten gevangen tussen twee lagen, waarbij zij enerzijds verantwoording moeten afleggen aan het top management. Anderzijds moeten zij zich ook kunnen verantwoorden naar de professionals toe. Deze complexe positie maakt het interessant om verder in te gaan op de veranderingsbereidheid van de middle manager (Ibid, 1997:16).

In dit onderzoek zijn middle managers zorgprofessionals met een leidinggevende functie. Er is in dit onderzoek gekozen om de term *managing professionals* aan te houden, om extra nadruk te leggen op het feit dat de middle managers naast het feit dat zij een leidinggevende functie hebben, ook professionals blijven.

In dit onderzoek is er ingegaan op de positie van de managing professionals. Hierbij is er voornamelijk gekeken naar het verschil in veranderingsbereidheid tussen managing professionals en professionals.

Om het verschil te verklaren in veranderingsbereidheid is er gekeken naar de oorzaken die ten grondslag liggen aan veranderingsbereidheid. Veranderingsbereidheid is een resultaat van beleidsvervreemding (Tummers, 2012c:316). In dit onderzoek is onderzocht of twee dimensies van beleidsvervreemding, zinloosheid en machteloosheid, het verschil in veranderingsbereidheid kunnen verklaren.

### Probleemstelling

Dit onderzoek heeft als doel te verklaren in welke mate de discrepantie tussen de veranderingsbereidheid van zorgprofessionals en managing professionals verklaard kan worden door verschil in de mate van machteloosheid en zinloosheid van de zorgprofessionals.

De volgende hoofdvraag vloeit uit deze probleemstelling voort:

*'In hoeverre verklaren verschillen in de mate van machteloosheid en zinloosheid het verschil in de mate van veranderingsbereidheid tussen zorgprofessionals en managing professionals?'*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er vijf deelvragen opgesteld.

- 1. In welke mate zijn professionals veranderingsbereid?*
- 2. In welke mate zijn managing professionals veranderingsbereid?*
- 3. In welke mate verschillen zorgprofessionals en managing professionals in de mate van veranderingsbereidheid?*
- 4. In hoeverre kan zinloosheid het verschil in veranderingsbereid tussen managing professionals en professionals verklaren?*
- 5. In hoeverre kan machteloosheid het verschil in veranderingsbereid tussen managing professionals en professionals verklaren?*

### Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Het is ten eerste relevant om verklaringen voor het verschil in veranderingsbereidheid boven water te krijgen, omdat er vermoedelijk maar een gering deel van de verklaringen achter de discrepantie in veranderingsbereidheid bekend is. Ten tweede is het interessant om de oorzaken van veranderingsbereidheid te zoeken met behulp van twee dimensies van beleidsvervreemding, omdat beleidsvervreemding relatief nieuw concept is (Tummers, 2012c:234). Ten derde behoeven de effecten van beleidsvervreemding, zoals veranderingsbereidheid, om meer onderzoek (Tummers, 2012c:112).

Ten vierde blijkt uit onderzoek van Judge (1999:118) dat veranderingsprocessen vaak mislukken. Dit wordt ondersteund door de over het algemeen lage veranderingsbereidheid van zorgprofessionals (Tummers, 2012:35). Het onderzoeken van het verschil in de houding die zorgprofessionals hebben jegens nieuwe beleidsinitiatieven, kan daarom waardevolle inzichten opleveren voor zowel wetenschappers, de beleidsontwerpers en de professionals zelf (Tummers, 2012c:112, 164).

#### Leeswijzer

In hoofdstuk 1 is het theoretisch kader uitgezet, waarin de concepten veranderingsbereidheid, zinloosheid en machteloosheid zijn beschreven. Uit de literatuurstudie zijn hypothesen afgeleid. In hoofdstuk 2 volgt methodologie, waarin de concepten zijn geoperationaliseerd. Tevens is hier verklaard hoe en waarom er met mixed methods is gewerkt. In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven. Dit onderzoek is afgesloten met een conclusie in hoofdstuk 4 dat uitmondt in een aantal aanbevelingen.

# 1. Theoretisch kader

---

Dit hoofdstuk conceptualiseert centrale begrippen, om vervolgens op basis van de theorie verwachtingen op te stellen. De hypothesen zijn in figuur 2 in het conceptueel model weergegeven.

In dit hoofdstuk volgt er eerst een afbakening van het onderzoeksveld door te specificeren binnen welke sectoren onderzoek is gedaan. Daarna is het concept veranderingsbereidheid aan de hand van de theorie van Metselaar (1997) en het model van Azjen (1991) beschreven. Ten slotte is er ingegaan op beleidsvervreemding en de twee dimensies van beleidsvervreemding; machteloosheid en zinloosheid.

Dit onderzoek gaat specifiek in op de zorgprofessionals in de Nederlandse semipublieke gezondheidszorgsector. De organisaties en hun personeel in deze sector hebben een bijzondere positie, doordat deze sector wordt gesubsidieerd door de overheid. Ook heeft de gezondheidszorgsector niet rechtstreeks ondergeschikt aan politieke gezagsdragers, maar wel relatief sterk gereguleerd (Bovens et.al., 2007:24, Tummers, 2012:20).

## Beleid

Beleid is een middel om de maatschappij te besturen (Bovens et.al., 2001: 22). Het doel van beleid in de publieke sector is een zinvolle bijdrage aan de maatschappij te leveren (Tummers et.al., 2012:4). Beleid wordt door Hoogerwerf gedefinieerd als 'het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdkeuzen' (Hupe, 2007:9). Hierbij vindt de allocatie van waarden in een structurele situatie van schaarheid plaats (Easton, 1965). Dit veroorzaakt afwegingen en compromissen tussen waarden.

Bij het invoeren van beleid kan beleidsvervreemding ontstaan. Naast de afwegingen die bij de beleidsvorming plaatsvinden, moeten professionals ook afwegingen maken tussen hun professionele normen en waarden en de waarden van het beleid (Tummers, 2012:517d). Als de professionals ervaren dat het beleid aan het doel voorbijgaat, kunnen zij vervreemden van beleid. Beleidsvervreemding heeft vervolgens een effect op de veranderingsbereidheid van de zorgprofessionals (Tummers, 2012c:316).



## 1.1 Veranderingsbereidheid

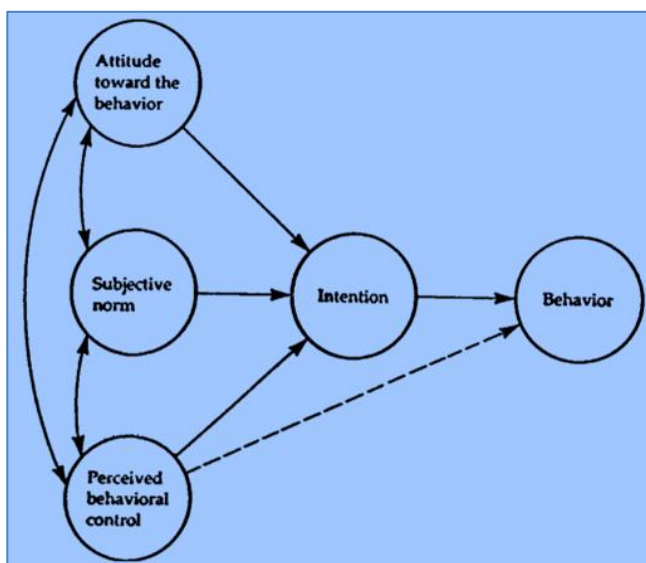
Veranderingsbereidheid van professionals is van groot belang om een beleidsverandering naar behoren te implementeren (Tummers 2012c:145). Wanneer professionals niet bereid zijn om met het nieuwe beleid te werken, ondervindt het beleid hiervan directe gevolgen die terugkomen in resultaten (Tummers et.al., 2012:1). Het succes van de beleidsverandering heeft dus een sterk verband met de veranderingsbereidheid van professionals (Metselaar, 1997:23, Higgs & Rowland, 2005:128, Tummers, van Thiel, Steijn & Bekkers, 2011:7, Tummers et.al., 2012:3, Van Meter & Van Horn, 1975:482).

Metselaar definieert veranderingsbereidheid als een 'een positieve gedragsintentie ten aanzien van de invoering van veranderingen in de organisatiestructuur, of werk en administratie processen, dat resulteert in de inspanning van de organisatieleden om het veranderingsproces te steunen' (1997:34).

Deze positieve gedragsintentie is afhankelijk van drie verschillende motivatie factoren, die zijn weergegeven in figuur 1 (Ajzen, 1991:181).

De eerste factor die invloed heeft op de intentie van veranderingsbereidheid, is de houding van de professional tegenover de verandering. Deze houding wordt bepaald door het de inschatting van de professional of het gewenste gedrag, dat bij de verandering hoort, positieve of negatieve uitkomsten heeft (Metselaar, 1997:32). Dit is gerelateerd aan de zinloosheid van het beleid (Ibid, 1997: 22). De tweede factor, de subjectieve norm, hangt af van de sociale druk uit de omgeving om bepaald gedrag wel of niet uit te voeren. De derde factor is gepercipieerde controle over de verandering. Deze controle hangt af van de beschikbaarheid van ervaring, kennis en tijd (Ibid, 1997:22, 32).

*Figuur 1: Ajzen's model van gepland gedrag (Ajzen, 1991: 182)*



### 1.1.1 Verschil in veranderingsbereidheid

De verwachting is dat managing een andere mate van veranderingsbereidheid hebben dan de professionals, omdat veranderingsbereidheid afhankelijk is van de rol of positie in het veranderproces (Metselaar, 1997:16, Strebel, 1996:86). De managing professionals hebben echter een speciale positie, doordat zij tussen het management en de professionals in staan.

Deze verwachting wordt ook ondersteund door het model van Azjen (1991). De verwachting is dat managing professionals een andere subjectieve norm ervaren dan professionals, omdat zij dichter bij het top management staan. Hierdoor komen zij meer in contact met 'change agents', de vertegenwoordigers van de verandering. In de omgeving zijn er dan meer personen die positief tegenover de verandering staan, dit heeft een positief effect op de veranderingsbereidheid (Metselaar, 1997:32, Armenakis et. al, 1993:700).

Anderzijds maken de managing professionals ook deel uit van het team professionals en implementeren het beleid. Hierdoor hebben zij niet evenveel inzicht, ervaring en tijd vergeleken bij het top management. Dit verlaagd hun gepercipieerde controle, wat een negatief effect heeft op de veranderingsbereidheid.

Deze twee factoren benadrukken tevens de dubbelrol die de managing professionals vervullen (Metselaar, 1997:9, Devos et.al, 2007:612). Volgens Wissema zijn managing professionals door deze dubbelrol juist minder veranderingsbereid dan professionals (Wissema et.al., 1993:76).

In dit onderzoek is de verwachting dat managing professionals een hogere mate van veranderingsbereidheid hebben, omdat er verwacht wordt dat managing professionals eerder optreden als vertegenwoordigers van verandering, doordat dit van hun meerdere verwacht wordt (Devos et. al., 2007:608). Hier volgt de eerste hypothese uit.

*H1: Managing professionals hebben een hogere mate van veranderingsbereidheid dan professionals.*

## 1.2 Beleidsvervreemding

Bij beleidsverandering kan vervreemding ontstaan. Beleidsvervreemding kan worden gedefinieerd als 'een algemene cognitieve staat van psychologische ontkoppeling met beleid dat wordt uitgevoerd door een publiek professional die regelmatig direct in contact staat met klanten' (Tummers, Bekkers en Steijn, 2009:106, Tummers, 2012d:516). Veranderingsbereidheid en beleidsvervreemding zijn negatief gerelateerd aan elkaar (Metselaar 1997:92, Tummers, van Thiel, Steijn, Bekkers, 2011:3, Tummers, 2012c:162).

Beleidsvervreemding is een multidimensionaal concept, dat bestaat uit vijf dimensies: machteloosheid, zinloosheid, normloosheid, sociale isolatie en zelfvervreemding (Tummers, Bekkers, Steijn, 2008:2, Seeman, 1959:790).

In dit onderzoek is het verschil tussen managing professionals en professionals aan de hand van de dimensies zinloosheid en machteloosheid getracht te verklaren. Er is een focus op zinloosheid en machteloosheid gelegd, omdat in 'eerdere onderzoek is aangetoond dat zinloosheid en machteloosheid belangrijke factoren van vervreemding zijn' (Mottaz,1981:516). Zinloosheid en machteloosheid zijn beide negatief gerelateerd aan veranderingsbereidheid (Metselaar, 1997:92 en Piderit, 2000:787).

Daarnaast is het concept zinloosheid is aangegeven als de belangrijkste reden waarom professionals vervreemden van beleid (Tummers, 2012b). Daarnaast is er door Tummers et.al. aangegeven dat het relevant is om een focus op zinloosheid te leggen, in onderzoek naar veranderingsbereidheid (2011:18).

Volgens Travis zijn machteloosheid en zinloosheid negatief aan elkaar gerelateerd (1986:69). In dit onderzoek is er echter verder niet ingegaan op deze relatie. De concepten kunnen immers los van elkaar gemeten worden (Rayce, Holstein & Kreiner, 2008:80).

