

Het zal mij een zorg zijn

KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE INVLOED VAN BELEIDSVREEMDING
OP DE IMPLEMENTATIEBEREIDHEID VAN ZORG- EN ONDERWIJSPROFESSIONALS

Masterthesis Bestuurskunde

Specialisatie Publiek Management

Faculteit der Managementwetenschappen

Radboud Universiteit Nijmegen

Naam: Juul van Tilburg

Studentnummer: 4365615

Datum: Februari 2021

Begeleider: dr. S. van Voorst

Afbeelding: Pexels



Voorwoord

Een jaar geleden had ik niet gedacht dat het me nog zou lukken om mijn masterscriptie af te ronden. Maar als ik iets heb geleerd tijdens mijn studententijd, is het doorzetten. De nodige hobbels in de weg maakten het niet altijd makkelijk, maar de tegenslagen zorgden niet alleen voor een scala aan positieve quotes aan mijn muur. Ik leerde mezelf kennen. Ik leerde het leven kennen. Want dat het leven komt zoals het komt en gaat zoals het gaat, is me inmiddels bekend. Gekscherend vergeleek ik mijn leven vaak met een soap, de grote Juul show. Helaas was ik zelf niet degene die de scenario's schreef. Met een flinke dosis humor, perfectionisme, doorzettingsvermogen, maar vooral: lieve vrienden en familie, wist ik me toch telkens weer te herpakken. En daar ben ik dankbaar voor.

Nu ik mijn voorwoord schrijf, besef ik me dat het echt tijd is om afscheid te nemen van mijn studententijd. Hoewel ik ernaar uitkijk, voelt het (hoe cliché) als een afsluiting van een groot deel van mijn leven. Ik heb eindeloos lange dagen gestudeerd in de UB, was lid van verschillende commissies bij studievereniging BOW, heb vrienden voor het leven gemaakt, feestjes gevierd en getennist, gedanst en gerend in het sportcentrum. De eerste dag van mijn studententijd zei mijn vader: "*Juul, dit wordt de mooiste tijd van je leven. Geniet!*". Ik denk niet dat hij bedoelde dat ik deze tijd zo lang moest rekken als ik heb gedaan, maar genoten heb ik zeker.

Ook (her)ontdekte ik tijdens mijn studie mijn passie: de zorg. De meest kwetsbare mensen in onze samenleving helpen. Daar wil ik mij voor inzetten. Tijdens mijn afstudeerstage bij Berenschot mocht ik meewerken aan mooie projecten waar ik deze passie in kwijt kon. Ik wil dan ook mijn stagebegeleider Jasper Varwijk bedanken voor al zijn steun, hulp en ook zeker gezelligheid tijdens mijn stage. Vanaf volgende week kan ik mijn passie kwijt in het zorg traineeship van DisGover. Waar ik gelijk aan de slag mag als beleidsadviseur psychische gezondheid bij de GGD. Een tak van de zorg die mij enorm aanspreekt.

Dan rest mij nu mijn dank uit te spreken naar de mensen die altijd voor me klaar staan. En dat is nogal een lijst, maar ik ga een poging wagen. Allereerst mijn ouders: *grazie mille*. Voor alles. Jullie steun, keer op keer weer. Mijn broertjes, *lobi*. Iris, mijn zusdinetje. Axel en Eszter, voor de "scriptie survival kit" (en de Hongaarse wijn). Aron en Wouter, want waar ben ik zonder jullie. Lotte, mijn Bestuurskunde maatje in de familie. Suzanne, Inez, Carmen en Kirsten voor het mooiste begin van een studententijd die ik me maar kon wensen. Mijn opa, mijn lievelingsleraar. Floris, voor je hulp en je liefde. En for being you.

Daarnaast wil ik mijn enorme dank uitspreken voor alle respondenten die mijn survey hebben ingevuld. Ook mijn docenten en studieadviseurs: bedankt voor jullie steun, interessante colleges en discussies. In bijzonder bedank ik Marieke van Genugten en Nol Vermeulen, die me vanaf dag één hebben begeleid en altijd in mij bleven geloven. Tot slot een speciale dank aan mijn thesisbegeleider Stijn van Voorst. Het scriptieproces was niet makkelijk voor me, maar u bleef mij steunen. Ontzettend bedankt voor uw (zeer snelle) feedback, wijze woorden en voornamelijk: uw geduld. Dank!

Amsterdam, 11 februari 2021

Inhoudsopgave

<i>Hoofdstuk 1: Inleiding</i>	2
1.1 Aanleiding	2
1.2 Theoretische voorbeschouwing.....	5
1.3 Methodologische voorbeschouwing.....	6
1.4 Relevantie	7
1.4.1 Maatschappelijke relevantie.....	7
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie	8
1.5 Leeswijzer	9
<i>Hoofdstuk 2: Beleidskader</i>	10
2.1 Zorg in onderwijstijd	10
2.2 Wetgeving zorg in onderwijstijd	12
2.2.1 De Jeugdwet	12
2.2.2 Onderwijs wet- en Regelgeving	14
2.2.3 Wet langdurige zorg.....	14
2.2.4 Zorgverzekeringswet.....	15
2.2.5 Wet maatschappelijke ondersteuning.....	15
<i>Hoofdstuk 3: Theoretisch kader</i>	16
3.1 De veranderende rol van (publieke) professionals	16
3.1.1 Public Administration.....	18
3.1.2 New Public Management.....	19
3.1.3 New Public Governance	20
3.2 Beleidsimplementatie	21
3.2.1 Beleidsvrijheid.....	21
3.2.2 Implementatiebereidheid	21
3.3 Beleidsvervreemding	25
3.3.1 Machteloosheid	26
3.3.2 Zinloosheid.....	27
3.4 Beleidsvervreemding en implementatiebereidheid	28
3.4.1 Machteloosheid en implementatiebereidheid	28
3.4.2 Zinloosheid en implementatiebereidheid.....	29
3.5 Controlevariabelen	31
3.5.1 Administratieve lasten	31
3.5.2 Beperkte financiële middelen	32
3.5.3 Prestatiemeting	32
3.5.4 Samenwerking zorg en onderwijs.....	33
3.6 Conceptueel model.....	34
<i>Hoofdstuk 4: Methodologisch kader</i>	35
4.1 Onderzoeksstrategie.....	35
4.2 Onderzoekspopulatie en dataverzameling	36
4.3 Operationalisatie	38
4.3.1 Opzet survey	38
4.3.2 Operationalisatie algemene variabelen	40
4.3.3 Operationalisatie afhankelijke variabele	42
4.3.4 Operationalisatie onafhankelijke variabelen	43
4.3.5 Operationalisatie controlevariabelen	46
4.4 Data-analyse	47
4.5 Validiteit en betrouwbaarheid.....	51
<i>Hoofdstuk 5: Analyse en resultaten</i>	54
5.1 Beschrijvende statistiek	54
5.1.1 Kenmerken respondenten	54
5.1.2 Implementatiebereidheid	58
5.1.3 Beleidsvervreemding	59
5.1.4 Controlevariabelen	60

5.2 Toetsende statistiek.....	61
5.2.1 Verschillen tussen zorg- en onderwijsprofessionals	61
5.2.2 Samenhang variabelen.....	62
5.2.2.1 Relatie machteloosheid en implementatiebereidheid	64
5.2.2.2 Relatie zinloosheid en implementatiebereidheid	65
5.2.2.3 Relatie beleidsvervreemding en implementatiebereidheid	66
5.2.2.4 Analyse controlevariabelen	67
5.3 Samenvatting resultaten.....	68
<i>Hoofdstuk 6: Conclusie en reflectie.....</i>	<i>69</i>
6.1 Conclusie.....	69
6.1.1 Beantwoording deelvragen.....	69
6.1.2 Beantwoording hoofdvraag.....	72
6.2 Reflectie	73
6.2.1 Theoretische reflectie	73
6.2.2 Methodologische reflectie	73
6.3 Aanbevelingen	75
6.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	75
6.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk	76
<i>Literatuurlijst</i>	<i>78</i>
<i>Overzicht noten.....</i>	<i>86</i>
<i>Bijlage I – Berichten deelname survey aan respondenten</i>	<i>87</i>
<i>Bijlage II – Survey.....</i>	<i>88</i>
<i>Appendix I – Assumpties regressieanalyses</i>	<i>105</i>
<i>Appendix II – T-Toetsen</i>	<i>113</i>

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding

“Vernietigend inspectierapport over jeugdzorg; kabinet grijpt in” (NOS, 2019), *“Waarom de Jeugdwet faalt”* (Zorg en Welzijn, 2020) en *“Te vaak is het de jeugdzorg zelf die kinderen beschadigt”* (NRC, 2019). De krantenkoppen liegen er niet om, de decentralisatie van de Jeugdwet werkt niet naar behoren. Kinderen krijgen niet de zorg die ze nodig hebben en professionals trekken aan de spreekwoordelijke bel op het Malieveld. Nooit eerder staakten jeugdzorgprofessionals tegen het beleid. Het kan zo niet langer (Nederlands Instituut van Psychologen, 2018; FNV, 2019). 1 januari 2015, de dag dat de nieuwe Jeugdwet in werking trad, leek de decentralisatie nog dé oplossing voor het aanbieden van goede jeugdzorg aan het steeds stijgende aantal kinderen en jongeren dat jeugdzorg nodig heeft. *“Met de Jeugdwet hebben we een nieuwere betere wet”* stelden het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Justitie en Veiligheid dan ook (Ministerie van VWS & Ministerie van JV, 2018, p. 5).

De praktijk blijkt echter weerbarstig. Gemeenten zijn vanaf 2015 verplicht een beleidsplan op te stellen en professionals aan te sturen voor de ondersteuning van kwetsbare jongeren die extra zorg nodig hebben. Hieronder vallen onder meer jongeren met een beperking, stoornis, aandoening of opgroei problemen (Rijksoverheid, z.j.a). Nu niet het Rijk maar gemeenten al een aantal jaren verantwoordelijk zijn voor het aanbod van jeugdhulp, lijkt de decentralisatie toch niet dé oplossing te zijn. De doelen van de jeugdwet zijn duidelijk, namelijk: meer aandacht voor preventie, kinderen meer laten participeren, jeugdhulp sneller op maat, jeugdhulp dichterbij huis aanbieden, het terugdringen van de regeldruk en het creëren van beleidsvrijheid voor zorgprofessionals.

Zes jaar na dato zijn die doelen echter nog niet volledig bereikt. Dit leidt tot kritiek vanuit de wetenschap en politiek. Met name het zorg in onderwijsdomein ligt onder vuur. De verbinding tussen zorg- en onderwijsprofessionals is niet optimaal, waardoor het voor een groep kwetsbare kinderen lastig wordt om deel te nemen aan het onderwijs. In ernstige gevallen gaan leerplichtige kinderen hierdoor maandenlang niet naar school (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2018, pp. 1-2; Rijksoverheid, z.j.a; NIP, 2018, FNV, 2019; Friele, Bruning, Bastiaanssen, Boer, Bucx, Groote, Pehlivan, Rutjes, Sondejker, van Yperen & Hageraats, 2018, pp.190-197).

Waarom lijkt het nieuwe beleid (nog) niet tot de gewenste resultaten te leiden? In de literatuur wordt het zorg in onderwijstijdbeleid, en specifiek de Jeugdwet, en zijn gebreken menigmaal besproken. Onderzoeken bespreken voornamelijk het financiële stelsel en de wetgeving rondom de Jeugdwet en Zorg in Onderwijstijd (Bakker, Van Biemen, Blokzijl, Castelijns, Van der Mark & Varwijk, 2019), knelpunten in het Jeugdstelsel, het netwerk en maatwerk van gemeenten (Helderman, Zeitlin & Sabel, 2020) en de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals (Smeets & Van Veen, 2018; Friele, Hageraats, Fermin, Bouwman & Van der Zwaan, 2019). De zorg- en onderwijsprofessionals, de frontlinie van dit overheidsbeleid, blijven echter onderbelicht. Weliswaar wordt aandacht besteed aan de samenwerking tussen deze professionals, maar de rol die zij spelen bij de implementatie van het beleid wordt nauwelijks besproken. Dit is nogal opmerkelijk. Waar op nationaal niveau beleid wordt ontwikkeld, ligt de uitvoering elders: bij de publieke professional. Beleid valt of staat met de beleidsimplementatie van professionals (Tummers, 2012a, pp.333-338).

Uit onderzoek blijkt dat de mate van implementatiebereidheid en de manier waarop professionals beleid implementeren, sterk afhangt van hoe zij het beleid ervaren. Zaken als in hoeverre de professional het beleid zinvol acht, zich gehoord voelt en de motivatie van de professional, lijken een grote rol te spelen bij de beleidsimplementatie door professionals (Tummers, 2012a, pp.338-342, Tummers, 2014, pp.51-53). Wanneer de professional het uit te voeren beleid niet erg zinvol acht, zich weinig gehoord voelt en dus weerstand ervaart tegen een bepaald beleid, leidt dit mogelijk tot *beleidsvervreemding*.

Dit begrip houdt in dat een professional het niet eens is, en zich daardoor niet kan identificeren, met het beleid. De gevolgen van beleidsvervreemding zijn groot. Het leidt tot een verminderde inspanning van professionals of, in het ergste geval, sabotage van het beleid (Tummers, 2012a, pp.333-338). De variabele beleidsvervreemding is daardoor van invloed op de effectiviteit van *ieder* beleid, maar is in relatie tot de problematiek rondom het huidige zorg- in onderwijstijdbeleid onderbelicht gebleven doordat bestaande studies zich met name richtte op financiële en juridische structuren (dat wil zeggen: niet menselijke aspecten).

Dit terwijl bestaande studies naar de nieuwe realiteit in de jeugdzorg, een relatief grote invloed van beleidsvervreemding op beleid aannemelijk maken. Onderzoeken tonen aan dat zorg- en onderwijsprofessionals door de invoering van de Jeugdwet, meer dan voorheen, tussen verschillende vuren in staan. Organisatorische, markt en maatschappelijke invloeden dienen door professionals meegenomen te worden tijdens de implementatie van beleid. Dit zorgt voor toenemende frustraties onder professionals (Van Loon & Noordegraaf, 2014, p.207; Tummers, 2014, pp.49-50; Hendriks, 2019, p.9; FNV, 2019).

Bovendien blijkt uit het rapport “*Eerste evaluatie Jeugdwet*” dat de doelstelling “meer ruimte creëren voor professionals om maatwerk te leveren” nog lang niet is bereikt. Een kwart van alle professionals ervaart zelfs allesbehalve extra ruimte voor maatwerk (Friele et al, 2018, p.197). Ook uit onderzoek van het Nederlands Instituut van Psychologen (2018) komt naar voren dat professionals de beloofde extra ruimte voor maatwerk niet terugzien in het huidige beleid (NIP, 2018, p.13). Dit is zorgwekkend, aangezien gebrek aan beleidsvrijheid een van de factoren is die leidt tot beleidsvervreemding (Tummers, 2012a, pp.337-342). Beleidsvervreemding onder professionals lijkt dan ook een belangrijke factor die kan helpen verklaren waarom de nieuwe Jeugdwet nog niet heeft geleid tot de beoogde verbeteringen in het zorg in onderwijstijdbeleid.

Binnen bestaande onderzoeken naar de Jeugdwet en zorg in onderwijstijd, is de rol van professionals slechts beperkt besproken. Het is dan ook interessant om te kijken welke rol professionals spelen bij de uitvoering van het zorg in onderwijstijdbeleid, omdat uit onderzoek blijkt dat de ervaring en motivatie van de professional een belangrijke rol spelen bij de implementatie van het beleid (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009; Tummers, 2012a; Tummers, 2014).

Dit onderzoek richt zich zodoende op de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid bij zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid¹. De focus ligt op de bereidheid van professionals om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren. Een cruciaal component in dit beleid, betreft de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals. Om die reden wordt in dit onderzoek niet slechts naar zorg- of onderwijsprofessionals gekeken, maar naar beide. Hierbij worden ook verschillen tussen deze professionals besproken. De volgende doelstelling staat centraal:

Inzicht verkrijgen in de invloed van beleidsvervreemding op de bereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals om de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren, teneinde bij te dragen aan een beter begrip van de problematiek rondom het huidige zorg- in onderwijstijdbeleid en lokale overheden van beleidsadvies te kunnen voorzien waarmee zij de implementatie van het zorg in onderwijstijdbeleid kunnen verbeteren en toekomstige transities beter kunnen vormgeven.

¹ Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over de casus (de Jeugdwet binnen zorg in onderwijstijd), wordt specifiek het *zorg in onderwijstijdbeleid* benoemd.

De bijhorende vraagstelling luidt als volgt:

In hoeverre is beleidsvervreemding van invloed op de bereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals om de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren?

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling, zijn onderstaande deelvragen geformuleerd. De deelvragen zijn onderverdeeld per hoofdstuk.

Beleidskader: Hoe ziet het beleid van de Jeugdwet binnen zorg in onderwijstijd eruit?

Theoretisch kader: Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid van professionals?

Methodologisch kader: Welke methode is het meest geschikt om het verband tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid te onderzoeken?

Analyse/resultaten: In welke mate bestaat er een relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid onder zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid?

1.2 Theoretische voorbeschouwing

In hoofdstuk drie wordt literatuur over de variabelen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid besproken. Allereerst wordt ingegaan op professionals en de veranderende rol die zij moeten vervullen. Vervolgens wordt implementatiebereidheid uitvoerig besproken aan de hand van theorieën van Herscovitch en Meyer (2002) en Metselaar (1997). De eerste twee auteurs ontwikkelden een continuüm om te meten in hoeverre een professional bereid is een bepaald beleid te implementeren. Dit gegeven varieert van “sterke voorstander” tot “actieve weerstand”. Metselaar (1997) schreef over de kenmerken van implementatiebereidheid bij professionals. De theorieën van Herscovitch en Meyer (2002) en Metselaar (1997) sluiten goed aan bij dit onderzoek, omdat ze gericht zijn op de ervaring van publieke professionals. De ervaring van professionals staat ook in dit onderzoek centraal. Daarnaast is in meerdere onderzoeken naar de implementatiebereidheid van publieke professionals succesvol gebruik gemaakt van deze theorieën (Tummers, 2012a).

Verder wordt de literatuur van Tummers (2012; 2014) over beleidsvervreemding bij publieke professionals beschreven. Tummers (2012; 2014) ontwikkelde een raamwerk gebaseerd op verandermanagementliteratuur uit de private sector, voor professionals in de publieke sector. De theorie van Tummers (2012a) is zodoende specifiek toe te passen op dit onderzoek naar beleidsvervreemding onder publieke professionals. Ook zijn de gebruikte theorieën gericht op veranderingen in beleid.

De casus van dit onderzoek, de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid, is na de decentralisatie van deze wet in 2015 aan grote veranderingen onderhevig geweest, wat de theorieën relevant maakt voor dit onderzoek.

De theorie van Tummers (2012a) over beleidsvervreemding bestaat uit vijf dimensies, namelijk strategische, tactische en operationele machteloosheid en zinloosheid voor cliënt en samenleving (Tummers, 2012a; 2014). In het theoretisch kader worden op basis van de literatuur verwachtingen geformuleerd over de invloed van beleidsvervreemding op de implementatiebereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals. Tevens worden meerdere controlevariabelen besproken die eventueel invloed hebben op de afhankelijke (implementatiebereidheid) of onafhankelijke variabele (beleidsvervreemding). Wanneer uitspraken worden gedaan over een oorzaak-gevolg relatie, is het van belang om meerdere variabelen mee te nemen. Zo wordt gekeken of een lage mate van implementatiebereidheid daadwerkelijk het gevolg is van beleidsvervreemding, of samenhangt met een andere variabele. Het toetsen van de hypothesen staat centraal in het methodologisch kader.

1.3 Methodologische voorbeschouwing

Dit onderzoek is kwantitatief van aard. Aan de hand van literatuurstudie worden in hoofdstuk drie hypothesen opgesteld die vervolgens getoetst worden. Deze zullen getoetst worden aan de hand van survey data. De survey bestaat uit 50 vragen die voorgelegd worden aan zorg- en onderwijsprofessionals die werken met het zorg in onderwijstijdbeleid. Deze professionals vormen de doelgroep van het onderzoek.

Voor de verspreiding van de survey wordt gebruik gemaakt van *sneeuwbalsteekproef*. Dit houdt in dat het netwerk van de onderzoeker en de stageorganisatie, Berenschot, is ingezet om de doelgroep te bereiken. De survey wordt in het netwerk verspreid, waarna het netwerk de survey weer verspreid in het eigen netwerk. Tevens wordt gebruik gemaakt van het netwerk van Jeugdzorg Nederland. Jeugdzorg Nederland heeft een groot aantal leden (organisaties) dat werkt met het zorg in onderwijstijdbeleid. Deze organisaties worden benaderd via de mail en LinkedIn. Het methode hoofdstuk gaat dieper in op het gebruik van een sneeuwbalsteekproef.

Uit de verzamelde data komen mogelijke verbanden naar voren die vervolgens getoetst worden in het programma SPSS door het uitvoeren van een meervoudige lineaire regressieanalyse. Alvorens het uitvoeren van de regressieanalyse, worden de assumpties van de regressieanalyse getoetst om te beoordelen of de data voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Naast de afhankelijke en onafhankelijke variabele van dit onderzoek, worden ook de controlevariabelen meegenomen in de regressieanalyse.

Hiermee wordt gekeken of andere variabelen als administratieve lasten, geslacht of leeftijd van invloed zijn op de veronderstelde causale relaties in de hypothesen. Nadat de hypothesen getoetst zijn, kunnen de resultaten geanalyseerd worden. In hoofdstuk vier, het methodologisch kader, wordt de manier van dataverzameling en toetsing verder toegelicht.

1.4 Relevantie

1.4.1 Maatschappelijke relevantie

De decentralisatie van de Jeugdwet is de afgelopen jaren een grootschalig proces geweest voor gemeenten en professionals. Deze decentralisatie biedt professionals de kans om maatwerk aan te bieden, waardoor de kwaliteit van de Jeugdwet zou moeten toenemen. De decentralisatie heeft echter juist gezorgd voor meer onduidelijkheid over de implementatie van de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid en de doelen van de Jeugdwet, zoals het creëren van meer maatwerk, zijn nog lang niet behaald. De onduidelijkheid van het beleid is deels terug te zien in de grote verscheidenheid van succes tussen zorgregio's. Deze verscheidenheid doet namelijk vermoeden dat professionals de Jeugdwet op zeer verschillende manieren implementeren (Peeters, Zunderdorp, Lamers & Rats, 2018, p.7). De onvrede over het onduidelijke beleid onder professionals wordt alsmaar groter. Stakingen door jeugdprofessionals en kritische uitingen over het beleid vanuit alle hoeken van de samenleving, laten de grote mate van de problematiek zien (FNV, 2019; Ministerie van OCW, 2018, pp.1-3).

Behalve professionals worden ook ouders, hulpverleners en andere betrokkenen benadeeld door het vaak onduidelijke proces van de Jeugdwet binnen zorg en onderwijstijd. Naast het feit dat de gebrekkige werking van de Jeugdwet vele betrokkenen raakt, stijgt het aantal kinderen en jongeren dat jeugdhulp nodig heeft aanzienlijk sinds 2015 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019a, p.31). De grootste en belangrijkste groep die de nadelen en hiaten van de Jeugdwet dagelijks ervaart, zijn kinderen en jongeren die jeugdhulp nodig hebben. Deze kinderen en jongeren zijn de meest kwetsbare groep (onder de 18 jaar) in onze samenleving en hebben dringend hulp nodig. Hulp die de kinderen momenteel vaak te laat krijgen of niet op de juiste manier (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019, p.3). Dit is niet alleen op de korte termijn een probleem, maar ook op de lange termijn. Bij gebrek aan passende hulp voor kinderen, groeien de huidige problemen uit tot problemen op latere leeftijd. Dit zorgt dikwijls voor hoge maatschappelijke kosten, omdat intergenerationele problematiek in stand wordt gehouden (IGJ, 2019, p.3; Ministerie van OCW, 2018, pp.1-2).

De toename van kinderen en jongeren in de jeugdhulp, het grote aantal betrokken bij dit beleid en de ernst van de problematiek waar kinderen en jongeren hulp voor ontvangen, maken dit onderzoek maatschappelijk relevant.

Professionals zijn verantwoordelijk voor het leveren van cruciale publieke diensten en dragen dan ook een grote verantwoordelijkheid met zich mee om samen de juiste oplossingen voor hulpvragen te bieden (NIP, 2018, p.4; Hendriks, 2019, p.9). Onvrede over het huidige beleid en beleidsvervreemding vanuit professionals, hebben zoals besproken grote nadelige gevolgen voor kwetsbare kinderen in de Nederlandse samenleving. Het maatschappelijk belang is groot (Tummers, 2012a, pp.332-335; Hendriks, 2019, p.9; IGJ, 2019, p.3). Het is daarom van belang dat er meer inzicht komt in de wijze waarop professionals het beleid ervaren en in welke mate zij bereid zijn het beleid te implementeren. Wanneer de implementatie van het beleid door professionals tekortschiet, loopt het gehele beleid rondom zorg in onderwijstijd spaak. Beleid valt of staat immers bij de implementatie van professionals (Tummers, 2012a, pp.332-335; Hendriks, 2019, p.9; IGJ, 2019, p.3).

Met dit onderzoek wordt getracht te kijken of de beleidservaring van professionals, en specifiek beleidsvervreemding, invloed heeft op de implementatiebereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals die werken met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen door gemeenten, beleidsmakers en managers gebruikt worden om in de toekomst rekening te houden met de rol van professionals en hoe deze het beleid kunnen en willen implementeren. Een aansluiting tussen beleid en de werkvloer is van belang voor het slagen van de decentralisatie.

1.4.2 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek draagt bij aan de kennis over verandermanagement in de publieke sector. De focus binnen verandermanagement ligt vooral bij de private sector, waardoor onderzoek binnen de publieke sector achterloopt op dit gebied (Tummers, 2012a, p.333). De afgelopen jaren hebben meerdere onderzoeken zich gespecificeerd in de problematiek rondom implementatiebereidheid en verandermanagement bij publieke professionals (Tummers, 2012a; Tummers, 2014; Noordegraaf & Siderius, 2016; Noordegraaf, van Loon, Heerema & Weggemans, 2015; Hendriks, 2019). Desalniettemin bestaat er nog altijd weinig theorie over de rol van publieke professionals in beleid en de wijze waarop zij beleid implementeren. Dit is opmerkelijk, gezien het feit dat deze rol door vele decentralisaties nog altijd aan verandering onderhevig is. Onderzoeken richten zich voornamelijk op een professional uit een bepaalde (publieke) sector, terwijl professionals in menig beleid integraal samen moeten werken met professionals uit andere sectoren, wat zorgt voor complexe uitdagingen (Hendriks, 2019, p.9).

Tevens blijkt dat eenzelfde onderzoek verschillende resultaten kan hebben onder professionals uit andere domeinen. Dit geeft aan dat het mogelijk is dat een zorgprofessional het beleid niet als negatief ervaart, maar een onderwijsprofessional wel (Tummers, 2012a, p.334). In dit onderzoek wordt niet aan slechts één soort professional aandacht besteed, bijvoorbeeld alleen de zorgprofessional, maar ook aan onderwijsprofessionals binnen hetzelfde beleid. Hierdoor wordt niet alleen gekeken of er sprake is van beleidsvervreemding, maar ook of er verschillen zijn tussen een zorg- en een onderwijsprofessional in hoe zij het beleid ervaren en of die ervaring invloed heeft op de implementatie van zorg in onderwijstijd. Zit er bijvoorbeeld een verschil tussen de mate waarin zorg- en onderwijsprofessionals operationele machteloosheid, de mate waarin een professional beleidsvrijheid ervaart, beleven? Dit onderzoek tracht dan ook bij te dragen aan kennis over beleidsvervreemding bij zorg- en onderwijsprofessionals en de invloed daarvan op de bereidheid om beleid te implementeren.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek is verdeeld in meerdere hoofdstukken. Allereerst volgt hoofdstuk 2, het beleidskader. Dit hoofdstuk brengt het beleid en de wet- en regelgeving rondom zorg in onderwijstijd in kaart. Hoofdstuk 3, het theoretisch kader, beschrijft theorieën over de veranderende rol van professionals en de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid door professionals. Hoofdstuk 4 vormt het methodologisch kader. In dit hoofdstuk komen de methoden van het onderzoek aan bod. Tevens presenteert en verantwoordt dit hoofdstuk de opzet van het onderzoek. Hoofdstuk 5 beschrijft en analyseert de resultaten van het onderzoek, waarna in hoofdstuk 6 de hoofdvraag wordt beantwoord en de conclusie en reflectie volgen.

Hoofdstuk 2: Beleidskader

Hoofdstuk 2 beschrijft het beleidskader van zorg in onderwijstijd na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 en geeft antwoord op de eerste deelvraag: *Hoe ziet het beleid van zorg in onderwijstijd, en specifiek de Jeugdwet, eruit?* Paragraaf 1 beschrijft wat zorg in onderwijstijd precies inhoudt en paragraaf 2 gaat in op de wetgeving rondom zorg in onderwijstijd, die bestaat uit meerdere wetten.

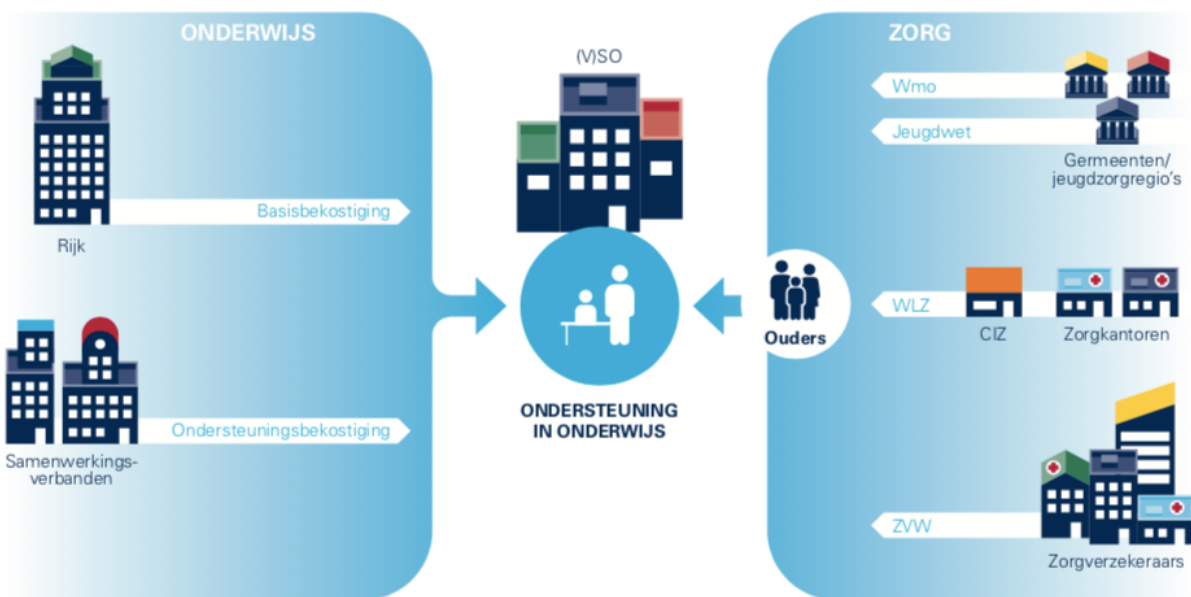
In dit hoofdstuk komen dan ook de volgende wetten aan bod: de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en Onderwijswet- en regelgeving. Uiteindelijk kijkt dit onderzoek naar het deel van het zorg in onderwijstijdbeleid dat betrekking heeft op de Jeugdwet, aangezien de Jeugdwet hoofdzakelijk wordt gebruikt om zorg in onderwijstijd te realiseren. Hoofdstuk vier gaat dieper in op deze afbakening van het onderzoek. Desondanks is gekozen voor een breed overzicht van alle wetgeving, omdat dit noodzakelijk is om een duidelijk beeld te creëren van zorg in onderwijstijd.