### 1.2.1 Zinloosheid

Seeman definieert zinloosheid als 'the individual's sense of understanding of the events in which he or she is engaged'. De 'events' kunnen in dit onderzoek als de beleidsveranderingen worden beschouwd Seeman (1959, 786). Er zijn twee vormen van zinloosheid te onderscheiden: zinloosheid op maatschappelijk en op cliënt niveau.

In dit onderzoek is de volgende definitie van zinloosheid aangehouden: 'the inability to comprehend the relationship of one's contribution to a larger purpose' (Sarros et al., 2002: 304). Hierbij gaat het om de perceptie van professionals over de toevoeging aan waarde die het beleid heeft aan een hoger maatschappelijk doel (Tummers et.al. 2009: 107). Maatschappelijke zinloosheid

is aanwezig als de professional inziet dat de implementatie van het nieuwe beleid niet tot voordelen voor de maatschappij leidt (Tummers, 2012:95).

Cliënt zinloosheid is aanwezig als de opvatting heerst dat de toegevoegde waarde voor de cliënten van het nieuwe beleid laag is (Tummers, 2012d:518).

In dit onderzoek is de verwachting dat managing professionals minder zinloosheid van beleid ervaren dan professionals. Deze verwachting is afkomstig van het idee dat er een 'oer conflict' tussen managers en professionals bestaat. Dit oer conflict bestaat doordat managers en professionals andere waarden en doelen nastreven (Caluwé en Vermaak, 2010:30). Ondanks dat managing professionals ook professionals zijn en professionele waarden nastreven, is in dit onderzoek de verwachting dat managing professionals door hun rol als leidinggevende eerder streven naar waarden en doelen als; continuïteit, efficiëntie of effectiviteit. Als deze waarden conflicteren met de waarden van de professionals, kan er een verschil in zinloosheid van het beleid ontstaan.

De hypothesen van zinloosheid sluiten aan bij de eerder gestelde verwachting dat managing professionals een hogere mate van veranderingsbereidheid hebben. Hierdoor zal de zinloosheid van de managing professionals lager liggen, omdat veranderingsbereidheid en zinloosheid negatief aan elkaar gerelateerd zijn (Metselaar, 1997:45 en Piderit, 2000:787, Tummers et.al. 2012:4). Als de zinloosheid van het beleid hoog is, dan staat de professional minder positief tegenover de verandering (Metselaar, 1997:45, Tummers, 2012:523). Deze verwachtingen leiden tot de volgende vier hypothesen.

*H2: Managing professionals ervaren een lagere mate van cliënt zinloosheid van het beleid dan professionals.*

*H3: Managing professionals ervaren een lagere mate van maatschappelijke zinloosheid van het beleid dan professionals.*

*H4: Een lagere mate van cliënt zinloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.*

*H5: Een lagere mate van maatschappelijke zinloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.*

### 1.2.2 Machteloosheid

Een verhoogde invloed van de werknemer leidt tot minder weerstand voor verandering (Sagie & Koslowsky 1994:38). Judson (1991) stelt dat de mate van invloed een van de belangrijkste effecten is op de mate van veranderingsbereidheid. Acceptatie voor verandering kan verkregen worden door professionals mogelijkheden tot invloed en participatie te verschaffen (Tummers et.al., 2012:5). Gebrek aan controle over de implementatie en uitvoering van het beleid, leidt tot een gevoel van machteloosheid bij de professionals (Sarros,2000: 288).

De mate van machteloosheid dat een professional ervaart is gerelateerd aan de mate van invloed dat een professional heeft op de verandering (Tummers, 2012d:518). Machteloosheid is het tegenovergestelde van invloed. Seeman heeft machteloosheid gedefinieerd als “the expectancy or probability held by the individual that his own behavior cannot determine the occurrence of the outcomes, or reinforcements, he seeks” (1959:784). Machteloosheid bestaat uit drie dimensies; strategische-, tactische- en operationele machteloosheid (Tummers, proefschrift 2012:179).

Strategische machteloosheid van professionals hangt af van de mate van invloed dat de professional ervaart op de vorming van het beleid. Deze invloed heeft betrekking op de participatie bij beleidsvorming en bepaling van de regels eromheen (Tummers, 2012d:518).

Een hoge mate van tactische machteloosheid is aanwezig wanneer een professional weinig invloed in de manier van beleidsuitvoering op het organisatieniveau ervaart. Participatie in vergaderingen en werkgroepen kan de mate van tactische machteloosheid verminderen (Judson, 1991)

Operationele machteloosheid is gerelateerd aan een lage mate van invloed bij de implementatie van beleid door de professional zelf (Tummers, 2012d:518). Een hoge mate van operationele machteloosheid is gelijk aan een lage mate van autonomie dat professionals ervaren (Tummers, 2012c:179). Volgens Lipsky verhoogt een bepaald niveau van autonomie de bereidheid van de medewerkers om een beleid te implementeren (Lipsky, 1980).

De mate van invloed op beleid en autonomie kan het verschil in veranderingsbereidheid tussen managing professionals en professionals vervolgens verklaren. (Lipsky, 1980).

De verwachting is dat managing professionals een lagere mate van operationele-, tactische- en strategische machteloosheid ervaren, doordat zij over meer invloed over het beleid beschikken op operationeel-, tactisch- en strategisch niveau. Daarnaast is de verwachting dat strategische-, tactische- en operationele machteloosheid negatief gerelateerd is aan veranderingsbereidheid (Piderit, 2000:787, Tummers, 2012c:150-151).

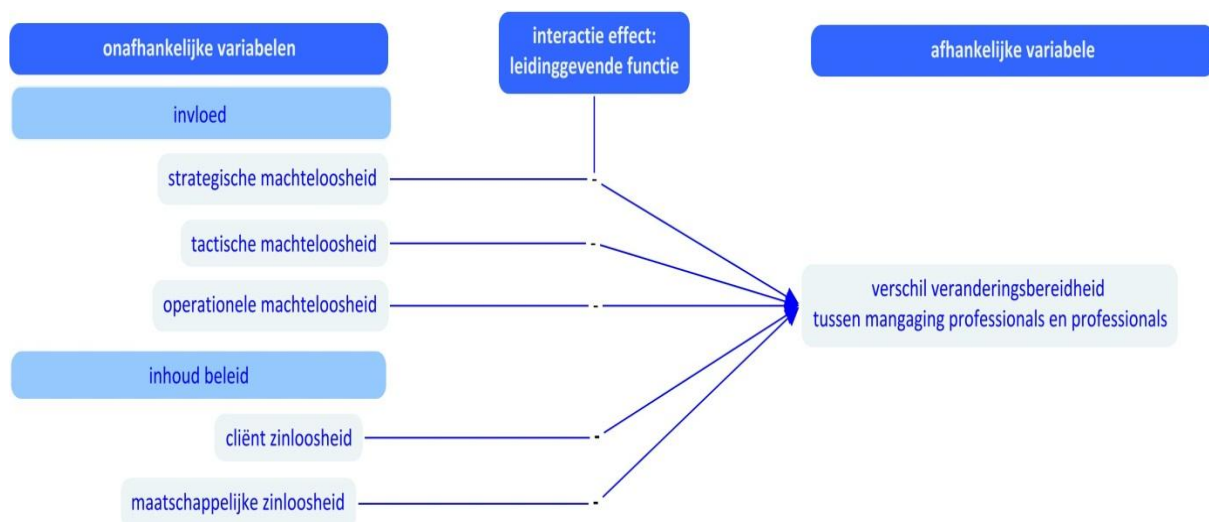
Uit deze veronderstellingen volgen hier de volgende zes hypothesen.

- H6: Managing professionals ervaren een lagere mate van strategische machteloosheid professionals.*
- H7: Managing professionals ervaren een lagere mate van tactische machteloosheid professionals.*
- H8: Managing professionals ervaren een lagere mate van operationele machteloosheid professionals.*
- H9: Een lagere mate van strategische machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.*
- H10: Een lagere mate van tactische machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.*
- H11: Een lagere mate van operationele machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.*

### 1.3 Conceptueel model

Het conceptueel dat in figuur 1 is weergegeven, is afgeleid van de vraagstelling en hypothesen van dit onderzoek.

*Figuur 2: conceptueel model*



## 2. Methodologie

---

In dit hoofdstuk zijn eerst de onderzochte casussen beschreven. Vervolgens is er in de operationalisatie aangegeven hoe de centrale variabelen in dit onderzoek meetbaar zijn gemaakt. In paragraaf 2.3 is beargumenteerd waarvoor er met een ‘mixed methods design’ is gewerkt. Ten slotte is er onderzocht of de regressies aan de voorwaarden voor een betrouwbare regressie hebben voldaan.

### 2.1 Casus beschrijving

Om het conceptueel model (figuur 1) te testen, is er gebruik gemaakt van drie bestaande databestanden. Bij alle drie de databestanden hebben publieke zorgprofessionals een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Bij twee databestanden is er gekeken naar de ervaringen van de zorgprofessionals rondom het Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Het derde databestand heeft gekeken naar de ervaringen van de zorgprofessionals die werken met het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO).

In tabel 1 is de respons en het aantal respondenten van de drie steekproeven weergegeven.

*Tabel 1: samenstelling steekproeven*

Steekproef	Aantal respondenten	Respons (%)	
SEO	790	61%	(Tummers, 2012:7)
DBC1	478	29%	(Tummers, 2011: 15)
DBC2	1317	25%	(Tummers et.al., 2012:8)

#### Diagnose Behandeling Combinaties

Bij de GGz is er sinds 2008 een nieuw bekostigingssysteem genaamd; Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Voorheen bestond er een financieel systeem waarbij er voor elke behandeling of sessie, een claim tegenover stond. Dit is met de DBC's vervallen. De DBC's werken met een standaard tarief voor elke stoornis die is gediagnosticeerd (Tummers, 2012d:516).

De zorgprofessionals die bij dit beleid betrokken zijn, zijn psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Deze professionele zorgverleners staan negatief tegenover dit beleid (Palm et al., 2008, Tummers, 2012d:516).

### Structureel Echoscopisch Onderzoek

Vanaf 2007 is de 20-weeken echo opgenomen in de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO). De 20-weeken echo wordt nu standaard aangeboden en vergoed door de basiszorgverzekering. De 20-weeken echo is een prenatale screening, waarbij er voornamelijk wordt gekeken naar de lichamelijke ontwikkeling van een kind. Ouders kunnen bij ernstige lichamelijke afwijkingen op basis van deze echo beslissen om de zwangerschap voortijdig te beëindigen (KNOV, 2009:5-10).

De zorgprofessionals die bij dit beleid betrokken zijn, zijn verpleegkundigen, verloskundigen en echoscopisten (Tummers, 2012:7).



## 2.2 Operationalisatie

In deze paragraaf is voor elke variabele een definitie, bijbehorende indicatoren en scores gegeven, om duidelijk te maken op welke wijze de variabelen in dit onderzoek gemeten zijn. (van Thiel, 2007:50).

Voor alle concepten is een 5-punt Likert-schaal gebruikt met antwoorden variërend van 'volledig mee eens' tot 'volledig mee oneens'. Wanneer er een andere meetschaal is gebruikt, is dit aangegeven. Alle concepten hebben een betrouwbare Cronbach alpha variërend van 0.732 tot 0.895. De cronbach alpha's per variabele zijn weergegeven in tabel 2.

De items die gemeten zijn per variabele, zijn in bijlage per steekproef weergegeven.

### 2.2.1 *Managing professionals*

Het onderscheidend kenmerk van managing professionals in dit onderzoek is dat zij leiding geven aan andere professionals. Dit is door de professionals aangegeven met een positief antwoord ('ja') op de volgende vraag: *'geeft u leiding aan professionals/ anderen?'* onderscheiden.

### 2.2.2 *Veranderingsbereidheid*

Veranderingsbereidheid is gemeten aan de hand van de gevalideerde schaal van Metselaar (1997). Over veranderingsbereidheid stelt Metselaar dat het 'een positieve gedragsintentie ten aanzien van de invoering van veranderingen in de organisatiestructuur, of werk en administratie processen, dat resulteert in de inspanning van de organisatieleden om het veranderingsproces te steunen' is (1997:34). In dit onderzoek is veranderingsbereidheid gemeten door stellingen die voorgelegd zijn als: 'ik maak tijd vrij om het SEO uit te voeren' (Tummers, et.al., 2012:9, 21).

### 2.2.3 *Zinloosheid*

Maatschappelijke zinloosheid kan worden gedefinieerd als 'de perceptie van professionals betreft het gebrek aan waarde van het beleid voor de maatschappelijk relevante doelen (Tummers, 2012:19, Tummers et.al., 2012:8). Maatschappelijke zinloosheid is gemeten door stellingen, zoals: 'Ik vind het bevorderen van transparantie in zorgkosten en zorgkwaliteit een heel goed doel'.