2.1 Zorg in onderwijstijd

Kinderen en jongeren met complexe problematiek zoals chronische ziekten, lichamelijke beperkingen of medische en psychische problemen, hebben veel zorg nodig. Om onderwijs te kunnen volgen, is het belangrijk dat deze groep ondersteuning krijgt (Ministerie van OCW, 2018, p. 1-3; Nederlands Jeugdinstituut, 2019, p. 4). Om zorg in onderwijstijd te realiseren, zijn er voor scholen aanvullende middelen beschikbaar op de basisbekostiging. Dit wordt de ondersteuningsbekostiging genoemd. Deze bekostiging verschilt per zorg die een kind nodig heeft (Rijksoverheid, z.j.b; Rijksoverheid, z.j.c).

De organisatie van zorg in onderwijstijd vraagt na de decentralisatie van de Jeugdwet meer dan voorheen om een goede samenwerking tussen ouders, gemeenten en voornamelijk zorg- en onderwijsprofessionals² (Nederlands Jeugdinstituut, 2019, p.7). Scholen maken met samenwerkingsverbanden afspraken over de ondersteuning die ze bieden en het budget hiervoor (Rijksoverheid, z.j.c). Samenwerkingsverbanden bestaan uit samenwerkingen tussen reguliere scholen en scholen die speciaal onderwijs bieden in een bepaalde regio (Rijksoverheid, z.j.b). Momenteel zijn er 42 regio's (VNG, 2017). Figuur 1 verduidelijkt welke actoren zich in het (financiële) netwerk bevinden (Bakker et al, 2019, p. 12).

² Zoals beschreven, zijn een groot aantal actoren werkzaam binnen zorg in onderwijstijd. De onderzoekspopulatie van dit onderzoek, zorg- en onderwijsprofessionals die werkzaam zijn binnen het zorg in onderwijstijdbeleid, wordt in hoofdstuk vier uitgewerkt.



Figuur 1: Actoren zorg in onderwijstijd (Bakker et al, 2019, p. 12).

Scholen die speciaal onderwijs aanbieden, worden onderverdeeld in vier clusters, namelijk:

Cluster 1: School voor leerlingen met een visuele beperking;

Cluster 2: School voor leerlingen met een auditieve beperking en/of een taal- en/of spraakontwikkelingsstoornis;

Cluster 3: School voor leerlingen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking, of een chronische ziekte;

Cluster 4: School voor leerlingen met gedragsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen of psychiatrische problematiek (Bakker et al., 2019, p.13).

Wanneer kinderen speciaal onderwijs nodig hebben, dient een toelaatbaarheidsverklaring (hierna: TLV) aangevraagd te worden. Een TLV is een bewijs dat een kind recht heeft op speciaal onderwijs en wordt door samenwerkingsverbanden opgesteld (Rijksoverheid, z.j.b). De samenwerkingsverbanden beoordelen de verdeling van middelen aan de hand van de TLV. De toewijzing hiervan verschilt per samenwerkingsverband. De TLV's zijn opgedeeld in drie verschillende categorieën, namelijk laag, midden en hoog (PO-Raad, 2018, p. 12). Per categorie is een budget opgesteld zodat scholen extra ondersteuning kunnen financieren, bijvoorbeeld speciale onderwijsmaterialen of klassenassistenten (PO-Raad, 2018, p. 12; Rijksoverheid, z.j.b).

In het geval dat een leerling behoefte heeft aan ondersteuning, bijvoorbeeld verpleging of persoonlijke verzorging, dan is het mogelijk om beroep te doen op financiering voor ondersteuningsbehoeften vanuit de zorg. Dit wordt sinds een aantal decentralisaties gefinancierd vanuit verschillende wetten (VWS, 2019a; VWS, 2019b; VWS, 2019c).

Tabel 1 geeft per wet aan bij welke ondersteuningsbehoeften men beroep kan doen op de wetten (van links naar rechts): Onderwijs wet- en regelgeving, Wlz, Zvw, Jeugdwet en de Wmo. Een groen vlak houdt in dat een ondersteuningsbehoefte (gedeeltelijk) binnen de wet valt. Het rode vlak geeft aan dat de ondersteuningsbehoefte niet vanuit de betreffende wet geregeld wordt (Bakker et al, 2019, p.28).

Ondersteuningsbehoeften	Onderwijs	Wlz	Zvw	Jw	Wmo
A Begeleiding bij individuele ontwikkeling	●	●	●	●	●
B Begeleiding bij omgang met anderen	●	●	●	●	●
C Begeleiding om gedragsproblemen te verminderen	●	●	●	●	●
D Persoonlijke verzorging	●	●	●	●	●
E Paramedische ondersteuning	●	●	●	●	●
F Geneeskundige verzorging	●	●	●	●	●
G Verpleging	●	●	●	●	●
H Behandeling van psychische aandoeningen	●	●	●	●	●
I Ondersteuning bij leerstoornissen	●	●	●	●	●

Tabel 1: Overzicht wettelijke verantwoordelijkheden met betrekking tot ondersteuningsbehoeften leerlingen (Bakker et al, 2019, p. 28).

2.2 Wetgeving zorg in onderwijstijd

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de wetten waaruit zorg gefinancierd kan worden in onderwijstijd. Vanuit welke wet ondersteuning wordt geboden, hangt af van de zorgbehoefte van het kind (Bakker et al, 2019, p.12-13). Allereerst wordt de Jeugdwet besproken, vervolgens wordt kort ingegaan op de Onderwijswet- en regelgeving, Wlz, Zvw en tot slot de Wmo.

2.2.1 De Jeugdwet

Zoals benoemd in de inleiding, is de Jeugdwet op 1 januari 2015 gedecentraliseerd. De verantwoordelijkheden van gemeenten zijn daarmee uitgebreid. Gemeenten zijn zodoende verantwoordelijk voor het versterken van het opvoedkundig klimaat, het voorzien van een toereikend aanbod van jeugdhulp, de advisering van professionals en kinderen over de inzet van jeugdhulp en preventie van kindermishandeling (Nederlands Jeugdinstituut, z.j.).

De transformatie van de Jeugdhulp, zoals de vernieuwingen van de Jeugdwet ook wel worden genoemd, moet bijdragen aan snellere en effectievere hulp voor kinderen en jongeren. De belangrijkste doelen van de Jeugdwet worden hieronder uiteengezet:

- *“Gebruik maken van de eigen kracht van jongeren, ouders en hun sociale netwerk. Het is belangrijk dat zij de regie blijven houden over hun leven. En dat ze samen met hun eigen omgeving en professionele hulpverleners naar oplossingen zoeken;*
- *Minder snel medicijnen voorschrijven en de zorgvraag terugbrengen;*
- *Eerder (jeugd)hulp bieden op maat voor kwetsbare kinderen;*
- *Samenhangende hulp voor gezinnen bieden: 1 gezin krijgt 1 plan met 1 regisseur;*
- *Meer ruimte voor jeugdprofessionals en minder regeldruk bij hun werk” (Rijksoverheid, z.j.a).*

Vanuit [de Jeugdwet](#) is het dan ook mogelijk om extra ondersteuning te krijgen tijdens onderwijstijd. De Jeugdwet financiert verzorging en begeleiding. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het financieren van geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. Ondersteuningsbehoeften worden voornamelijk vanuit de Jeugdwet gefinancierd binnen zorg in onderwijstijd, namelijk voor 74% van alle gevallen. Het gaat hier om de volgende ondersteuningsbehoeften:

1. Begeleiding bij individuele ontwikkeling
2. Begeleiding bij omgang met anderen
3. Begeleiding om gedragsproblemen te verminderen
4. Persoonlijke verzorging
5. Behandeling van psychische aandoeningen
6. Ondersteuning bij leerstoornissen (Jeugdwet, Artikel 1.1) (Bakker et al, 2019, pp.28-29; VWS, 2019b).

Het financieren van begeleiding en verzorging kan binnen de Jeugdwet op meerdere manieren. Ouders hebben de mogelijkheid om te kiezen tussen zorg in natura of persoonsgebonden budget (Rijksoverheid, z.j.d; VWS, 2019b). Zorg in natura houdt in dat gemeenten bepalen wie de zorg gaat aanbieden, welk zorgkantoor en welke zorgverzekeraar, en bij persoonsgebonden budget is het mogelijk voor ouders om dit zelf te bepalen. In dat geval krijgen ouders een budget om zelf zorg in te kopen. Daarnaast is het ook mogelijk om een mix te maken tussen zorg in natura en persoonsgebonden budget (Rijksoverheid, z.j.d; VWS, 2019b).

Als leerlingen een dusdanige problematiek hebben dat zorg gefinancierd kan worden vanuit de Wet Langdurige Zorg of Zorgverzekeraarswet, dan zijn gemeenten niet verplicht om een regeling te treffen vanuit de Jeugdwet (VWS, 2019b). Gemeenten zijn echter wel verplicht om het jeugdplan van de betreffende gemeente en het ondersteuningsplan van het samenwerkingsverband op elkaar af te stemmen (Bakker et al, 2019, p. 29).

2.2.2 Onderwijs wet- en Regelgeving

De onderwijs wet- en regelgeving (Wet op de expertisecentra (WEC), Wet op het primair onderwijs (WPO), Wet op het voortgezet onderwijs (WVO), Leerplichtwet (LPW), Regeling voor leerlingen met Ernstige Meervoudige Beperking (EMB) en Passend Onderwijs) stelt dat *“het onderwijs afgestemd moet worden op de ontwikkelingsmogelijkheden van de leerling”* (Bakker et al, 2019, p. 28; Ministerie van OCW, 2019). Iedere leerling heeft recht op extra ondersteuning om een ononderbroken ontwikkelingsproces te doorlopen.

Ondersteuning wordt in de onderwijswetgeving algemeen besproken. Het gaat hierbij om ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld observatie, onderzoek bij dyslexie of tijdelijke begeleiding door een orthopedagoog. De onderwijs wet- en regelgeving besteedt niet expliciet aandacht aan geneeskundige verzorging en verpleging. Het is dus onduidelijk of deze vorm van zorg wel of niet bij de verantwoordelijkheid van scholen ligt (Bakker et al, 2019, p.28; Ministerie van OCW, 2019). Wel komt uit de wetgeving naar voren dat het onderwijs (scholen) samen met de gemeente en zorgaanbieders zo nodig in overleg afspraken kunnen maken over de ontwikkelingsmogelijkheden van leerlingen (Ministerie van OCW, 2019).

2.2.3 Wet langdurige zorg

Zorg kan ook gefinancierd worden uit de Wet langdurige zorg wanneer een kind voor langere tijd zorg nodig heeft, bijvoorbeeld als het kind een beperking heeft en intensieve zorg en toezicht nodig heeft. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) bepaalt of, en in welke mate, een kind in aanmerking komt voor zorg gefinancierd uit de Wlz (CIZ, 2019; Rijksoverheid, z.j.e). Het CIZ geeft een bij goedkeuring een Wlz-indicatie af. De criteria die bepalen of een kind in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie, zijn:

- (1) Is er permanent toezicht nodig om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen?
- (2) Of is er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig om ernstig nadeel te voorkomen? (Wlz, Artikel 3.2.1) (VWS, 2019d; CIZ, 2019).

Het is voor ouders mogelijk om afspraken te maken met scholen over de precieze begeleiding die de kinderen ontvangen. Dit kan middels het inzetten van de zorg in natura of persoonsgebonden budget in onderwijstijd (Rijksoverheid, z.j.e).

De Wlz heeft raakvlakken met de onderwijs wet- en regelgeving. Het is dan ook wettelijk vastgesteld dat uitvoerders van de Wlz en het passend onderwijs middels zorgplannen afspraken dienen te maken (VWS, 2019d).

2.2.4 Zorgverzekeringswet

Daarnaast kan zorg bekostigd worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Kinderen komen hiervoor in aanmerking wanneer zij geen Wlz-indicatie krijgen. Via de Zvw is het mogelijk om een vergoeding te ontvangen voor ondersteuningsbehoeften (VWS, 2019a). Therapie in de vorm van bijvoorbeeld logopedie, verpleging, paramedische ondersteuning en geneeskundige verzorging kunnen vanuit de Zvw gefinancierd worden. De behandelaar bepaalt welke zorg het kind nodig heeft. Het is tevens mogelijk om deze zorg in te zetten op scholen. Kosten van verpleging en de therapie kunnen middels deze wet gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar (Bakker et al, 2019, p.12-29; VWS, 2019a).

2.2.5 Wet maatschappelijke ondersteuning

Tot slot kan er beroep gedaan worden op de Wet maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten zijn verplicht om ondersteuning te bieden aan mensen die dit nodig hebben. Over de begeleiding wordt gezegd: *“Activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven”* (VWS, 2019c; Rijksoverheid, z.j.f) (Artikel 1.1.1 Wlz). Dit houdt onder andere in dat gemeenten voorzieningen toegankelijk moeten maken voor mensen met een beperking (VWS, 2019c).

Voordat wordt bepaald of een kind steunt krijgt vanuit de Wmo, moet de gemeente allereerst een onderzoek uitvoeren naar de persoonlijke situatie van de hulpbehoevende. Na dit onderzoek stelt de gemeente vast of er daadwerkelijk sprake is van mindere mate van zelfredzaamheid en of het kind hulp nodig heeft om te kunnen functioneren in de samenleving (VWS, 2019c; Rijksoverheid, z.j.f). Andere criteria om in aanmerking te komen voor zorg gefinancierd vanuit de Wmo, zijn dat het betreffende kind geen recht heeft op Wlz-zorg en de eigen omgeving ook niet in staat is om de juiste hulp te bieden (VWS, 2019c).

Ondersteuning in het onderwijs middels de Wmo heeft betrekking op het bevorderen van de sociale samenhang en de toegankelijkheid van voorzieningen en diensten. Dit gegeven geldt voor mensen die 18 jaar of ouder zijn. Kinderen en jongeren tot 18 jaar kunnen hier beroep doen op de Jeugdwet (VWS, 2019c; Rijksoverheid, 2019f; Bakker et al, 2019, p. 29-30).

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

In het vorige hoofdstuk werd de wet- en regelgeving van zorg in onderwijstijd besproken, om een duidelijk beeld te scheppen van de casuïstiek van dit onderzoek. Voordat hoofdstuk vier dieper ingaat op de casuïstiek, gaat dit hoofdstuk in op de variabelen *beleidsvervreemding* en *implementatiebereidheid* van het onderzoek in theoretische context. Daarnaast geeft dit hoofdstuk antwoord op de deelvraag: *“Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid van professionals?”*.

Allereerst beschrijft paragraaf 3.1 de veranderende rol van professionals door de jaren heen. Veranderingen in beleid gaan gepaard met nieuwe ontwikkelingen in de rol van professionals. Deze rol heeft invloed op hoe professionals beleid ervaren en implementeren. In paragraaf 3.2 wordt dan ook dieper ingegaan op theorieën over beleidsimplementatie door professionals. Hierbij is voornamelijk van belang in hoeverre professionals bereid zijn om beleid te implementeren. Vervolgens beschrijft paragraaf 3.3 over de ervaringen van professionals omtrent beleid en het begrip beleidsvervreemding. Paragraaf 3.4 bespreekt de relatie tussen de begrippen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid van professionals, waarna acht hypothesen worden geformuleerd. Vervolgens gaat paragraaf 3.5 in op verschillende controlevariabelen die mogelijk van invloed zijn op implementatiebereidheid en beleidsvervreemding. Resumerend volgt het conceptueel model in paragraaf 3.6.

3.1 De veranderende rol van (publieke) professionals

De term *professional* wordt in de literatuur op verschillende wijze gedefinieerd (Osborne, 2010; Brandsen & Honingh, 2013, pp.876-880). Wilensky (1964) bemerkte in de jaren zestig dat beroepsgroepen destijds al bezig waren met professionaliseren. In “The Professionalization of Everyone?” bespreekt Wilensky (1964) hoe de beroepsgroepen poogden zichzelf te klasseren als professional. De professional van Wilensky (1964) is wat tegenwoordig de “pure professional” of “klassieke professional” wordt genoemd. Het gaat hier om beroepsgroepen die zich bezighouden met complexe cases zoals artsen en advocaten (Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 6). Een belangrijk aspect van een klassieke professional is dat diens functie het systematisch toepassen van theoretische kennis betreft. De kennis wordt opgedaan tijdens een specifieke opleiding, zoals geneeskunde (Wilensky, 1964, pp. 138-141; Noordegraaf & Siderius, 2016, p.6).

Brandsen en Honingh (2013) analyseerden meerdere definities van de professional en onderscheiden uiteindelijk een aantal kenmerken. Allereerst heeft de professional specifieke kennis en expertise. Deze kennis is gebaseerd op theoretische principes. Een advocaat bijvoorbeeld, heeft tijdens een studie de nodige kennis vergaard om de wetgeving te bestuderen en toe te passen.

Doordat de professionals beschikken over de kennis, bestaat er een grote mate van vertrouwen in de maatschappij jegens de professionals. (Brandsen & Honingh, 2013, pp. 876-880).

Daarnaast is de professional onderdeel van een besloten gemeenschap met andere professionals uit dezelfde sector. Kenmerkend voor de besloten gemeenschap zijn gedeelde normen en waarden, instituties voor socialisatie en wetgeving. Door middel van het opstellen van codes en standaarden, wordt het professionele gedrag door de gemeenschap gedefinieerd. Tevens wordt de gesloten aard van de gemeenschap als legitiem beschouwd door de maatschappij waarin deze optreedt (Brandsen & Honingh, 2013, pp.876-880).

Noordegraaf en Sterrenburg (2010) en De Bruijn en Noordegraaf (2010) beschrijven dit kenmerk, kennis en vaardigheden ontwikkeld door studie, als een noodzakelijk goed om het werk uit te voeren. Deze kennis en vaardigheden moeten bewaakt worden. Daarom behoren professionals tot beroepsorganisaties die het gedrag van professionals beïnvloeden en reguleren (Noordegraaf & Sterrenburg, 2010, pp. 105-106; De Bruijn & Noordegraaf, 2010, p.14). Kennis en vaardigheden zijn cruciale criteria voor het toetreden tot de gemeenschap. Slechts een beperkt aantal mensen beschikt over de benodigde kennis en vaardigheden, waardoor de maatschappij de gesloten aard van de gemeenschap accepteert en de gemeenschap autonomie behoudt over de toelating van de groep.

Tot slot is het voor de professionals toegestaan om met een brede discretionaire autonomie eigen zaken te beheren. Dit houdt in dat de professional, bijvoorbeeld een arts, eigenhandig wetenschap mag uitvoeren, een nieuwe arts mag opleiden en patiënten mag genezen (Brandsen & Honingh, 2013, pp. 876-880). De zorg- en onderwijsprofessionals die in dit onderzoek centraal staan, kenmerken zich bovendien door de personen waar ze voor werken. Dit zijn individuele cliënten, patiënten en leerlingen die door de professionals als specifieke casussen worden behandeld. Daarnaast dienen zij tegelijkertijd sociale waarden als gezondheid, educatie en veiligheid (Noordegraaf & Sterrenburg, 2010, pp 105-106; De Bruijn & Noordegraaf, 2010, p.14).

De rol van de professional is door continue aanpassingen in beleid sterk aan verandering onderhevig geweest (Osborne, 2010, pp.1-3; Brandsen & Honingh, 2013, pp.876-880). Deze veranderingen in de rollen van professionals zijn teweeggebracht door veranderingen in de maatschappij. Sociale, economische en politieke ontwikkelingen en de sturing van de overheid, beïnvloeden de positie van de professional (Osborne, 2010, pp.1-3, Hendriks, 2019, pp.11-15; Brandsen & Honingh, p.878) Brandsen en Honingh (2013) beschrijven aan de hand van de drie paradigma's van Osborne (2006), *Public Administration*, *New Public Management* en *New Public Governance*, hoe de positie van de professional is veranderd.

De rol van de publieke professional en de maatschappelijke veranderingen zijn van belang voor dit onderzoek, omdat deze elkaar direct beïnvloeden. Met name het New Public Management paradigma is van grote invloed (geweest) op de manier van werken in zowel de private als de publieke sector. De kenmerken van dit paradigma, zoals prestatiemeting, worden dan ook als een van de meest invloedrijke oorzaken gezien voor de problematiek die zich op dit moment afspeelt bij zorg- en onderwijsprofessionals, zoals besproken in de inleiding (Tummers, 2014, pp.49-50; Hendriks, 2019, pp. 11-13). In onderstaande paragrafen passeren de paradigma's en de samenhang met de rollen van publieke professionals een voor een de revue.

3.1.1 Public Administration

Het hoogtepunt van het Public Administration (hierna: PA) paradigma begon na de Tweede Wereldoorlog. De PA-stroming werd ingezet om de samenleving te dienen in behoeften op sociaal en economisch vlak. *".. the state was confidently expected to meet all the social and economic needs of the citizenry, 'from the cradle to the grave' (Osborne, 2006, p.378).* Binnen dit paradigma ligt de nadruk op *"the rule of law"*, wat inhoudt dat er een strikte scheiding bestaat tussen de overheid en de rechtspraak (Brandsen & Honingh, 2013, p.879). De overheid is de centrale aansturende actor in een hiërarchisch stelsel. Bureaucratie speelt een grote rol in het maken van beleid en de implementatie daarvan. Tevens wordt aangedrongen op het uitvoeren van beleid "binnen de lijntjes", waarbij regels en richtlijnen de format van het beleid bepalen (Osborne, 2006, p.378).

De professionele gemeenschap kenmerkt zich door de gesloten aard en blijft daardoor een dominante factor. Professionals nemen dan ook een dominante rol in bij de implementatie van beleid, vanwege de grote mate van discretionaire autonomie die professionals genieten tijdens de PA-stroming. *"To outsiders, the professional is essentially a wizard"* (Brandsen & Honingh, 2013, p.880). Hiermee bedoelen Brandsen en Honingh (2013) dat de professional en diens taken voor buitenstaanders een mysterie zijn. De kennis ligt namelijk alleen bij de professionals zelf. Alleen zij zijn in staat om de taken uit te voeren vanwege de complexe aard. Als gevolg van de complexiteit van taken, wordt de kwaliteit van beleid nauwelijks gemeten (Brandsen & Honingh, 2013, p.880).

3.1.2 New Public Management

PA werd door academici en politici begin jaren zeventig fors bekritiseerd, waarna geleidelijk een verschuiving plaatsvond naar het New Public Management (hierna: NPM) paradigma. Waar het proces en de kwaliteit van het beleid binnen het PA-paradigma niet of nauwelijks werden gemeten, kenmerkt het NPM-paradigma zich juist door prestatiemeting en monitoring (Osborne, 2006, pp.378-379, Brandsen & Honingh, 2013, p.880). NPM is grotendeels gebaseerd op de managementtechnieken van de private sector. De veronderstelling was dat dergelijke technieken zouden leiden tot het verhogen van de effectiviteit en efficiëntie van publieke diensten (Osborne, 2006, p.379). Beleidsimplementatie wordt bij dit paradigma op organisationeel niveau gescheiden van beleidsontwikkeling, de nadruk ligt hier op controle en evaluatie van input en output. Verder werd de rol voor marktpartijen door het ontstaan van NPM groter en zodoende ontwikkelde marktconcurrentie zich. De nadruk ligt binnen dit paradigma sterk op het economische perspectief en de overheid vormt een aansturende actor op afstand door privatiseringen in de publieke sector (Osborne, 2006, p.379; Brandsen & Honingh, 2013, p.881).

Waar professionals binnen het PA-paradigma een grote mate van autoriteit en autonomie genoten, veranderde de positie van de professional binnen het NPM denken. De individuele capaciteit en kennis zijn niet meer van belang. De algemene kwaliteit van de publieke diensten staat centraal. Deze verandering heeft invloed op de rol van de professional. Prestatiemeting en monitoring van input en output perken namelijk de autonomie van de professional in, omdat ze op basis van opgestelde richtlijnen en standaarden te werk moeten gaan (Brandsen & Honingh, 2013, pp.880-881; Hendriks, 2019, p.25).

De invloed van NPM op professionals wordt regelmatig bekritiseerd. Zo zou NPM zorgen voor een verhoogde druk onder professionals vanwege de invloed van prestatie management en de verkleining van de autonomie (Tummers, 2014, pp.49-50). Door de bureaucratische en bedrijfsmatige systemen worden professionals beperkt in de werkzaamheden die zij verrichten. Van Loon en Noordegraaf (2014) stellen dat het NPM denken heeft geleid tot een vervreemding van essentiële publieke waarden onder professionals. Daarnaast zou NPM de kwaliteit en publieke dienstverlening drastisch hebben aangetast (Van Loon & Noordegraaf, 2014, p. 205).

3.1.3 New Public Governance

Zowel het PA- als het NPM-paradigma ontvingen veel kritiek. Het New Public Governance (hierna: NPG) paradigma combineert beide paradigma's tot een, naar verwachting, beter werkende stroming. De organisatorische context van het NPG is interorganisatieel. PA berust zich vooral op juridische perspectieven, NPM op economische perspectieven en NPG op interorganisatiele en sociologische perspectieven. Dit betekent dat er sprake is van samenwerkingen tussen meerdere organisaties vanuit verschillende beleidsterreinen, bijvoorbeeld zorg en onderwijs. De overheid is hier niet de sturende actor of de centrale actor, maar één van de actoren die in het netwerk opereert en bij het bedenken van oplossingen betrokken is (Brandsen & Honingh, 2013, p.881).

Het NPG-paradigma erkent, in tegenstelling tot PA en NPM, dat de publieke sector in de 21^e eeuw een versterkte fragmentatie ondergaat en daardoor onzeker is (Osborne, 2006, p.382). Osborne (2006) stelt dat de maatschappij te maken heeft met pluriformiteit. Als gevolg van de pluriformiteit dragen verscheidene actoren bij aan het tot stand komen van publieke dienstverlening. Meerdere processen zullen invloed uitoefenen op het ontstaan en de uitvoering van beleid. De focus ligt bij NPG op effectieve publieke dienstverlening, outcomes en het ontwerp en de evaluatie van interorganisatiele netwerken (Osborne, 2006, p.384).

De interorganisatiele netwerken werken op basis van vertrouwen, relationele contracten en relationeel kapitaal. Relationeel kapitaal wordt door Mclaughlin, Osborne en Chew (2009) gedefinieerd als het niveau van wederzijds vertrouwen, respect en vriendschap die voortkomen uit een innige samenwerking tussen actoren (Mclaughlin, Osborne & Chew, 2009, p.39). Het professionalisme wordt hierdoor bij NPG gedefinieerd door de interacties van netwerken. Een succesvolle samenwerking berust op het uitwisselen van kennis en vaardigheden, aangezien de kennis van professionals verspreid is over het netwerk. Welke kennis relevant is voor de betreffende problematiek, worden door de professionals en het netwerk zelf gedefinieerd. De handelingen van een professional berusten in het NPG-paradigma op communicatie met andere professionals. Dit zorgt ervoor dat de voorheen besloten professionele gemeenschap, open wordt voor andere professionals en de buitenwereld (Osborne, 2006, p.384; Brandsen & Honingh, 2013, p.881).

3.2 Beleidsimplementatie

3.2.1 Beleidsvrijheid

Overheidsbeleid, en daarmee ook de rollen van professionals, verandert door sociale, economische en politieke ontwikkelingen, zoals hierboven beschreven. (Osborne, 2010, pp.1-3, Hendriks, 2019, pp.11-15; Brandsen & Honingh, p.878). De veranderende rol van professionals is van belang bij de implementatie van nieuw beleid. Hoewel publieke professionals niet de expliciete inhoud van beleid bepalen, kunnen ze beschouwd worden als “de facto” beleidsmakers. De professionals structureren op informele wijze het beleid in hun dagelijkse werkzaamheden (Brodkin, 2011, p.253). Brodkin (2011) stelt dat het definiëren van een beleidskeuze, wat de opgestelde doelen van een beleid inhouden, slechts voor tien procent verantwoordelijk is voor daadwerkelijke veranderingen in beleid. De beleidsimplementatie zelf door professionals beslaat de overige negentig procent. Dit geeft aan dat veranderingen in beleid en de mate van succes van het beleid, voor een groot gedeelte afhankelijk zijn van de implementatie van professionals. Brodkin (2011) benoemt bovenstaand gegeven als een aanleiding voor de ruimte die professionals krijgen bij beleidsimplementatie. Deze ruimte wordt beleidsvrijheid genoemd (Brodkin, 2011, p.258).

Beleidsvrijheid houdt in dat professionals de ruimte krijgen om een eigen invulling te geven aan het beleid dat wordt opgesteld door het rijk of, in het geval van een decentralisatie, de gemeente (Ringeling, 1978, pp.21-23). Tummers en Bekkers (2014) beschrijven professionals en beleidsvrijheid aan de hand van de “street-level bureaucrats” van Lipsky (1980). *“Lipsky refers to these frontline workers as “street-level bureaucrats”. These are public employees who interact directly with citizens and have substantial discretion in the execution of their work”* (Tummers & Bekkers, 2014, p.528; Vedung, 2015, p.16). Beleidsvrijheid is van belang voor professionals. De werkzaamheden van een professional vergen namelijk creativiteit. Gebruikmakend van beperkte informatie en tijd, moeten zij beslissingen maken voor kwetsbare cliënten in bijvoorbeeld de zorg of het onderwijs (Tummers & Bekkers, 2014, p.528; Vedung, 2015, p.16).

3.2.2 Implementatiebereidheid

Door beleidsvrijheid krijgen professionals een zekere invloed om het beleid te implementeren op een manier die zij geschikt achten (Tummers & Bekkers, 2014, pp.528-531). Beleidsvrijheid wordt beschouwd als een belangrijk component om het begrip “*willingness to implement policy*” te vergroten onder professionals.

Tummers en Bekkers (2014) definiëren dit begrip op basis van eerder onderzoek naar veranderbereidheid van Metselaar (1997) als volgt: *“Willingness to implement is defined as a positive behavioral intention of the street-level bureaucrat towards the implementation of policy. Hence, the street-level bureaucrat aims to put effort in implementing this policy: he/she tries to make it work”* (Tummers & Bekkers, 2014, p.531). Hierbij wordt uitgegaan van het volgende: wanneer een professional bereid is om (nieuw) beleid te implementeren, spant deze zich volledig in om het beleid te doen slagen.

Verschillende auteurs benadrukken het belang van implementatiebereidheid onder professionals. Zo stellen May en Winter (2009) dat een lage implementatiebereidheid bij professionals leidt tot een negatief effect op de effectiviteit van de implementatie (May & Winter, 2009, pp.462-470). Ook Tummers (2011; 2012a) beaamt dat implementatiebereidheid onder professionals en de rol die beleidsvrijheid daarin speelt, cruciaal zijn voor een geslaagde implementatie van (nieuw) beleid. Coolsma (2008) onderscheidt tevens een aantal aspecten die betrekking hebben op de beleidsimplementatie van professionals. Een van deze aspecten betreft “willen”. Coolsma (2008) definieert dit aspect als de mate waarin professionals gemotiveerd zijn om beleid te implementeren, oftewel implementatiebereidheid.

Om te meten in hoeverre professionals steun ervaren voor een beleid en wel of niet bereid zijn het beleid te implementeren, ontwikkelden Herscovitch en Meyer (2002) een model voor *“Behavioral support for the change”*. Inzet voor verandering wordt door Herscovitch en Meyer (2002) gedefinieerd als *“... a force (mind-set) that binds an individual to a course of action deemed necessary for the successful implementation of a change initiative”* (Herscovitch & Meyer, 2002, p.475). De inzet en instelling van de professional (het individu) en de daaraan verbonden manier van handelen, zijn volgens Herscovitch en Meyer (2002) een weerspiegeling van een aantal zaken, te weten:

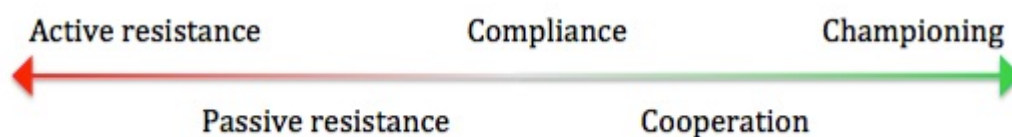
1. Een verlangen om ondersteuning te bieden voor het nieuwe beleid. De professional baseert de ondersteuning op het geloof dat het nieuwe beleid daadwerkelijk voordelen heeft.
2. Een erkenning dat er kosten verbonden zijn wanneer de professional zich niet inzet voor de implementatie van het nieuwe beleid en het beleid daardoor mogelijk spaak loopt.
3. Een gevoel van verplichting om het nieuwe beleid te ondersteunen. Professionals kunnen zich verplicht voelen om een verandering te ondersteunen omdat ze dat willen, moeten en/of zouden moeten gezien hun verantwoordelijke rol in de maatschappij (Herscovitch & Meyer, 2002, p.475).