Zinloosheid voor de cliënt kan worden gedefinieerd als 'de perceptie van professionals aangaande het gebrek aan toegevoegde waarde voor hun eigen klanten van het door hen te implementeren beleid' (Tummers, 2012:19). Cliënt zinloosheid is gemeten door stellingen, zoals: 'de DBC-regelgeving is bevorderlijk voor het welzijn van mijn patiënten'(Tummers, 2012:19).

#### 2.2.4 Machteloosheid

Machteloosheid is gedefinieerd als: ‘the expectancy or probability held by the individual that his own behavior cannot determine the occurrence of the outcomes, or reinforcements, he seeks’ (Seeman, 1959:784).

Strategische machteloosheid meet de perceptie van professionals over de mate van invloed die zij ervaren op de vorming van het beleid (Tummers, 2012d:518 ). Dit concept is gemeten door stellingen voor te leggen als: ‘Zorgprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om de DBC-regelgeving te beïnvloeden’.

Invloed tijdens de implementatie van het beleid in de organisatie is gemeten door het concept ‘ tactische machteloosheid’. Dit concept is gemeten door stellingen voor te leggen, zoals: ‘In mijn organisatie konden vooral zorgprofessionals bepalen hoe de SEO-regelgeving werd uitgewerkt’. (Tummers, et.al., 2012:20).

Operationele machteloosheid meet de autonomie van de zorgprofessional (Lipsky, 1980). Dit concept is met items gemeten, zoals: ‘Werken met DBC's voelt als een harnas waarin ik me niet goed kan bewegen’.

Zinloosheid en machteloosheid zijn beiden met de gevalideerde schaal van Tummers gemeten (2012c:284).

tabel 2: cronbach alpha's van de centrale concepten van dit onderzoek

Variabelen	Veranderings-bereidheid	Strategische machteloosheid	Tactische machteloosheid	Operationele machteloosheid	Maatschappelijke zinloosheid	Cliënt zinloosheid
$\alpha$	.863	.848	.895	.817	.884	.880

#### 2.2.5 Controlevariabelen

Naast de bovenstaande variabelen zijn er in de analyses ook de controlevariabelen gebruikt. Dit zijn; leeftijd, geslacht en het opleidingsniveau en het aantal jaar dat de professional werkzaam is in de zorg. Verschillen die door deze variabelen ontstaan worden in de analyse gecontroleerd (Tummers, 2011:18).

Het opleidingsniveau is gemeten met de waarden 1) lagere school, 2) middelbare school, 3) middelbaar beroepsonderwijs, 4) hoger beroepsonderwijs (HBO), 5) academisch onderwijs (WO) en 6) postacademisch onderwijs (o.a. specialisatie of promotie).

Het aantal jaar dat de zorgprofessionals werkzaam is in de zorg is gemeten in zeven schalen: ‘0-5 jaar’, ‘5-10 jaar’, ‘10-15 jaar’, ‘15-20 jaar’, ‘20-25 jaar’, ‘25-30 jaar’ en ‘meer dan 30 jaar’.

## 2.3 Mixed methods

Om een antwoord te geven op de in hoofdstuk 1 geformuleerde onderzoeksvraag is er gebruik gemaakt van een mixed methods design. Dit is gedaan door complementair gebruik te maken van gestructureerde interviews naast eerder verzamelde kwantitatieve data om zo een volledig antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag (Johnson et.al, 2004:18).

Mixed methods onderzoek is gedefinieerd als een enkel onderzoek waarbij de onderzoeker gebruik maakt van een mix of een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekstechnieken, methoden, benaderingen, concepten of taal (Johnson et.al., 2004:17).

Het doel mixed methods in dit onderzoek is inzicht te vergroten van de achterliggende patronen die het verschil in opvatting tussen professionals en managing professionals kunnen verklaren (Onwuegbuzie & Leech, 2004b, Johnson et.al., 2004:19).

Interviews kunnen helpen in het verdiepen van de kennis over de achterliggende relaties die door de kwantitatieve methoden zijn gevonden (Onwuegbuzie, 2005:383). Kwalitatieve methoden nemen immers de proces gerelateerde kenmerken mee van verandering (Onwuegbuzie, 2004:20).

Doordat de periode van dataverzameling vrij kort is en er anders geen mogelijkheid was om de resultaten te kunnen verdiepen met kwalitatieve data door interviews, zijn de kwantitatieve analyses uitgevoerd op drie samengevoegde secundaire databronnen.

De secundaire analyse is goed uitvoerbaar, omdat de kwantitatieve gegevens goed toetsbaar zijn en omdat de gebruikte concepten succesvol in de secundaire databronnen gebruikt zijn (Judge et.al., 1999:115, Tummers et.al., 2012:4). De drie secundaire databronnen zijn in dit onderzoek samengevoegd. Dit is mogelijk, omdat de groep respondenten vergelijkbaar zijn evenals de items die in de vragenlijsten zijn voorgelegd.

Er zijn drie verschillende databestanden samengevoegd. Dit maakt de analyse interessant, omdat de veranderingsbereidheid bij de DBC's laag is (4.27 en 4.32), terwijl de gemiddelde veranderingsbereidheid onder de zorgprofessionals bij SEO hoger ligt (6.17) (Tummers, 2012: 32).

Door het samenvoegen van de databestanden is tevens de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot, omdat er een groot aantal respondenten in de analyse zijn meegenomen (N=2586). Het voordeel van een groot aantal respondenten is een grotere kans op herhaalbaarheid.

### 2.3.1 Analyse kwalitatieve data

Ter verdieping op de resultaten van de kwantitatieve data analyse, zijn er drie semigestructureerde interviews afgenomen. De interviewleidraad is opgenomen in bijlage 4. Er is een interview afgenomen met een verloskundige, een psycholoog en psychotherapeut in opleiding en een klinisch psycholoog met een leidinggevende functie als zorg manager, inhoudelijk leider psychodiagnostiek.

De interviews zijn opgenomen en in transcripten uitgewerkt. De transcripten zijn opgenomen in een aparte bijlage om te privacy van de respondenten te waarborgen.

### 2.3.2 Analyse kwantitatieve data

De analyse van de kwantitatieve data is voorafgegaan aan beschrijvende statistiek. In paragraaf 3.1 zijn van de beschrijvende statistiek de gemiddelden en correlaties beschreven (tabel 5 en 6).

Voor de toetsende statistiek is er eerst een t-toets afgenomen om te toetsen of er een significant verschil in de veranderingsbereidheid tussen professionals en managing professionals bestaat (tabel 7). Er zijn tevens t-toetsen afgenomen voor de verschillen in zinloosheid, machteloosheid en de verschillen in de controlevariabelen tussen managing professionals en professionals (tabel 8-11).

Na de beschrijvingen zijn er aparte multi-pele-regressies per interactie-effect afgenomen. Hiervoor zijn eerst alle variabelen gestandaardiseerd. Van alle variabelen die zijn meegenomen in de regressie zijn z-scores gemaakt, waardoor de variabelen beter vergeleken kunnen worden in de multi-pele regressie. Deze variabelen zijn in stap 1 van de regressieanalyse gezet. Vervolgens zijn er interactie-effecten gemaakt door het product te nemen van 'leidinggevende functie' en de onafhankelijke variabele. De interactie-effecten zijn toegevoegd in stap 2 van de regressie.

Daarna zijn de significante interactie-effecten meegenomen in de regressiemodellen samen met de andere variabelen plus de controlevariabelen om met deze resultaten de hypothesen te toetsen.

## 2.4 Voorwaarden regressieanalyse

Voor een betrouwbare regressie van goede kwaliteit zijn er voorwaarden gesteld waaraan moet worden voldaan (Field, 2005:169). Deze voorwaarden zijn besproken aan de hand van de drie regressiemodellen ((tabel 13).

Ten eerste mag er niet een te sterke samenhang zijn tussen de variabelen. De 'Variance Inflation Factor' (VIF)-waarden moeten dicht bij de waarde 1 zijn en lager dan waarde 10 om aan te tonen dat er geen multicollineariteit is. In dit onderzoek zijn VIF-waarden gevonden tussen de 1,047 en 4.023. Deze waarden zijn hoog, maar er is geen sprake van multicollineariteit, omdat de VIF waarden vooralsnog lager zijn dan 5. Tevens zijn de gemiddelden van de VIF relatief laag (2.12 en 2.21) (Field,2005:170).

De tweede voorwaarde is dat de residuen onafhankelijk zijn. Hiervoor moet de score van de Durbin-Watson test tussen de waarden 1 en 3 liggen. In dit onderzoek is deze score 1,976. Deze score geeft aan dat er geen correlatie is tussen de residuen, dus de residuen zijn onafhankelijk.

Voor de derde voorwaarde is er onderzocht of er cases zijn die de regressie sterk beïnvloeden. Dit kunnen cases zijn met sterk afwijkende waarden. Cases hebben een afwijkende waarde wanneer de 'standard residuals' een absolute waarde hebben groter dan 2 of -2. Het aantal uitschieters mag niet meer dan 5% van het totaal aantal cases bedragen (Field, 2005:199). De casewise diagnostics voor de drie modellen liggen hoog (4.99%, 5.00% en 5.01%), maar omdat deze percentages net binnen de norm vallen, is het niet noodzakelijk om de afwijkende cases uit te sluiten in de regressie (Field, 2005:199). Daarnaast bedragen de waarden voor de Cook's distance.020, 0.19 en 0.20. De Cook's distance moet voor een betrouwbare regressie kleiner zijn dan 1. Ook aan de voorwaarde dat de geen cases zijn die de resultaten sterk beïnvloeden, is voldaan.

De vierde voorwaarde is dat de variantie van de residuen op elk niveau van de voorspellende variabele constant is, want dan is het model homoscedastisch. In de scatterplots (figuren:5,8 en 11) is te zien dat de residuen geen duidelijk patroon vertonen. Er is hiermee aan de voorwaarde van homoscedasticiteit voldaan.

De vijfde en laatste voorwaarde is dat de afhankelijke variabele normaal verdeeld is. In figuur 3 is de histogram van het concept veranderingsbereidheid weergegeven. Deze histogram is niet volledig normaal verdeeld, want de waarden 1, 3 en 8 wijken af. Deze afwijkingen zijn echter niet zorgelijk en er is besloten dat het model behouden kan blijven. Ook aan deze voorwaarde is voldaan.

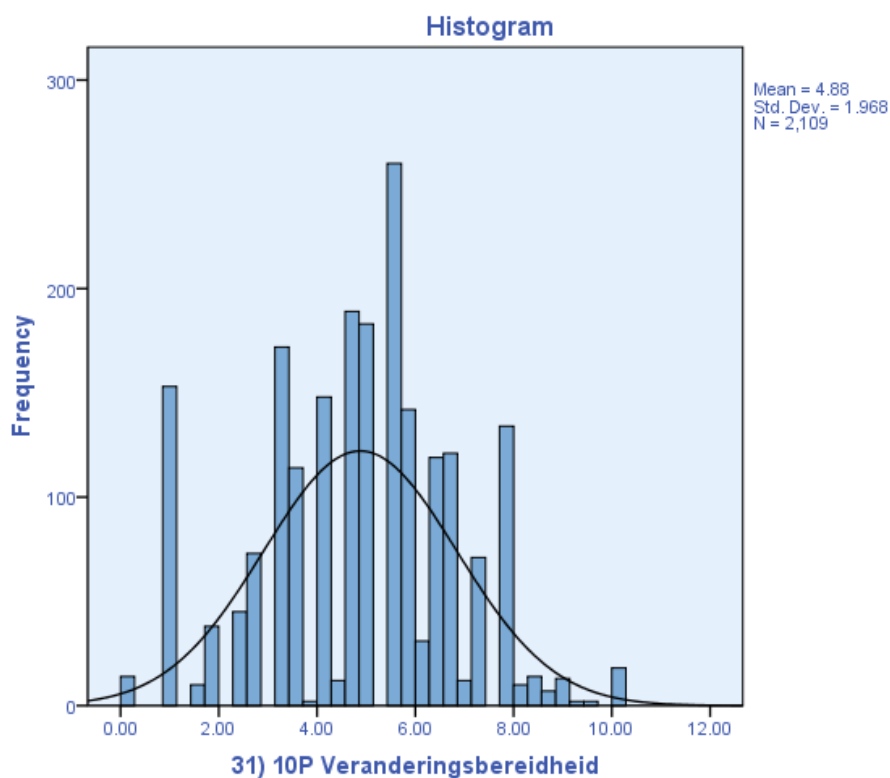
Concluderend kan gesteld worden dat er aan elke voorwaarde voldaan is voor een kwaliteit/betrouwbare regressie. De voorwaarden zijn in tabel 3 samengevat.

In het volgende hoofdstuk 'resultaten' zijn eerst de variabelen en hun waarden beschreven. Vervolgens zijn de regressies uitgevoerd.

Tabel 3: voorwaarden regressieanalyses

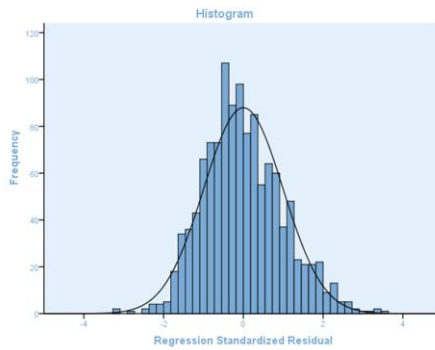
Voorwaarden	Model 1		Model 2		Model 3	
<b>Multicollineariteit (VIF values)</b>	1.062-3.998 $\mu$ :2.12	Voldaan	1.070-4.008 $\mu$ :2.12	Voldaan	1.225-4.023 $\mu$ : 2.36	Voldaan
<b>Onafhankelijke residuen (Durbin-Watson)</b>	1.970	Voldaan	1.973	Voldaan	1.974	Voldaan
<b>Invloedrijke cases</b>	4.99%	Voldaan	5.00%	Voldaan	5.01%	Voldaan
<b>Cook's distance</b>	0,019	Voldaan	0,020	Voldaan	0,021	Voldaan
<b>Homoscedasticiteit</b>	Zie figuur 5	Voldaan	Zie figuur 8	Voldaan	Zie figuur 11	Voldaan
<b>Normaal verdeling AV</b>	Zie figuur 3 en 4	Voldaan	Zie figuur 3 en 7	Voldaan	Zie figuur 3 en 10	Voldaan

Figuur 3: verdeling afhankelijke variabelen

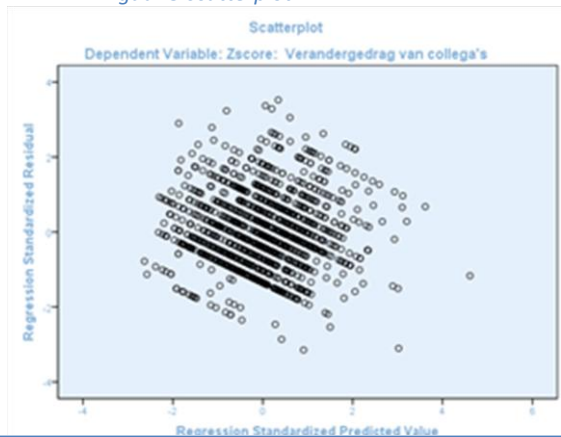


**Model 1: interactie-effect cliënt zinloosheid**

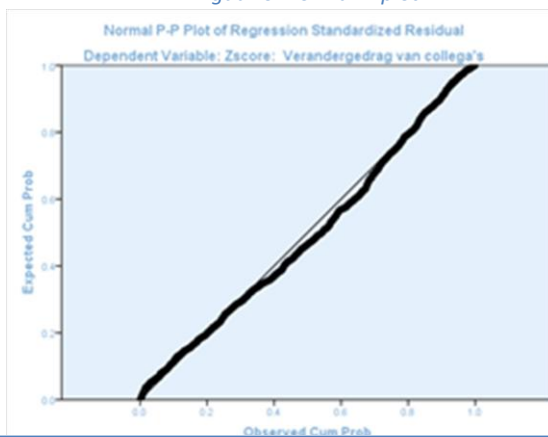
*Figuur 4 : verdeling afhankelijke variabele residuen*



*Figuur 5 scatterplot*

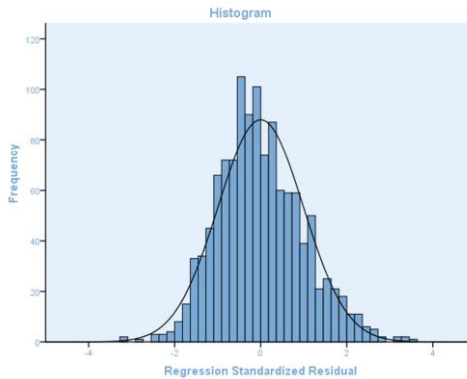


*Figuur 6: normal P-plot*

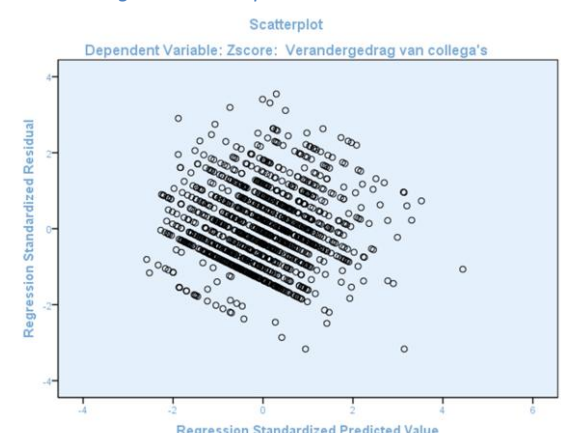


**Model 2: interactie-effect maatschappelijke zinloosheid**

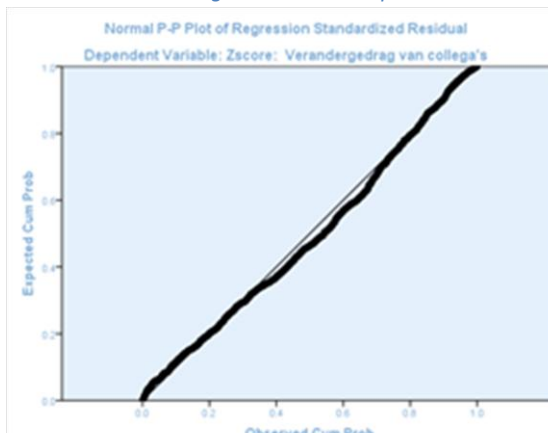
*Figuur 7 : verdeling afhankelijke variabele residuen*



*Figuur 8 scatterplot*

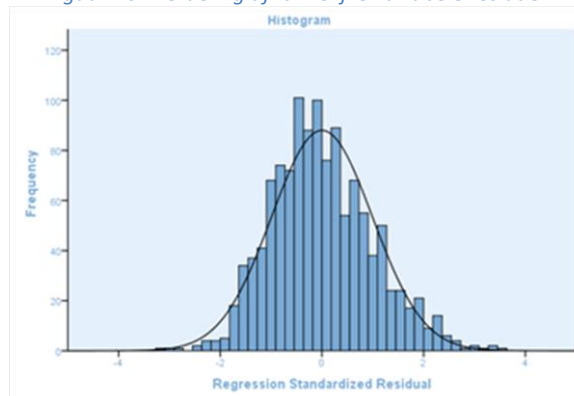


*Figuur 9: normal P-plot*

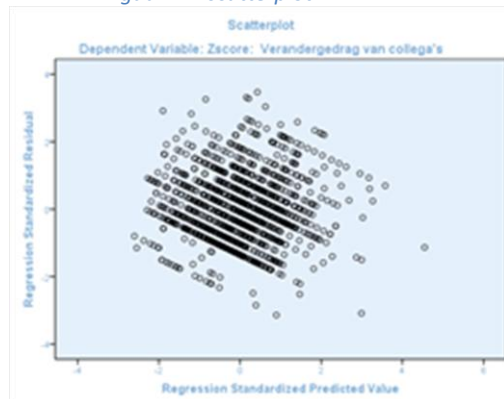


Model 3: alle interactie-effecten

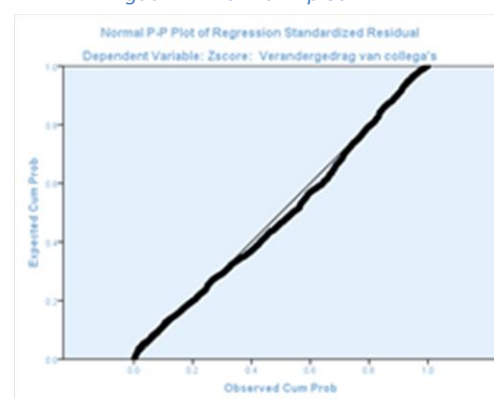
Figuur 10 : verdeling afhankelijke variabele residuen



Figuur 11: scatterplot



Figuur 12: normal P-plot





## 3. Resultaten

---

Dit hoofdstuk weergeeft de resultaten van het onderzoek. Tabel 4 weergeeft de scores op de centrale variabelen, die in paragraaf 3.1 zijn beschreven. In tabel 5 zijn de verbanden tussen deze variabelen gegeven. In paragraaf 4.2 zijn deze verbanden getoetst om vervolgens de hypothesen te toetsen.

### 3.1 Beschrijvende statistiek

Het merendeel van de respondenten bestaat uit vrouwen (75%). De gemiddelde leeftijd is 45 jaar. Gemiddeld zijn de zorgprofessionals 10 tot 15 jaar in de zorg werkzaam. Het opleidingsniveau van deze respondenten is hoog. Meer dan de helft van de respondenten heeft postacademisch onderwijs gevolgd (53%). Ongeveer een kwart (27,4%) van de respondenten heeft een HBO opleiding afgerond en 18,3% heeft het academisch onderwijs gevolgd. Van alle respondenten geeft 34% leiding aan andere zorgprofessionals.

Deze gemiddelde scores komen aardig overeen met de populatie. De landelijk gemiddelde leeftijd van het GGz-personeel is 44 jaar (Palm et.al., 2008). Bij de verloskundige is dit landelijk ongeveer 37 jaar (Hingstman & Kenens, 2011:14). In dit onderzoek is de gemiddelde leeftijd van de verloskundigen en echoscopisten 40 jaar en is de gemiddelde leeftijd van het GGz-personeel 48 jaar.

Aangezien er in dit onderzoek verschillende populaties bij elkaar zijn gevoegd, is het verklaarbaar dat er verschillen zijn. Zoals het percentage mannen. Onder het GGz-personeel is 31 procent man, terwijl dit bij de verloskundigen 2 procent is. In tabel 4 zijn de gemiddelden per steekproef weergegeven.

#### Veranderingsbereidheid

Tabel 5 laat zien dat de verloskundigen en echoscopisten meer veranderingsbereid zijn (6.17) dan de zorgprofessionals die met de DBC's werken (4.27, 4.32). Dit verschil is ook bevestigd in de interviews, zoals respondent C (SEO) aangeeft: *'Maar ja ik denk dat je weinig verloskundigen ook hebt die er negatief over SEO zijn'*. Respondent A(DBC) geeft aan: *'Ja ik kan mij niet zo goed voorstellen dat je daar als professionals positief tegenover staat'*.

## Zinloosheid

Bij de respondenten van het SEO is de mate van zinloosheid lager (4.51) dan bij de DBC respondenten (7.71, 7.62). Dit verschil komt ook naar voren in de interviews. Respondent A (DBC) stelt: *'En ik vind het onnodig geweest en ik denk niet dat het nog veel gaat opleveren'*. Echter geeft respondent C (SEO) aan: *'Het heeft ook echt veel voordelen, want soms moet bijvoorbeeld of een groei beter opgevolgd worden. Het geeft heel veel goede informatie ook over. En ik denk ook echt wel dat er voordelen zwaarder wegen als de nadelen'*.

## Machteloosheid

De gemiddelde machteloosheid in dit onderzoek is relatief hoog (6.10). De mate van machteloosheid is vooral bij de respondenten van DBC hoog. Ook in de interviews kwam naar voren dat de machteloosheid aanwezig is. Respondent A stelt: *'We kunnen niet zeggen. We doen het niet. En dat merk je natuurlijk wel, want er is een soort gelatenheid'* en respondent B geeft aan: *'Nou inzicht is er wel, maar invloed niet. Nee, dat is toch echt heel erg beperkt'*.

Tabel 4: gemiddelden en standaarddeviaties van de centrale variabelen.

	SEO		DBC1		DBC2		Totaal	
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD
Leidinggevende functie	.20	.397	.27	.446	.44	.496	0.34	0.47
Geslacht	.97	.17	.71	.46	.64	.48	0.75	0.43
Leeftijd	40.10	10.92	47.97	10.89	47.94	11.01	45.48	11.55
Opleidingsniveau	4.13	.48	5.80	.41	5.76	.43	5.25	0.88
Aantal jaar in de zorg	3.55	2.01	2.63	.72	3.56	1.50	3.41	1.63
Veranderingsbereidheid*	6.17	1.64	4.27	1.97	4.32	1.77	4.88	1.97
Zinloosheid*	4.51	.88	7.71	1.47	7.62	1.40	6.56	1.95
Maatschappelijke zinloosheid*	4.02	1.07	7.21	1.33	7.48	1.45	6.44	1.64
Cliënt zinloosheid*	4.99	1.17	8.32	1.74	7.79	1.60	6.91	2.05
Machteloosheid*	4.95	.94	6.99	1.26	6.53	1.38	6.10	1.48
Strategische machteloosheid*	5.44	1.17	7.48	1.36	6.67	1.65	6.44	1.64
Tactische machteloosheid*	4.71	1.57	6.85	1.745	6.53	1.90	6.01	1.99
Operationele machteloosheid*	4.70	1.23	6.58	1.725	6.38	1.81	5.89	1.82

\* Deze variabelen zijn geschaald naar een 10-puntsschaal.