Het model van Herscovitch en Meyer (2002) bestaat uit een continuüm van vijf punten. Deze vijf punten geven een aantal gedragingen weer van professionals wanneer zij een nieuw beleid moeten implementeren.

Wanneer een professional weerstand biedt tegen het beleid, spreken de auteurs van *“active resistance”*. Is de professional juist een grote voorstander van het nieuwe beleid, dan wordt dit *“championing”* genoemd. Tussen deze uitersten worden nog drie andere mogelijkheden genoemd, namelijk *“passive resistance”*, *“compliance”* en *“cooperation”*.

Onder *“active resistance”* verstaan de auteurs dat de professional acties onderneemt om het nieuwe beleid te doen falen. Wanneer de professional *“passive resistance”* toont, onderneemt deze net als bij active resistance acties om het nieuwe beleid te saboteren. Deze vorm van weerstand is echter milder dan active resistance. De handelingen van de professional zijn subtiel en gericht op het voorkomen van het succes van het beleid in plaats van deze volledig te laten falen. Een andere vorm van weerstand is *“compliance”*. Dit houdt in dat de professional minimale ondersteuning biedt in het nieuwe beleid. De professional werkt mee aan het nieuwe beleid, maar met tegenzin. Hierdoor zet de professional zich minimaal in voor een succesvolle beleidsimplementatie.

Toont de professional steun en inzet voor het nieuwe beleid en is de professional bereid om bescheiden offers te brengen? Dan spreken Herscovitch en Meyer (2002) van *“cooperation”*. Cooperation is in tegenstelling tot de vorige benoemde punten een vorm van steun voor beleid en bereidheid om het beleid te implementeren. Het begrip *“championing”* wordt gezien als de meest positieve vorm van steun voor het beleid. De professional is hier extreem enthousiast om de veranderingen in het beleid te implementeren. Kenmerkend voor championing is extra inzet tonen (meer dan wordt verwacht) om succes van het beleid te verzekeren en het promoten van de veranderingen bij collega's en belanghebbenden (Herscovitch & Meyer, 2002, p.478). In onderstaand figuur worden de begrippen weergegeven. De rode pijl geeft aan dat er sprake is van negatieve gedragingen en de groene pijl betreft positieve gedragingen aangaande de bereidheid om beleid te implementeren.



Figuur 2: Continuüm Herscovitch en Meyer (2002).

In het DINAMO-model van Metselaar (1997) worden evenals in het model van Herscovitch en Meyer (2002) een aantal aspecten onderscheiden die van belang zijn voor de bereidheid van beleidsimplementatie onder professionals. Metselaar (1997) benoemt de volgende punten waaruit geconcludeerd kan worden of de professional bereid is het beleid te implementeren:

1. De professional overtuigt andere werknemers van de voordelen die het nieuwe beleid met zich meebrengt.
2. De professional zet zich in om de doelen van het nieuwe beleid te bereiken.
3. De professional zet zich in om weerstand onder collega's te verminderen.
4. De professional maakt tijd vrij om het nieuwe beleid en de veranderingen die daarmee gepaard gaan te implementeren (Metselaar, 1997, p.63).

Bovenstaande punten komen overeen met de begrippen “*cooperation*” en “*championing*” van Herscovitch en Meyer (2002) waarin de positieve gedragingen van professionals richting het nieuwe beleid centraal staan (Metselaar, 1997, p.63; Herscovitch & Meyer, 2002, 478).

Uit de literatuur blijkt dat professionals niet vanzelfsprekend welwillend tegenover beleidsimplementatie staan. Een voorbeeld van professionals die niet bereid zijn om beleid te implementeren, zijn verzekeringsartsen in Nederland. Wanneer deze professionals werd gevraagd om een nieuw beleid te implementeren waarin het herkeuren van WAO'ers centraal stond, stuitte men op bezwaar tegen dit beleid (Tummers, 2011, p.556). Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen werden door dit beleid verplicht arbeidsongeschikten te herkeuren op basis van strengere criteria. De verwachting van deze professionals was echter dat arbeidsongeschikten die de goedkeuring kregen om te werken, niet in staat zouden zijn een baan te vinden. De professionals achtten dit beleid zinloos, waardoor weerstand ontstond vanuit de beroepsgroep (Tummers, 2012a, pp.332-333).

Met name het domein waarin zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam zijn, heeft baat bij een hoge mate van implementatiebereidheid onder professionals. Binnen dit domein wordt gewerkt met kwetsbare cliënten die in het dagelijks leven afhankelijk zijn van de juiste zorg van professionals. Een zorg- of onderwijsprofessional die niet bereid is om het beleid te implementeren, beïnvloedt de effectiviteit van het beleid en daarmee het dagelijks leven van de cliënt (May & Winter, 2009, pp. pp.462-470; NIP, 2018, p.4; Hendrikx, 2019, p.9).

Het belang van de rol van professionals bij de implementatie van beleid is onmiskenbaar. “... *Lipsky (1980) concludes that street-level bureaucrats are policy makers: they actually create policy through the multitude of decisions they make in interacting with clients.*” (Vedung, 2015, p.16). De bereidheid om beleid te implementeren en de manier waarop professionals beleid implementeren zijn echter ook verbonden aan de invloeden van meerdere factoren. Deze factoren worden in de volgende paragraaf uiteengezet.

3.3 Beleidsvervreemding

De grondlegger van de vervreemdingstheorie is Karl Marx. Marx (1961) sprak over *objectieve werkvervreemding*, wanneer werknemers vervreemden van het werk dat zij uitvoerden en de productiemiddelen. Hierdoor beschikten ze niet over de resulterende producten. In de literatuur is ook het begrip *subjectieve werkvervreemding* terug te vinden. Het gaat hier om de *ervaring* van werknemers wat betreft vervreemding in plaats van vervreemding van het bezit van een product of middel (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, pp.105-106). In de Bestuurskunde is het begrip subjectieve werkvervreemding met name van belang, omdat het in de publieke sector over ervaringen van professionals gaat. Eerder onderzoek naar subjectieve werkvervreemding in de publieke sector toont bijvoorbeeld aan dat werkvervreemding kan ontstaan wanneer professionals een grote mate van bureaucratie ervaren (DeHart-Davis & Pandey, 2005, pp.140-144; Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, pp.105-106).

Het concept *beleidsvervreemding* is ontstaan uit het begrip subjectieve werkvervreemding. Onderzoek naar beleidsvervreemding in zowel de private als publieke sector, heeft geleid tot meerdere brede definities van het begrip (Lipsky, 1980; DeHart-Davis & Pandey, 2005; Higgs & Roland, 2005; Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). Opmerkelijk is dat de definitie van beleidsvervreemding verschilt per stroming en onderzoek, maar er bestaat wel consensus over het belang van de medewerking van een professional bij een (nieuw) beleid (Tummers, 2012a, pp.335-336). Tummers, Bekkers en Steijn (2009) introduceerden beleidsvervreemding onder de hedendaagse publieke professional. De drijfveer achter dit onderzoek was het analyseren van ervaringen van professionals met nieuw overheidsbeleid (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, pp.104-105).

In dit onderzoek wordt beleidsvervreemding gedefinieerd aan de hand van het onderzoek van Tummers, Bekkers en Steijn (2009). Tummers (2009; 2011; 2012) wordt gezien als een van de voornaamste auteurs op het gebied van beleidsvervreemding bij professionals werkzaam in de publieke sector. In zijn onderzoeken creëerde hij vanuit de verandermanagement en literatuur met casussen uit de private sector een raamwerk typerend voor de publieke sector. Tummers (2009; 2011; 2012) ontwikkelde daarmee ook het begrip beleidsvervreemding dat specifiek toepasbaar is op de publieke sector. De auteurs definiëren beleidsvervreemding als “*een algemene cognitieve staat van psychologische ontkoppeling met het beleid*” (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, pp.105-106; Tummers, 2012a, pp.335-336).

Beleidsvervreemding brengt een aantal negatieve gevolgen met zich mee, zoals weerstand tegen een bepaald beleid (Tummers, 2014, pp.49-50). Indien een professional weerstand ervaart, bedreigt dit gegeven de legitimiteit en effectiviteit van beleidsimplementatie (Ewalt & Jennings, 2004, pp. 452-453).

Hierdoor is het mogelijk dat een professional zich minder inspant om het beleid te implementeren en in het ergste geval, zoals Herscovitch en Meyer (2002) beschrijven, actief het beleid probeert te saboteren (Tummers, 2012a, pp.332-333). Daarnaast leidt beleidsvervreemding tot het verlies van werkplezier onder professionals. Tummers (2012a) beschrijft hoe het verminderen van werkplezier leidt tot een burn-out of het opzeggen van de baan. Om meer zicht te krijgen op de inhoud en gevolgen van het begrip beleidsvervreemding, is het begrip opgedeeld in dimensies (Tummers, 2012a, pp.332-333).

Seeman (1959) maakt binnen het begrip werkvervreemding onderscheid tussen de dimensies machteloosheid, zinloosheid, normloosheid, sociale isolatie en zelfvervreemding. Op basis van bovengenoemde concepten, bouwde Tummers (2009; 2011; 2012) een raamwerk van beleidsvervreemding (Tummers, 2012a, p.336). De dimensies *machteloosheid* en *zinloosheid* staan in dit raamwerk centraal. DeHart-Davis en Pandey (2005) beschouwen deze dimensies als zeer invloedrijk: *“Specifically, reduced workplace autonomy is expected to increase feelings of powerlessness and reduce feelings of work’s inherent meaningfulness, key ingredients in alienation”* (DeHart-Davis & Pandey, 2005, p.133). In onderstaande paragrafen wordt dieper ingegaan op de dimensies machteloosheid en zinloosheid.

3.3.1 Machteloosheid

De dimensie *machteloosheid* wordt door Tummers (2012; 2014) gedefinieerd als *“... de mate van invloed die publieke professionals ervaren op het beleidsprogramma dat ze uitvoeren”* (Tummers, 2012a, p.336). Een professional die het gevoel ervaart dat hij geen invloed heeft op ontwikkelingen in het beleid binnen de organisatie, is een voorbeeld van machteloosheid (Tummers, 2014, p.54). Machteloosheid wordt door Tummers (2012; 2014) onderverdeeld in drie niveaus: strategische, tactische en operationele machteloosheid.

Strategische machteloosheid houdt de mate in van gepercipieerde invloed van de professional op de inhoud van beleid. Het gaat hier om het beleid dat vastgesteld is in wet- en regelgeving. Een groot gevoel van strategische machteloosheid ontstaat bijvoorbeeld wanneer de regering de professionals en hun expertise niet betreft bij het maken van het beleid. Om strategische machteloosheid te voorkomen, is het dan ook van belang de professionals te betrekken bij het maken van beleid op politiek niveau (Tummers, Steijn & Bekkers, 2009, p.7; Tummers, 2012a, p.336).

Tactische machteloosheid gaat over de mate van gepercipieerde invloed van de professional op de implementatie van het beleid door de organisatie waarin de professional werkzaam is. Ofwel, heeft de professional invloed op de manier waarop de organisatie het beleid implementeert?

Een voorbeeld van tactische machteloosheid is het omzetten van beleidsdoelen in bepaalde prestatiedoelen die door de organisatie behaald moeten worden. De focus verschuift hier van outcome, resultaten in de samenleving, naar output, resultaten voor de organisatie (Tummers, Steijn & Bekkers, 2009, p.7; Tummers, 2012a, p.336). Tummers, Steijn en Bekkers (2009) stellen dan ook *“Hoe meer professionals invloed kunnen hebben op de uitwerking van het beleidsprogramma in de organisatie, hoe minder zij tactische machteloosheid zullen ervaren”* (Tummers, Steijn & Bekkers, 2009, p.7). Tactische machteloosheid kan voorkomen worden door het betrekken van professionals bij de uitwerking van beleid (Tummers, 2012a, p.336).

Het derde niveau, *operationele machteloosheid*, richt zich op de mate van invloed die een professional verkrijgt op het directe werkproces. Dit houdt met name de beleidsvrijheid in die een professional percipieert (Tummers, Steijn & Bekkers, 2009, p.7). Operationele machteloosheid kan voorkomen worden door de professional meer autonomie te bieden tijdens de dagelijkse werkzaamheden (Tummers, 2012a, p.336).

3.3.2 Zinloosheid

Naast machteloosheid, bestaat het concept beleidsvervreemding ook uit de dimensie *zinloosheid*. Zinloosheid verwijst volgens Tummers (2012; 2014) *“... naar de perceptie van professionals over de toegevoegde waarde van het beleid voor de samenleving of hun eigen cliënten”* (Tummers, 2012a, p.336). Zinloosheid wordt door Tummers (2012; 2014) op twee niveaus onderscheiden: zinloosheid voor de samenleving en zinloosheid voor de eigen cliënten.

Zinloosheid voor de samenleving heeft betrekking op de toegevoegde waarde van beleid aan doelen die de samenleving verbeteren. Draagt het beleid volgens de professional bij aan maatschappelijke doelen? Deze vraag staat hier centraal. Wanneer de professional vindt dat de middelen en doelen van het beleid niet bijdragen aan bijvoorbeeld betere zorg voor gehandicapte kinderen in de klas, vergroot het gevoel van zinloosheid voor de samenleving (Tummers, 2012a, p.336). Indien de professional het gevoel heeft dat een beleidsverandering daadwerkelijk bijdraagt aan een maatschappelijk doel, ervaart deze waarschijnlijk meer bereidheid om het beleid te steunen en implementeren (Tummers, 2012a, pp.334-335).

Het tweede niveau van zinloosheid, *zinloosheid voor cliënten*, betreft *“de perceptie van professionals over de toegevoegde waarde van het beleid voor hun eigen cliënten”* (Tummers, 2012a, p.336). Een voorbeeld van wanneer een professional zinloosheid van cliënten ervaart, is een nieuw beleid waarvan de privacy van cliënten in gevaar wordt gebracht volgens de professional. De implementatie van het beleid voegt hierbij niet toe aan het verbeteren van het welzijn van cliënten (Tummers, 2012a, p.336).

Voor zorg- en onderwijsprofessionals is het welzijn van cliënten zeer belangrijk. De cliënten zijn kwetsbaar en hebben daarom geen baat bij een zinloos beleid wat niet bijdraagt aan het vergroten van het welzijn (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2019, p.3). In onderstaande tabel worden de niveaus van machteloosheid en zinloosheid uiteengezet.

Dimensie	Definitie
Strategische machteloosheid	De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de inhoud van het beleid, zoals vastgesteld in wet- en regelgeving.
Tactische machteloosheid	De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop hun organisatie het beleid implementeert.
Operationele machteloosheid	De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop zij zelf het beleid uitvoeren.
Zinloosheid voor de samenleving	De perceptie van de professionals over de toegevoegde waarde van het beleid aan belangrijke doelen voor de samenleving.
Zinloosheid voor de eigen cliënten	De perceptie van de professionals over de toegevoegde waarde van het beleid voor hun eigen cliënten.

Tabel 2: Raamwerk beleidsvervreemding (Tummers, 2014, p.51).

3.4 Beleidsvervreemding en implementatiebereidheid

De perceptie van professionals op het beleid heeft volgens Tummers (2014) invloed op de bereidheid om het beleid te implementeren. In de volgende paragrafen wordt dan ook ingegaan op de relatie tussen de concepten beleidsvervreemding en implementatiebereidheid en worden hypothesen geformuleerd.

3.4.1 Machteloosheid en implementatiebereidheid

Uit de literatuur blijkt dat een professional machteloosheid ondervindt als er geen sprake is van invloed op de inhoud van beleid (strategische machteloosheid), op de manier waarop de organisatie het beleid implementeert (tactische machteloosheid) of op de manier waarop de professional zelf beleid implementeert (operationele machteloosheid). Een hoge mate van machteloosheid zorgt voor weerstand tegen beleid en de implementatie daarvan (Tummers, 2012a; Tummers, 2014).

In de vorige paragrafen werden meerdere auteurs besproken die concluderen dat het cruciaal is voor de effectiviteit en het succes van het beleid, dat een professional bereid is zich in te zetten en het beleid te implementeren (May & Winter, 2009; Tummers, 2012a; Tummers, 2014; Coolsma, 2008; Herscovitch & Meyer, 2002; Metselaar, 1997; Lipsky, 1980; Vedung, 2015). Machteloosheid zorgt echter voor een tegengestelde beoogde reactie van de professional.

De professional kan zich niet identificeren met het beleid, wat inhoudt dat de professional van mening is dat het beleid niet bijdraagt aan het behalen van de beoogde doelen en vooruitgang van de samenleving en cliënten (Tummers, 2012a).

De houding van de zorg- en onderwijsprofessionals tegenover het zorg in onderwijstijdbeleid is beslissend voor het slagen daarvan. Hierdoor is het van belang dat zorg- en onderwijsprofessionals invloed ervaren op de inhoud van beleid en de beleidsimplementatie (Tummers, 2012a; Tummers, 2014). Op basis van de besproken literatuur over machteloosheid en implementatiebereidheid, worden de volgende verwachtingen geformuleerd:

Hypothese 1: De ervaring van strategische machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Hypothese 2: De ervaring van tactische machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Hypothese 3: De ervaring van operationele machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Hypothese 4: De ervaring van machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

3.4.2 Zinloosheid en implementatiebereidheid

Uit de literatuur blijkt dat identificatie met een beleid naast invloed op de inhoud en uitvoering van beleid, wordt gecreëerd door het ervaren van toegevoegde waarde van het beleid voor de samenleving en cliënten. Zorg- en onderwijsprofessionals zijn daarnaast sterk maatschappelijk georiënteerd zijn en zetten zich in voor kwetsbare kinderen en jongeren in de samenleving. Het werk dat zij doen, doen ze niet voor zichzelf, maar voor de cliënt en de samenleving (Van Loon & Noordegraaf, 2014; Hendriks, 2019; Tummers, 2012a; Tummers & Bekkers, 2014). Indien een zorg- of onderwijsprofessional het gevoel heeft dat het beleid geen toegevoegde waarde biedt voor maatschappelijke doeleinden of voor het welzijn van de cliënten en het beleid zodoende als zinloos ervaart, is de verwachting dat de professional hierdoor niet bereid is het zorg- in onderwijstijdbeleid te implementeren. Deze verwachtingen worden in onderstaande hypothesen geformuleerd:

Hypothese 5: De ervaring van zinloosheid voor de samenleving door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Hypothese 6: De ervaring van zinloosheid voor de cliënt door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Hypothese 7: De ervaring van zinloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

Daarnaast wordt in dit onderzoek gekeken naar beleidsvervreemding in het geheel, machteloosheid en zinloosheid opgeteld. De verwachting hierover wordt in onderstaande hypothese geformuleerd:

Hypothese 8: De ervaring van beleidsvervreemding door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.

De theoretische verwachtingen worden getoetst middels nulhypothesen³. In de analyse van dit onderzoek staat het toetsen van de hypothesen centraal en worden de resultaten verwerkt.

³ De nulhypothesen worden in paragraaf 4.4 beschreven.

3.5 Controlevariabelen

Omdat de hypothesen in dit onderzoek gaan over het effect van beleidsvervreemding op implementatiebereidheid, dat wil zeggen ‘causaliteit’, moet de mogelijkheid op correlatie veroorzaakt door andere variabelen zo veel mogelijk worden uitgesloten. Variabelen die mogelijkerwijs zowel effect hebben op beleidsvervreemding als implementatiebereidheid, worden om die reden meegenomen als controlevariabelen. In dit onderzoek zijn dat naast enkele demografische kenmerken de volgende factoren: administratieve lasten, beperkte financiële middelen, prestatiemeting en de samenwerking tussen zorg en onderwijs. De controlevariabelen worden in onderstaande paragrafen nader beschreven⁴.

3.5.1 Administratieve lasten

Naast beleidsvrijheid, kunnen ook administratieve lasten de implementatiebereidheid van professionals beïnvloeden. Om kinderen en jongeren snel en effectief te kunnen helpen, hebben professionals meer beleidsvrijheid en minder administratieve last nodig. Administratie is voor een deel noodzakelijk, maar te veel administratieve werkzaamheden staan goed contact met de cliënt in de weg. Zodoende blijft er namelijk minder tijd over voor de daadwerkelijke zorg van de cliënt. Onder te veel administratieve werkzaamheden wordt ingewikkeld taalgebruik, langdurige en herhaaldelijke indicatieprocedures, lange doorlooptijden en belemmering door bureaucratie in de vorm van regels verstaan. Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en het ministerie van VWS stellen (2010) dat minder administratieve lasten gelijk staan aan meer tijd voor de zorg en meer werkplezier. Overbodige administratieve lasten worden door professionals als zinloos ervaren en leiden ertoe dat professionals minder tevreden zijn met het werk dat zij doen, wat uiteindelijk weer kan resulteren in stoppen met het werk (Ministerie van BZK & Ministerie van VWS, 2010, p.6). De hoge administratieve last is sinds de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 buitengewoon toegenomen. Het is dan ook interessant om administratieve lasten in het onderzoek mee te nemen als een controlevariabele die van invloed is op beleidsvervreemding (GGZ Nederland, 2017, p.4).

⁴ Volgens onderzoekers zou feitelijke beleidsvrijheid eventueel ook een effect kunnen hebben op de afhankelijke variabele implementatiebereidheid. Voor dit onderzoek blijkt dit eventuele effect niet relevant, omdat dit effect enkel ontstaat door subjectieve beleidsvrijheid, ofwel de perceptie van de professional op de mate van beleidsvrijheid. In de wet kan beschreven staan dat er sprake is van een zekere mate van beleidsvrijheid, maar wanneer de professionals deze beleidsvrijheid niet ervaren, maakt dat geen verschil voor het effect van beleidsvrijheid op de implementatiebereidheid. De ervaren, of subjectieve, beleidsvrijheid heeft uiteindelijk invloed op de implementatiebereidheid (Tummers, 2012a; 2014, Tummers & Bekkers, 2014; Blauner, 1964).

3.5.2 Beperkte financiële middelen

Professionals benoemen naast een hoge administratieve last en tijdsdruk, ook de beperkte financiële middelen als een negatieve invloed op het werk dat zij uitvoeren (NIP, 2018, pp.8-12). Hiermee wordt bedoeld dat professionals druk ervaren om met een beperkt aantal financiële middelen cliënten zo goed mogelijk te helpen. Dit vergt veel creativiteit van professionals, aangezien de richtlijnen van een beleid niet altijd corresponderen met de situatie van de cliënt (Tummers & Bekkers, 2014, p.528). Professionals doen wat ze kunnen, maar de kwaliteit van het werk en het werkplezier worden aanzienlijk minder (NIP, 2018, pp. 8-12). De beperkte financiële middelen die een gemeente biedt, kunnen de mate van beleidsvervreemding vergroten, omdat de professional het niet eens is met de beperkte financiële middelen die zij krijgen om het beleid te implementeren (NIP, 2018, pp. 6-12; Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, p.108). Beperkte financiële middelen wordt zodoende meegenomen als controlevariabele in dit onderzoek.

3.5.3 Prestatiemeting

Zoals benoemd in paragraaf 3.1.2, beïnvloedt NPM door prestatiemetingen het werk van professionals. Prestatiemetingen wordt door onderzoekers als een van de redenen genoemd voor het aantasten van de kwaliteit van publieke dienstverlening (Van Loon & Noordegraaf, 2014, p.205). Een gedecentraliseerd beleid, zoals de Jeugdzorg, gaat gepaard met een verschuiving van controle op input (budget) naar controle op output (cliënttevredenheid). Deze verschuiving vereist outputdoelstellingen.

Waar prestatiemeting gericht is op outputdoelstellingen aangaande cliënttevredenheid, richten publieke waarden zich juist op rechtszekerheid en voorspelbaarheid. Kortom, prestatiemetingen stroken niet met de waarden binnen publieke dienstverlening. Publieke professionals hebben mogelijk moeite met deze verschuiving en ervaren het beleid als zinloos voor de samenleving en cliënten (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, p.108; Brodtkin, 2011). Prestatiemeetsystemen worden binnen de Jeugdzorg meer toegepast na de decentralisatie van de Jeugdwet, wat kan leiden tot beleidsvervreemding. Zodoende wordt prestatiemeting meegenomen als controlevariabele in dit onderzoek (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, pp.108-109; GGZ Nederland, 2017, p.4).

3.5.4 Samenwerking zorg en onderwijs

De decentralisatie van de Jeugdwet heeft het belang van goede samenwerking vergroot binnen het zorg in onderwijstijdbeleid. De samenwerking gaat over afspraken over inzet van professionals, middelen (financiering) en verantwoordelijkheid. Een succesvolle samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals behoeft een focus op gezamenlijk belang en niet op het eigen belang van deze sectoren (Verheijden & de Lange, 2016, pp. 5-9). Dit vraagt om een aantal competenties van professionals, zoals boven het eigen specialisme kunnen staan en open communiceren (Verheijden & de Lange, 2016, p. 10). Verheijden en de Lange (2016) onderzochten naar aanleiding van het vergrote belang van een goede samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals, werkzame factoren voor een goede samenwerking. In tabel 3 worden de factoren benoemd die bijdragen aan een succesvolle samenwerking.

Een goede samenwerking draagt bij aan een goed (doorlopend) aanbod van zorg en onderwijs voor kinderen en jongeren met een hulpvraag. Daarnaast krijgen hulpbehoevenden door de samenwerking sneller de hulp die nodig is. De professionals moeten zodoende streven naar een gezamenlijke aanpak, waar eigen belangen opzij worden gezet (Van Vijfeijken & Van den Wijngaart, 2012, p. 31; Verheijden & de Lange, 2016, p. 10). Dit kan zorgen voor frustraties bij professionals, met name wanneer het gaat om de financiën. Wie betaalt, zorgt voor discussie. Niemand lijkt eigenaar van de problemen rondom het zorg in onderwijstijdbeleid (Smeets & van Veen, 2018, pp.43-44). Een goede samenwerking met afspraken over de aanpak en financiering lijkt een positieve invloed te hebben, zo blijkt uit de literatuur, op de mate waarin professionals ervaren dat zij invloed uit kunnen oefenen op het beleid (Verheijden & de Lange, 2016; Smeets & van Veen, 2018). Werkt de samenwerking echter niet, dan heeft dit een negatieve invloed op beleidsvervreemding bij professionals. De samenwerking tussen zorg en onderwijs wordt in dit onderzoek meegenomen als controlevariabele.

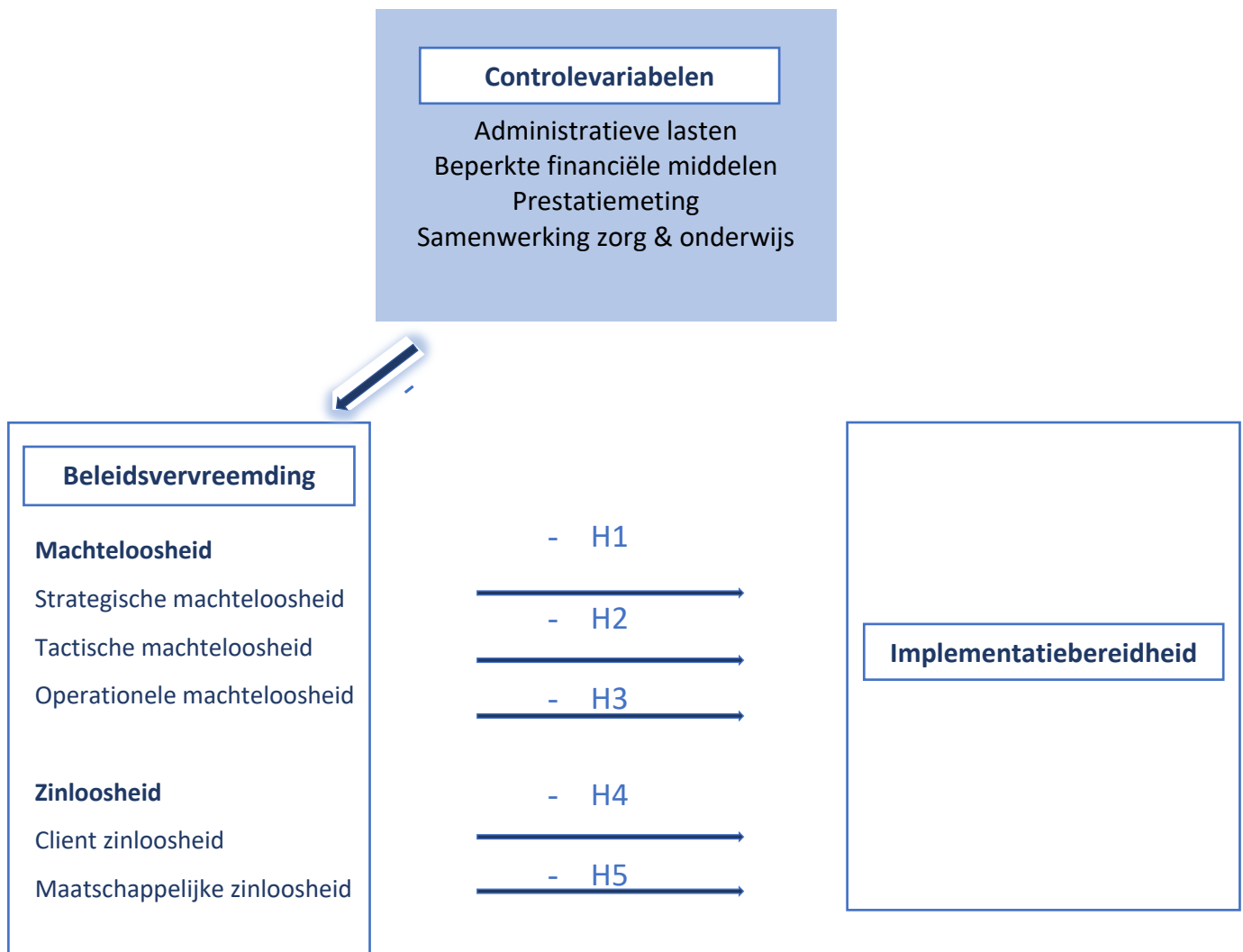
Werkzame factoren: kenmerken teamsamenwerking
Gedeelde urgentie en onderlinge afhankelijkheid
Gedeelde visie en doelen
Investeren in goede persoonlijke verhoudingen
Open communicatie en reflectie op de samenwerking
Kleinschalige teams met stevig mandaat

Tabel 3: Werkzame factoren voor samenwerking zorg- en onderwijsprofessionals (Verheijden & de Lange, 2016, p. 12).

3.6 Conceptueel model

Onafhankelijke variabelen

Afhankelijke variabele



Tabel 4: Conceptueel model

Hoofdstuk 4: Methodologisch kader

In het vorige hoofdstuk zijn aan de hand van theoretische bevindingen hypothesen geformuleerd. Voorafgaand aan het toetsen van de hypothesen en vervolgens analyseren van de bevindingen, wordt in dit hoofdstuk de methodologie van het onderzoek beschreven. Daarnaast wordt antwoord gegeven op de deelvraag: *Welke methode is het meest geschikt om het verband tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid te onderzoeken?* Allereerst gaat paragraaf 4.1 in op de onderzoeksstrategie van dit onderzoek. Paragraaf 4.2 bespreekt de onderzoekspopulatie en de manier waarop data zijn verzameld. Paragraaf 4.3 operationaliseert de afhankelijke, onafhankelijke en controlevariabelen, waarna paragraaf 4.4 ingaat op de manier van data-analyse. Tot slot volgt in paragraaf 4.5 de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

4.1 Onderzoeksstrategie

De centrale vraag van dit onderzoek, *“In hoeverre is beleidsvervreemding van invloed op de bereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals om de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren?”* wordt beantwoord door middel van een deductief kwantitatief onderzoek onder zorg- en onderwijsprofessionals. Een deductief onderzoek houdt in dat bestaande theorieën uit de literatuur in de praktijk worden getoetst (Bleijenbergh, 2013, p.19). Uit de literatuur over beleidsvervreemding en implementatiebereidheid zijn verwachtingen geformuleerd, te kennen de hypothesen. Om de hypothesen te toetsen, zijn de variabelen uit de hypothesen geoperationaliseerd, waarna de data verzameld kon worden. Het operationaliseren van de variabelen en de manier van dataverzameling, worden in de volgende paragrafen uitvoerig besproken.