### 3.1.1 Correlaties

Zoals in tabel 5 is weergegeven, correleren veel variabelen significant met elkaar. Er is een hoge correlatie tussen de leeftijd en het aantal jaar dat een professional in de zorg werkzaam is (.71). Ook is er een hoge correlatie tussen maatschappelijke- en cliënt zinloosheid (.78). Deze correlatieniveaus zijn niet zorgwekkend, omdat ze lager zijn dan 0.8. Er is dus geen sprake van multicollineariteit.

Tevens is in tabel 5 te zien dat strategische machteloosheid geen significant verband heeft met de leidinggevende functie. Verder zijn alle verwachte verbanden die in de hypothesen zijn geformuleerd significant, echter is niet elk verband in de verwachte richting vastgesteld. Zo heeft leidinggeven een negatief verband met veranderingsbereidheid.

In het volgende hoofdstuk zijn de verbanden getest aan de hand van t-toetsen en multi-pele regressieanalyses.

Tabel 5: Beschrijving gemiddelden. Standaarddeviaties (SD) en correlaties tussen variabelen.

	N	Gemiddelde	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Geslacht	2510	0.75	0.43	1										
2 Leeftijd	2505	45.48	11.55	-.35**	1									
3 Opleidingsniveau	2511	5.25	0.88	-.33**	.34**	1								
4 Aantal jaar in de zorg	2489	3.41	1.63	-.18**	.71**	.01	1							
5 Leidinggevende functie	2487	0.34	0.47	-.26**	.20**	.23**	.14**	1						
6 Maatschappelijke zinloosheid	2290	6.24	2.08	-.37**	.36**	.70**	.05*	.21**	1					
7 cliënt zinloosheid	2255	6.91	2.05	-.31**	.31**	.64**	.00	.16**	.78**	1				
8 Strategische machteloosheid	2174	6.44	1.64	.16**	.16**	-.37**	.05*	-.04	-.48**	-.50**	1			
9 Tactische machteloosheid	1985	6.01	1.99	.15**	.20**	-.40**	.01	-.05*	-.47**	-.48**	.46**	1		
10 Operationele machteloosheid	2185	5.89	1.82	.19**	.15**	-.39**	.03	-.14**	-.53**	-.53**	.40**	.50**	1	
11 Veranderingsbereidheid	2109	4.88	1.97	.23**	-.17**	-.38**	.03	-.08**	-.56**	-.54**	-.37**	-.40**	-.46**	1

\*p<0.05 \*\*p<0.01

## 4.2 Toetsende statistiek

Of er daadwerkelijk significante verschillen zijn tussen managing professionals en professionals is aan de hand van t-toetsen getest in paragraaf 4.2.1. Daarna is er door middel van regressieanalyses met interactie-effecten getoetst of de mate van machteloosheid en zinloosheid het verschil in veranderingsbereidheid verklaart. Vervolgens zijn de significante interactie-effecten meegenomen in de regressiemodellen. Aan de hand van de regressiemodellen zijn hypothesen getest.

### 4.2.1 Vergelijking managing professionals en professionals

Aan de hand van de t-toets zijn in deze paragraaf de gemiddelden van managing professionals en professionals getoetst op een significant verschil. Eerst is gekeken of managing professionals en professionals verschillen in de mate bereidheid tot verandering, waarbij hypothese 1 getoetst is. Vervolgens is er gekeken of er significante verschillen zijn in de mate van zinloosheid en machteloosheid, waarbij hypothesen 2,3,6,7 en 8 getoetst zijn.

#### Vershil veranderingsbereidheid

De veranderingsbereidheid van de managing professional werd door respondent B als wisselend ervaren: *‘De managers waren heel wisselend, want er waren ook zorgmanagers die zelf ook oude psychotherapeuten waren en het een hele slechte ontwikkeling vonden. Maar er waren ook wel managers die er kansen in zagen. Zo van nou dan krijgen we eindelijk meer inzicht’.*

Uit de interviews is geen duidelijk beeld af te leiden of er een verschil tussen managing professionals en professionals bestaat. Respondent A geeft aan: *‘Nee. Nou ja goed. Je hebt natuurlijk wel een rol als leidinggevende om je daar op een gegeven moment wel een beetje enthousiast voor te maken’.* Terwijl respondent B aangeeft: *‘Maar ik denk dat er nog veel te weinig informatie echt wordt teruggekoppeld. En wat het je oplevert, die horen alleen maar dat er minder geld is en dat er misschien personeel eruit moet en dat soort dingen. Die zien alleen maar de negatieve kanten.’*

Ook laat tabel 6 een ander resultaat zien dan verwacht, waarbij de managing professionals (4.67) gemiddeld genomen minder bereid zijn tot verandering dan professionals (4.99). Om meer duidelijkheid te verschaffen zijn in tabel 6 de T-toetsen per steekproef weergegeven.

*Tabel 6: t-toets op verschil managing professionals en professionals per beleid*

Veranderingsbereidheid	Managing professionals			Professionals			T-toets significantie
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	
Totale steekproef	752	4.67	2.01	1354	4.99	1.93	.00
SEO	131	6.20	1.72	512	6.15	1.63	.765
DBC1	108	4.53	2.09	280	4.17	1.92	.110
DBC2	513	4.30	1.88	562	4.34	1.67	.725

Hoewel de T-toets per steekproef niet significant is, blijft het relevant om op de gegevens van tabel 6 in te gaan. Zo is in tabel 6 te zien dat alleen bij DBC2 de managing professionals een hoger veranderingsbereidheid hebben dan de professionals. DBC2 bevat 47.7% managing professionals, tevens telt DBC2 een groot aantal respondenten, hierdoor drukken de resultaten van deze steekproef een zware stempel op het totale gemiddelde van veranderingsbereidheid van managing professionals. Er is dus sprake van een oververtegenwoordiging van managing professionals in deze steekproef.

Voor de totale steekproef moet gesteld worden dat managing professionals gemiddeld genomen minder veranderingsbereid zijn dan professionals. Hiermee wordt hypothese 1 voor deze steekproef verworpen.

### Verschil op zinloosheid

In tabel 7 zijn hypothesen 2 en 3 getest. Hieruit blijkt dat managing professionals het beleid als meer zinloos (7.38) voor de cliënt ervaren dan professionals (6.71). Ook ervaren managing professionals meer maatschappelijke zinloosheid (6.86) dan professionals (5.92). Voor deze steekproef kunnen ook hypothesen 2 en 3 worden verworpen.

*Tabel 7: t-toets op verschil managing professionals en professionals*

	Managing professionals			Professionals			t-toets
	N	gemiddelde	SD	N	gemiddelde	SD	Significantie
Maatschappelijke zinloosheid	782	6.86	1.98	1486	5.92	2.06	.000
Cliënt zinloosheid	773	7.38	1.92	1452	6.71	2.06	.000

In tabel 8 is de totale zinloosheid weergegeven per oorspronkelijke steekproef. In deze tabel is te zien dat alleen bij SEO de managing professionals het beleid als minder zinloos ervaren. Bij het DBC beleid ervaren managing professionals het beleid als meer zinloos dan professionals. Bij DBC2 is de zinloosheid bij managing professionals zelfs significant hoger.

*Tabel 8: Totale zinloosheid nader bekeken*

Zinloosheid totaal	Managing professionals			professionals			T-toets
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	significantie
Totale steekproef	782	7.11	1.85	1487	6.31	1.94	.000
SEO	150	4.42	.74	619	4.51	.91	.194
DBC1	109	7.83	1.42	278	7.77	1.32	.733
DBC2	523	7.74	1.40	590	7.51	1.39	.006

### Verschil op machteloosheid

De ervaren machteloosheid is voor beide professionals hoog. Voor het concept strategische machteloosheid is geen significant verschil tussen managing professionals en professionals vastgesteld. Hiermee wordt hypothese 6 met een significantieniveau van 0.05 verworpen.

Hypothese 7 en 8 worden op basis van deze t-toets niet verworpen. Managing professionals ervaren, minder tactische (6.14-5.93) en operationele machteloosheid (6.24-5.70) dan professionals.

*Tabel 9: t-toets op verschil managing professionals en professionals*

	Managing professionals			Professionals			t-toets
	N	gemiddelde	SD	N	gemiddelde	SD	Significantie
Strategische machteloosheid	775	6.53	1.74	1395	6.39	1.57	.07
Tactische machteloosheid	747	6.14	2.05	1235	5.93	1.94	.03
Operationele machteloosheid	774	6.24	1.88	1406	5.70	1.76	.00

### Verschil op controlevariabelen

In tabel 10 toont aan dat managing professionals op alle controlevariabelen significant verschillen. Er zijn relatief meer mannen managing professional. De gemiddelde leeftijd van de managing professionals (48.72 jaar) is significant hoger dan de leeftijd van de professionals (43.91 jaar). Tevens zijn managing professionals gemiddeld langer werkzaam in de zorg dan professionals en hebben ze gemiddeld een hoger opleidingsniveau.

*Tabel 10: t-toets op verschil managing professionals en professionals*

	Managing professionals			Professionals			t-toets
	N	gemiddelde	SD	N	gemiddelde	SD	Significantie
Geslacht	837	.59	.49	1649	.83	.37	0.00
Leeftijd	836	48.72	9.90	1646	43.91	11.97	0.00
Opleidingsniveau	837	5.55	.75	1650	5.11	.90	0.00
Aantal jaar in de zorg	834	3.72	1.41	1646	3.24	1.70	0.00

### 4.2.2 Interactie-effecten

Deze paragraaf beschrijft de regressieanalyses met interactie-effecten, waarmee is er nagegaan of een leidinggevende functie van invloed is op veranderingsbereidheid.

Voor de onafhankelijke variabelen zijn eerst vijf afzonderlijke regressies gedaan, waarbij de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen samen met de variabele 'leidinggeven' en het interactie-effect (product) zijn opgenomen.

Uit deze regressies bleek dat alleen de dimensies van zinloosheid een significant interactie-effect hebben. Dit geeft aan dat de het verschil in de mate van zinloosheid het verschil in de mate van veranderingsbereidheid deels verklaart. De significante interactieregressies van de dimensie zinloosheid zijn hieronder besproken en weergegeven in tabel 11 en 12. De niet-significante regressies van de dimensies van machteloosheid zijn opgenomen in de bijlage 1.

#### Interactie-effecten van zinloosheid

In tabel 11 is te zien dat voor maatschappelijke zinloosheid de richtingscoëfficiënt niet groot is ( $\beta$ -.050), maar wel significant. Deze bèta geeft aan dat professionals meer maatschappelijke zinloosheid ervaren. Ook voor cliënt zinloosheid is de richtingscoëfficiënt is niet groot ( $\beta$ -.041). Ook hier ervaren professionals meer maatschappelijke zinloosheid.

Aan de hand van de gegevens van de regressieanalyse, zijn er twee interactiegrafieken weergegeven. Beide grafieken geven ongeveer hetzelfde beeld. De interactiegrafieken tonen dat managing professionals een hogere mate van veranderingsbereidheid hebben dan professionals wanneer de zinloosheid laag is. In figuur 13 is te zien dat wanneer de maatschappelijke zinloosheid hoog is, beide professionals een lage veranderingsbereidheid hebben. In figuur 14 kruisen de interactielijnen elkaar. Als de cliënt zinloosheid hoog is, dan hebben de professionals een hogere mate van veranderingsbereidheid dan de managing professionals.

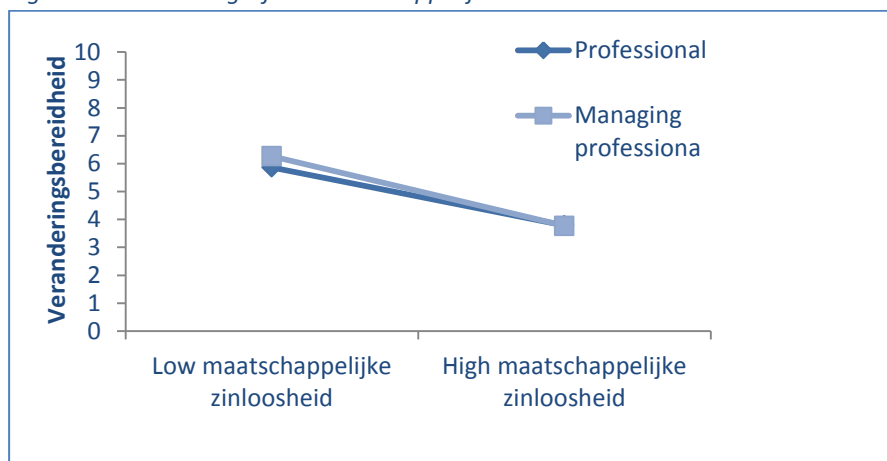
De grafieken tonen ook aan dat de interactie-effecten niet sterk zijn.