Naast de deductieve aard van dit onderzoek, betreft het een kwantitatief onderzoek. De hypothesen van dit onderzoek zijn getoetst aan de hand van cijfermatige inzichten. Deze inzichten zijn verkregen middels een survey. In paragraaf 4.2 wordt dieper ingegaan op deze manier van dataverzameling.

Een kwantitatieve onderzoeksstrategie leende zich voor dit onderzoek, omdat de beantwoording van de centrale vraagstelling onderzoek naar correlaties en causale relaties benodigde. In dit onderzoek moesten harde uitspraken gedaan worden over het verband, en hoe groot dat verband precies is, tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid. Kwantitatief onderzoek is daarmee geschikt voor dit onderzoek, omdat deze onderzoeksstrategie mogelijkheid biedt om tot op de komma nauwkeurig zulke harde uitspraken (cijfermatig) te doen over een specifiek onderwerp en het verband tussen variabelen (Doorewaard & Tjemkes, 2019, p.19). Tevens is deze onderzoeksstrategie geschikt om uitspraken te doen over een grotere groep door significantie te testen.

Dit vereist echter een aselecte steekproef, waarvoor in dit onderzoek uit praktische overwegingen niet gekozen is. Na een kritische analyse van de verkregen steekproef (zie hoofdstuk 5), is in dit onderzoek desalniettemin een zekere mate van representativiteit veronderstelt en daarom op significantie getoetst (Vennix, 2011, pp.80-81; p. 99; Doorewaard & Tjemkes, 2019, p.19).

Aan de hand van de kwantitatieve analyse, kon bepaald worden welke factoren van invloed zijn op de bereidheid van professionals om het huidige zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren. Deze analyse is tot stand gekomen met behulp van een statistische toetsing in het programma SPSS.

4.2 Onderzoekspopulatie en dataverzameling

Dit onderzoek brengt in kaart in hoeverre zorg- en onderwijsprofessionals beleidsvervreemding ervaren en de invloed daarvan op de bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren. In dit onderzoek is nadrukkelijk gekozen om zowel zorg- als onderwijsprofessionals mee te nemen in het onderzoek. Zoals benoemd in hoofdstuk twee, is het namelijk voor zorg in onderwijstijd van belang dat deze professionals nauw samenwerken. Daarnaast omvat zorg in onderwijstijd een groot beleid waarin meerdere wetten een rol spelen. Omdat de Jeugdwet voornamelijk wordt ingezet om de ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren te financieren, is gekozen om af te bakenen naar de Jeugdwet. Daaropvolgend is besloten om alleen cluster 3 en 4 scholen mee te nemen in het onderzoek. De ondersteuningsbehoeften die onder de Jeugdwet vallen, worden namelijk grotendeels in dergelijke scholen ingezet (zie hoofdstuk twee).

Zodoende waren de zorgprofessionals in dit onderzoek voornamelijk verpleegkundigen, zorgcoördinatoren, gedragspsychologen en (ggz-)psychologen gespecialiseerd in kinderen en jongeren. De onderwijsprofessionals waren voornamelijk docenten op cluster 3 of 4 scholen en directeurs van cluster 3 of 4 scholen. De scholen in de steekproef waren zowel gericht op speciaal basisonderwijs (sbo) en speciaal onderwijs (so) als voortgezet speciaal onderwijs (vso).

Middels een survey werd de doelgroep bevraagd over factoren die leiden tot beleidsvervreemding en de mate waarin zij het zorg in onderwijstijdbeleid implementeren. Een survey geeft weer in hoeverre een verschijnsel zich voordoet (Vennix, 2011, pp.80-83; Punch, 2003). Een voordeel van surveyonderzoek is dat een grote groep respondenten snel en effectief bereikt kan worden. Dit gegeven biedt tevens de kans om meerdere kenmerken en variabelen van respondenten mee te nemen in de analyse. Een groot aantal respondenten houdt namelijk in dat er zowel jonge als oude mensen, mensen uit verschillende regio's en mannen en vrouwen, ofwel een diversiteit aan respondenten, deel kan nemen aan het onderzoek.

Dit maakte de survey een geschikte methode om data te verzamelen voor dit onderzoek, aangezien er twee grote en diverse groepen professionals onderzocht moesten worden. Daarnaast zijn de kosten voor dit type onderzoek laag, gezien het feit dat een survey relatief makkelijk verspreid kan worden via bijvoorbeeld de mail of LinkedIn (Punch, 2003; Doorewaard & Tjemkes, 2019).

In het surveyonderzoek programma van de Radboud Universiteit, Qualtrics, is de survey ontworpen. Voorafgaand aan de verspreiding van de survey, is een pilot survey gedaan onder vijf respondenten. Dit was van belang om te onderzoeken of de vragen duidelijk geformuleerd waren. Na enkele aanpassingen in de survey kon deze worden verspreid. Voor de verspreiding van de survey onder de doelgroep, is beroep gedaan op het netwerk van de stageorganisatie (Berenschot) en het eigen netwerk van de onderzoeker. Dit wil zeggen dat er voor dit onderzoek gebruik is gemaakt van een sneeuwbalsteekproef.

Na de verzameling van mailadressen en eventueel andere contactgegevens, zoals telefoonnummers of een LinkedIn-profiel, van 361 respondenten en verwerking van deze gegevens in Excel, is een mail of een bericht via LinkedIn verstuurd met uitleg over het onderzoek en een link naar de survey. Na de eerste ronde van verspreiding op 26 november 2020 in het eigen netwerk (van de onderzoeker) en van Berenschot, zijn iedere week respondenten via LinkedIn benaderd om de survey in te vullen. Hierbij werd gericht gezocht naar organisaties die aangesloten zijn bij Jeugdzorg Nederland⁵. Jeugdzorg Nederland heeft een groot aantal leden (organisaties) verspreid door Nederland (Jeugdzorg Nederland, z.j.). Allereerst werd naar een algemeen mailadres van de organisatie een mail gestuurd met de survey. Vervolgens werden via LinkedIn respondenten benaderd. Door op de LinkedIn-pagina van de betreffende organisaties op 'personen' te klikken, kwamen alle medewerkers in beeld. Door deze zoekwijze kon snel, gericht en kosteloos een groot aantal respondenten benaderd worden. In het bericht werd tevens gevraagd of de respondent de survey ook in zijn of haar organisatie wilde verspreiden, om het 'sneeuwbal-effect' verder op gang te brengen⁶.

De survey is verspreid tussen de periode van *26 november 2020 tot en met 8 januari 2021*, in totaal ruim zes weken. Vier keer per week is doelgericht de survey verspreid onder de doelgroep (zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid), circa 100-200 respondenten zijn per keer benaderd. Na het versturen van de survey is na een week een eenmalige herinneringsmail gestuurd, waarin nogmaals werd gevraagd om de survey in te vullen.

⁵ Op de website van Jeugdzorg Nederland staat een overzicht van alle aangesloten organisaties. Alle relevante organisaties onder het kopje "Jeugd & Opvoedhulp" zijn benaderd via de mail en/of LinkedIn (Jeugdzorg Nederland, z.j.).

⁶ De berichten die naar respondenten zijn gestuurd, via de mail of LinkedIn, zijn terug te vinden in Bijlage I.

Uiteindelijk is de survey door 193 respondenten geopend, maar niet alle surveys waren volledig ingevuld. In dit onderzoek is besloten om respondenten die de survey niet volledig hebben ingevuld, niet mee te nemen in de analyse. Voor de regressieanalyses waren de beantwoorde vragen over alle variabelen namelijk van belang. Zodoende wordt in dit onderzoek een **N=89** gehanteerd, wat het aantal respondenten inhoudt.

4.3 Operationalisatie

In onderstaande deelparagrafen worden de afhankelijke variabele, de onafhankelijke variabelen en de controlevariabelen geoperationaliseerd. Paragraaf 4.3.1 beschrijft de opzet van de survey en paragraaf 4.3.2 gaat kort in op de algemene variabelen. Paragraaf 4.3.3 bespreekt de afhankelijke variabele, implementatiebereidheid. Vervolgens presenteert 4.3.4 de onafhankelijke variabele, beleidsvervreemding, en de subdimensies van die variabele. Daarna volgt paragraaf 4.3.5, waarin de controlevariabelen geoperationaliseerd worden. Door de variabelen te operationaliseren, zijn de variabelen meetbaar gemaakt. Aan de hand van de operationalisatie is de survey ontworpen. De survey staat uitgewerkt in Bijlage II.

4.3.1 Opzet survey

De survey omvatte drie delen. Het algemene deel⁷ en deel twee en drie waarin vragen werden gesteld met betrekking tot de onderzoeksvariabelen van dit onderzoek, *beleidsvervreemding* en *implementatiebereidheid*. Daarnaast is gekozen om de respondenten de optie te geven om de naam en het mailadres in te vullen. Op deze manier werd de optie om respondenten te benaderen voor verdere vragen opengehouden en bood het de mogelijkheid om respondenten de onderzoeksresultaten toe te sturen⁸.

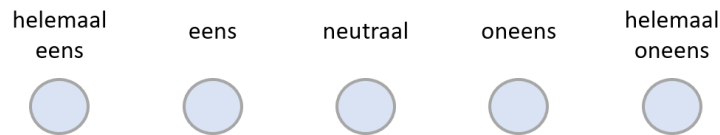
De vragen in de survey betroffen gesloten vragen en stellingen. De mogelijke antwoorden waren op één vraag na (vraag 38)⁹, gestructureerd op basis van een vijfpunten Likertschaal. De Likertschaal wordt in onderzoeken vaak gebruikt wanneer een survey uit gesloten vragen bestaat. Het gaat om een schaal met een oneven aantal (vijf) antwoordmogelijkheden. Deze antwoordmogelijkheden variëren van “zeer mee eens” tot “zeer mee oneens”. De respondent kruist een van de antwoordmogelijkheden aan (Vennix, 2011, p. 205). In figuur 3 wordt de Likertschaal weergegeven.

⁷ In het algemene deel van de survey werden vragen gesteld over het geslacht, de leeftijd, het type professional (zorg of onderwijs), de functie, het type school (cluster 3 en/of 4 school), het aantal dienstjaren van de respondent en in welke zorgregio de respondent werkzaam is (alle 42 zorgregio's werden als optie gegeven en ook de optie om 'anders, namelijk' in te vullen).

⁸ Wanneer de respondent de voorkeur bood aan anonimiteit, hoefde deze vragen ingevuld te worden.

⁹ Meer uitleg over vraag 38 volgt in tabel 5.

In dit figuur wordt gebruik gemaakt van “helemaal mee eens/oneens”, maar dit onderzoek gebruikte “zeer mee eens/oneens”, omdat dit de standaardversie was in Qualtrics.



Figuur 3: Weergave van de vijfpunten Likertschaal

Gebaseerd op eerder onderzoek van Tummers (2012a; 2012b; 2014), is het tweede deel van de vragenlijst tot stand gekozen. De survey is zodoende gestructureerd aan de hand van de (sub)dimensies van beleidsvervreemding (zie hoofdstuk 3). Tummers (2012b) ontwikkelde een schaal met 26 items. Deze gevalideerde schaal is veelvuldig gebruikt in vervolgonderzoek door Tummers (2012a; 2012b; 2014). De subdimensies van machteloosheid bestonden ieder uit 6 items en de subdimensies van zinloosheid ieder uit 4 items. Tummers (2012b) formuleerde de items als stellingen. Deze stellingen zijn in dit onderzoek toegepast op het zorg- in onderwijstijdbeleid en vervolgens gebruikt om de variabele beleidsvervreemding te operationaliseren.

Om de mate van beleidsvervreemding te meten, zijn allereerst per subdimensie de vragen opgeteld. Bijvoorbeeld bij de subdimensie strategische machteloosheid. Hier zijn zes stellingen bevroegd. De antwoorden van de respondent, zeer mee eens tot zeer mee oneens, zijn gecodeerd van 0 tot en met 4. Zeer mee eens kreeg de code 0 en zeer mee oneens de code 4. Bij de subdimensie strategische machteloosheid werden de zes codes (antwoorden) opgeteld. Dit is voor alle subdimensies van machteloosheid gedaan, waarna de subdimensies bij elkaar zijn opgeteld. Dit is ook gedaan bij de dimensie zinloosheid en de subdimensies zinloosheid voor samenleving en cliënten. De uiteindelijke mate van beleidsvervreemding bestaat uit de score voor machteloosheid plus de score voor zinloosheid (Tummers, 2012a; 2012b).

Verder is om de mate van zinloosheid voor de samenleving te meten, de casus van dit onderzoek toegevoegd in de stelling van Tummers (2012b). Het voornaamste doel van de Jeugdwet (sinds 2015) werd bevroegd, namelijk: betere en snellere jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.

In dit onderzoek is weliswaar gebruik gemaakt van de vragenlijst van Tummers (2012b), maar zijn de vragen per subdimensie in een andere volgorde gesteld. Hier is voor gekozen, omdat enkele vragen sterk op elkaar leken.

Twee vragen die overeenkomen en direct na elkaar worden gesteld in een survey, kan als vervelend worden ervaren door de respondent en bovendien leiden tot een bias in de beantwoording van vragen. Het antwoord van een respondent op vraag 2 kan dan sterk beïnvloed worden door het antwoord op vraag 1, waardoor deze variabelen wellicht een schaal vormen zonder dat ze noodzakelijkerwijs hetzelfde construct meten.

Om de variabele *implementatiebereidheid* te meten, werden in het laatste deel van de survey vijf vragen gesteld met betrekking tot de implementatiebereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals. De eerste vier vragen waren gebaseerd op eerder onderzoek van Metselaar (1997) en werden beantwoord aan de hand van een vijfpunten Likertschaal. De laatste vraag was gebaseerd op het onderzoek van Herscovitch en Meyer (2002). De respondent gaf antwoord op deze vraag door een score van 0 (volledige weerstand) en 100 (volledige steun) te geven. De beoordeling van de score ging volgens een vaststaande scoreverdeling, zoals uiteengezet in tabel 5.

Score	Mate van implementatiebereidheid
81-100 punten	Sterke voorstander (Championing)
61-80 punten	Voorstander (Cooperation)
31-60 punten	Acceptatie (Compliance)
21-40 punten	Passieve weerstand (Passive resistance)
0-20 punten	Actieve weerstand (Active resistance)

Tabel 5: Scoreverdeling deel drie survey.

4.3.2 Operationalisatie algemene variabelen

In het eerste deel van de survey werden algemene vragen gesteld over het geslacht, de leeftijd en functie van de respondent. Deze vragen worden in tabel 6 geoperationaliseerd.

Algemene variabelen		
Variabele	Items (survey)	Waarde
Naam respondent (optioneel)	Naam	Open vraag
Geslacht respondent	Wat is uw geslacht?	Keuze uit: 1. Man (0) 2. Vrouw (1) Anders, namelijk.

Leeftijd respondent	Wat is uw leeftijd?	Open vraag
Type professional	Bent u een zorg- of onderwijsprofessional?	Keuze uit: 1. Zorgprofessional (0) 2. Onderwijsprofessional (1)
Functie respondent	Wat is uw functie?	Keuze uit: 1. GGZ-psycholoog (0) 2. Psycholoog (1) 3. Zorgcoördinator (2) 4. Verpleegkundige (3) 5. Docent speciaal basisonderwijs (4) 6. Docent speciaal voortgezet onderwijs (5) 7. Directeur school voor speciaal basisonderwijs (6) 8. Directeur school voor voortgezet speciaal onderwijs (7) 9. Anders, namelijk. (8)
Type school (cluster)	Bent u werkzaam op/ of werkt u samen met onderwijsprofessionals van een:	Keuze uit: 1. Cluster 3 school (0) 2. Cluster 4 school (1) 3. Cluster 3 en 4 school (de school of scholen is/zijn zowel een cluster 3 als 4 school/scholen) (2)
Aantal dienstjaren	Hoelang bent u al in dienst bij uw huidige baan?	Keuze uit: 1. Minder dan 2 jaar (0) 2. Meer dan 2 jaar (1) 3. Meer dan 5 jaar (2) 4. Meer dan 10 jaar (3)
(Zorg)regio	In welke regio (samenwerkingsverband) bent u werkzaam?	Keuze uit de 42 zorgregio's of 'anders, namelijk'. Men kon meerdere regio's aanklikken, omdat professionals vaak werkzaam zijn binnen meerdere regio's ¹⁰ . De waarde van deze regio's varieerden van 0 tot en met 44.

Tabel 6: Operationalisatie algemene variabelen.

¹⁰ De regio's staan uitgewerkt in de survey in Bijlage II.

4.3.3 Operationalisatie afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele van dit onderzoek, implementatiebereidheid, is gemeten door middel van het gevalideerde DINAMO-model van Metselaar (1997) en het continuüm van Herscovitch en Meyer (2002). In tabel 7 wordt implementatiebereidheid geoperationaliseerd.

Implementatiebereidheid			
Variabele	Definitie	Items (survey)	Waarde
Implementatiebereidheid deel 1 (Metselaar, 1997)	<i>“Willingness to implement is defined as a positive behavioral intention of the street-level bureaucrat towards the implementation of policy. Hence, the street-level bureaucrat aims to put effort in implementing this policy: he/she tries to make it work”</i> (Tummers & Bekkers, 2014, p.531).	1. Ik probeer collega zorg-/onderwijsprofessionals te overtuigen van de voordelen die het huidige zorg in onderwijstijdbeleid met zich meebrengt. 2. Ik zet me in om de doelen van het huidige zorg in onderwijstijdbeleid te behalen. 3. Ik probeer weerstand tegen het beleid onder collega zorg-/onderwijsprofessionals te verminderen. 4. Ik maak tijd vrij om het huidige zorg in onderwijstijdbeleid en de veranderingen die daarmee gepaard gaan, te implementeren.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).
Implementatiebereidheid deel 2 (Herscovitch & Meyer, 2002).	<i>“... a force (mind-set) that binds an individual to a course of action deemed necessary for the successful implementation of a change initiative”</i> (Herscovitch & Meyer, 2002, p.475).	1. Hoe staat u tegenover het huidige zorg in onderwijstijdbeleid? <i>Geef een score aan van 0 (ik sta totaal niet achter het huidige zorg in onderwijstijdbeleid) tot 100 (ik sta volledig achter het huidige zorg in onderwijstijdbeleid).</i>	Score van 0 tot 100. Verdeling van scores wordt uitgelegd in tabel 5.

Tabel 7: Operationalisatie afhankelijke variabele, implementatiebereidheid, gebaseerd op Metselaar (1997) en Herscovitch en Meyer (2002).

4.3.4 Operationalisatie onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabele van dit onderzoek, beleidsvervreemding, is gemeten door middel van de gevalideerde schaal van Tummers (2012b). Tabel 8 illustreert de operationalisatie van de subdimensies strategische, tactische en operationele machteloosheid en tabel 9 de operationalisatie van de subdimensies zinloosheid voor samenleving en cliënt.

Machteloosheid			
Variabele	Definitie	Items (survey)	Waarde
Strategische machteloosheid	<i>“De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de inhoud van het beleid, zoals vastgesteld in wet- en regelgeving”</i> (Tummers, 2014, p.51)	1. Zorg-/onderwijsprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om het zorg in onderwijstijdbeleid te beïnvloeden. 2. Zorg-/onderwijsprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid. 3. Zorg-/onderwijsprofessionals konden de ontwikkeling van het zorg in onderwijstijdbeleid op nationaal niveau helemaal niet beïnvloeden. 4. Politici hebben tijdens het opzetten van het zorg in onderwijstijdbeleid helemaal niet geluisterd naar zorg en onderwijsprofessionals. 5. Zorg-/onderwijsprofessionals hebben, via professionele verenigingen, actief meegedacht over de opzet van het zorg in onderwijstijdbeleid. 6. Zorg-/onderwijsprofessionals konden op landelijk niveau meebeslissen hoe het zorg in onderwijstijdbeleid werd opgezet.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).
Tactische machteloosheid	<i>“De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop hun organisatie het beleid implementeert”</i>	1. In mijn organisatie konden vooral zorg-/onderwijsprofessionals bepalen hoe het beleid werd uitgewerkt. 2. In mijn organisatie hebben zorg-/onderwijsprofessionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van het zorg in onderwijstijdbeleid. 3. Het management van mijn organisatie hadden zorg-/onderwijsprofessionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van het zorg in onderwijstijdbeleid.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).

	(Tummers, 2014, p.51)	4. Bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid werd in mijn organisatie helemaal niet naar zorg-/onderwijsprofessionals geluisterd. 5. Ik en mijn collega's (zorg-/onderwijsprofessionals) stonden compleet machteloos bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid. 6. In mijn organisatie konden zorg-/onderwijsprofessionals meepraten over de uitwerking van het zorg in onderwijstijdbeleid.	
Operationele machteloosheid	<i>“De mate van gepercipieerde invloed van professionals op de manier waarop zij zelf het beleid uitvoeren”</i> (Tummers, 2014, p.51)	1. Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met het zorg in onderwijstijdbeleid omga. 2. In mijn dagelijkse werkzaamheden sluit het zorg in onderwijstijdbeleid goed aan op de behoeften van de leerling of cliënt. 3. Tijdens mijn dagelijkse werkzaamheden met het zorg in onderwijstijdbeleid kan ik mijn eigen afwegingen maken. 4. Als ik met het zorg in onderwijstijdbeleid werk, moet ik me aan strakke procedures houden. 5. In mijn dagelijkse werk met het zorg in onderwijstijdbeleid, kan ik weinig maatwerk leveren aan mijn leerlingen of cliënten. 6. Werken met het zorg in onderwijstijdbeleid voelt als een harnas waarin ik me goed kan bewegen.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).

Tabel 8: Operationalisatie van subdimensie machteloosheid (beleidsvervreemding), gebaseerd op Tummers (2012b; 2014).

Zinloosheid			
Variabele	Definitie	Items (survey)	Waarde
Zinloosheid voor de samenleving	<i>“De perceptie van de professionals over de toegevoegde waarde van het beleid aan belangrijke doelen</i>	1. Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid op de lange termijn leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt. 2. Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid op de korte termijn leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).

	<i>voor de samenleving"</i> (Tummers, 2014, p.51)	3. Ik vind dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid nu al leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt. 4. Alles bij elkaar genomen, denk ik dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	
Zinloosheid voor (eigen) cliënt	<i>"De perceptie van de professionals over de toegevoegde waarde van het beleid voor hun eigen cliënten"</i> (Tummers, 2014, p.51)	1. Dankzij het huidige zorg in onderwijstijdbeleid kan ik de problemen van mijn leerlingen/ cliënten beter oplossen. 2. Het huidige zorg in onderwijstijdbeleid is bevorderlijk voor het welzijn van mijn leerlingen/ cliënten. 3. Het huidige zorg in onderwijstijdbeleid zorgt ervoor dat ik leerlingen/ cliënten efficiënter kan helpen. 4. Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid uiteindelijk goed is voor mijn leerlingen/ cliënten.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer mee eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).

Tabel 9: Operationalisatie van subdimensie zinloosheid (beleidsvervreemding), gebaseerd op Tummers (2012b; 2014).

4.3.5 Operationalisatie controlevariabelen

In tabel 10 worden de controlevariabelen administratieve lasten, beperkte financiële middelen, prestatiemeting en samenwerking tussen zorg en onderwijsprofessionals geoperationaliseerd.

Controlevariabelen			
Variabele	Definitie	Items (survey)	Waarde
Administratieve lasten	Administratieve lasten worden gekenmerkt door ingewikkeld taalgebruik, langdurige en herhaaldelijke indicatieprocedures, lange doorlooptijden en belemmering door bureaucratie in de vorm van regels.	1. De administratieve last is te hoog in mijn dagelijks werk. 2. Ik heb het gevoel dat ik mijn werkzaamheden niet goed kan uitvoeren door de hoeveelheid aan administratieve lasten. 3. Ik ervaar stress in mijn dagelijks werk door administratieve lasten.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer me eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).
Beperkte financiële middelen	Weinig beschikbare financiële middelen om het beleid uit te voeren.	1. Er zijn genoeg financiële middelen beschikbaar om mijn dagelijks werk uit te voeren op de manier die ik geschikt acht. 2. De behoeften van mijn cliënten/leerlingen sluiten goed aan bij de financiële middelen die het zorg in onderwijstijdbeleid biedt.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer me eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).
Prestatiemeting	Controle op behalen outputdoelstellingen.	1. In mijn dagelijkse werkzaamheden moet ik rekening houden met outputdoelstellingen, als cliënttevredenheid. 2. Mijn werkzaamheden worden vaker gemeten aan de hand van prestatiemetingen sinds de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer me eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).

Samenwerking zorg en onderwijsprofessionals	Afspraken tussen zorg- en onderwijsprofessionals met een focus op een gezamenlijk belang.	1. De samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals berust op een gedeelde urgentie en onderlinge afhankelijkheid. 2. De samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals berust op een gedeelde visie en doelen. 3. Tijdens de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals merk ik dat men open communiceert en reflecteert op de samenwerking. 4. Alles bij elkaar genomen denk ik dat de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 heeft geleid tot een betere samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals binnen het zorg- in onderwijstijdbeleid.	Score op de 5-punten Likertschaal variërend van zeer me eens (0) tot en met zeer mee oneens (4).
---	---	--	--

Tabel 10: Operationalisatie controlevariabelen.

4.4 Data-analyse

In paragraaf 4.3 kwam de operationalisatie van de schalen aan bod. Deze paragraaf gaat in op de betrouwbaarheid van de schalen en de manier van data-analyse.

De resultaten van de survey zijn geëxporteerd naar het programma SPSS om de bevindingen te analyseren. De analyse omvat beschrijvende en verklarende statistiek. Voorafgaande aan het toetsen van de hypothesen, is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd voor de schaalvariabelen. De betrouwbaarheid van de schalen werd door middel van een Cronbach's Alpha Test gemeten. Uit deze test komt een score tussen 0 en 1. Er wordt gesproken van een betrouwbare schaal wanneer minstens een Cronbach's Alpha van 0,7 wordt bereikt. Dit wordt als voldoende beschouwd. In dit onderzoek is dan ook, op twee uitzonderingen na, de grens van 0,7 gehanteerd (Kreulen, z.j.). Voorafgaand aan het uitvoeren van de Cronbach's Alpha zijn in SPSS de items gespiegeld waar nodig, zodat alle items in de schalen op dezelfde manier worden gemeten. Tabel 11 geeft de Cronbach's Alpha per schaal weer.

Schaal	Cronbach's Alpha	Aantal items
2. Implementatiebereidheid <i>Metselaar (1997)</i>	0,756	4
3. Strategische machteloosheid	0,799	6
4. Tactische machteloosheid	0,815	6
5. Operationele machteloosheid	0,819	6
6. Machteloosheid (alle items van schaal 2,3 en 4)	0,651	18
7. Zinloosheid voor cliënten	0,941	4
8. Zinloosheid voor samenleving	0,923	4
9. Zinloosheid (alle items van schaal 6 en 7)	0,951	8
10. Beleidsvervreemding (alle items van schaal 2,3,4,6 en 7)	0,813	26
11. Administratieve lasten	0,909	3
12. Financiële middelen	0,678	2
13. Prestatiemeting	0,340	2
14. Samenwerking zorg- en onderwijsprofessionals	0,710	4

Tabel 11: Cronbach's Alpha per schaal.

Uit tabel 11 kan geconcludeerd worden dat alle schalen op twee schalen na, betrouwbaar zijn. De schaal van *machteloosheid* in zijn geheel is echter 0,651. Een Cronbach's Alpha tussen de 0,6 en 0,7 wordt als redelijk beschouwd en is niet onvoldoende, maar moet wel nader bekeken worden. Een mogelijke actie om de schaal te verhogen zou het toevoegen van een vraag zijn die ook het construct meet. Aangezien de schaal nagenoeg voldoende was, de subdimensies van machteloosheid (schaal 2,3 en 4) wel ruim boven de grens van 0,7 zitten en ook de onafhankelijke variabele beleidsvervreemding (bestaande uit schaal 5 en 9 in zijn geheel) een hoge betrouwbaarheid heeft, zijn geen items toegevoegd of verwijderd in de schaal (Field, 2009, pp. 675-681).

Voor de controlevariabele *prestatiemeting* geldt dat deze schaal uit de analyses is verwijderd. De Cronbach's Alpha was namelijk zeer laag (0,340) en daarmee onacceptabel om mee te nemen in de analyses. Daarnaast was ook de Cronbach's Alpha van controlevariabele *financiële middelen* net lager dan de grens van 0,7. Dit maakt de schaal redelijk betrouwbaar. Deze schaal is echter wel meegenomen in de analyses, omdat de Cronbach's Alpha wederom nagenoeg voldoende was.

Verder is per schaal gekeken wat er gebeurde met de Cronbach's Alpha, werd deze hoger of lager, wanneer een item werd verwijderd. Voor alle schalen geldt dat de Cronbach's Alpha niet benoemingswaardig hoger werd na het verwijderen van een item uit de schaal.

Integendeel, bij de meeste schalen werd de Cronbach's Alpha zelfs lager wanneer een item verwijderd zou worden. Dit houdt in dat de schalen het construct goed meten (Field, 2009, pp. 675-681).

Na de betrouwbaarheidsanalyse, zijn de hypothesen getoetst middels meervoudige lineaire regressieanalyses. In totaal zijn **acht meervoudige lineaire regressieanalyses** uitgevoerd (8 modellen). De vijf subdimensies van beleidsvervreemding zijn ieder getoetst met de afhankelijke variabele implementatiebereidheid gebaseerd op Metselaar (1997). Dit is ook gedaan voor machteloosheid (drie subdimensies opgeteld), zinloosheid (twee subdimensies opgeteld) en beleidsvervreemding in totaal (machteloosheid en zinloosheid opgeteld).

In een meervoudige lineaire regressieanalyse wordt de relatie tussen de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen onderzocht, terwijl rekening gehouden wordt met het effect van andere variabelen op deze relatie (zie paragraaf 3.5). Er wordt een lineair verband veronderstelt tussen de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele (te Grotenhuis & Matthijssen, 2013, p.87). De variabelen geslacht, type professional, type school waar respondent werkzaam is, het aantal dienstjaren van de respondent en de controlevariabelen uit paragraaf 3.5, zijn ook meegenomen in de regressieanalyse. De resultaten van de regressieanalyses worden in dit onderzoek als significant beschouwd wanneer er sprake is van een significantieniveau van 5%. Dit houdt in dat er sprake is van significantie als de p-waarde kleiner is dan 0,05. Wanneer in dit onderzoek van significantie werd gesproken, is de nulhypothese verworpen. De nulhypothesen staan in onderstaande tabel vermeld.

Model	Nulhypothese
1	<i>De ervaring van strategische machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
2	<i>De ervaring van tactische machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
3	<i>De ervaring van operationele machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
4	<i>De ervaring van machteloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
5	<i>De ervaring van zinloosheid voor de samenleving door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
6	<i>De ervaring van zinloosheid voor de cliënt door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>

7	<i>De ervaring van zinloosheid door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>
8	<i>De ervaring van beleidsvervreemding door een zorg- of onderwijsprofessional, leidt niet tot minder bereidheid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren.</i>

Tabel 12: Nulhypothese per model.

Aan het gebruik van een meervoudige lineaire regressieanalyse zitten assumpties verbonden die getoetst moeten worden. In het geval dat niet aan een van de assumpties wordt voldaan, moet een andere toets uitgevoerd worden in SPSS. De assumpties zijn getoetst voorafgaande aan het uitvoeren en analyseren van de regressieanalyses. Hieronder volgen de assumpties en de uitkomsten daarvan. De uitkomsten van de assumpties (in de vorm van figuren en tabellen) staan vermeld in Appendix I.