Tabel 11: regressieanalyse maatschappelijke zinloosheid		Veranderingsbereidheid
Constant		.031(B)*
Leidinggevende functie		.048***
Maatschappelijke zinloosheid		-.563***
Maatschappelijke zinloosheid x Leidinggevende functie		-.050***
	R <sup>2</sup>	.310
	N.	2104

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01, Durbin-Watson: 1.898, Cook: .023, Residual: 4.84%, VIF: 1.082, 1.046, 1.035

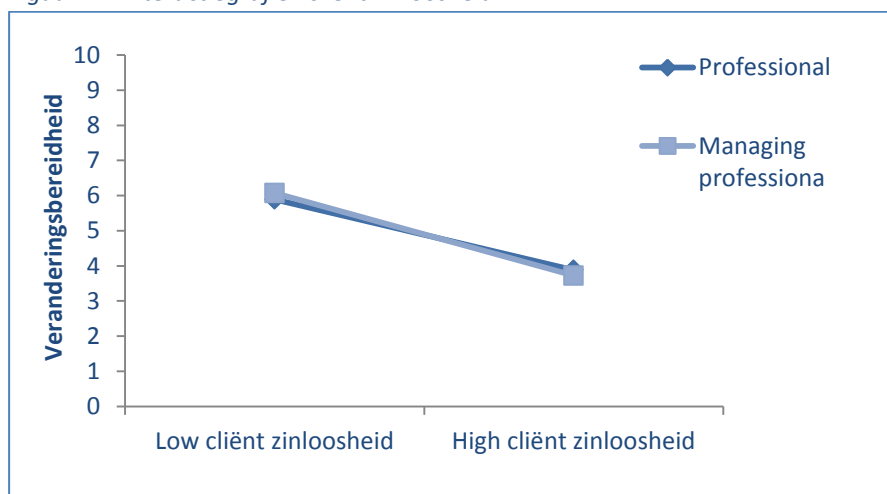
Figuur 13: interactiegrafiek maatschappelijke zinloosheid<sup>1</sup>



Tabel 12: regressieanalyse cliënt zinloosheid		Veranderingsbereidheid
Constant		.039(B)**
Leidinggevende functie		.005
Cliënt zinloosheid		-.541***
Cliënt zinloosheid x Leidinggevende functie		-.041**
	R <sup>2</sup>	.293
	N.	2096

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01, Durbin-Watson: 1.885, Cook: .023, Residual: 4.72%, VIF: 1.051, 1.023, 1.028

Figuur 14: interactiegrafiek cliënt zinloosheid



<sup>1</sup> Interactie-effecten: <http://www.jeremydawson.co.uk/slopes.htm>

### 4.2.3 Effecten op veranderingsbereidheid

De vorige paragraaf liet zien dat alleen de interactie-effecten van de dimensies van zinloosheid het verschil in veranderingsbereidheid verklaren. In model 1 en 2 zijn de significante interactie-effecten van maatschappelijke- en cliënt zinloosheid los van elkaar meegenomen met de andere variabelen in een regressie om te controleren of deze interactie-effecten nog steeds significant zijn als er mogelijk meerdere variabelen de mate van veranderingsbereidheid verklaren. Vervolgens is met model 3 de hypothesen getoetst, waarbij de interactie-effecten van alle variabelen zijn opgenomen.

Aan de hand van de bèta's uit de regressieanalyse is vervolgens afgelezen welke variabele de meest verklarende oorzaak voor het verschil tussen managing professionals en professionals is.

Tabel 13: regressiemodellen

<b>Model 1</b>	<b>Volledige steekproef</b> In deze regressieanalyse heeft er een regressie plaatsgevonden op alle onafhankelijke variabelen die bij elke respondent gemeten zijn inclusief de controle variabelen. Daarnaast is in stap 2 het interactie-effect van <u>cliënt zinloosheid</u> toegevoegd.
<b>Model 2</b>	<b>Volledige steekproef</b> In deze regressieanalyse heeft er een regressie plaatsgevonden op alle onafhankelijke variabelen die bij elke respondent gemeten zijn inclusief de controle variabelen. Daarnaast is in stap 2 het interactie-effect van <u>maatschappelijke zinloosheid</u> toegevoegd.
<b>Model 3</b>	<b>Volledige steekproef</b> In deze regressieanalyse heeft er een regressie plaatsgevonden op alle onafhankelijke variabelen die bij elke respondent gemeten zijn inclusief de controle variabelen. Daarnaast zijn in stap 2 de interactie-effecten van de controlevariabelen opgenomen en van <u>cliënt en maatschappelijke zinloosheid</u> .

De resultaten van de regressieanalyses zijn weergegeven in tabel 14.

In tabel 14 is van elk model stap 2 weergegeven, want stap 1 is voor elk model hetzelfde. Alle drie de modellen hebben een relatief groot verklaarde variantie (0.408 R<sup>2</sup> en 0.412 R<sup>2</sup>), waarmee een relatief groot deel van de opgenomen variabelen het verschil in veranderingsbereidheid verklaard kan worden.

Tabel 14: modellen regressieanalyses veranderingsbereidheid

	<b>Stap 1</b>	<b>Model 1</b> Stap 2	<b>Model 2</b> Stap 2	<b>Model 3</b> Stap 2
	Veranderingsbereidheid	Veranderingsbereidheid incl. Interactie-effect	Veranderingsbereidheid incl. Interactie-effect	Veranderingsbereidheid incl. Interactie-effect
Constant	.029 (B)	.032(B)*	.035(B)*	.033 (B)*
Leidinggeven	.038**	.041**	.042**	.041**
Geslacht	.049**	.047*	.046**	.041*
Geslacht x leidinggeven				.013
Leeftijd	-.025	-.026	-.026	-.028
Leeftijd x leidinggeven				-.003
Opleidingsniveau	.108***	.104***	.103***	-.097***
Opleidingsniveau x leidinggeven				.078***
Aantal jaar zorgprofessional	.074***	.075***	.075***	.074***
Aantal jaar zorgprofessional x leidinggeven				-.022
Strategische machteloosheid	-.056***	-.056***	-.057***	-.054**
Tactische machteloosheid	-.056**	-.057**	-.056**	-.058**
Operationele machteloosheid	-.171***	-.169***	-.169***	-.169***
Cliënt zinloosheid	-.221***	-.219***	-.221***	-.216***
Cliënt zinloosheid x leidinggeven		-.020		-.013
Maatschappelijke zinloosheid	-.315***	-.314***	-.312***	-.305***
Maatschappelijke zinloosheid x leidinggeven			-.026	-.063*
R <sup>2</sup>	.4075	.4079	.4081	0.412
N.	1824	1824	1824	1824

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01

### Interactie-effecten

In model 1 en 2 is te zien dat de interactie-effecten van cliënt en maatschappelijke zinloosheid niet meer significant zijn. In model 3 heeft maatschappelijke zinloosheid wel een significant effect. De richtingscoëfficiënt ( $\beta$ -.063) is ook groter geworden dan in de eerste regressieanalyse in paragraaf 4.2.2 ( $\beta$ -.050).

### Machteloosheid

In model 3 van tabel 14 is te zien dat zonder uitzondering er gesteld kan worden dat machteloosheid een significant effect heeft op veranderingsbereidheid. Van de drie dimensies heeft operationele machteloosheid het grootste effect op veranderingsbereidheid ( $\beta$ -.169). Dat machteloosheid een effect heeft op de mate van veranderingsbereidheid, is ook aangegeven door respondent B: *'Zorgprofessionals hebben erg behoefte aan autonomie. Terwijl ik denk dat dit een onterechte angst is, maar ik denk wel dat het hier mee te maken heeft. Dat het gevoel is dat ze niet meer de baas zijn in hun eigen behandelkamer'*.

Een negatief verband tussen operationele-, tactische- en strategische machteloosheid en veranderingsbereidheid is hiermee bevestigd. Hypotheses 9,10 en 11 worden op basis van model 1,2 en 3 niet verworpen.

### Zinloosheid

Cliënt en maatschappelijke zinloosheid hebben ook een direct significant effect op veranderingsbereidheid. Dit directe effect is relatief groot, zoals de bèta van maatschappelijke zinloosheid ( $\beta$ -.314) bijvoorbeeld aangeeft. Tevens worden hypothese 4 en 5 niet verworpen, omdat het verwachte negatieve verband tussen beide dimensies van zinloosheid en veranderingsbereidheid bevestigd zijn.

### Controlevariabelen

Wat verder opvallend is in model 3, is dat leeftijd geen significant effect heeft op veranderingsbereidheid. Dit werd namelijk wel in de interviews aangegeven als een mogelijke factor voor de mate van veranderingsbereidheid, zoals respondent A stelt: *'Nou ik denk dat ouderen er langer over doen dan jongeren. Voor ouderen is het de zoveelste verandering en voor jongeren dan'* en respondent B stelt: *'Nou ik vond eigenlijk de oudere psychotherapeuten met name negatief en de jongere psychologen werden al ook weer op die (DBC) manier opgeleid'*.

Tevens is het opvallend dat alleen het interactie-effect van opleidingsniveau ( $\beta$ 0.78) significant is. Deze bèta geeft aan dat managing professionals een hoger opleidingsniveau hebben en daarom een hogere mate van veranderingsbereidheid hebben. Doordat de bèta's van

machteloosheid en zinloosheid groter zijn en een negatief verband met veranderingsbereidheid hebben, is er voor de totale regressie gemeten dat professionals een hogere veranderingsbereidheid hebben dan managing professionals.

*Tabel 15: resultaten toetsing hypothesen.*

<b>Hypothese</b>		
<b>1</b>	Managing professionals hebben een hogere mate van veranderingsbereidheid dan professionals	Verworpen
<b>2</b>	Managing professionals ervaren een lagere mate van cliënt zinloosheid van het beleid dan professionals.	Verworpen
<b>3</b>	Managing professionals ervaren een lager mate van maatschappelijke zinloosheid van het beleid dan professionals.	Verworpen
<b>4</b>	Een lagere mate van cliënt zinloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.	Niet verworpen
<b>5</b>	Een lagere mate van maatschappelijke zinloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.	Niet verworpen
<b>6</b>	Managing professionals ervaren een lagere mate van strategische machteloosheid professionals.	Verworpen
<b>7</b>	Managing professionals ervaren een lagere mate van tactische machteloosheid professionals.	Niet verworpen
<b>8</b>	Managing professionals ervaren een lagere mate van operationele machteloosheid professionals.	Niet verworpen
<b>9</b>	Een lagere mate van strategische machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.	Niet verworpen
<b>10</b>	Een lagere mate van tactische machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.	Niet verworpen
<b>11</b>	Een lagere mate van operationele machteloosheid leidt tot meer veranderingsbereidheid.	Niet verworpen

## 4. Conclusie

---

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de hoofdvraag en het behandelt de gestelde hypothesen. Tevens volgt er een reflectie op de behandelde literatuur van dit onderzoek, met aansluitend een duiding van de beperkingen van dit onderzoek. Ten slotte worden enkele aanbevelingen gegeven voor zowel vervolgonderzoek als voor beleidsmakers en professionals.

### Veranderingsbereidheid van de managing professional

Veranderingsbereidheid is deels afhankelijk van de rol die een zorgprofessional in het betreffende veranderproces bekleedt. De rol van leidinggevenden binnen de zorg, de zogenaamde managing professionals, is te duiden als complex, omdat managing professionals tussen twee lagen staan (Metselaar, 1997:16). Dit onderzoek brengt het verschil in veranderingsbereidheid van zorgprofessionals en managing professionals voor het voetlicht en tracht deels dit verschil te verklaren, omdat er vermoedelijk maar een gering deel van de verklaringen achter de discrepantie in veranderingsbereidheid bekend is. Dit onderzoek heeft deze lacune verkleind door oorzaken van het verschil in veranderingsbereidheid te zoeken in twee dimensies van beleidsvervreemding: zinloosheid en machteloosheid.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

*'In hoeverre verklaren verschillen in de mate van machteloosheid en zinloosheid het verschil in de mate van veranderingsbereidheid tussen zorgprofessionals en managing professionals?'*

Uit dit onderzoek blijkt dat zinloosheid en machteloosheid een verklarende factor zijn voor de mate van veranderingsbereidheid, waarbij zinloosheid de meest significante factor is.

Van de twee onderscheiden soorten zinloosheid, blijkt maatschappelijke zinloosheid de enige verklarende factor te zijn die het verschil in veranderingsbereidheid tussen managing professionals en professionals verklaart.

### Hypothesen

De door in dit onderzoek geteste verwachtingen afgeleid uit literatuurstudie, zijn niet allemaal bevestigd. De verwachting dat machteloosheid en zinloosheid beiden een negatief verband hebben met veranderingsbereidheid is bevestigd. De verwachting dat managing professionals minder tactische en operationele machteloosheid ervaren is ook bevestigd. De strategische machteloosheid is bij beide zorgprofessionals laag, waarbij er geen significant verschil is gemeten.

De verwachting die niet bevestigd is door dit onderzoek is dat managing professionals in hogere mate van veranderingsbereidheid zijn dan professionals. De professionals hebben gemiddeld een hogere veranderingsbereidheid (4.99) dan de managing professionals (4.67). Over het algemeen blijken zorgprofessionals over een lage mate van veranderingsbereidheid te beschikken (4.88).

Ook ervaren professionals, tegen verwachting in, een significant lagere mate van cliënt en maatschappelijke zinloosheid dan managing professionals.