De eerste assumptie betreft het *type afhankelijke variabele*. Het moet gaan om een variabele van interval of ratio meetniveau. Voor de afhankelijke variabele implementatiebereidheid in dit onderzoek is dit het geval. Er wordt dus voldaan aan de eerste assumptie.

De tweede assumptie gaat over de onafhankelijke variabelen in een meervoudige lineaire regressieanalyse. Omdat een dergelijke analyse gebruik maakt van meerdere onafhankelijke variabelen, is het van belang dat er geen *multicollineariteit* bestaat tussen deze variabelen. De onafhankelijke variabelen mogen niet sterk correleren. Multicollineariteit is in dit onderzoek getoetst door middel van de VIF-waarde. Wanneer een VIF-waarde hoger is dan 10, wordt gesproken van een onacceptabel hoge multicollineariteit (Field, 2009, pp.220-224). De VIF-waarden in dit onderzoek waren bij iedere variabele en in ieder model tussen de 1 en 3. Ook aan deze assumptie is zodoende voldaan.

Assumptie drie heeft betrekking op de *onafhankelijkheid van observaties*. Voor alle observaties geldt dat de residuen onafhankelijk moeten zijn (niet mogen correleren). Deze assumptie is getoetst middels de Durbin-Watson test. De waarde uit deze test varieert van 0 tot 4. Een waarde van 2 geeft aan dat er geen sprake is van correlatie. De waarden moeten tussen de 1 en 3 liggen. De modellen geven in dit onderzoek een waarde tussen de 2,119 en 2,216. Dit houdt in dat ook aan deze assumptie is voldaan (Field, 2009, pp.220-221).

Assumptie vier beschrijft *homoscedasticiteit*. Er moet sprake zijn van homoscedasticiteit in het model. Op elk niveau van de onafhankelijke variabelen moet de variantie van de residuen constant zijn, ofwel de scores van respondenten op de afhankelijke variabele moeten dezelfde variantie hebben. Wanneer de varianties ongelijk zijn, is er sprake van heteroscedasticiteit (Field, 2009, p.220). Dit is getoetst aan de hand van een scatterplot (scatterplot ZPRED op x-as en ZRESID op y-as). De punten waren willekeurig en gelijkmatig over de scatterplots verdeeld. Hieruit bleek dat de modellen aan deze assumptie voldoen (Field, 2009, p.247).

Assumptie vijf bespreekt dat de afhankelijke variabele *normaal verdeeld* moet zijn. Middels een histogram is gekeken of de residuen van de afhankelijke variabele normaal verdeeld waren. De histogrammen toonden voor ieder model een normale verdeling. Aan assumptie vijf wordt zodoende voldaan (Field, 2009, p.221).

Tot slot gaat assumptie zes in op de relatie tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen. Deze *relatie moet lineair zijn*. Door middel van meerdere scatterplots (per onafhankelijke variabele) met de onafhankelijke variabelen op de x-as en afhankelijke variabele op de y-as, is gekeken of de relatie lineair was. De scatterplots toonden een voldoende lineaire relatie aan (Field, 2009, p.221).

Al met al zijn er geen waarden of patronen gevonden die de assumpties van een regressieanalyse dusdanig ondermijnen dat aanpassingen aan de analysestrategie noodzakelijk zijn. Daarmee kan gesteld worden dat de acht modellen aan de vijf assumpties voldeden, en een lineaire regressieanalyse mocht worden toegepast om de hypothesen te toetsen.

4.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Deze paragraaf beschrijft de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek. Allereerst validiteit. Dit begrip kan onderscheiden worden in interne en externe validiteit. Interne validiteit houdt in dat het instrument meet wat de onderzoeker wil meten. Om de interne validiteit te vergroten, zijn de variabelen in dit onderzoek zo expliciet mogelijk geoperationaliseerd, wat inhoudt dat de theoretische begrippen meetbaar zijn gemaakt in de vorm van survey items. Deze survey items zijn tevens voorgelegd aan respondenten in een pilot survey, om onduidelijkheden in de vraagstelling uit het onderzoeksinstrument te halen en zo bij te dragen aan een hogere interne validiteit (zie paragraaf 4.2) (Vennix, 2011, p.184). Daarnaast is er gebruik gemaakt van bestaande en kwalitatief goede vragenlijsten van Tummers (2012b) en Metselaar (1997). Deze vragenlijsten zijn door (bovengenoemde) onderzoekers succesvol getoetst op validiteit en betrouwbaarheid en veelvuldig gebruikt (zie paragraaf 3.2). Tot slot is gepoogd de interne validiteit te vergroten door “*missing values*” te voorkomen. Respondenten konden namelijk niet verder naar de volgende vraag voordat zij antwoord gaven op de vraag daarvoor.

De externe validiteit heeft betrekking tot de mogelijkheid om de data te generaliseren. Om de externe validiteit te verhogen is allereerst gebruik gemaakt van gesloten vragen. Hierdoor is het onderzoek beter repliceerbaar. In dit onderzoek is tevens gebruik gemaakt van een sneeuwbalsteekproef om de survey te verspreiden. Dit houdt in dat een grote variatie aan respondenten bereikt kon worden, maar ook dat de generaliseerbaarheid van het onderzoek mogelijk minder groot is (zie paragraaf 4.2).

Door een sneeuwbalsteekproef is het mogelijk dat de survey beter verspreid is in een bepaalde organisatie of zorgregio, waardoor het onderzoek minder goed te generaliseren is naar een andere zorgregio. Om de externe validiteit enigszins te verhogen, is een groot netwerk aangeschreven met professionals werkzaam uit meerdere zorgregio's en verschillende organisaties. Daardoor werd gepoogd een diverser beeld te creëren en niet slechts gebruik te maken van een beperkt aantal organisaties. Daarnaast is kritisch gekeken naar de demografische kenmerken van de uiteindelijke participanten, voordat werd overgegaan op het statistisch toetsen van verbanden.

Na het sluiten van de survey bleek dat de respondenten van dit onderzoek voornamelijk uit vrouwen bestaan. Dit is te verklaren door het feit dat vrouwen vaker dan mannen werken in de zorg en het onderwijs. 70 tot 80 procent in deze sectoren is namelijk vrouw. Dit geldt met name voor de beroepen psychologe of leerkracht (basis)onderwijs, tevens de doelgroepen van dit onderzoek. Daarnaast hebben meer onderwijs- dan zorgprofessionals de survey ingevuld, wat de representativiteit van deze steekproef ten aanzien van met name zorgprofessionals vermindert. Door beperkte tijd voor dit onderzoek, kon de survey niet anders dan in de maand december verspreid worden. Dit was ten tijde van de tweede coronagolf in Nederland, een moment waarop zorgprofessionals exceptioneel druk waren. Hierdoor waren zorgprofessional mogelijkwerwijs zowel minder bereid om de survey in hun netwerken te verspreiden als minder in staat om de survey zelf in te vullen. Dit verklaart de relatief lage response van deze categorie. De survey is wel door respondenten van een grote variantie in leeftijd ingevuld. Opvallend was de gemiddelde leeftijd van de groepen professionals. Zorgprofessionals waren gemiddeld 4 jaar jonger dan de onderwijsprofessionals.

Wat betreft de regio's waar respondenten werkzaam zijn, is gepoogd om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de perceptie van professionals in Nederland. Verschillende organisaties en respondenten in Nederland zijn aangeschreven. Het is wenselijk dat er een spreiding bestaat in de regio's waar respondenten werkzaam zijn, omdat door de verschillende aanpak van zorg in onderwijstijd per gemeente en regio, verschillen ontstaan in de opvattingen over en ervaringen met het beleid. Tabel 13 in paragraaf 5.1.1 laat zien dat er voldoende variatie in de spreiding lijkt te zijn.

Externe validiteit lijkt op basis van bovenstaande gegevens groot op het gebied van de variabelen gender, leeftijd en zorgregio, maar is kleiner op het gebied van de variabele zorg- versus onderwijsprofessional en mogelijk ook ten aanzien van andere variabelen die niet zijn meegenomen in de survey. Doordat bij kwantitatief onderzoek iedere respondent dezelfde vraag krijgt, is het mogelijk om aan het einde van dit onderzoek te stellen dat uitspraken over resultaten een breder gedragen mening binnen de sample over het zorg in onderwijstijdbeleid weergeven. De mate waarin deze resultaten echter te generaliseren zijn naar een grote populatie is beperkt.

Tot slot de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Een hoge betrouwbaarheid van een onderzoek betekent dat bij eenzelfde onderzoek dezelfde bevindingen worden gedaan (Vennix, 2011, pp. 186-188). De betrouwbaarheid van dit onderzoek is, net als de validiteit, vergroot door het gebruik van bestaande vragenlijsten. Ook is de betrouwbaarheid van de survey getoetst middels de Cronbach's Alpha test in SPSS. Hieruit kwam dat de schalen allemaal betrouwbaar bleken met een Cronbach's Alpha variërend van 0,756 tot 0,951. Twee schalen scoorden 0,651 en 0,678. Hiermee zijn de schalen redelijk betrouwbaar bevonden en in dit onderzoek dan ook meegenomen, zoals uitgelegd in paragraaf 4.4. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is daarnaast ook versterkt door het gebruik van gesloten vragen. Het is eenvoudig om dezelfde vraag nogmaals aan respondenten voor te leggen en ook hetzelfde antwoord op de betreffende vraag te krijgen.

Hoofdstuk 5: Analyse en resultaten

In het vorige hoofdstuk kwam de manier van dataverzameling en -analyse aan bod. Dit hoofdstuk zet de empirische bevindingen uiteen. Daarnaast wordt antwoord gegeven op deelvraag: *In welke mate bestaat er een relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid onder zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid?* De eerste paragraaf gaat in op de beschrijvende statistiek over de variabelen. Paragraaf 5.2 beschrijft de toetsende statistiek en tot slot volgt in paragraaf 5.3 een samenvatting van de resultaten.

5.1 Beschrijvende statistiek

5.1.1 Kenmerken respondenten

Zoals besproken in paragraaf 4.2, is de survey door 89 respondenten volledig ingevuld. De 89 respondenten bestaan uit 23 zorgprofessionals (25,8%) en 66 onderwijsprofessionals (74,2%). Er is gepoogd evenveel zorg- als onderwijsprofessionals te benaderen, maar onderwijsprofessionals hebben de survey beduidend vaker ingevuld, zoals uitgelegd in paragraaf 4.5. Tabel 13 geeft onder meer het geslacht en de functie van de respondenten weer. Zoals besproken in paragraaf 4.5, is uit de tabel ook op te maken dat meer vrouwen de survey ingevuld hebben dan mannen, namelijk met 70,8% (CBS, 2019b).

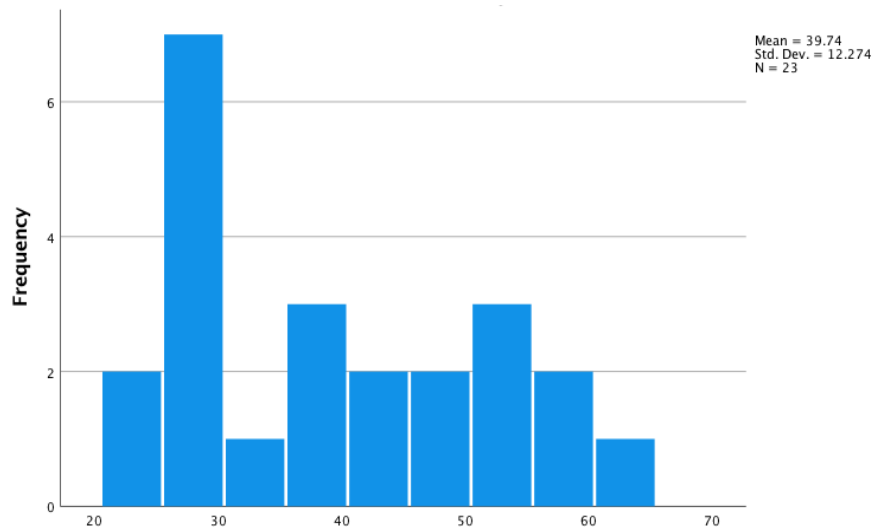
De functies zorgcoördinator (10,1%) en docent speciaal voortgezet onderwijs (22,5%) werden het meest gekozen door respondenten. Daarnaast is opvallend vaak voor “anders, namelijk” gekozen. 46,1% van de respondenten vulde een andere functie in dan de keuzemogelijkheden. De functies beschreven onder het kopje “anders, namelijk”, waren voornamelijk beroepen die ook in de keuzemogelijkheden stonden, zoals directeur of docent speciaal basisonderwijs. Verder werden functies genoemd als: ambulant jongerenwerker speciaal onderwijs, directeur zorginstelling, autisme specialist en orthopedagoog. Tabel 13 laat tevens zien op welk type scholen de professionals werkzaam zijn of met welk type scholen zij samenwerken. Cluster 4 is als meeste gekozen met 57,3%. Ook het aantal dienstjaren bij de huidige werknemer wordt in de tabel weergegeven. Het grootste aantal respondenten, namelijk 37,1%, werkt langer dan 10 jaar bij de huidige werkgever.

Variabelen	Zorgprofessional	Onderwijsprofessionals	Totaal
Geslacht			
Man	21,7%	31,8%	29,2%
Vrouw	78,3%	68,2%	70,8%
Functie			
GGZ-Psycholoog	8,7%	0,0%	2,2%
Psycholoog	4,3%	4,5%	4,5%
Zorgcoördinator	4,3%	12,1%	10,1%
Verpleegkundige	4,3%	0,0%	1,1%
Docent speciaal basisonderwijs	0,0%	10,6%	7,9%
Docent speciaal voortgezet onderwijs	0,0%	30,3%	22,5%
Directeur school voor speciaal basisonderwijs	0,0%	3,0%	2,2%
Directeur school voor voortgezet speciaal onderwijs	4,3%	3,0%	3,4%
Anders, namelijk.	73,9%	36,4%	46,1%
Cluster 3 of 4 school			
Cluster 3 school	8,7%	21,2%	18,0%
Cluster 4 school	65,2%	54,5%	57,3%
Cluster 3 en 4 school	26,1%	24,2%	24,7%
Dienstjaren			
Minder dan 2 jaar	30,4%	30,3%	30,3%
Meer dan 2 jaar	30,4%	18,2%	21,3%
Meer dan 5 jaar	8,7%	12,1%	11,2%
Meer dan 10 jaar	30,4%	39,4%	37,1%

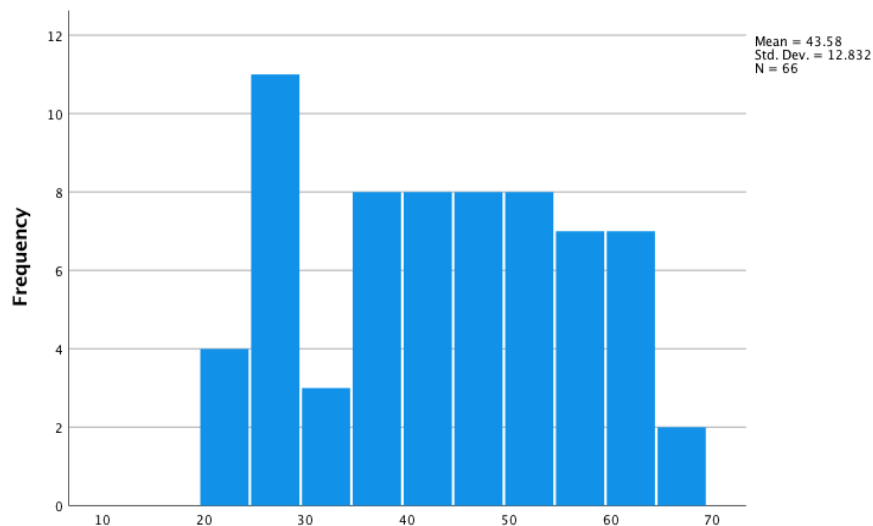
Tabel 13: Overzicht kenmerken respondenten per type professional en totaal aantal in percentages.

Als wordt gekeken naar het type professional, werkt bij zorgprofessionals een grote groep minder of meer dan 2 jaar voor hun huidige werkgever (beide 30,4%). Bij onderwijsprofessionals werkt de grootste groep juist meer dan 10 jaar voor de huidige werkgever, namelijk 39,4%. Dit gegeven is te verklaren door het eerder besproken verschil in gemiddelde leeftijd van de professionals (zie paragraaf 4.5). Figuur 4 en 5 geven een overzicht van de leeftijdsverdeling van respondenten.

Hieruit blijkt dat de gemiddelde leeftijd van zorgprofessionals 39,74 jaar betreft, terwijl de onderwijsprofessional gemiddeld 43,58 jaar was. De standaarddeviatie is 12,274 bij zorgprofessionals en 12,832 bij onderwijsprofessionals. Dit houdt in dat er sprake is van evenredige spreiding van de getallen rondom het gemiddelde tussen beide groepen. Ook dit is terug te zien in figuur 4 en 5, waaruit blijkt dat de leeftijden bij zorgprofessionals variëren van 23 tot en met 61 jaar en bij onderwijsprofessionals van 22 tot en met 65 jaar.



Figuur 4: Overzicht spreiding leeftijd zorgprofessionals.



Figuur 5: Overzicht spreiding leeftijd onderwijsprofessionals.

Verder werd respondenten gevraagd in welke regio('s) zij werkzaam zijn. In Nederland zijn op dit moment 42 (zorg)regio's. In tabel 13 wordt weergegeven in welke regio's de respondenten werkzaam zijn. Niet alle 42 regio's zijn weergegeven in de tabel, omdat de respondenten niet werkzaam zijn in een aantal regio's. Ook was het mogelijk voor de respondent om meerdere regio's te kiezen. Een aantal respondenten was namelijk werkzaam in meerdere regio's tegelijk.

Regio	Zorgprofessionals	Onderwijsprofessionals	Totaal
Achterhoek	21,7%	12,1%	9,0%
Amsterdam-Amstelland	0,0%	9,1%	12,4%
Drenthe	0,0%	3,0%	2,2%
Food Valley	4,3%	0,0%	1,1%
Gooi – en Vechtstreek	0,0%	6,1%	4,5%
Groningen	13,0%	0,0%	3,4%
Haarlemmermeer	8,7%	3,0%	4,5%
Holland - Rijnmond	13,0%	6,1%	7,9%
Kop van Noord - Holland	0,0%	1,5%	1,1%
Midden - Holland	8,7%	3,0%	4,5%
Midden Kennemerland (IJmond)	0,0%	4,5%	3,4%
Midden – Limburg Oost	0,0%	1,5%	1,1%
Midden – Limburg West	0,0%	1,5%	1,1%
Noord-Limburg	0,0%	7,6%	5,6%
Noord - Oost Brabant	0,0%	4,5%	3,4%
Alkmaar/Noord-Kennemerland	4,3%	3,0%	3,4%
Arnhem	8,7%	0,0%	2,2%
Nijmegen	8,7%	9,1%	9,0%
Rivierenland	4,3%	3,0%	3,4%
Stadsregio Haaglanden	17,4%	1,5%	5,6%
Rijnmond	8,7%	12,1%	11,2%
Twente	0,0%	10,6%	7,9%
West - Friesland West	4,3%	0,0%	1,1%
Zaanstreek - Waterland	0,0%	3,0%	2,2%
Zeeland	0,0%	1,5%	1,1%
Zuid – Holland Zuid	17,4%	9,1%	11,2%
Zuid - Kennemerland	0,0%	1,5%	1,1%
Zuid - Limburg	0,0%	1,5%	1,1%
Zuid – Oost Brabant	4,3%	13,7%	11,2%
Anders, namelijk:	17,4%	1,5%	6,7%
Betuwe	4,3%	0,0%	1,1%
Gelderland	0,0%	1,5%	1,1%
Regio Amsterdam/omgeving	4,3%	0,0%	1,1%
Regio Gelderland	4,3%	0,0%	1,1%
West Friesland Breed	4,3%	0,0%	1,1%

Tabel 13: Regio's waar respondenten werkzaam zijn in percentages.

In bovenstaande tabel is af te lezen dat de meeste zorgprofessionals in dit onderzoek werkzaam zijn in de regio Achterhoek en onderwijsprofessionals in de regio Zuid – Oost Brabant. Over het algemeen werken de 89 respondenten in verschillende regio's in Nederland, zoals besproken in paragraaf 4.5. In de regio's Amsterdam-Amstelland, Rijnmond, Zuid – Holland Zuid, Zuid – Oost Brabant en Nijmegen zijn met 12,4%, 11,2%, 11,2% en 9,0% de meeste respondenten werkzaam. Maar ook de regio's Achterhoek, Twente en Holland – Rijnmond worden vaker genoemd (zie gele markering in tabel 13).

5.1.2 Implementatiebereidheid

De variabele implementatiebereidheid bestaat uit vier stellingen die zijn opgeteld. Voor iedere vraag kreeg een respondent de score 0 tot en met 4. Opgeteld betreft de laagste score een 0, neutraal een 8 en de hoogste score een 16. Hierbij geldt: *hoe hoger de score, hoe minder de professional bereid is het beleid te implementeren*.

Onderstaande tabel laat de verdeling van scores zien. Hieruit blijkt dat 57 respondenten (64,0%) positief en 22 respondenten (24,7%) negatief tegenover de implementatie van het zorg in onderwijstijdbeleid staat. 10 respondenten (11,2%) geven de score 8, wat inhoudt dat zij neutraal tegenover de implementatie van het beleid staan. De meerderheid lijkt dus positief tegenover de implementatie van het zorg in onderwijstijdbeleid te staan. Dat blijkt ook het uit het gemiddelde, deze is namelijk 6,7.

Scores implementatiebereidheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	2	2.2	2.2	2.2
	3.00	3	3.4	3.4	5.6
	4.00	14	15.7	15.7	21.3
	5.00	12	13.5	13.5	34.8
	6.00	13	14.6	14.6	49.4
	7.00	13	14.6	14.6	64.0
	8.00	10	11.2	11.2	75.3
	9.00	11	12.4	12.4	87.6
	10.00	3	3.4	3.4	91.0
	11.00	4	4.5	4.5	95.5
	12.00	3	3.4	3.4	98.9
	13.00	1	1.1	1.1	100.0
	Total	89	100.0	100.0	

Tabel 14: Overzicht scores van respondenten op implementatiebereidheid.

Voor zorgprofessionals ligt het gemiddelde hoger, namelijk 7,0. Slechts 6 zorgprofessionals (26,1%), staan negatief tegenover de implementatie van het zorg in onderwijstijdbeleid. Het gemiddelde is bij onderwijsprofessionals daarentegen lager, namelijk 6,59. Van de 66 onderwijsprofessionals geven 16 respondenten (24,24%) aan dat ze negatief tegenover de implementatie van het beleid staan. Al met al bestaat er, op basis van bovenstaande gegevens, een verschil tussen zorg- en onderwijsprofessionals in hoeverre zij positief zijn over het beleid. Paragraaf 5.2.1 gaat hier verder op in en toetst dit verschil.

5.1.3 Beleidsvervreemding

Tabel 15 toont de scores voor de onafhankelijke variabelen. Zoals paragraaf 4.3.4 beschreef, kregen de respondenten een score voor de antwoorden. Dit varieerde van 0 (zeer mee eens) tot en met 4 (zeer mee oneens). Voor deze variabelen geldt dan ook: *hoe hoger de score, hoe machtelozer of zinlozer de professional het beleid ervaart*.

Kijkend naar de subdimensies van machteloosheid, valt op dat 67,4% van de respondenten strategische machteloosheid ervaart. Voor tactische en operationele machteloosheid geldt daarentegen dat minder dan de helft van de respondenten, namelijk 31,4% en 42,7%, zich machteloos voelt. Hieruit kan opgemaakt worden dat respondenten voornamelijk ervaren dat zij geen invloed hebben op de inhoud van het beleid, zoals vastgesteld in wet- en regelgeving. Professionals ervaren dat gevoel minder als het gaat om de beleidsimplementatie vanuit de organisatie waar zij werkzaam zijn of de manier waarop zij het beleid zelf uitvoeren. Als wordt gekeken naar de variabele machteloosheid als geheel, valt op dat 52,8% van alle respondenten zich machteloos voelt. Dit past bij de gemiddelde score op dezelfde variabele, namelijk 37,20.

Wat de subdimensies van zinloosheid betreft, scoort voornamelijk zinloosheid voor de samenleving hoog. 49,4% van de respondenten geeft een score hoger dan 8.00. Bijna de helft van de respondenten achten het beleid daarmee “niet zinvol” voor de samenleving. Het deel van de respondenten dat ervaart dat het beleid niet zinvol is voor cliënten, bedraagt 43,8%. Dit gegeven is terug te zien in de variabele zinloosheid als geheel. 44,9% van de respondenten ervaart het beleid als zinloos. 55,1% ervaart het beleid niet als zinloos of staat neutraal tegenover het beleid. De gemiddelde score van deze variabele is echter 16,35. Vanaf de score 16.10 wordt uitgegaan van een hogere mate van zinloosheid. Dit houdt in dat respondenten gemiddeld een hogere mate van zinloosheid ervaren.

Op beleidsvervreemding in zijn geheel, geeft 52,8% van de respondenten een score hoger dan 52.00 (tot 52.00 kan worden beschouwd als lage mate van beleidsvervreemding tot neutraal). Ook voor deze variabele geldt dat dit gegeven past bij het gemiddelde van 53,55. Dit houdt in dat een meerderheid van de respondenten beleidsvervreemding ervaart.

Tot slot, blijkt uit de analyse dat zorgprofessionals gemiddeld een lagere score geven ten opzichte van het algemene gemiddelde (de score van beide professionals tezamen, te zien in tabel 15). De scores van onderwijsprofessionals laten een tegenovergesteld beeld zien, alle gemiddelde scores liggen hoger dan bij het algemene gemiddelde. Dit past bij het geschetste beeld uit paragraaf 5.1.2, waaruit blijkt dat zorgprofessionals positiever tegenover het beleid staan dan onderwijsprofessionals. Dit verschil wordt ook getoetst in paragraaf 5.2.1.

Variabele	Scoremodel (min-max)	Gemiddelde (Afgerond)	Standaardafwijking (Afgerond)	Minimale score	Maximale score
Strategische machteloosheid	0.00 – 24.00	14,31	3,77	3.00	24.00
Tactische machteloosheid	0.00 – 24.00	10,98	3,93	3.00	21.00
Operationele machteloosheid	0.00 – 24.00	11,91	4,38	3.00	21.00
Machteloosheid	0.00 – 72.00	37,20	9,23	16.00	60.00
Samenleving zinloosheid	0.00 – 16.00	8,42	3,99	0.00	16.00
Client zinloosheid	0.00 – 16.00	7,92	3,67	0.00	15.00
Zinloosheid	0.00 – 32.00	16,35	7,24	0.00	31.00
Beleidsvervreemding	0.00 – 104.00	53,55	14,86	16.00	85.00

Tabel 15: Scores per onafhankelijke variabele.

5.1.4 Controlevariabelen

De scores voor de controlevariabelen worden als volgt geïnterpreteerd: voor administratieve lasten geldt dat: *hoe lager de score, hoe meer de professional administratieve lasten ervaart*. Voor financiële middelen en samenwerking zorg- en onderwijsprofessionals daarentegen, geldt dat: *hoe lager de score, hoe positiever de professional is over de beschikbare financiële middelen en hoe lager de score, hoe positiever de professional is over de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals*. Tabel 16 illustreert de scores per variabele.

Uit de controlevariabelen komt in het bijzonder naar voren dat een meerderheid van de professionals administratieve lasten ervaren, namelijk 61,8%. Dit blijkt tevens uit het lage gemiddelde van 4,69. Over de beschikbare financiële middelen zijn de professionals verdeeld. Iets meer dan de helft ervaart geen gebrek aan financiële middelen of is neutraal in deze kwestie (50,56%).

Het gemiddelde (4,67) laat echter zien dat een beperkte meerderheid een gebrek aan financiële middelen ervaart. Dit houdt in dat het grote aantal mensen dat gemiddeld 'neutraal' scoort, 19 respondenten, meer naar een hogere score neigen dan een lage score. Over de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals zijn de respondenten daarentegen overwegend positiever. Slechts 30,33% ervaart de samenwerking als negatief. Het gemiddelde (7,28) is eveneens lager dan bij de vorige controlevariabelen. Tot slot zijn er geen grote verschillen gevonden tussen de scores van zorg- en onderwijsprofessionals. Dit verschil wordt ook getoetst in paragraaf 5.2.1.

Variabele	Scoremodel (min-max)	Gemiddelde (Afgerond)	Standaardafwijking (Afgerond)	Minimale score	Maximale score
Administratieve lasten	0.00 – 12.00	4,69	3,16	0.00	12.00
Financiële middelen	0.00 – 8.00	4,67	1,82	2.00	8.00
Samenwerking zorg- en onderwijsprofessionals	0.00 – 16.00	7,28	2,86	0.00	16.00

Tabel 16: Scores per controlevariabele.

5.2 Toetsende statistiek

In de vorige paragrafen is besproken hoe de professionals het zorg in onderwijstijdbeleid ervaren en in hoeverre zij bereid zijn om het beleid te implementeren. Deze paragraaf toetst allereerst de verschillen tussen zorg- en onderwijsprofessionals die in paragraaf 5.1 zijn aangetoond. Vervolgens bespreekt paragraaf 5.2.2 de mate van samenhang tussen de afhankelijke variabele implementatiebereidheid en de onafhankelijke variabelen machteloosheid, zinloosheid en beleidsvervreemding.

5.2.1 Verschillen tussen zorg- en onderwijsprofessionals

De beschrijvende statistiek toont verschillen tussen zorg- en onderwijsprofessionals wat betreft de mate van beleidsvervreemding en de mate van implementatiebereidheid. Voor beide variabelen geldt dat zorgprofessionals positiever tegenover het beleid staan. Zo is de zorgprofessional meer bereid om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren en ervaart een zorgprofessional minder beleidsvervreemding in vergelijking met een onderwijsprofessional. In deze paragraaf wordt middels een T-toets (Independent-samples T Test) getoetst of deze verschillen tussen professionals significant zijn.

Allereerst het verschil in implementatiebereidheid. Uit de T-toets blijkt dat dit verschil niet significant is. De p-waarde bedraagt namelijk 0,257. Wat betreft beleidsvervreemding, blijkt dat er wel een significant verschil is in de mate waarin zorg- of onderwijsprofessionals beleidsvervreemding ervaren ($p=0,033$; $p<0,05$). Op basis van deze gegevens kan gesteld worden dat zorgprofessionals minder beleidsvervreemding ervaren dan onderwijsprofessionals.

Ook voor de controlevariabelen is een T-toets uitgevoerd om eventuele verschillen te toetsen. De controlevariabelen waren met p-waarden van 0,061 (administratieve lasten), 0,276 (financiële middelen) en 0,418 (samenwerking zorg en onderwijs) niet significant.

5.2.2 Samenhang variabelen

In de acht regressieanalyses werd implementatiebereidheid als afhankelijke variabele en geslacht, type professional, administratieve lasten, financiële middelen en samenwerking tussen zorg en onderwijs als (onafhankelijke) controlevariabelen meegenomen. Type school en dienstjaren zijn ook meegenomen als dummy-variabelen. In de modellen zijn daarnaast de volgende onafhankelijke variabelen toegevoegd: strategische machteloosheid (model 1), tactische machteloosheid (model 2), operationele machteloosheid (model 3), machteloosheid (model 4), samenleving zinloosheid (model 5), cliënt zinloosheid (model 6), zinloosheid (model 7) en beleidsvervreemding (model 8).

Per model wordt ingegaan op de R-kwadraat (percentage van variatie in de afhankelijke variabele dat verklaard wordt door het model, oftewel alle meegenomen variabelen samen), de regressiecoëfficiënt en de significantie daarvan.

Voor het interpreteren van de regressiecoëfficiënt in dit onderzoek, is het nodig om te kijken naar de betekenis van verschillende scores op zowel de onafhankelijke als de afhankelijke variabele. Voor alle onafhankelijke variabelen geldt: *hoe hoger de score, hoe machtelozer/zinlozer de professional zich voelt*. Voor de afhankelijke variabele implementatiebereidheid geldt: *hoe hoger de score, hoe minder bereid de professional is om het beleid te implementeren*. Dat betekent dat op basis van de acht hypothesen van deze studie, een positieve regressiecoëfficiënt wordt verwacht.