### Blik op de literatuur

Dit onderzoek bevestigt dat zinloosheid de meest verklarende factor achter de mate van veranderingsbereidheid is in vergelijking met machteloosheid (Tummers, 2012b). Deze uitkomst valideert het relatief nieuwe concept beleidsvervreemding verder en draagt bij aan de discussie over dit concept.

Eerder gaf Tummers et. al. (2012:4) aan dat leeftijd een verschil kan betekenen in de mate van veranderingsbereidheid. Dit is in de kwantitatieve analyse van dit onderzoek niet bevestigd. Door de respondenten van de interviews werd er wel een bepalende invloed op de veranderingsbereidheid gezien.

In de literatuur is, voor zover de literatuurstudie in dit onderzoek reikt, geen eenduidig antwoord gevonden op de vraag welke effecten de dubbelrol van de managing professionals heeft op de veranderingsbereidheid. Ook dit onderzoek kan hier geen eenduidig antwoord op geven, naast de verzamelde data die aantonen dat de maatschappelijke zinloosheid van invloed is op het verschil in veranderingsbereidheid van professionals en managing professionals. Meer onderzoek is nodig om verder in te gaan op de verklaring achter de verschillen in veranderingsbereidheid van zorgprofessionals.

### Beperkingen

In dit onderzoek zijn drie bestaande kwantitatieve databronnen samengevoegd, die twee beleidsonderwerpen bevatten, namelijk SEO en DBC. Er zijn relatief grote verschillen tussen deze beleidsvormen geconstateerd. In volgend onderzoek zal er meer gericht moeten worden op specifieke casussen om meer context specifieke data te kunnen analyseren. De specifieke context is van grote invloed op de resultaten en de vergelijkbaarheid van casussen.

Bij vervolg onderzoek zal er tevens in grotere mate vertrouwd moeten worden op een method mix, waarbij kwalitatieve methoden en analyse zorgen dat specifieke contexten volledig tot hun recht kunnen komen. Voor dit onderzoek konden er door beperkingen in tijd en middelen slechts een beperkt aantal interviews worden afgelegd.

## Aanbevelingen

Bij volgend onderzoek kunnen andere verklaringen voor het verschil in veranderingsbereidheid worden onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt immers dat de twee behandelde dimensies van beleidsvervreemding geen uitputtend bewijs geven. Wellicht spelen andere dimensies als werkvervreemding een even zo significante rol.

Naast suggesties voor vervolg onderzoek, kunnen er ook twee praktische aanbevelingen gemaakt worden. Ten eerste moeten er instrumenten aangereikt worden aan de managing professionals en professionals ten behoeve van een beter inzicht in de resultaten en mogelijkheden van het door zorgprofessionals geïmplementeerde beleid. Hierdoor kan de ervaring van zinloosheid verminderen en zien zij het nut van de verandering beter in. Zoals respondent B stelt: *‘Maar ik denk dat er nog veel te weinig informatie echt wordt teruggekoppeld. En wat het je oplevert’*. Door ook de positieve kanten van de beleidsverandering te benadrukken kan het beleid meer leven bij de zorgprofessionals.

Een tweede aanbeveling is dat professionals meer moeten participeren in het veranderingsproces, zodat er minder machteloosheid wordt ervaren. Het motto van participatie bij de beleidsverandering is hierbij: *‘(..)it should be a means to enhance the meaningfulness of a policy, not a goal in itself’* (naar Tummers, 2012c:265). Zo wordt de kans dat situaties waarin beleidsmakers geen verstand hebben van de zorg waarvoor ze beleid maken, verkleind. Zoals een respondent A het probleem treffend duidde: *‘(..)het beleid wordt gemaakt door mensen die geen verstand hebben van zorg: dat is wel zorgelijk’*.



# Literatuur

---

Armenakis, A.A., G.Stanley, H. En H.W. Mossholder. (1993) Creating Readiness for Organizational Change. *Human Relations*, 46(6), 681-701

Azjen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(1), 179-211

Bovens, M.A.P., P. 't Hart, M.J.W. van Twist U. Rosenthal, (2001), *Openbaar bestuur*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Caluwé, L., H. Vermaak (2010) *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer. Kluwer.

Devos, G., M. Buelens, D. Bouckenoghe (2007). Contribution of Content, Context, and Process to understanding openness to organizational change: two experimental simulation studies. *The Journal of Social Psychology*, 147, 607-629.

Easton, D. (1965). *A system analysis of political life*. London: Wiley.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.

Flynn, N. (2007). *Public sector management* (5th ed.). Brighton, UK: Harvester.

Gabe, J., Bury, M., M.A.Elston, (2004). *Key concepts in medical sociology*. London: Sage.

Higgs, M., D. Rowland,(2005). All changes great and small: Exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151.

Hingstman. L, R.J. Kenens. (2011). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen: Peiling 2011*. Utrecht: Nivel.

Hupe, P.( 2007). *Overheidsbeleid als politiek: Over de grondslagen van beleid*. Assen. Uitgeverij van Gorcum.

Johnson, R.B., A.J. Onwuegbuzie (2004) Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come in: *Educational Researcher*, 33, (7) 14-26.

Judge, T. A., Thoresen, C. J., V. Pucik, V., T.M. Welbourne,(1999). Managerial coping with organizational change: A dispositional perspective. *Journal of Applied Psychology*, 84(1), 107-122.

KNOV (2009) *Informatie over het Structureel Echoscopisch Onderzoek de 20-weken echo* [[http://www.knov.nl/docs/uploads/StructureelEchoscopistischOnderzoekversie2009\\_1.pdf](http://www.knov.nl/docs/uploads/StructureelEchoscopistischOnderzoekversie2009_1.pdf)]. 6 juni 2012

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.

Metselaar, E. E. (1997). Assessing the willingness to change: Construction and validation of the DINAMO.(proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam).

Mottaz, C. J. (1981). Some determinants of work alienation. *Sociological Quarterly*, 22(4), 515-529.

Onwuegbuzie, A. J., N.L., Leech, (2004a). Enhancing the interpretation of “significant” findings: The role of mixed methods research. *The Qualitative Report*, 9(4), 770-792.

Onwuegbuzie, A. J., N.L., Leech, (2005). The role of sampling in qualitative research. *Academic Exchange Quarterly*, 9, 280-284.

Palm, I., F. Leffers, T. Emons, V. Van Egmond, S. Zeegers, (2008). *De GGz ontwricht: Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SP.

Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *The Academy of Management Review*, 25(4), 783-794.

Rayce, S.L.B. B.E. Holstein, S. Kreiner, (2008). Aspects of alienation and symptom load among adolescents. *European Journal of Public Health*, 19( 1), 79–84

Sagie, A., M. Koslowsky, (1994). Organizational attitudes and behaviors as a function of participation in strategic and tactical change decisions: An application of path-goal theory. *Journal of Organizational Behavior*, 15(1), 37-47.

Sarros, J. C., Tanewski, G. A., Winter, R. P., Santora, J. C., Densten, I. L. (2002). Work alienation and organizational leadership. *British Journal of Management*, 13(4), 285-304.

Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24(6), 783-791.

Strebelt, P. (1996) Why do Employees Resist Change? *Harvard Business Review*. (1986-92)

Travis, R. (1986). On Powerlessness and Meaninglessness. *The British Journal of Sociology*. 37,(1). 61-73

Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M., Steijn, A.J. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a New Public Management context. *Public Management Review*, 11(5), 685-706.

Tummers, L.G. (2010). *De bereidheid van zorgprofessionals in de GGZ om te werken met DBC's*. Rotterdam. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Tummers, L.G. (2011). Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: A policy alienation framework. *International Review of Administrative Sciences*, 77(3), 555-581.

Tummers, L. G., Steijn, A. J., Bekkers, V. J. J. M. (volgt in: 2012). Public professionals and policy alienation. In M. Noordegraaf, & A. J. Steijn (Eds.), *Professionals under pressure: Perspectives on professionals and professionalism*. Amsterdam. Amsterdam University Press

Tummers, L.G. (2012b) *Professionals zijn vervreemd van beleid*. [<http://www.socialevraagstukken.nl/site/2012/02/28/professionals-zijn-vervreemd-van-beleid-en-vinden-veranderingen-vaak-onzin/>]23-05-2012

Tummers, L.G. (2012c) Policy Alienation. Analyzing the experiences of public professionals with new policies (proefschrift Erasmus Universiteit).via: larstummers.nl

Tummers, L. G. (volgt in 2012d). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*.

Van Meter, D. S., Van Horn, C. E. (1975). The policy implementation process: A conceptual framework. *Administration & Society*, 6(4), 445-488.

Van Thiel, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum. Coutinho.

Wissema, J.G. (1993). *Angst voor veranderen? Een mythe! Hoe u de veranderingsbereidheid op de werkvloer vergroot*. Assen. Van Gorcum.

# Bijlagen

## ***Bijlage 1 – niet significante interactie-effecten***

In deze tabellen zijn de niet-significante interactie-effecten weergegeven.

<i>Tabel 16: regressie analyse strategische machteloosheid</i>	Veranderingsbereidheid
Constant	-.005(B)
Leidinggevende functie	-.059***
Strategische machteloosheid	-.371***
Strategische machteloosheid x Leidinggevende functie	-.010
R <sup>2</sup>	.142
N.	2037

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01, Durbin-Watson: 1.747, Cook: .023, Residual: 5.01%

<i>Tabel 17: regressie analyse tactische machteloosheid</i>	Veranderingsbereidheid
Constant	.014(B)
Leidinggevende functie	-.062***
Tactische machteloosheid	-.393***
Tactische machteloosheid x Leidinggevende functie	.001
R <sup>2</sup>	.161
N.	1887

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01, Durbin-Watson: 1.779, Cook: .025, Residual: 4.34%

<i>Tabel 18: regressie analyse operationele machteloosheid</i>	Veranderingsbereidheid
Constant	.012(B)
Leidinggevende functie	-.014
Operationele machteloosheid	-.461***
Operationele machteloosheid x Leidinggevende functie	.008
R <sup>2</sup>	.215
N.	2074

\*p<0.10 \*\*p<0.05 \*\*\*p<0.01, Durbin-Watson: 1.788, Cook: .040, Residual: 4.48%

## Bijlage 2 - list of items

Maatschappelijke zinloosheid	
SEO	Ik vind het inzicht geven aan de ouders over mogelijke afwijkingen van hun kind een heel goed doel
	Het SEO geeft de ouders volgens mij meer inzicht in mogelijke afwijkingen bij het kind (dan als het SEO niet werd uitgevoerd)
	Ik denk dat het SEO - na verdere ontwikkeling - op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt tot meer inzicht in mogelijke afwijkingen bij het kind
	Ik denk dat het SEO op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer inzicht in mogelijke afwijkingen bij het kind
	Ik vind dat het huidige SEO nu al leidt tot meer inzicht in mogelijke afwijkingen bij het kind
	Alles bij elkaar genomen denk ik dat het SEO leidt tot meer inzicht in mogelijke afwijkingen bij het kind
	Ik vind het inzicht geven in behandelmogelijkheden tijdens de zwangerschap een heel goed doel
	Ik denk dat het SEO - na verdere ontwikkeling - op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt meer inzicht in behandelmogelijkheden tijdens de zwangerschap
	Ik denk dat het SEO op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer inzicht in behandelmogelijkheden tijdens de zwangerschap
	Ik vind dat het huidige SEO nu al leidt tot meer inzicht in de behandelmogelijkheden tijdens de zwangerschap
	Alles bij elkaar genomen denk ik dat het SEO leidt tot meer inzicht in behandelmogelijkheden tijdens de zwangerschap
	Ik vind het afbreken van de zwangerschap, na het vinden van een ernstige afwijking, een goede behandelmogelijkheid
	Het SEO zorgt volgens mij voor meer zwangerschapsafbrekingen, door het opsporen van ernstige afwijkingen
	Ik denk dat het SEO op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt tot meer zwangerschapsafbrekingen, door het opsporen van ernstige afwijkingen
	Ik denk dat het SEO op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer zwangerschapsafbrekingen, door het opsporen van ernstige afwijkingen
	Ik vind dat het huidige SEO nu al leidt tot leidt tot meer zwangerschapsafbrekingen, door het opsporen van ernstige afwijkingen
	Alles bij elkaar genomen denk ik dat het SEO leidt tot meer zwangerschapsafbrekingen, door het opsporen van ernstige afwijkingen
	DBC1 en DBC2
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	
Als de DBC's niet waren ingevoerd waren er net zoveel of zelfs meer keuzemogelijkheden voor patiënten	
Door de DBC-regelgeving hebben patiënten bij sommige aandoeningen meer keuzemogelijkheden	
Ik kan in mijn omgeving geen voorbeelden noemen waarbij de DB regelgeving tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten heeft geleid	
Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	
Ik vind het bevorderen van doelmatigheid in de GGz een heel goed doel	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn leidt tot meer doelmatigheid in de GGz	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn leidt tot meer doelmatigheid in de GGz	
Als de DBC's niet waren ingevoerd was er net zoveel of zelfs meer doelmatigheid in de GGz	
Bij sommige behandelingen zorgt de DBC-regelgeving voor meer doelmatigheid	
Ik kan in mijn omgeving geen voorbeelden noemen waarbij de DBC-regelgeving tot meer doelmatigheid heeft geleid	
Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer doelmatigheid in de GGz	
Ik vind het bevorderen van transparantie in de kwaliteit van zorg een heel goed doel	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn leidt tot meer transparantie in de kwaliteit van zorg	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn leidt tot meer transparantie in de kwaliteit van zorg	
Als de DBC's niet waren ingevoerd was er net zoveel of zelfs meer transparantie in de zorgkwaliteit	
De kwaliteit van bepaalde behandelingen is duidelijker geworden door de invoering van DBC's	
Ik kan in mijn omgeving geen voorbeelden noemen waarbij de DBC-regelgeving tot meer transparantie in de zorgkwaliteit heeft geleid	
Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer transparantie in de zorgkwaliteit	
Ik vind het bevorderen van transparantie in de kosten van zorg een heel goed doel	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn leidt tot transparantie in de kosten van zorg	
Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn leidt tot transparantie in de kosten van zorg	
Als de DBC's niet waren ingevoerd was er net zoveel of zelfs meer transparantie in de kosten van zorg	
Ik vind dat de DBC-regelgeving nu al heeft geleid tot meer transparantie in de zorgkosten	
Ik kan in mijn omgeving geen voorbeelden verzinnen waarbij de DBC-regelgeving tot meer transparantie in de zorgkosten heeft geleid	
Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer transparantie in de zorgkosten	
Cliënt zinloosheid	
SEO	Het SEO is bevorderlijk voor het welzijn van mijn cliënten (kind en ouders)
	De invoering van het SEO zorgt ervoor dat ik cliënten efficiënter kan helpen dan hiervoor
	De invoering van het SEO zorgt ervoor dat ik cliënten beter kan helpen dan hiervoor
	Dankzij het SEO kan ik de problemen van mijn cliënten beter oplossen
	Ik denk dat het SEO uiteindelijk goed is voor mijn cliënten