Bovendien is in dit onderzoek gebruik gemaakt van gerichte hypothesen, wat inhoudt dat er eenzijdig getoetst moet worden. De p-waarden weergegeven in SPSS, worden daardoor voor alle acht hypothesen door twee gedeeld. Deze waarden zijn voor ieder model tussen insluitingstekens achter de regressiecoëfficiënten gezet (zie tabel 17). Verder wordt voor het eerste model uitgebreid ingegaan op de interpretatie van de resultaten. De overige modellen worden beknopter besproken, omdat de R-kwadraat en regressiecoëfficiënt na de uitleg bij model 1, verder geen uitleg meer behoeven. In tabel 17 worden de resultaten weergegeven.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8
(Constant)	5.347	5.275	4.927	5.237	4.356	4.546	4.292	4.041
Strategische machteloosheid	-.012 (0,444)	-	-	-		-	-	-
Tactische machteloosheid	-	-.052 (0,256)	-	-		-	-	-
Operationele machteloosheid	-	-	.047 (0,259)	-		-	-	-
Machteloosheid	-	-	-	-.002 (0,482)	-	-	-	-
Samenleving zinloosheid	-	-	-	-	.290*** (0,0005)	-	-	-
Client zinloosheid	-	-	-	-	-	.312*** (0,0005)	-	-
Zinloosheid	-	-	-	-	-	-	.181*** (0,0005)	-
Beleidsvervreemding	-	-	-	-	-	-	-	.048** (0,032)
Geslacht (man=ref)	.465 (0,220)	.536 (0,189)	.394 (0,256)	.460 (0,227)	.383 (0,245)	.452 (0,206)	.409 (0,226)	.259 (0,331)
Zorgprofessional (onderwijsprofessional =ref)	-.293 (0,316)	-.285 (0,319)	-.379 (0,269)	-.299 (0,314)	-.564 (0,162)	-.457 (0,208)	-.555 (0,160)	-.507 (0,200)
Administratieve lasten	-.097 (0,160)	-.088 (0,174)	-.082 (0,195)	-.094 (0,162)	-.017 (0,427)	-.061 (0,242)	-.027 (0,380)	-.054 (0,283)
Financiële middelen	-.022 (0,450)	-.001 (0,497)	-.048 (0,392)	-.024 (0,447)	-.222* (0,098)	-.141 (0,192)	-.215* (0,096)	-.137 (0,222)
Samenwerking zorg en onderwijs	.279*** (0,004)	.301*** (0,003)	.252*** (0,009)	.278*** (0,006)	.123 (0,115)	.077 (0,234)	.065 (0,364)	.161* (0,080)
Type school: Cluster 4 school	.563 (0,227)	.722 (0,175)	.594 (0,212)	.582 (0,291)	.845 (0,113)	.729 (0,145)	.832 (0,112)	.598 (0,206)
Type school: Cluster 3 en 4 school (de school of scholen is/zijn zowel een cluster 3 als 4 school/scholen)	-.111 (0,449)	.066 (0,47)	-.081 (0,462)	-.083 (0,461)	.461 (0,282)	.420 (0,298)	.549 (0,242)	.060 (0,471)
Dienstjaren: Meer dan 2 jaar	.209 (0,391)	.123 (0,436)	.326 (0,337)	.204 (0,396)	.361 (0,304)	.245 (0,363)	.324 (0,319)	.445 (0,276)
Dienstjaren: Meer dan 5 jaar	-2.580** * (0,003)	-2.638*** (0,003)	-2.535*** (0,003)	-2.581*** (0,003)	-2.293*** (0,004)	-2.230*** (0,005)	-2.198*** (0,005)	-2.367*** (0,005)
Dienstjaren: Meer dan 10 jaar	-.314 (0,315)	-.295 (0,324)	-.339 (0,300)	-.319 (0,312)	-.407 (0,250)	-.633 (0,148)	-.556 (0,175)	-.456 (0,237)
N	89	89	89	89	89	89	89	89
R-kwadraat	0,369	0,245	0,245	0,241	0,343	0,352	0,369	0,274

*p<0.10, **p<0.05, ***p<0.01

Tabel 17: Resultaten regressieanalyses, model 1 t/m 8.

5.2.2.1 Relatie machteloosheid en implementatiebereidheid

Hypothese 1 voorspelt de relatie tussen strategische machteloosheid en implementatiebereidheid. Zoals tabel 17 laat zien, is de R-kwadraat van dit model **0,369**. Dit houdt in dat de variantie in Y (implementatiebereidheid) voor 37% wordt verklaard door het model, oftewel alle meegenomen onafhankelijke variabelen samen. Daarnaast blijkt uit de regressiecoëfficiënt dat er in dit model sprake is van een negatief verband tussen strategische machteloosheid en implementatiebereidheid. De regressiecoëfficiënt is **-.012**. Dit wil zeggen dat implementatiebereidheid (Y) niet stijgt als strategische machteloosheid (X) stijgt. De richting van de regressiecoëfficiënt is dus negatief en tegengesteld aan de regressiecoëfficiënt die werd verwacht op basis van de hypothese. Een negatieve regressiecoëfficiënt betekent dat er geen positief verband vastgesteld kan worden. Zonder de significantie te testen, wordt aangenomen dat een groter gevoel van strategische machteloosheid niet leidt tot minder implementatiebereidheid. De nulhypothese wordt dan ook niet verworpen.

Hypothese 2 voorspelt de relatie tussen tactische machteloosheid en implementatiebereidheid. De verklaringskracht van dit model is 25%, zo blijkt uit de R-kwadraat (**0,245**). Dat is minder dan de R-kwadraat uit model 1, wat betekent dat strategische machteloosheid een betere voorspeller is van implementatiebereidheid dan tactische machteloosheid. Verder blijkt uit de regressiecoëfficiënt dat er in dit model sprake is van een negatief verband tussen tactische machteloosheid en implementatiebereidheid. De regressiecoëfficiënt is namelijk **-.052**. Dit wil zeggen dat implementatiebereidheid niet stijgt als tactische machteloosheid stijgt. Uit dit gegeven is op te maken dat een hogere mate van tactische machteloosheid niet leidt tot minder implementatiebereidheid. De nulhypothese kan dan ook niet verworpen worden.

Hypothese 3 voorspelt de invloed van operationele machteloosheid op implementatiebereidheid. De variantie in implementatiebereidheid wordt voor 25% verklaard door de onafhankelijke variabelen in model 3. De R-kwadraat van dit model is namelijk **0,245**. Strategische machteloosheid is zodoende de beste voorspeller van implementatiebereidheid wat betreft de drie subdimensies. In tegenstelling tot de vorige modellen, blijkt uit de regressiecoëfficiënt dat er in dit model sprake is van een positief verband tussen operationele machteloosheid en implementatiebereidheid. De regressiecoëfficiënt is **.047**. Implementatiebereidheid stijgt zodoende ook als operationele machteloosheid stijgt. Hieruit kan opgemaakt worden dat de nulhypothese verworpen zou kunnen worden, echter moet bij een positief verband ook naar de significantie gekeken worden. De significantie is **0,259**, wat inhoudt dat er geen sprake is van een significant verband. Ondanks het positieve verband tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabele, blijkt zodoende uit de significantie dat er niet genoeg bewijs is gevonden dat de nulhypothese tegensprekt. De nulhypothese wordt niet verworpen.

Hypothese 4 voorspelt de relatie tussen machteloosheid en implementatiebereidheid. De R-kwadraat van dit model is **0,241**. De verklaringskracht van het model bedraagt dus 24%. De regressiecoëfficiënt is **-.002**, wat een negatief verband tussen de variabelen betreft. Ofwel, implementatiebereidheid stijgt niet als machteloosheid stijgt. De R-kwadraat is lager dan de subdimensies van machteloosheid, wat inhoudt dat machteloosheid minder goed fungeert als voorspeller voor implementatiebereidheid dan de subdimensies afzonderlijk. De regressiecoëfficiënt laat daarentegen geen overduidelijk negatief verband zien, waardoor voor dit model ook naar de significantie wordt gekeken. Hieruit blijkt dat er geen significant verband bestaat tussen de variabelen. De significantie bedraagt namelijk **0,483**. Wederom kan gesteld worden dat er niet genoeg bewijs is dat de nulhypothese tegenspreekt. De nulhypothese wordt niet verworpen.

Tegen de theoretische verwachtingen in, blijkt de relatie tussen machteloosheid en implementatiebereidheid in dit onderzoek niet significant. De dimensie zinloosheid geeft echter een ander beeld. In de volgende paragraaf worden model 5, model 6 en model 7 besproken.

5.2.2.2 Relatie zinloosheid en implementatiebereidheid

Hypothese 5 voorspelt de relatie tussen zinloosheid voor de samenleving en implementatiebereidheid. De R-kwadraat is **0,343**. De verklaringskracht van model 5 is daardoor ruim 34%. Daarnaast blijkt uit de regressiecoëfficiënt dat er een positief verband is tussen zinloosheid voor samenleving en implementatiebereidheid, namelijk **0,290**. Dit houdt in dat implementatiebereidheid stijgt als zinloosheid voor samenleving ook stijgt. Wanneer een professional meer zinloosheid ervaart voor de samenleving, dan zal de implementatiebereidheid minder worden. Dit positieve verband kan erop wijzen dat de nulhypothese verworpen wordt. Uit de significantie bij $P < 0,01$ blijkt dit inderdaad het geval. De significantie is namelijk **0,0005**. Verder blijkt uit de regressiecoëfficiënt dat een toename van 1 op de schaal van zinloosheid voor samenleving, zorgt voor een toename van 0,290 op de schaal van implementatiebereidheid. Gebaseerd op de regressiecoëfficiënt en de significantie, kan gesteld worden dat er genoeg bewijs is gevonden dat de nulhypothese tegenspreekt. De nulhypothese wordt zodoende verworpen en de alternatieve hypothese aangenomen.

Hypothese 6 voorspelt de relatie tussen zinloosheid voor de cliënt en implementatiebereidheid. De R-kwadraat bedraagt **0,352**, wat inhoudt dat het model een verklaringskracht van ruim 35% heeft. Dit is hoger dan de R-kwadraat uit model 5, wat betekent dat zinloosheid voor cliënt een betere voorspeller is van implementatiebereidheid dan zinloosheid voor samenleving. Net als bij de andere subdimensie van zinloosheid, laat ook hier de regressiecoëfficiënt een positief verband zien. De waarde is namelijk **0,290**.

Implementatiebereidheid stijgt dus wanneer zinloosheid voor cliënt ook stijgt. Ervaart een professional meer zinloosheid voor de cliënt, dan zal de implementatiebereidheid omlaaggaan. Daarnaast is de significantie van de regressiecoëfficiënt **0,0005**. De regressiecoëfficiënt laat verder zien als zinloosheid voor cliënt in deze sample met 1 stijgt, dat implementatiebereidheid met 0,290 toeneemt. Concluderend, wordt op basis van het positieve verband en een significant verband bij $P < 0,01$, gesteld dat er voldoende bewijs is gevonden dat de nulhypothese tegenspreekt. De nulhypothese wordt dan ook verworpen en de alternatieve hypothese aangenomen.

Hypothese 7 voorspelt de relatie tussen zinloosheid en implementatiebereidheid. In dit model is de R-kwadraat **0,369**, wat betekent dat het model een verklaringskracht van 37% heeft. Dit model is samen met model 1 de beste voorspeller van implementatiebereidheid. Beide modellen hebben namelijk een R-kwadraat van 0,369. Verder tonen de subdimensies van zinloosheid beide een positief significant verband. Ook voor de gehele variabele zinloosheid is dat het geval. De regressiecoëfficiënt bedraagt namelijk **0,181**. Implementatiebereidheid neemt dus toe wanneer zinloosheid ook stijgt. Als een professional meer zinloosheid ervaart, is deze ook minder bereid om het beleid te implementeren. Tevens is er een significant verband gevonden bij $P < 0,01$. De significantie is **0,0005**. Daarnaast laat de regressiecoëfficiënt zien als zinloosheid in deze sample met 1 stijgt, dat implementatiebereidheid met 0,181 stijgt. Uitgaande van het positieve en significante verband, bestaat er genoeg bewijs om te stellen dat de nulhypothese wordt tegengesproken. De nulhypothese wordt daarom verworpen en de alternatieve hypothese aangenomen.

In tegenstelling tot machteloosheid, blijkt de relatie tussen de dimensie zinloosheid en implementatiebereidheid wel significant. Beleidsvervreemding omvat beide begrippen. De resultaten uit dit laatste model, model 8, worden in onderstaande paragraaf besproken.

5.2.2.3 Relatie beleidsvervreemding en implementatiebereidheid

Hypothese 8 voorspelt de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid. Model 8 heeft een R-kwadraat van **0,274**, wat inhoudt dat het model een verklaringskracht van ruim 27% heeft. Voor machteloosheid zijn geen significante resultaten gevonden, maar voor zinloosheid wel. Het is dan ook interessant om te kijken naar beleidsvervreemding in het geheel. De regressiecoëfficiënt van beleidsvervreemding laat een klein positief verband zien met een waarde van **0,048**. Implementatiebereidheid stijgt zodoende wanneer beleidsvervreemding ook stijgt. Dit betekent dat een professional die meer beleidsvervreemding ervaart, minder bereid is om het beleid te implementeren. Daarnaast is het verband significant bij $p < 0,05$, met een waarde van **0,032**.

Verder blijkt uit de regressiecoëfficiënt als beleidsvervreemding met 1 toeneemt, dat implementatiebereidheid met 0,048 stijgt. Op basis van bovenstaande gegevens wordt de nulhypothese verworpen en de alternatieve hypothese aangenomen. Er is namelijk genoeg bewijs om te stellen dat de nulhypothese in dit model wordt tegengesproken.

5.2.2.4 Analyse controlevariabelen

Tabel 17 laat verder voor een aantal controlevariabelen een positief en significant verband zien ($P < 0,01$). Dit geldt voor de *samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals* bij model 1 tot en met 4 en voor de dummyvariabele *dienstjaren meer dan 5 jaar* bij model 1 tot en met 8.

Voor *samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals* geldt dat hoe hoger de score, hoe negatiever de respondent tegenover de samenwerking staat. De regressiecoëfficiënten zijn positief voor model 1 (0,279), model 2 (0,301), model 3 (0,252) en model 4 (0,278). Dit houdt in als samenwerking zorg- en onderwijsprofessionals stijgt, dat implementatiebereidheid ook stijgt. Hoe negatiever de professional de samenwerking ervaart, hoe minder deze bereid is het beleid te implementeren. Naast deze positieve verbanden, blijken de verbanden voor de modellen ook significant bij $p < 0,01$ (zie tabel 17 voor de p-waarden). Daarnaast geldt voor regressiecoëfficiënten als de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals met 1 stijgt, implementatiebereidheid met 0,279 (model 1), 0,301 (model 2), 0,252 (model 3) en 0,278 (model 4) stijgt.

De resultaten van de dummyvariabele *dienstjaren meer dan 5 jaar* worden als volgt geïnterpreteerd: respondenten met meer dan 5 dienstjaren bij de huidige werknemer scoren significant lager op de implementatiebereidheidschaal dan mensen in de referentiecategorie (mensen met minder dan 2 dienstjaren).

5.3 Samenvatting resultaten

Uit de beschrijvende statistiek komt met name naar voren dat er een verschil bestaat tussen zorg- en onderwijsprofessionals wat betreft beleidsvervreemding en implementatiebereidheid. Voor beide variabelen geldt dat zorgprofessionals minder last hebben van beleidsvervreemding en ook positiever tegenover het zorg in onderwijstijdbeleid staan. Voor onderwijsprofessionals geldt het tegenovergestelde. Deze aannames zijn getoetst, waaruit blijkt dat het verschil tussen de professionals enkel significant is voor de mate van beleidsvervreemding.

Verder blijkt uit dit onderzoek dat professionals een hoge administratieve last ervaren en een tekort aan financiële middelen om het beleid goed te implementeren. Daarentegen blijkt uit de resultaten dat de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals, hoewel hevig bekritiseerd (zie paragraaf 1.1), grotendeels als positief wordt ervaren.

Tabel 17 laat daarnaast zien dat er een statistische significante relatie is tussen aan de ene kant beleidszinloosheid en aan de andere kant implementatiebereidheid in de verwachte richting. De tabel laat echter geen verband zien tussen beleidsmachteloosheid en implementatiebereidheid. De relatie tussen beleidsvervreemding (machteloosheid en zinloosheid tezamen) is statistisch significant in de verwachte richting, maar waarschijnlijk komt dat voornamelijk door het element “zinloosheid”, omdat het element “machteloosheid” op zichzelf geen effect had op implementatiebereidheid. Model 7, dat het effect van zinloosheid meet, heeft bovendien de hoogste R-kwadraat, wat laat zien dat beleidszinloosheid niet alleen een significant effect heeft op implementatiebereidheid, maar tevens variantie in deze variabele voor een aanzienlijk deel verklaart.

Hoofdstuk 6: Conclusie en reflectie

Het onderzoek wordt afgesloten met dit hoofdstuk. Paragraaf 6.1 beschrijft de conclusie van het onderzoek, waarna paragraaf 6.2 ingaat op de reflectie. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de reflectie van zowel de theorie als de methoden van dit onderzoek. Tot slot bespreekt paragraaf 6.3 concrete aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de praktijk. Deze laatste aanbevelingen zijn relevant voor beleidsmakers en publieke managers, die meer inzicht willen in de perceptie en invloed van de professional op beleid.

6.1 Conclusie

Dit onderzoek is gestart met het doel om inzicht te krijgen in de invloed van beleidsvervreemding op de implementatiebereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam binnen het zorg in onderwijstijdbeleid. Dit beleid is aan veranderingen onderhevig geweest na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015. Gemeenten werden verantwoordelijk voor de jeugdhulp en het aansturen van professionals. Daarnaast kregen professionals meer beleidsvrijheid om maatwerk te leveren en werd meer samenwerking tussen enerzijds de zorgprofessional en anderzijds de onderwijsprofessional verwacht. Hoewel veel onderzoek is gedaan naar de rol van gemeenten bij de decentralisatie, is de professional onderbelicht gebleven. De professional is echter degene die het beleid direct implementeert en in nauw contact staat met de cliënt of leerling. Het is dan ook mogelijk dat de ervaring van beleidsvervreemding bij professionals problematisch kan zijn voor de implementatiebereidheid van zorg in onderwijstijd. Dit zou betekenen dat kwetsbare kinderen en jongeren niet de hulp krijgen die juist zij zo nodig hebben. Implementatiebereidheid bij professionals is dan ook van belang om het beleid te laten slagen. Inzicht verkrijgen in de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid is hierdoor zeer gewenst. Om dit gegeven te onderzoeken, is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *In hoeverre is beleidsvervreemding van invloed op de bereidheid van zorg- en onderwijsprofessionals om de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren?*

6.1.1 Beantwoording deelvragen

In deze paragraaf wordt aan de hand van de deelvragen antwoord gegeven op de hoofdvraag. Zodoende volgen allereerst de vier deelvragen, waarna de volgende paragraaf antwoord geeft op de hoofdvraag.

Deelvraag 1: *Hoe ziet het beleid van zorg in onderwijstijd, en specifiek de Jeugdwet, eruit?*

Het zorg in onderwijstijdbeleid heeft betrekking op kinderen en jongeren die tijdens onderwijstijd extra zorg nodig hebben. Dit beleid omvat meerdere wetten zoals de Wlz, Zvw, Wmo, onderwijs wet- en regelgeving en de Jeugdwet. Deze wetgeving vormt de basis voor het financieren van ondersteuningsbehoeften. De Jeugdwet wordt voornamelijk ingezet om ondersteuningsbehoeften te financieren. Deze ondersteuningsbehoeften bestaan grotendeels uit hulp bij gedragsproblematiek, begeleiding bij ontwikkeling en persoonlijke verzorging.

Door de decentralisatie van de Jeugdwet zijn meerdere partijen genoodzaakt samen te werken. Het gaat om samenwerking tussen gemeenten, samenwerkingsverbanden, ouders, hulpverleners en scholen. Dit geldt met name voor de laatste groepen: zorg- en onderwijsprofessionals. De professionals staan het dichtste bij kinderen en jongeren, en worden zodoende ook geacht meer jeugdhulp op maat te bieden. Om dit te realiseren, krijgen professionals door de Jeugdwet meer ruimte voor maatwerk en is er meer aandacht voor het verminderen van de regeldruk.

Deelvraag 2: *Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid van professionals?*

Om antwoord te geven op deelvraag twee, worden allereerst de begrippen implementatiebereidheid en beleidsvervreemding uitgelegd. Uit de literatuur blijkt dat een hoge mate van implementatiebereidheid bij een professional inhoudt dat deze zeer bereid is om de doelen van het beleid te implementeren. Een professional zet zich in om het beleid succesvol te maken en besteed aandacht aan het verminderen van weerstand tegen het beleid bij collega's (Metselaar, 1997). Het tweede begrip, beleidsvervreemding, houdt een psychologische ontkoppeling met het beleid in. Beleidsvervreemding wordt onderverdeeld in strategische, tactische en operationele machteloosheid en zinloosheid voor de samenleving en cliënt. Machteloosheid gaat over de invloed die een professional heeft op het beleid op politiek, organisationeel en individueel vlak. Zinloosheid gaat over de mate waarin een beleid daadwerkelijk helpt voor de samenleving of cliënt volgens de professional.

De literatuur over de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid stelt dat machteloosheid of zinloosheid negatieve gevolgen heeft voor de implementatiebereidheid bij professionals. Een hoge mate van beleidsvervreemding leidt daarom tot weerstand tegen het beleid en minder implementatiebereidheid van de professionals.

Deelvraag 3: *Welke methode is het meest geschikt om het verband tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid te onderzoeken?*

Voor dit onderzoek is het van belang dat er nauwkeurige en harde uitspraken gedaan worden over de mate van samenhang tussen de variabelen en een verschil aan te duiden tussen de twee groepen professionals. Kwantitatief onderzoek leent zich zodoende voor dit onderzoek. Daarnaast is het van belang om snel en effectief respondenten te bereiken, gezien de beperkte tijd en middelen voor dit onderzoek. Ook moet een groot aantal kenmerken en variabelen van respondenten geanalyseerd worden. Een survey is gezien deze eisen het meest geschikt.

De schalen waarmee de variabelen geanalyseerd worden, moeten daarnaast betrouwbaar zijn. In dit onderzoek geldt dat de schalen voldoen aan de eisen en zodoende de variabelen goed meten. Naast de afhankelijke en onafhankelijke variabele, worden ook controlevariabelen meegenomen in het onderzoek. Dit houdt in dat er per analyse meer dan twee variabelen meegenomen worden. Een meervoudige lineaire regressieanalyse is dan ook geschikt om de verbanden tussen variabelen te analyseren. Deze analyse kijkt naast het verband tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid, ook naar de effecten van controlevariabelen.

Om te bepalen of een lineaire regressieanalyse ook mogelijk is met de verkregen data, worden de assumpties voor een regressieanalyse getoetst. Hieruit blijkt dat aan de assumpties wordt voldaan. Op basis van bovenstaande informatie, kan geconcludeerd worden dat een meervoudige lineaire regressieanalyse de meest geschikte manier is om de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid te onderzoeken.

Deelvraag 4: *In welke mate bestaat er een relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid onder zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid?*

Op basis van acht hypothesen worden de relaties tussen strategische, tactische en operationele machteloosheid, machteloosheid in zijn geheel, zinloosheid voor de samenleving en cliënt, zinloosheid in zijn geheel en beleidsvervreemding in zijn geheel en implementatiebereidheid getoetst. Hieruit blijkt dat er geen bewijs is gevonden dat de theoretische verwachting 'een hoge mate van strategische machteloosheid leidt tot minder implementatiebereidheid', ondersteunt. De nulhypothese is aangenomen. Dit geldt ook voor de theoretische verwachtingen over tactische en operationele machteloosheid. Voor deze laatste variabele is wel een positief verband gevonden met implementatiebereidheid. Het verband is echter niet significant.

Dit is gezien de literatuur en rapporten van organisaties opvallend, aangezien daarin wordt aangegeven dat professionals te weinig beleidsvrijheid krijgen. Verder blijkt ook het verband tussen machteloosheid en implementatiebereidheid negatief en niet significant. Wel betreft het een zeer klein negatief verband.

De resultaten van de theoretische verwachtingen over zinloosheid en de subdimensies samenleving en cliënt zinloosheid, laten een ander beeld zien. Aan bovengenoemde theoretische verwachtingen wordt wel voldaan. Er is genoeg bewijs gevonden dat de nulhypothese in deze gevallen tegensprekt. De resultaten laten een positief verband zien en zijn significant. Ook beleidsvervreemding toont een positief verband en is significant. Dit resultaat is in lijn met de theorie dat professionals die meer beleidsvervreemding ervaren, minder geneigd zijn om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren. Al met al kan gesteld worden dat er in dit onderzoek bewijzen zijn gevonden dat er een relatie bestaat tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid onder zorg- en onderwijsprofessionals (werkzaam met de Jeugdwet binnen het zorg in onderwijstijdbeleid).

6.1.2 Beantwoording hoofdvraag

Zoals besproken in de vorige paragrafen, richt de hoofdvraag van dit onderzoek zich op de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid. De verwachtingen over de relatie tussen deze begrippen worden deels bevestigd. Met name de dimensie zinloosheid laat positieve verbanden en significante resultaten zien. Wanneer een zorg- of onderwijsprofessional vindt dat het beleid zinloos is voor de samenleving, voor cliënten, of voor beide, zal deze minder bereid zijn om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren. De effecten van de dimensie machteloosheid komen minder naar voren. Zoals benoemd in de vorige paragraaf, is deze bevinding opvallend, gezien er veel aandacht wordt besteed in de literatuur en praktijk aan te weinig invloed van professionals op het zorg in onderwijstijdbeleid. Concluderend is in dit onderzoek gebleken dat beleidsvervreemding leidt tot minder implementatiebereidheid, maar dit komt voornamelijk door het effect van zinloosheid. Machteloosheid lijkt op basis van de resultaten geen invloed te hebben.

6.2 Reflectie

Na de beantwoording van de hoofdvraag in de vorige paragraaf, wordt in deze paragraaf kritisch gereflecteerd op het onderzoek. De reflectie is onderverdeeld in twee delen: de reflectie op de theorie en de reflectie op de methoden van dit onderzoek.

6.2.1 Theoretische reflectie

De gebruikte literatuur in dit onderzoek is door onderzoekers zorgvuldig ontwikkeld voor de publieke professional. Dit maakt dat de theorieën zeer geschikt waren voor dit onderzoek waar professionals uit de publieke sector centraal staan.

Verder is in dit onderzoek een specifieke groep professionals gebruikt. Het is mogelijk dat de resultaten van dit onderzoek bij een andere groep professionals niet opgaan. Dit geldt ook voor het gebruik van een ander specifiek beleid. Zorg- en onderwijsprofessionals stellen het belang van de cliënten en leerlingen voorop. Dat blijkt ook deels uit de resultaten, hoe machteloos de professional zich ook voelt, deze blijft bereid om het beleid te implementeren. Voor een andere groep professionals of een ander beleid is dit mogelijk anders.

Daarnaast is niet alleen voor beleidsvervreemding, maar ook voor de dimensies en subdimensies gekeken in welke mate deze invloed hadden op implementatiebereidheid. Daarmee werd het theoretisch model zowel los van de andere dimensies als in zijn geheel gemeten. Dit gaf een beeld van de invloed van de (sub)dimensies op implementatiebereidheid.

Daarentegen was het voor de omvang van het onderzoek niet mogelijk om alle factoren mee te nemen die eventueel invloed hebben op implementatiebereidheid. Om een breder beeld te krijgen van de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid, kunnen meer factoren meegenomen worden als onafhankelijke variabelen. Op die manier is het mogelijk om het raamwerk van Tummers (2012b) uit te breiden. Een variabele als *werkdruk* is hier een voorbeeld van.

6.2.2 Methodologische reflectie

De schalen waarmee in dit onderzoek de variabelen en relaties werden gemeten, zijn veelvuldig gebruikt door onderzoekers in de publieke sector en gevalideerd. Dit gegeven is terug te zien in de Cronbach's Alpha scores. De scores waren voldoende tot hoog. Wanneer dit niet het geval was, zijn de schalen verwijderd. Zo werd in het onderzoek alleen gebruik gemaakt van betrouwbare schalen.

De grootste beperking van dit onderzoek is het aantal respondenten. In totaal hebben 89 respondenten de survey volledig ingevuld. Om generaliseerbare uitspraken te kunnen doen, is een grotere steekproef wenselijker. Hoe groter de steekproef, hoe groter de kans om betrouwbare uitspraken te doen over de totale populatie (Vennix, 2011, p.84).

In Nederland zijn 16949 geregistreerde GZ-psychologen werkzaam. GZ-psychologen waren slechts één van de doelgroepen van dit onderzoek. De gehele doelgroep bestaande uit meerdere soorten zorgprofessionals en onderwijsprofessionals, is nog groter (CIBG, z.j.). Dat maakt dat de representativiteit van dit onderzoek minder hoog is dan gewenst. Door de lage respons heeft de survey tevens langer uitgestaan dan gepland, om het aantal respondenten enigszins te verhogen. Daarnaast blijkt dat beduidend meer onderwijsprofessionals de survey in hebben gevuld dan zorgprofessionals. Meer dan 74% van alle respondenten was een onderwijsprofessional.

Het is mogelijk dat de survey door de manier van verspreiding weinig respons heeft opgeleverd. De survey is via een sneeuwbalsteekproef eerst verspreid in het eigen netwerk, waarna het eigen netwerk de survey weer verspreidde binnen zijn of haar netwerk. Dit kan ook een verklaring zijn waarom er meer onderwijs- dan zorgprofessionals de survey hebben ingevuld. Het is mogelijk dat onderwijsprofessionals de survey meer in het eigen netwerk hebben verspreid. Daarnaast ervaren, zoals benoemd in paragraaf 4.5, zorgprofessionals momenteel enorme drukte door de Coronacrisis, wat de respons ook niet ten goede kwam.

De invloed van de lage respons is ook terug te zien in de resultaten. Model 3 toonde bijvoorbeeld een positief verband aan tussen operationele machteloosheid en implementatiebereidheid, maar bleek niet significant. Uit model 4, machteloosheid, kwam een zeer laag negatief verband. Omdat beide bevindingen maar met een kleine marge niet aan de theoretische verwachting voldeden, zou gesteld kunnen worden dat de bevindingen wellicht anders zouden zijn wanneer een grotere steekproef wordt gebruikt.

Tevens is er gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek. Hierdoor is minder ruimte gecreëerd voor het onderzoeken van de factoren die de daadwerkelijke verbanden veroorzaken. Wanneer een professional bijvoorbeeld niet bereid blijkt om het beleid te implementeren, is geen ruimte gemaakt voor de professional om deze houding toe te lichten. Een combinatie van kwantitatief met kwalitatief onderzoek had dieper in kunnen gaan op de gedachtegangen en toelichtingen van respondenten. Meerdere respondenten lieten via de mail weten hier behoefte aan te hebben. Met een aantal respondenten is dan ook telefonisch gesproken, om meer zicht te krijgen op het beleid en de resultaten. Deze bevindingen zijn in het onderzoek echter buiten beschouwing gelaten.

Tot slot moet opgemerkt worden dat in dit onderzoek getracht is om causale verbanden aan te tonen (zie hypothesen). Dit is echter gedaan aan de hand van een regressieanalyse, een toets die correlatie tussen variabelen meet. Door dit te controleren voor variabelen, is gepoogd causaliteit waarschijnlijker te maken, maar daarmee is causaliteit nog niet aangetoond. Daarnaast kan er sprake zijn van een feedbackloop tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. Het is mogelijk dat een professional die minder bereid is om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren, steeds minder meekrijgt of leert van het beleid en daardoor ook verder vervreemd raakt van het beleid.

Een deel van de gevonden correlatie is dan niet het gevolg van causaliteit, maar van omgekeerde causaliteit: de afhankelijke variabele implementatiebereidheid beïnvloedt de onafhankelijke variabele beleidsvervreemding.