DBC1	Dankzij de DBC-regelgeving kan ik de problemen van mijn patiënten beter oplossen
	De DBC-regelgeving is bevorderlijk voor het welzijn van mijn patiënten
	De DBC-regelgeving zorgt ervoor dat ik patiënten efficiënter kan helpen dan hiervoor
	Ik denk dat de DBC-regelgeving uiteindelijk goed is voor mijn patiënten
	Ik snap niet hoe mijn patiënten op de korte termijn kunnen profiteren van de DBC-regelgeving
DBC2	Strikt werken volgens de DBC-regelgeving is nadelig voor mijn patiënten
	De DBC-regelgeving brengt de privacy van mijn patiënten in gevaar
	Dankzij de DBC-regelgeving kan ik de problemen van mijn patiënten beter oplossen
	De DBC-regelgeving is bevorderlijk voor het welzijn van mijn patiënten
	De DBC-regelgeving zorgt ervoor dat ik patiënten efficiënter kan helpen dan hiervoor
Strategische machteloosheid	Ik denk dat de DBC-regelgeving uiteindelijk goed is voor mijn patiënten
	SEO
	Op landelijk niveau konden de zorgprofessionals meebeslissen hoe de SEO-regelgeving werd opgezet
	Zorgprofessionals hebben, via hun professionele associaties (bijvoorbeeld BEN of KNOV), actief meegedacht over de opzet van het SEO
	Zorgprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om de SEO-regelgeving te beïnvloeden
DBC1	Politici hebben bij de opzet van de SEO-regelgeving helemaal niet geluisterd naar de zorgprofessionals
	Wij als zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de SEO-regelgeving
	De zorgprofessionals konden de ontwikkeling van de SEO-regelgeving op nationaal niveau (Minister, VWS, Tweede Kamer) helemaal niet beïnvloeden
	DBC1
	Ik vind dat beleidsmakers bij de ontwikkeling van de DBC-regelgeving voldoende naar de zorgprofessionals hebben geluisterd
DBC2	De inhoudelijke expertise van de zorgprofessionals werd voldoende meegenomen bij de ontwikkeling van de DBC-regelgeving
	Zorgprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om de DBC-regelgeving te beïnvloeden
	Zorgprofessionals hadden zich veel meer moeten laten horen in het debat over de DBC-regelgeving
	Wij als zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving
	De zorgprofessionals konden de ontwikkeling van de DBC-regelgeving op nationaal niveau (Minister, VWS, 2e Kamer) helemaal niet beïnvloeden
Tactische machteloosheid	DBC2
	Op landelijk niveau konden de zorgprofessionals meebeslissen hoe de DBC-regelgeving werd opgezet
	Zorgprofessionals hebben, via hun professionele associaties, actief meegedacht over de opzet van de DBC-regelgeving
	Zorgprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om de DBC-regelgeving te beïnvloeden
	Politici hebben bij de opzet van de DBC-regelgeving helemaal niet geluisterd naar de zorgprofessionals
Operatieve machteloosheid	Wij als zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving
	De zorgprofessionals konden de ontwikkeling van de DBC-regelgeving op nationaal niveau (Minister, VWS, Tweede Kamer) helemaal niet beïnvloeden
	SEO
	In mijn organisatie konden vooral zorgprofessionals bepalen hoe de SEO-regelgeving werd uitgewerkt
	In mijn organisatie hebben zorgprofessionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van de SEO-regelgeving
DBC1 en DBC2	Het management van mijn organisatie had de zorgprofessionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van het SEO
	Bij de invoering van de SEO-regelgeving werd er in mijn organisatie helemaal niet naar de zorgprofessionals geluisterd
	In mijn organisatie konden zorgprofessionals meepraten over de uitwerking van de SEO-regelgeving
	Ik en mijn collega zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de SEO-regelgeving in mijn organisatie
	DBC1 en DBC2
In mijn instelling konden vooral zorgprofessionals bepalen hoe de DBC-regelgeving werd uitgewerkt	
In mijn instelling hebben zorgprofessionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van de DBC-regelgeving	
Het management van mijn instelling had de zorgprofessionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van de DBC-regelgeving	
Bij de invoering van de DBC-regelgeving werd er in mijn instelling helemaal niet naar de zorgprofessionals geluisterd	
In mijn instelling konden zorgprofessionals meepraten over de uitwerking van de DBC-regelgeving	
Ik en mijn collega zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving in mijn instelling	
Operationele machteloosheid	SEO
	Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met de SEO omga (bijvoorbeeld: erover adviseer of het onderzoek uitvoer)
	Bij het werken met SEO kan ik goed aansluiten op de behoeften van de cliënt
	Werken met SEO voelt als een harnas waarin ik me niet goed kan bewegen
	Als ik met SEO werk moet ik me aan strakke procedures houden
DBC1 en DBC2	Bij het werken met SEO kan ik veel te weinig maatwerk voor mijn cliënten leveren
	Bij het werken met SEO kan ik mijn eigen afwegingen maken
	De tijd die ik heb om één SEO-onderzoek (inclusief administratie) uit te voeren is onvoldoende
	DBC1 en DBC2
	Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met de DBC's omga
Bij het werken met DBC's kan ik goed aansluiten op de behoeften van de patiënt	

	Werken met DBC's voelt als een harnas waarin ik me niet goed kan bewegen
	Als ik met DBC's werk moet ik me aan strakke procedures houden
	Bij het werken met DBC's kan ik veel te weinig maatwerk voor mijn patiënten leveren
	Bij het werken met DBC's kan ik mijn eigen afwegingen maken
<b>Veranderingsbereidheid</b>	
SEO	Tijdens de invoering van het SEO heb ik mijn collega's overtuigd van de voordelen van het SEO
	Ik zet me in voor de huidige doelstellingen (zoals inzicht in afwijkingen) van het SEO
	Ik heb weerstand tegen het SEO van mijn medewerkers/collega's proberen te verminderen
	Ik maak tijd vrij om het SEO uit te voeren
	Ik doe moeite om tot een goede uitvoering van het SEO te komen
DBC1 en DBC2	Ik ben van plan om mijn collega's te overtuigen van de voordelen van de DBC's
	Ik ben van plan om me in te zetten voor de huidige doelstellingen (zoals transparantie) van de DBC's
	Ik ben van plan om weerstand tegen de DBC's van mijn medewerkers/collega's te verminderen
	Ik ben van plan om tijd vrij te maken om de DBC-regelgeving uit te voeren
	Ik ben van plan om moeite te doen om tot een goede uitvoering van de DBC-regelgeving te komen



### ***Bijlage 3- Respondenten***

<b>Respondent A</b>	Man, 32 jaar Psycholoog in opleiding tot psychotherapeut PsyQ afdeling psychotrauma
<b>Respondent B</b>	Vrouw, 40 jaar Klinisch psycholoog en zorg manager PsyQ Inhoudelijk leider psychodiagnostiek
<b>Respondent C</b>	Vrouw, 29 jaar Verloskundige bij de Luiersmand

## Bijlage 4 – Interviewleidraad

Deze vragenlijst is bedoeld om de ervaringen van zorgprofessionals en managing professionals bij een beleidsverandering of beleidsinvoering te achterhalen. Hierbij wordt er gekeken naar twee aspecten.

Het betreft de vraag of a) er een verschil in veranderingsbereid tussen managing professionals en professionals is en of b) of het verschil aan de hand van zinloosheid en machteloosheid het verschil te verklaren is.

### ALGEMEEN – RESPONDENT

Deze gegevens worden niet in het onderzoeksverslag weergegeven.

Wat is uw naam?	
Wat is uw leeftijd?	... jaar
Wat is uw emailadres?*	
Wat is uw beroep/functie?	
Voor welke organisatie werkt u?	
Hoe lang bent u al werkzaam in de zorg?	... jaar
Geeft u leiding aan andere zorgprofessionals?	Ja/nee
Werkt u met DBC's?	Ja/nee
Sinds wanneer werkt u met DBC's?	

\* Uw e-mailadres zal alleen worden gebruikt om eventueel bij onduidelijkheden een paar vragen na te sturen.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het interview en het onderzoek, kunt u tevens een kopie via de mail ontvangen.

### ZINVOLHEID

De doelen van de DBC's zijn:

- Transparantie vergroten in de zorgkosten en zorgkwaliteit per zorgverlener.
- Doelmatigheid (efficiëntie/kosteneffectiviteit) van de GGz vergroten door gereguleerde marktwerking.
- Meer keuzemogelijkheden en inzicht in prijs en kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

De doelen van het SEO zijn:

- Inzicht in mogelijke afwijkingen van het kind
- Inzicht geven in verwijsmogelijkheden voor behandeling
- Mogelijkheid tot zwangerschapsafbreking tot 24 weken

1. In hoeverre bent u het eens met deze doelen? En waarom?
2. Denkt u dat het DBC-beleid/SEO daadwerkelijk bijdraagt aan het bereiken van deze doelen? Wat is hiervan de voornaamste reden?
3. Kunt u uw patiënten beter helpen door het DBC beleid/SEO? Waarom juist wel of niet?
4. Vindt u het DBC-beleid/SEO zinvol? En waarom?
5. Ervaarde uw leidinggevende het DBC-beleid/SEO zinvol? Hoe was dit merkbaar? En verschilde dit met uw eigen ervaring over de zinvolheid van het beleid?
6. In hoeverre ervoerden uw collega's het DBC-beleid/SEO als zinvol?

#### MACHTELOOSHEID

7. Heeft u inspraak gehad over de beleidsveranderingen?
8. Waren er in uw organisatie mogelijkheden om mee te denken met de beleidsmakers?
9. Kunt u zelf bepalen hoe u met de DBC's/of het SEO omgaat?
10. Wie bepaalde er in uw organisatie hoe het beleid geïmplementeerd werd?

#### VERANDERINGSBEREIDHEID

11. Was u bij de introductie bereid om met het DBC-beleid/SEO te werken? En waarom?
12. Zet u zich voor het DBC-beleid/SEO in? En op welke manier?
13. Doet u moeite om het DBC-beleid/SEO goed uit te voeren? Waaruit blijkt dit?
14. In hoeverre overtuigt u uw collega's wel eens over het nut van het DBC-beleid/SEO?
15. Had u het idee dat uw leidinggevende meer bereid was om met het DBC-beleid/SEO te werken dan u?
16. In welke mate zijn uw collega's bereid om met het DBC-beleid/SEO te werken? Waaruit blijkt dit?

#### ERVARING MET BELEID TIJDENS DE INVOERING

17. Hadden uw leidinggevendenden een andere perceptie over de introductie van het DBC-beleid/SEO dan u?
18. Hoe stonden uw leidinggevendenden tegenover het DBC-beleid/SEO? Waaruit is dit gebleken?
19. Kunt u verklaren waarom uw leidinggevendenden deze houding aannamen?

#### ONDERZOEKSVRAAG

20. Wat verklaart volgens u het verschil tussen de opvatting van zorgprofessionals met een leidinggevende functie en zonder leidinggevende functie over de zinvolheid van het beleid?
21. Wat verklaart volgens u het verschil in veranderingsbereidheid van zorgprofessionals met een leidinggevende functie en zonder leidinggevende functie?

Hartelijk dank voor uw medewerking!