6.3 Aanbevelingen

Deze paragraaf is onderverdeeld in twee paragrafen waarin aanbevelingen worden gedaan. De eerste paragraaf gaat in op aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de tweede paragraaf op aanbevelingen voor de praktijk.

6.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Zoals benoemd in paragraaf 6.2.2, was de steekproef in dit onderzoek klein. Een grotere steekproef biedt representatievere resultaten. Dit wordt dan ook aanbevolen voor vervolgonderzoek. Ook zou een optie voor vervolgonderzoek zijn om van beide groepen, zorg- en onderwijsprofessionals, een grotere steekproef mee te nemen in het onderzoek. Daardoor zouden significantere uitspraken gedaan kunnen worden over verschillen tussen deze groepen. Dit wordt tevens aanbevolen voor onderzoeken naar een ander beleid waarin twee of meer groepen professionals werkzaam zijn.

Een mogelijkheid om de steekproef te vergroten is een lijst opvragen bij het CBS of de VNG van alle speciaal onderwijsscholen en lijsten met alle organisaties van zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen zorg in onderwijstijd. Bijvoorbeeld een overkoepelende organisatie met zorgprofessionals binnen het onderwijs of een vereniging voor psychologen. Uit de lijsten kunnen random 10 organisaties of scholen geselecteerd worden. Vervolgens worden de geselecteerde organisaties en scholen benaderd om mee te werken aan het onderzoek en vult iedere werknemer de survey in. Het is belangrijk om op te merken dat deze manier meer tijd en geld kost, maar wel meer respondenten oplevert.

Verder was er vanuit respondenten behoefte om antwoorden verder toe te lichten. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook een combinatie tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van professionals met beleid. Door gebruik te maken van diepte-interviews, kunnen de drijfveren van professionals achterhaald worden en kan meer ingegaan worden op de 'waarom' en 'hoe' vraagstukken omtrent beleidsvervreemding en implementatiebereidheid. Nu blijkt alleen of een professional minder ook bereid is om het zorg in onderwijstijdbeleid te implementeren als deze beleidsvervreemding ervaart, maar niet waarom dat precies zo is en op welke manier de professional dan weerstand biedt tegen de beleidsimplementatie. Meer aandacht voor contextfactoren is dan ook gewenst.

6.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit het onderzoek blijken zinloosheid en de subdimensies zinloosheid voor de samenleving en zinloosheid voor cliënt, belangrijke voorspellers voor implementatiebereidheid. De aanbeveling voor de praktijk richt zich dan ook op het vergroten van de ervaren zinvolheid van het beleid bij professionals.

Betrek professionals in een vroeg stadium bij beleidsontwikkeling

Hoewel de intrinsieke motivatie van zorg- en onderwijsprofessionals hoog is – ze zetten het belang van cliënten en leerlingen voorop – laat dit onderzoek zien dat gevoel van zinloosheid leidt tot minder implementatiebereidheid. Om die reden blijft het belangrijk om in te zetten op het vergroten en behouden van een gevoel van zinvolheid van beleid voor de samenleving en cliënten onder zorg- en onderwijsprofessionals. Betrek professionals vroeg bij het ontwerp van een beleid en maak gebruik van de expertise van deze groep. Werk bijvoorbeeld samen met professionals de beleidsdoelen uit, zodat zij het probleem vanuit de praktijk goed in kaart kunnen brengen en daarmee de uitvoerbaarheid van het beleid kunnen vergroten. Dit wordt zowel aangeraden op nationaal niveau als op organisatieniveau. Hierdoor worden ook de kansen verkleind dat een professional zich machteloos voelt. Hoewel dit gegeven niet opgaat in dit onderzoek, kan dat wel het geval zijn bij nieuw beleid. Voorkomen is beter dan genezen.

Communiceer en evalueer met de professionals

Niet alleen in een vroeg stadium van beleidsontwikkeling wordt aangeraden om de professional meer te betrekken. Ook tijdens de invoering van het beleid en de verdere stadia is het van belang om te luisteren naar de feedback van de professional. Een professional kan een beleid als zinloos kan ervaren zelfs als de resultaten positief zijn (Tummers, 2012a; 2014). Dit houdt in dat een beleid met goede resultaten maar professionals die zinloosheid ervaren, alsnog negatief beïnvloed kan worden door de implementatiebereidheid van professionals. Om dit tegen te gaan, worden beleidsmakers en managers aangeraden om professionals regelmatig in feedbackgesprekken over het beleid te betrekken. Tijdens deze gesprekken is het essentieel om te luisteren naar de ervaringen van professionals.

Daarnaast wordt het verhogen van de zinvolheid gestimuleerd door de ontwikkelingen van het beleid in beeld te brengen, zowel absoluut als relatief. Laat de professionals in aantallen en procenten zien hoe het beleid ervoor staat. Een toename van een aantal problematische gevallen in de jeugdhulp, bijvoorbeeld een kind dat niet de juiste zorg krijgt, kan verklaard worden door een nog grotere toename van het aantal kinderen dat jeugdhulp ontvangt.

Dit wil dus niet per definitie zeggen dat er een stijging is van de problematische gevallen, maar komt wellicht door de stijging van het aantal kinderen met jeugdhulp.

Tot slot, vraag de professional niet alleen om feedback, diens ervaring met het beleid of biedt de resultaten aan, maar vraag ook of de professional de resultaten herkent. De professional werkt in de praktijk en heeft daardoor wellicht verklaringen waarom de cijfers tegenvallen of juist positief blijken. Daar worden onder andere het beleid, maar vooral de kwetsbare kinderen, beter van (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2015, pp. 6-27).

Literatuurlijst

Bakker, W., Van Biemen, T., Blokzijl, L., Castelijns, E., Van der Mark, E., & Varwijk, J. (2019). *Inzicht in zorg in onderwijstijd: Onderzoek naar de organisatie en financiering van ondersteuning in het (voortgezet) special onderwijs*. Utrecht: Berenschot Groep B.V.

Blauner, R. (1964). *Alienation and freedom: The factory worker and his industry*. Chicago: U. Press.

Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma.

Brandsen, T., & Honingh, M. (2013). Professionals and shifts in governance. *International Journal of Public Administration*, 36 (12) 876-83.

Brodkin, E.Z. (2011) Policy Work: Street-Level Organizations under New Managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, special issue 'Putting Street-Level Organizations First: New Directions for Social Policy and Management Research', edited by Evelyn Z. Brodtkin, 21(2), pp. 253-277.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019b). *In een derde van beroepen op hoogste niveau is meerderheid vrouw*. Geraadpleegd 19 januari 2021, op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/46/in-een-derde-van-beroepen-op-hoogste-niveau-is-meerderheid-vrouw>.

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2019). *Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019*. Geraadpleegd 8 augustus 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0041631/2019-01-01>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019a). *Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor 2019*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CIBG. (z.j.). *Cijfers: Hoeveel zorgverleners staan er in het BIG-register? Wat is de leeftijdsopbouw, de verdeling basisgroep en specialisme en hoe zit het met herregistratie? Bekijk deze en andere cijfers. De cijfers worden elke maand bijgewerkt*. Geraadpleegd 6 februari 2021, op <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers>.

Coolsma, J. C. (2008). De uitvoering van overheidsbeleid. In A. Hoogerwerf, & M. Herweijer (Eds.), *Overheidsbeleid: een inleiding in de beleidswetenschap* (pp. 119-136). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

De Bruijn, H., & Noordegraaf, M. (2010). *Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken*. Geraadpleegd 6 juli, op

https://www.academiedischspecialisten.nl/wp-content/uploads/2015/07/DeBruijn_Noordegraaf-professionals-vs-managers.pdf.

DeHart-Davis, L., & Pandey, S. (2005). Red tape and public employees: Does perceived rule dysfunction alienate managers? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(1), 133-148.

Doorewaard, H., & Tjemkes, B. (2019). *Praktijkgericht kwantitatief onderzoek: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.

Ewalt, J.A.G., & Jennings, E.T. (2004). Administration, Governance, and Policy Tools in Welfare Policy Implementation. *Public Administration Review*, 64(4), 449-462.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3^e druk). Londen: Sage Publications Ltd.

FNV. (2019). *Eerste staking in de Nederlandse geschiedenis van de jeugdzorg: Duizenden jeugdzorgmedewerkers staken maandag tegen huidig jeugdzorgbeleid en voor goede arbeidsvoorwaarden*. Geraadpleegd 20 mei, op <https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2019/08/eerste-staking-in-de-nederlandse-geschiedenis-van>.

Friele, R.D., Bruning, M.R., Bastiaanssen, I.L.W., de Boer, R., Bucx, A. J. E. H., de Groot, J.F., Pehlivan, T., Rutjes, L., Sondeijker, F., van yperen, T.A., & Hageraats, R. (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.

Friele, R.D., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman R., & Van der Zwaan, J. (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen*. Utrecht: Nivel.

GGZ Nederland. (2017). *Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Helderman, J., Zeitlin, J., & Sabel, C. (2020). *Een analyse van institutionele innovaties en ontwikkelingsmogelijkheden in het Utrechtse Jeugdstelsel*. Nijmegen: Institute for Management Research, Radboud Universiteit.

Hendrikx, W. (2019). *When Policy meets Practice: Professional Identity in a context of Public Management Reform*. Tilburg: Tilburg University.

Herscovitch, L., & Meyer, J.P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 474-487.

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

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2019). *Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd: Toezicht bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Geraadpleegd 20 mei op, <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/11/08/kwetsbare-kinderen-onvoldoende-beschermd>.

Jeugdzorg Nederland. (z.j.). *Onze leden*. Geraadpleegd 25 november 2020, op <https://www.jeugdzorgnederland.nl/onze-leden/>.

Kreulen, K. (z.j.). *Cronbachs Alpha*. Geraadpleegd 20 oktober 2020, op <https://spsshandboek.nl/cronbachs-alpha/>.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

May, P. J., & Winter, S.C. (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), 453-476.

Mclaughlin, K., Osborne, S.P., & Chew, C. (2009). Relationship marketing, relational capital and the future of marketing in public service organizations. *Public Money & Management*, 29(1), 35-42.

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

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2015). *Aanbevelingen voor beleidsonderzoek: Tips van de Wetenschappelijke Commissie Wijkaanpak*. Den Haag: het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, directie Kennis en Verkenningen.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Minder regeldruk meer tijd voor jeugdzorg: Inventarisatie van initiatieven voor minder administratieve lasten in de jeugdzorg*. Den Haag: Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. (2018). *Onderwijs en Zorg*. Tweede Kamer 2018-2019, 31497 nr. 282. Den Haag: SDU.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. (2019). *Wet op de expertisecentra*. Geraadpleegd 29 juli 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0003549/2019-08-01>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2018). *Actieprogramma: Zorg voor de Jeugd*. Tweede Kamer 2017-2018, 34880, nr.3. Den Haag: SDU.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019a). *Zorgverzekeringswet*. Geraadpleegd 26 juli 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2019-03-09>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019b). *Jeugdwet*. Geraadpleegd 29 juli 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2019-03-09>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019c). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Geraadpleegd 29 juli 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2019-07-01>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019d). *Wet langdurige zorg*. Geraadpleegd 29 juli 2019, op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-07-01>.

Nederlands Instituut van Psychologen. (2018). *Evaluatie Jeugdwet: De stem van de professional*. Geraadpleegd 20 mei 2020, op <https://professionaliseringjeugdhulp.nl/assets/pdf-overig/PJJ-1803-Evaluatie-jeugdwet-digitaal-def.pdf>.

Nederlands Jeugdinstituut. (2019). *Quickscan: Inzet van zorg in onderwijstijd bij 90 scholen voor speciaal onderwijs*. Geraadpleegd 5 juni 2019, op <https://www.nji.nl/nl/Quickscan-rapportage-Inzet-van-zorg-in-onderwijstijd-bij-90-scholen-voor-speciaal-onderwijs.pdf>.

Nederlands Jeugdinstituut. (z.j.). *Transformatie jeugdhulp: Jeugdwet*. Geraadpleegd 23 oktober 2020, op <https://www.nji.nl/Jeugdwet>.

Noordegraaf, M., & Siderius, K. (2016). *Perspectieven op publieke professionaliteit: Van professionals (in organisaties) naar organiserende professionaliteit*. Geraadpleegd 23 oktober 2019, op <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/342238>.

Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. (2010). Administrative burdens for public professionals: Facts and fiction. In T. Jansen, G. van den Brink & J. Kole (Eds.), *Professional pride. A powerful force. Introduction* (pp.104-117). Amsterdam: Boom.

Noordegraaf, M., Van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015). *Professioneel vermogen in het primair onderwijs: Over hoe leerkrachten betekenisvolle en vitale bijdragen (kunnen) leveren aan onderwijskwaliteit*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap.

NOS. (2019). *Vernietigend inspectierapport over jeugdzorg; kabinet grijpt in*. Geraadpleegd 13 juli 2020, op <https://nos.nl/artikel/2309507-vernietigend-inspectierapport-over-jeugdzorg-kabinet-grijpt-in.html>.

NRC. (2019). *Te vaak is het de Jeugdzorg zelf die kinderen beschadigt*. Geraadpleegd 13 juli 2020, op <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/03/01/wij-gaan-voor-je-zorgen-maar-hoe-a3848086>.

Osborne, S.P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377-387.

Osborne, S.P. (2010). Delivering Public Services: Time for a new theory? *Public Management Review*, 12(1), 1-10.

Peeters, R., Zunderdorp, M., Lamers, M., & Rats, E. (2018). *Mét andere ogen: Advies voor versnelling en bestending van de samenwerking onderwijs-zorg-jeugd*. Geraadpleegd 10 mei 2020, op https://www.poraad.nl/files/themas/passend_onderwijs/met_andere_ogen.pdf.

PO-Raad. (2018). *Bekostiging samenwerkingsverband passend onderwijs PO*. Geraadpleegd 31 juli 2019, op https://www.poraad.nl/files/themas/passend_onderwijs/tools/bekostiging_samenwerkingsverband_passend_onderwijs_po_8okt2018.pdf.

Punch, K, F. (2003). *Survey Research: The basis*. Londen: SAGE Publications.

Rijksoverheid. (z.j.a). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Geraadpleegd 3 juni 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>.

Rijksoverheid. (z.j.b). *Toelating leerling tot het speciaal onderwijs*. Geraadpleegd 5 juli 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/wetten-en-regelingen/productbeschrijvingen/toelating-leerling-tot-het-speciaal-onderwijs>.

Rijksoverheid. (z.j.c). *Zorgplicht en samenwerken scholen in passend onderwijs*. Geraadpleegd 31 juli 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/zorgplicht-en-samenwerken-scholen-passend-onderwijsverantwoordelijkheid-van-de-scholen>.

Rijksoverheid. (z.j.d). *Wat is het verschil tussen een persoonsgebondenbudget (pgb) en zorg in natura?* Geraadpleegd 5 juli 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>.

Rijksoverheid. (z.j.e). *Wet Langdurige Zorg (Wlz)*. Geraadpleegd 6 juli 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>.

Rijksoverheid. (z.j.f). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd 6 augustus 2019, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>.

Ringeling. (1978). *Beleidsvrijheid van ambtenaren: het spijtoptantenprobleem als illustratie van de activiteiten van ambtenaren bij de uitvoering van beleid*. Alphen aan den Rijn: Samson.

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

Smeets, E., & Van Veen, D. (2018). *Samenwerking tussen onderwijs, gemeenten en jeugdhulp: Onderzoek naar succesfactoren in praktijkvoorbeelden*. Geraadpleegd 9 juli 2020, op <https://www.kbanijmegen.nl/doc/pdf/Samenwerking-tussen-onderwijs-gemeenten-en-jeugdhulp.pdf>.

Te Grotenhuis, M., & Matthijssen, A. (2013). *Basiscursus SPSS v 20-21*. (Vijfde druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Tummers, L.G., & Bekkers, V.J.J.M. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.

Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M., & Steijn, A.J. (2009). Beleidsvervreemding van publieke professionals: Theoretisch raamwerk en een casus over verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. *Beleid en Maatschappij*, 36(2), 104-116.

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. (2012a). Beleidsvervreemding in de gezondheidszorg: De ervaringen van verloskundigen en echoscopisten met overheidsbeleid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 28(3), 332-352.

Tummers, L.G. (2012b). Policy alienation of public professionals: The construct and its measurement. *Public Administration Review*, 72(4), 516-525.

Tummers, L.G. (2014). Verandermanagement en beleid: Waarom vertonen professionals weerstand tegen nieuw beleid? *Bestuurskunde*, 23(2), 49-60.

Van Loon, N.M., & Noordegraaf, M. (2014). Professionals onder druk op professionele tegendruk? Gebalanceerde motivatie voor de publieke zaak in professionele dienstverlening. *Beleid en Maatschappij*, 41 (3), 205-225.

Van Vijfeijken, M., & Van den Wijngaart, M. (2012). *Samenwerking onderwijs en zorg Evaluatie van een samenwerkingsverband tussen een (jeugd) hulpverleningsinstelling en scholen voor speciaal onderwijs*. Tilburg: IVA-beleidsonderzoek en advies.

Vedung, E. (2015). Autonomy and street-level bureaucrats' coping strategies. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 1(2), 15-19.

Vennix, J.A.M. (2011). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. (vijfde druk). Harlow: Pearson Education.

Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

VNG. (2017). *Kaart van 42 zorgregio's*. Geraadpleegd 10 oktober 2020, op <https://vng.nl/publicaties/kaart-van-42-jeugdregios>.

Wilensky, H L. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70 (2), 137-158.

Zorg en Welzijn. (2020). *Waarom de Jeugdwet faalt*. Geraadpleegd 13 juli 2020, op <https://www.zorgwelzijn.nl/waarom-de-jeugdwet-faalt/>.

Overzicht noten

¹ Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over de casus (de Jeugdwet binnen zorg in onderwijstijd), wordt specifiek het *zorg in onderwijstijdbeleid* benoemd.

² Zoals beschreven, zijn een groot aantal actoren werkzaam binnen zorg in onderwijstijd. De onderzoekspopulatie van dit onderzoek, zorg- en onderwijsprofessionals die werkzaam zijn binnen het zorg in onderwijstijdbeleid, wordt in hoofdstuk vier uitgewerkt.

³ De nulhypothese worden in paragraaf 4.4 beschreven.

⁴ Volgens onderzoekers zou feitelijke beleidsvrijheid eventueel ook een effect kunnen hebben op de afhankelijke variabele implementatiebereidheid. Voor dit onderzoek blijkt dit eventuele effect niet relevant, omdat dit effect enkel ontstaat door subjectieve beleidsvrijheid, ofwel de perceptie van de professional op de mate van beleidsvrijheid. In de wet kan beschreven staan dat er sprake is van een zekere mate van beleidsvrijheid, maar wanneer de professionals deze beleidsvrijheid niet ervaren, maakt dat geen verschil voor het effect van beleidsvrijheid op de implementatiebereidheid. De ervaren, of subjectieve, beleidsvrijheid heeft uiteindelijk invloed op de implementatiebereidheid (Tummers, 2012a; 2014, Tummers & Bekkers, 2014; Blauner, 1964).

⁵ Op de website van Jeugdzorg Nederland staat een overzicht van alle aangesloten organisaties. Alle relevante organisaties onder het kopje “Jeugd & Opvoedhulp” zijn benaderd via de mail en/of LinkedIn (Jeugdzorg Nederland, z.j.).

⁶ De berichten die naar respondenten zijn gestuurd, via de mail of LinkedIn, zijn terug te vinden in Bijlage I.

⁷ In het algemene deel van de survey werden vragen gesteld over het geslacht, de leeftijd, het type professional (zorg of onderwijs), de functie, het type school (cluster 3 en/of 4 school), het aantal dienstjaren van de respondent en in welke zorgregio de respondent werkzaam is (alle 42 zorgregio's werden als optie gegeven en ook de optie om 'anders, namelijk' in te vullen).

⁸ Wanneer de respondent de voorkeur bood aan anonimiteit, hoefde deze vragen ingevuld te worden.

⁹ Meer uitleg over vraag 38 volgt in tabel 5.

¹⁰ De regio's staan uitgewerkt in de survey in Bijlage II.

¹¹ Uiteindelijk is gekozen om de laatste vraag niet meer mee te nemen in de analyse. Hoewel onderzoekers vaker slechts een onderdeel, zoals het continuüm, van het model van Herscovitch en Meyer (2002) gebruiken om implementatiebereidheid te meten (Tummers, 2012a), werd deze schaal niet voldoende geacht voor dit onderzoek. Doordat het continuüm onderdeel is van een groter model met meerdere stellingen die tezamen implementatiebereidheid meten, blijkt het gebruik van slechts één onderdeel van dat model niet genoeg. Er wordt in dit onderdeel maar één vraag gesteld die betrekking heeft op een score voor het beleid. Herscovitch en Meyer (2002) maken weliswaar onderscheid tussen de scores en daarbij horende analyse (zie tabel 5), maar in hoeverre een professional bereid is om het beleid te implementeren, vergt meer onderzoek dan slechts een score voor het beleid. Metselaar (1997) onderzoekt aan de hand van vier concrete stellingen over het implementeren van beleid in hoeverre er sprake is van implementatiebereidheid. Tevens is het overzichtelijker voor het onderzoek om met één afhankelijke variabele te werken. Het model van Metselaar (1997) is dan ook het enige construct wat gebruikt is om implementatiebereidheid te analyseren.

Bijlage I – Berichten deelname survey aan respondenten

1. Mail naar organisaties

Geachte heer/mevrouw,

Via deze weg wil ik u om hulp vragen voor mijn afstudeeronderzoek.

Voor mijn masterthesis Bestuurskunde (Radboud Universiteit) doe ik onderzoek naar het zorg in onderwijstijdbeleid. Het gaat om een onderzoek naar de blik van professionals op het zorg in onderwijstijdbeleid, hoe ervaren zij (de werkzaamheid van) dit beleid.

Momenteel ben ik bezig met de verspreiding van mijn survey en ik wil u dan ook vragen of u mijn survey in kunt vullen en kunt verspreiden onder andere zorgprofessionals (en onderwijsprofessionals) binnen uw organisatie?

De link naar de survey vindt u hier: https://fmru.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_85DrwJMDIRJZChT

Mocht u nog vragen, tips of handige contacten hebben, dan hoor ik het graag!

Met vriendelijke groet,

Juul van Tilburg

2. LinkedIn bericht

Dag [naam respondent], via deze weg vraag ik je hulp voor mijn afstudeeronderzoek. Het gaat om een onderzoek naar de blik van zorg- en onderwijsprofessionals op het zorg in onderwijstijdbeleid. Zou je me willen helpen door de survey in te vullen en te verspreiden onder collega's? Alvast bedankt!

De link naar de survey: https://fmru.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_85DrwJMDIRJZChT

Met vriendelijke groet,

Juul van Tilburg

Survey - Zorg in Onderwijstijdbeleid

Beste respondent,

Allereerst bedankt voor uw deelname aan dit afstudeeronderzoek. Het invullen van de survey duurt ongeveer tien minuten en de antwoorden zijn noch goed noch fout. De resultaten van de survey worden anoniem verwerkt en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. De bevindingen uit de survey worden gebruikt om de relatie tussen beleidsvervreemding en implementatiebereidheid te onderzoeken onder zorg- en onderwijsprofessionals werkzaam binnen **het zorg in onderwijstijdbeleid**.

Beleidsvervreemding gaat over de mate waarin een professional ervaart dat hij of zij invloed kan uitoefenen op een beleid en een beleid zinvol acht voor cliënt/leerling en maatschappij. De *implementatiebereidheid* betreft de mate waarin een professional bereid is het opgestelde beleid te implementeren. Naar aanleiding van de resultaten uit dit survey, worden concrete aanbevelingen uitgebracht aan lokale overheden over verbeteringen in het zorg in onderwijstijdbeleid.

Heeft u vragen of opmerkingen naar aanleiding van de survey of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de ondergetekende onderzoeker.

Met vriendelijke groet,
Juul van Tilburg
juulvtilburg@gmail.com

Let op! Deze survey is bedoeld voor zorg- en onderwijsprofessionals die werkzaam zijn binnen het zorg in onderwijstijdbeleid, zoals (GGZ-)psychologen, verplegers, zorgcoördinatoren en docenten en directeuren werkzaam binnen het speciaal basis- of voortgezet onderwijs (SBO, SO, VSO)/ (cluster 3 en/of 4 scholen).

(!) Wat is het zorg in onderwijstijdbeleid?

Sommige kinderen zijn aangewezen op extra ondersteuning vanuit de zorg. Dit kan zijn vanuit de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarnaast speelt Passend Onderwijs een grote rol binnen het zorg in onderwijstijdbeleid. Voor een deel van deze kinderen geldt dat deze zorg ook onder onderwijstijd moet doorgaan in de vorm van begeleiding, persoonlijke verzorging en/of verpleging.

Het zorg in onderwijstijdbeleid heeft grote veranderingen doorgemaakt door de decentralisaties van bovengenoemde wetten. In dit onderzoek wordt gekeken naar de ervaring van professionals met (deze veranderingen in) het zorg in onderwijstijdbeleid.

Start van blok: Algemene vragen

Q0: Naam (optioneel):

Q1: Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders, namelijk: _____

Q2: Wat is uw leeftijd?

Q3: Bent u een zorg- of onderwijsprofessional?

- ☐ Zorgprofessional
- ☐ Onderwijsprofessional

Q4: Wat is uw functie?

- ☐ GGZ-psycholoog
- ☐ Psycholoog
- ☐ Zorgcoördinator
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Docent speciaal basisonderwijs
- ☐ Docent speciaal voortgezet onderwijs
- ☐ Directeur school voor speciaal basisonderwijs
- ☐ Directeur school voor voortgezet speciaal onderwijs
- ☐ Anders, namelijk: _____
-

Q5: Bent u werkzaam op/ of werkt u samen met onderwijsprofessionals van een:

- ☐ Cluster 3 school
- ☐ Cluster 4 school
- ☐ Cluster 3 en 4 school (de school of scholen is/zijn zowel een cluster 3 als 4 school/scholen)

Q6: Hoelang bent u al in dienst bij uw huidige baan?

- ☐ Minder dan 2 jaar
- ☐ Meer dan 2 jaar
- ☐ Meer dan 5 jaar
- ☐ Meer dan 10 jaar

Q7: In welke regio (samenwerkingsverband) bent u werkzaam?

Mocht uw werkzaam zijn binnen meerdere samenwerkingsverbanden/regio's, dan kunt u meerdere antwoorden aanklikken.

- ☐ Regio Achterhoek
- ☐ Regio Amsterdam - Amstelland
- ☐ Regio Drenthe
- ☐ Regio Eemland
- ☐ Regio Flevoland
- ☐ Regio Food Valley
- ☐ Regio Friesland
- ☐ Regio Gooi - en Vechtstreek
- ☐ Regio Groningen
- ☐ Regio Haarlemmermeer
- ☐ Regio Holland - Rijnmond
- ☐ Regio IJsselland

- ☐ Regio Kop van Noord - Holland
- ☐ Regio Lekstroom
- ☐ Regio Midden Brabant
- ☐ Regio Midden IJssel/Oost Veluwe
- ☐ Regio Midden - Holland
- ☐ Regio Midden Kennemerland (IJmond)
- ☐ Regio Midden - Limburg Oost
- ☐ Regio Midden - Limburg West
- ☐ Regio Noord Limburg
- ☐ Regio Noord Veluwe
- ☐ Regio Noord - Oost Brabant
- ☐ Regio Alkmaar/Noord - Kennemerland
- ☐ Regio Arnhem
- ☐ Regio Nijmegen
- ☐ Regio Rivierenland
- ☐ Stadsregio Haaglanden
- ☐ Stadsregio Rijnmond
- ☐ Regio Twente

- ☐ Regio Utrecht stad
- ☐ Regio Utrecht West
- ☐ Regio West - Brabant Oost
- ☐ Regio West - Brabant West
- ☐ Regio West - Friesland West
- ☐ Regio Zaanstreek - Waterland
- ☐ Regio Zeeland
- ☐ Regio Zuid - Holland Zuid
- ☐ Regio Zuid - Kennemerland
- ☐ Regio Zuid - Limburg
- ☐ Regio Zuid - Oost Brabant
- ☐ Regio Zuid - Oost Brabant
- ☐ Anders, namelijk: _____

Einde blok: Algemene vragen

Op basis van keuze voor zorg- of onderwijsprofessional bij vraag 3, wordt een van de volgende blokken weergegeven.

U bent een ZORGprofessional. Dat betekent dat de volgende vragen gaan over u en uw collega ZORGprofessionals.

U bent een ONDERWIJSprofessional. Dat betekent dat de volgende vragen gaan over u en uw collega ONDERWIJSprofessionals.

Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Strategische invloed

De volgende vragen gaan over de mate waarin u vindt dat zorg- en onderwijsprofessionalinvloed hadden op de inhoud van zorg in onderwijstijdbeleid, zoals vastgesteld in wet- en regelgeving gemaakt op nationaal niveau, sinds de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q8: Zorg-/onderwijsprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om het zorg in onderwijstijdbeleid te beïnvloeden.	☐	☐	☐	☐	☐
Q9: Zorg-/ en onderwijsprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid.	☐	☐	☐	☐	☐
Q10: Zorg-/onderwijsprofessionals konden de ontwikkeling van het zorg in onderwijstijdbeleid op nationaal niveau helemaal niet beïnvloeden.	☐	☐	☐	☐	☐
Q11: Politici hebben tijdens het opzetten van het zorg in onderwijstijdbeleid helemaal niet geluisterd naar zorg-/onderwijsprofessionals.	☐	☐	☐	☐	☐
Q12: Zorg-/onderwijsprofessionals hebben, via professionele	☐	☐	☐	☐	☐

verenigingen, actief meegedacht over de opzet van het zorg in onderwijstijdbeleid.

Q13: Zorg-/onderwijsprofessionals konden op landelijk niveau meebeslissen hoe het zorg in onderwijstijdbeleid werd opgezet.



Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Tactische invloed

De volgende vragen gaan over de mate waarin u vindt dat zorg- en onderwijsprofessionals invloed hadden op de manier waarop uw organisatie het zorg in onderwijstijdbeleid heeft geïmplementeerd sinds de decentralisatie van de jeugdwet in 2015.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q14: In mijn organisatie konden vooral zorg-/onderwijsprofessionals bepalen hoe het beleid werd uitgewerkt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q15: In mijn organisatie hebben zorg-/onderwijsprofessionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van het zorg in onderwijstijdbeleid.	☐	☐	☐	☐	☐
Q16: Het management van mijn organisatie hadden zorg-/onderwijsprofessionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van het zorg in onderwijstijdbeleid.	☐	☐	☐	☐	☐
Q17: Bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid werd in mijn organisatie helemaal niet naar zorg-/onderwijsprofessionals geluisterd.	☐	☐	☐	☐	☐
Q18: Ik en mijn collega's (zorg-/onderwijsprofessionals) stonden compleet machteloos bij de invoering van het zorg in onderwijstijdbeleid.	☐	☐	☐	☐	☐
Q19: In mijn organisatie konden zorg-/onderwijsprofessionals meepraten over de	☐	☐	☐	☐	☐

Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Operationele invloed

De volgende vragen gaan over uw ervaring als zorg- of onderwijsprofessional met het zorg in onderwijstijdbeleid sinds de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q20: Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met het zorg in onderwijstijdbeleid omga.	☐	☐	☐	☐	☐
Q21: In mijn dagelijkse werkzaamheden sluit het zorg in onderwijstijdbeleid goed aan op de behoeften van de leerling of cliënt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q22: Tijdens mijn dagelijkse werkzaamheden met het zorg in onderwijstijdbeleid kan ik mijn eigen afwegingen maken.	☐	☐	☐	☐	☐
Q23: Als ik met het zorg in onderwijstijdbeleid werk, moet ik me aan strakke procedures houden.	☐	☐	☐	☐	☐
Q24: In mijn dagelijkse werk met	☐	☐	☐	☐	☐

het zorg in
onderwijstijdbeleid,
kan ik weinig
maatwerk leveren
aan mijn leerlingen/
cliënten.

Q25: Werken met
het zorg in
onderwijstijdbeleid
voelt als een harnas
waarin ik me goed
kan bewegen.



Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Zorg in onderwijstijdbeleid en de samenleving

De volgende vragen gaan over uw mening over de toegevoegde waarde van het huidige zorg in onderwijstijdbeleid.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q26: Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid op de lange termijn leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q27: Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid op de korte termijn leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q28: Ik vind dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid nu al leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q29: Alles bij elkaar genomen, denk ik dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid leidt tot betere Jeugdhulp op maat die de ontwikkeling van kinderen ondersteunt.	☐	☐	☐	☐	☐

Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Zorg in onderwijstijdbeleid en cliënten

De volgende vragen gaan over uw mening over de toegevoegde waarde van het huidige zorg in onderwijstijdbeleid voor uw cliënten of leerlingen.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q30: Dankzij het huidige zorg in onderwijstijdbeleid kan ik de problemen van mijn leerlingen/ cliënten beter oplossen.	☐	☐	☐	☐	☐
Q31: Het huidige zorg in onderwijstijdbeleid is bevorderlijk voor het welzijn van mijn leerlingen/ cliënten.	☐	☐	☐	☐	☐
Q32: Het huidige zorg in onderwijstijdbeleid zorgt ervoor dat ik leerlingen/ cliënten efficiënter kan helpen.	☐	☐	☐	☐	☐
Q33: Ik denk dat het huidige zorg in onderwijstijdbeleid uiteindelijk goed is voor mijn leerlingen/ cliënten.	☐	☐	☐	☐	☐

Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Implementatiebereidheid

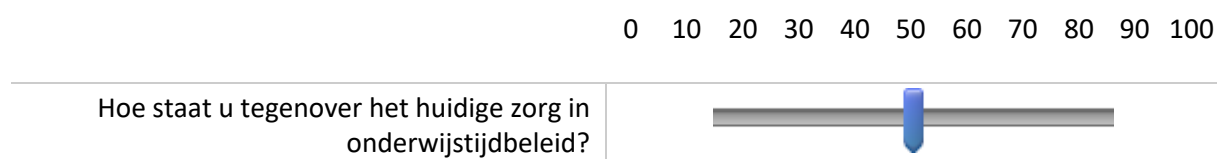
De volgende vragen gaan over de manier waarop u als zorg- of onderwijsprofessional omgaat met het zorg in onderwijstijdbeleid.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q34: Ik probeer collega zorg-/onderwijsprofessionals te overtuigen van de voordelen die het huidige zorg in onderwijstijdbeleid met zich meebrengt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q35: Ik zet me in om de doelen van het huidige zorg in onderwijstijdbeleid te behalen.	☐	☐	☐	☐	☐
Q36: Ik probeer weerstand tegen het huidige beleid onder collega zorg-/onderwijsprofessionals te verminderen.	☐	☐	☐	☐	☐
Q37: Ik maak tijd vrij om het huidige zorg in onderwijstijdbeleid en de veranderingen die daarmee gepaard gaan, te implementeren.	☐	☐	☐	☐	☐

De beantwoording van de volgende vraag gaat om een score van 0 (volledige weerstand) tot 100 (volledige steun).

Q38: Hoe staat u tegenover het huidige zorg in onderwijstijdbeleid?

Geef een score aan van 0 (ik sta totaal niet achter het huidige zorg in onderwijstijdbeleid) tot 100 (ik sta volledig achter het huidige zorg in onderwijstijdbeleid)¹¹



Let op! Alle vragen in deze survey hebben betrekking op het zorg in onderwijstijdbeleid na de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 tot heden.

Hieronder wordt u een aantal vragen gesteld over administratieve lasten, financiële middelen, prestatiemeting en de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals.

¹¹ Uiteindelijk is gekozen om de laatste vraag niet meer mee te nemen in de analyse. Hoewel onderzoekers vaker slechts een onderdeel, zoals het continuüm, van het model van Herscovitch en Meyer (2002) gebruiken om implementatiebereidheid te meten (Tummers, 2012a), werd deze schaal niet voldoende geacht voor dit onderzoek. Doordat het continuüm onderdeel is van een groter model met meerdere stellingen die tezamen implementatiebereidheid meten, blijkt het gebruik van slechts één onderdeel van dat model niet genoeg. Er wordt in dit onderdeel maar één vraag gesteld die betrekking heeft op een score voor het beleid. Herscovitch en Meyer (2002) maken weliswaar onderscheid tussen de scores en daarbij horende analyse (zie tabel 5), maar in hoeverre een professional bereid is om het beleid te implementeren, vergt meer onderzoek dan slechts een score voor het beleid. Metselaar (1997) onderzoekt aan de hand van vier concrete stellingen over het implementeren van beleid in hoeverre er sprake is van implementatiebereidheid. Tevens is het overzichtelijker voor het onderzoek om met één afhankelijke variabele te werken. Het model van Metselaar (1997) is dan ook het enige construct wat gebruikt is om implementatiebereidheid te analyseren.

	Zeer mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Q39: De administratieve last is te hoog in mijn dagelijks werk.	☐	☐	☐	☐	☐
Q40: Ik heb het gevoel dat ik mijn dagelijkse werkzaamheden niet goed kan uitvoeren door de hoeveelheid aan administratieve lasten.	☐	☐	☐	☐	☐
Q41: Ik ervaar stress in mijn dagelijks werk door administratieve lasten.	☐	☐	☐	☐	☐
Q42: Er zijn genoeg financiële middelen beschikbaar om mijn dagelijks werk uit te voeren op de manier die ik geschikt acht.	☐	☐	☐	☐	☐
Q43: De behoeften van mijn cliënten/leerlingen sluiten goed aan bij de financiële middelen die het zorg in onderwijstijdbeleid biedt.	☐	☐	☐	☐	☐
Q44: In mijn dagelijkse werkzaamheden moet ik rekening houden met outputdoelstellingen, als cliënttevredenheid.	☐	☐	☐	☐	☐
Q45: Mijn werkzaamheden worden vaker gemeten aan de hand van prestatiemetingen sinds de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015.	☐	☐	☐	☐	☐
Q46: De samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals berust op een gedeelde urgentie en onderlinge afhankelijkheid.	☐	☐	☐	☐	☐

Q47: De samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals berust op een gedeelde visie en doelen.

☐☐☐☐☐

Q48: Tijdens de samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals merk ik dat men open communiceert en reflecteert op de samenwerking.

☐☐☐☐☐

Q49: Alles bij elkaar genomen denk ik dat de decentralisatie van de Jeugdwet in 2015 heeft geleid tot een betere samenwerking tussen zorg- en onderwijsprofessionals binnen het zorg- in onderwijsstijdbeleid.

☐☐☐☐☐

Einde survey.

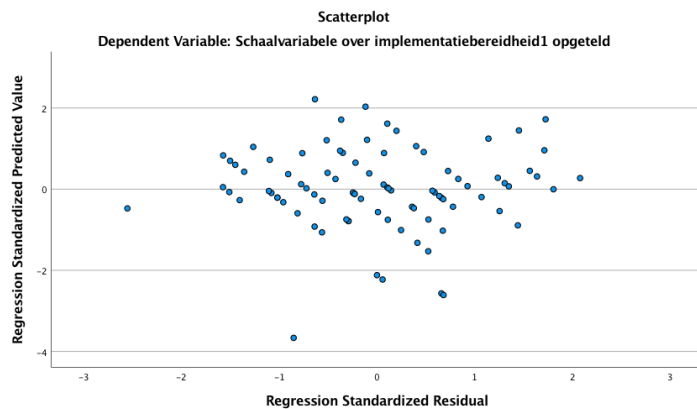
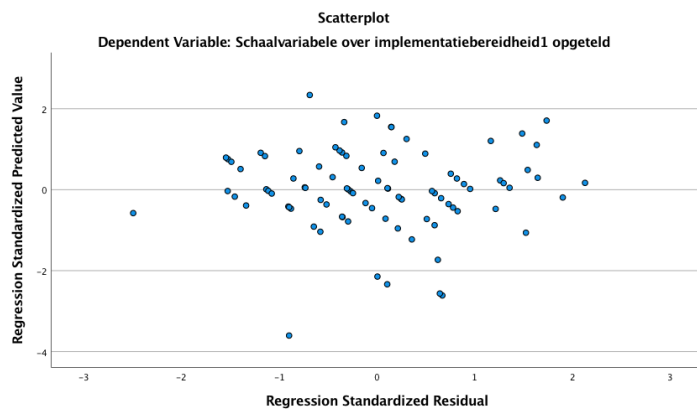
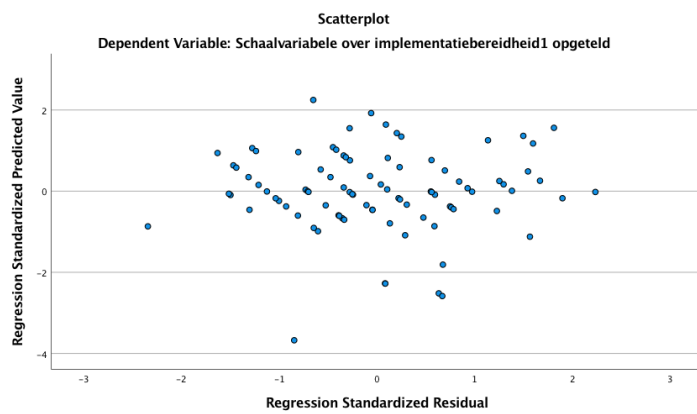
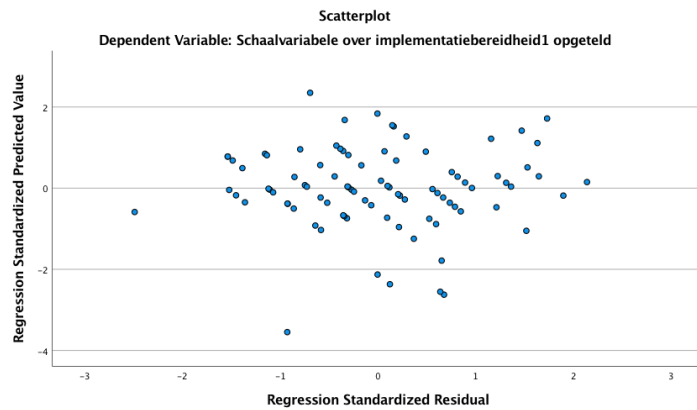
Hartelijk dank voor uw deelname! Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van dit onderzoek, dan kunt u hieronder uw mailadres achterlaten. Uiteraard blijft uw anonimiteit gewaarborgd. Heeft u een vraag of opmerking over de survey of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de onderzoeker via de mail (juulvtilburg@gmail.com).

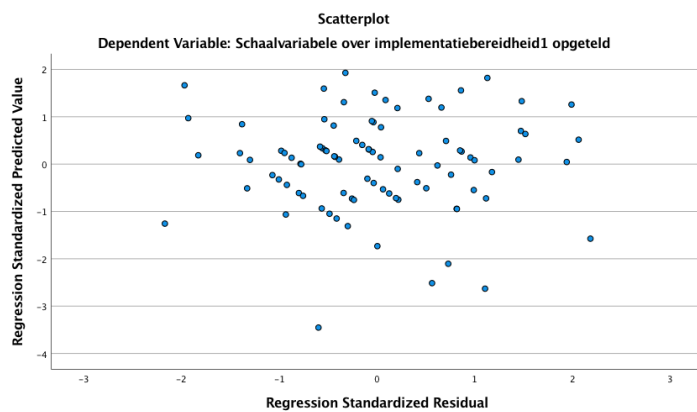
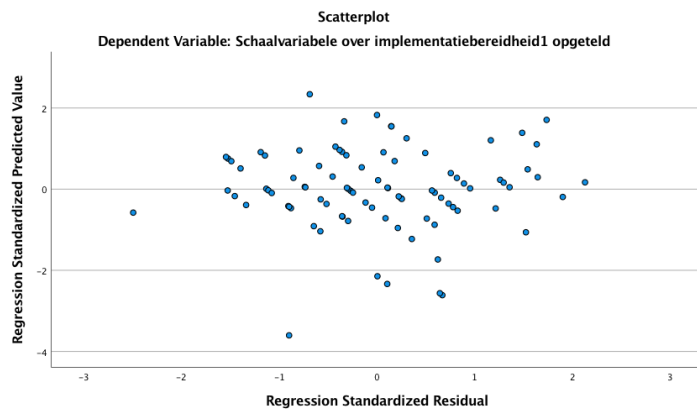
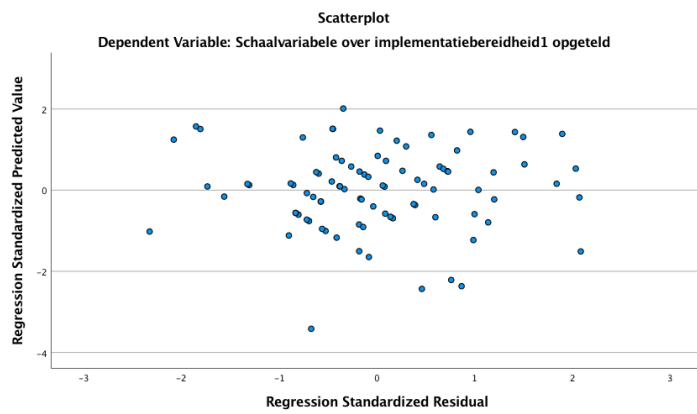
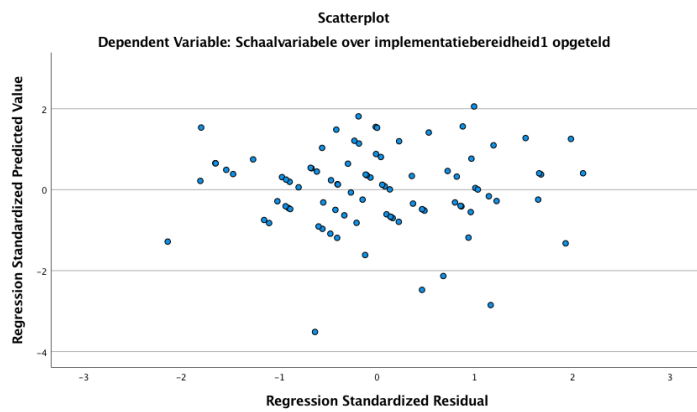
Q50 Mailadres (optioneel):

Assumptie 2 en 3: Durbin Watson en VIF-waarden

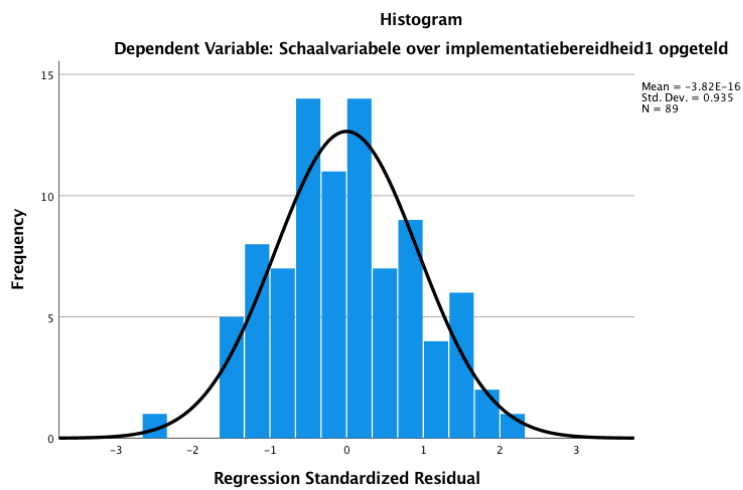
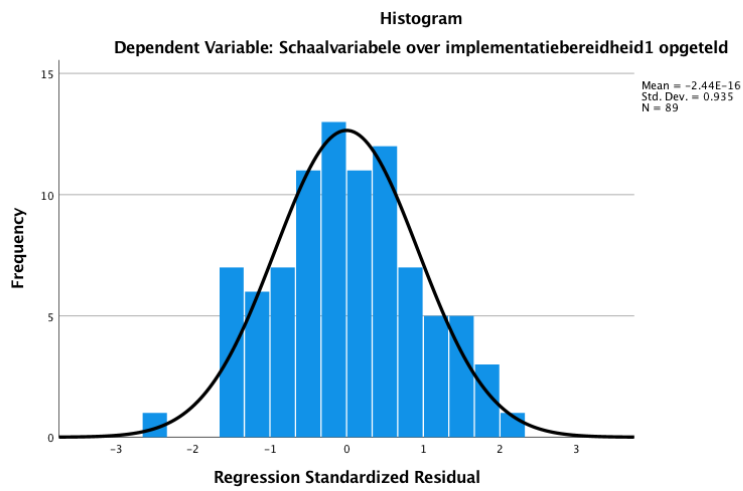
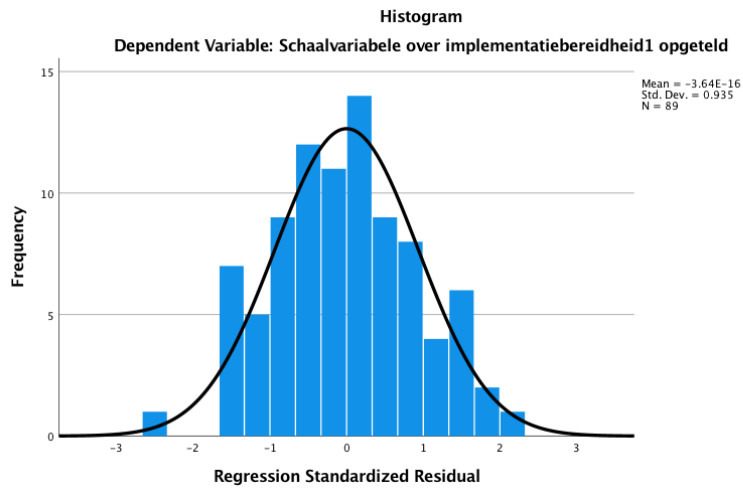
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8
Durbin Watson	2,119	2,138	2,120	2,127	2,216	2,190	2,223	2,174
VIF-Waarden per variabele:								
Strategische machteloosheid	1,480	-	-	-	-	-	-	-
Tactische machteloosheid	-	1,467	-	-	-	-	-	-
Operationele machteloosheid	-	-	1,568	-	-	-	-	-
Machteloosheid	-	-	-	1,844	-	-	-	-
Samenleving zinloosheid	-	-	-	-	1,989	-	-	-
Client zinloosheid	-	-	-	-	-	1,773	-	-
Zinloosheid	-	-	-	-	-	-	2,029	-
Beleidsvervreemding	-	-	-	-	-	-	-	2,288
Geslacht (man=ref)	1,150	1,179	1,156	1,196	1,131	1,129	1,130	1,165
Zorgprofessional (onderwijsprofessional=ref)	1,103	1,088	1,126	1,121	1,105	1,092	1,100	1,122
Administratieve lasten	1,441	1,347	1,385	1,382	1,425	1,352	1,390	1,408
Financiële middelen	1,538	1,569	1,558	1,616	1,687	1,559	1,639	1,684
Samenwerking zorg en onderwijs	1,251	1,378	1,352	1,464	1,478	1,632	1,623	1,682
Type school: Cluster 4 school	2,132	2,256	2,081	2,084	2,105	2,086	2,097	2,079
Type school: Cluster 3 en 4 school (de school of scholen is/zijn zowel een cluster 3 als 4 school/scholen)	2,145	2,185	2,036	2,037	2,119	2,101	2,125	2,054
Dienstjaren: Meer dan 2 jaar	1,473	1,519	1,554	1,540	1,478	1,473	1,475	1,515
Dienstjaren: Meer dan 5 jaar	1,268	1,281	1,274	1,279	1,280	1,284	1,285	1,288
Dienstjaren: Meer dan 10 jaar	1,518	1,513	1,510	1,519	1,510	1,538	1,523	1,527

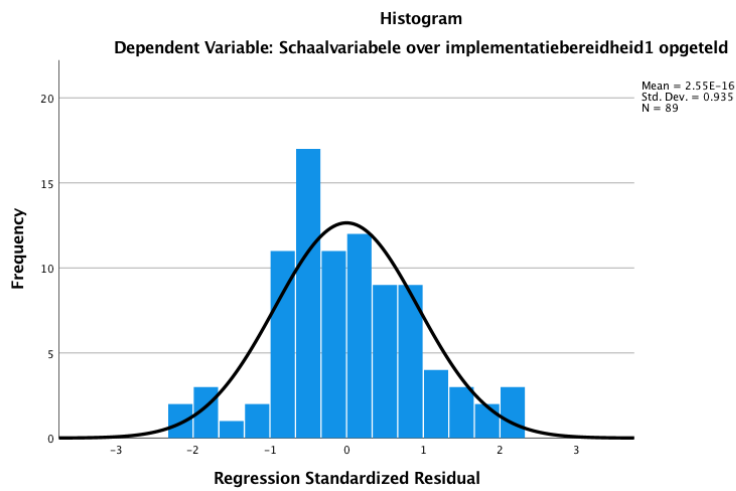
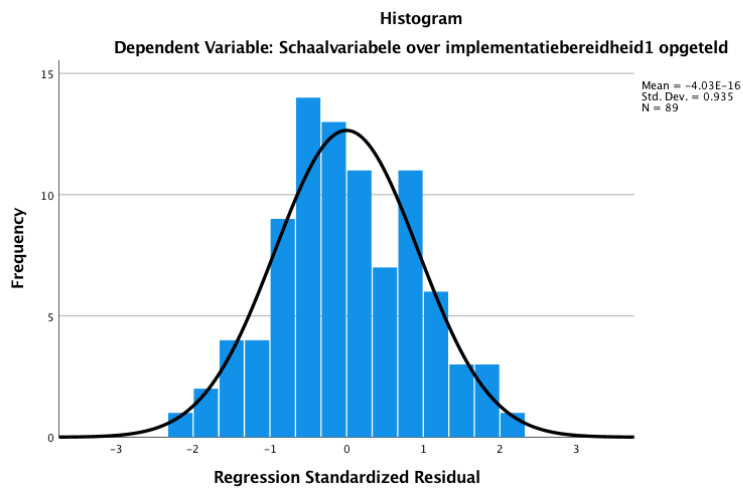
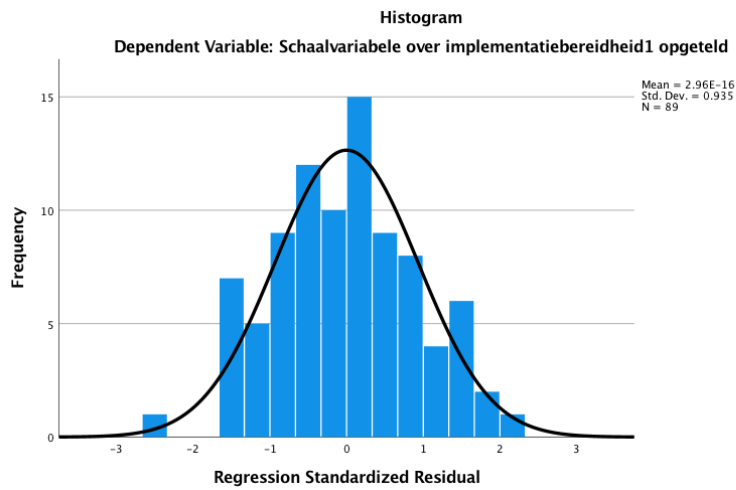
Homoscedasticiteit (scatterplots) model 1 t/m 8:

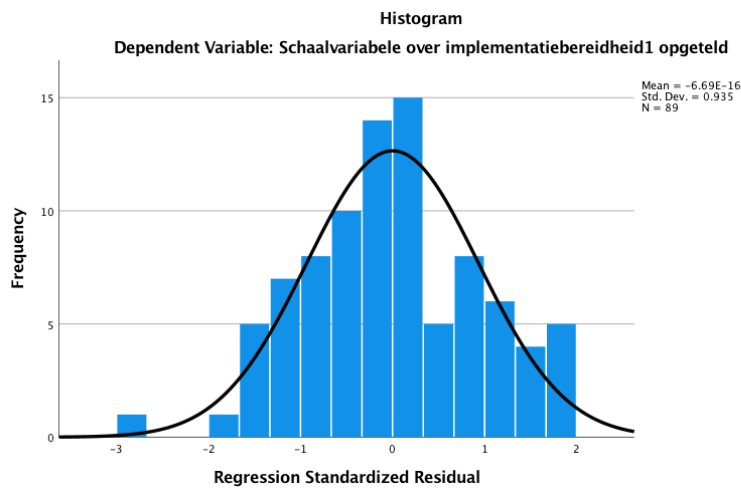
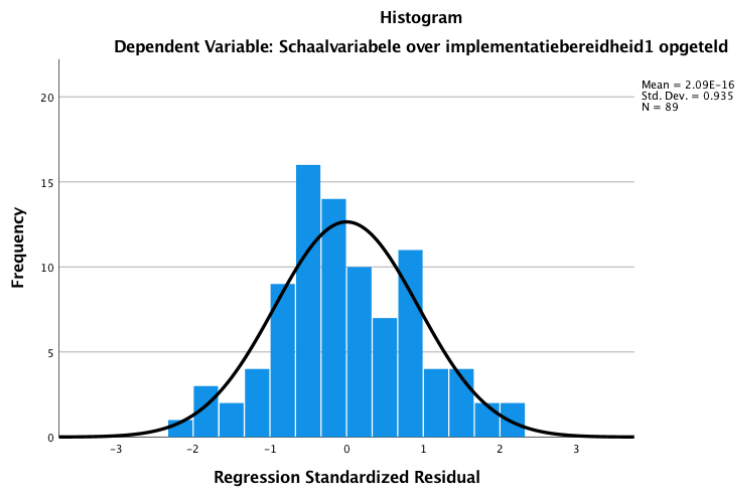




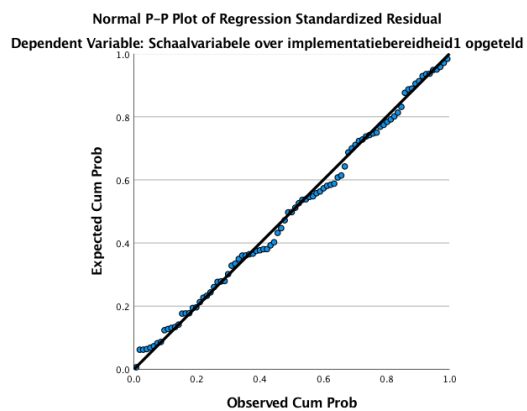
Normale verdeling (histogram) model 1 t/m 8:

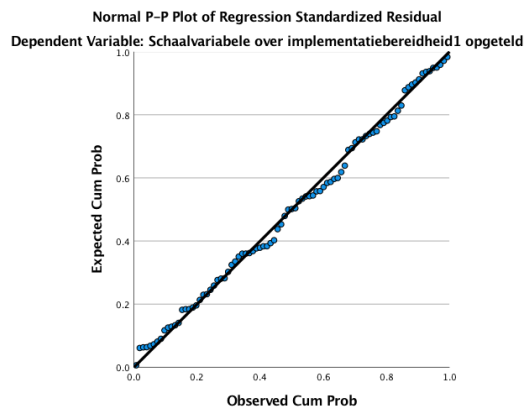
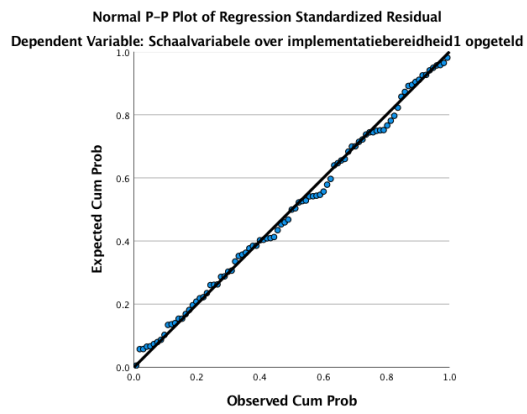
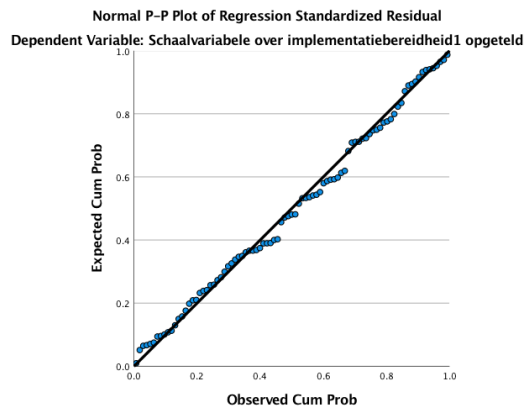


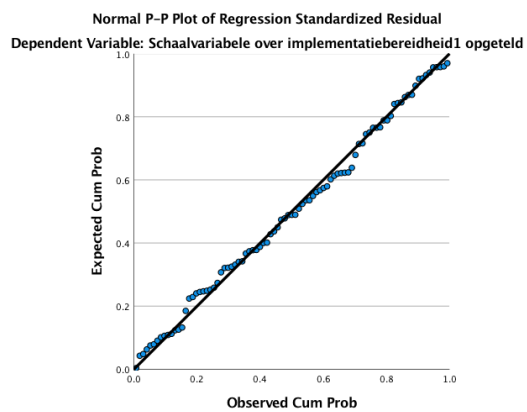
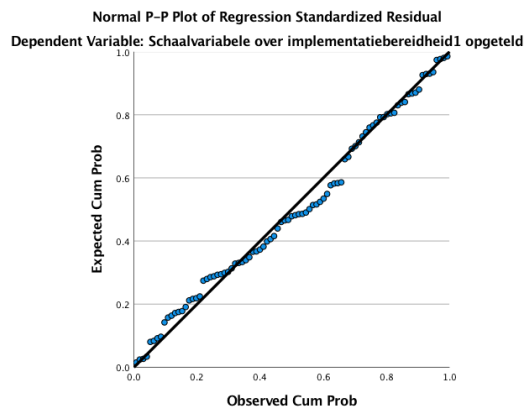
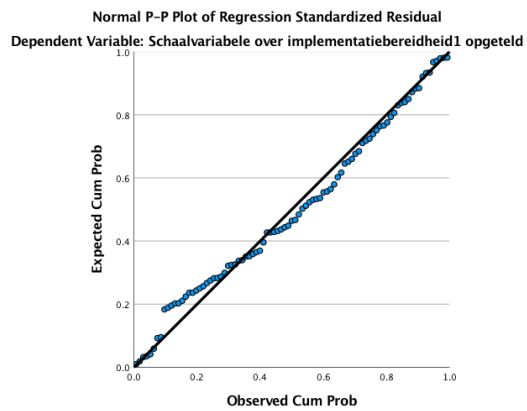
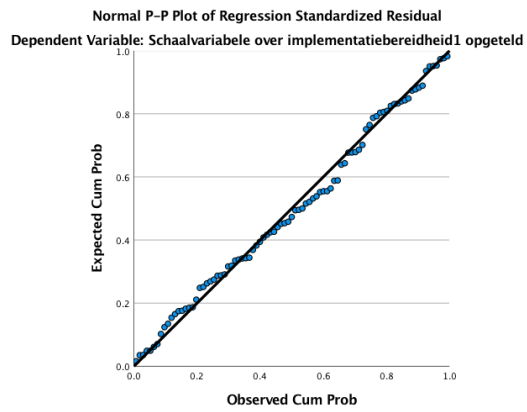




Lineair verband (scatterplot met lineaire lijn) model 1 t/m 8:







Bij deze toetsen werd de significantie gedeeld door 2.

Vershil professionals implementatiebereidheid

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Schaalvariabele over implementatiebereid heid1 opgeteld	Equal variances assumed	.029	.865	.656	87
	Equal variances not assumed			.659	38.762

Vershil professionals beleidsvervreemding

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Variabele die Beleidsvervreemdin g meet	Equal variances assumed	.280	.598	-1.861	87
	Equal variances not assumed			-1.921	40.719

Vershil professionals administratieve lasten

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Controlevariabele die administratieve last meet	Equal variances assumed	.229	.633	1.561	87
	Equal variances not assumed			1.497	35.772

Verschil professionals financiële middelen

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Controlevariabele die Financiële middelen meet	Equal variances assumed	1.383	.243	-.597	87
	Equal variances not assumed			-.625	41.831

Verschil professionals samenwerking zorg/onderwijs

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Controlevariabele die samenwerking OZ meet	Equal variances assumed	4.115	.046	-.207	87
	Equal variances not assumed			-.176	29.949