

GEDEELD LEIDERSCHAP IN DE GEHANDICAPTENZORG

EERLIJK ZULLEN WE DE ZORG(EN) DELEN

MARIJE DE HOOGD





Erasmus
Centrum voor
Zorgbestuur

Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration, Erasmus Universiteit Rotterdam

Eerste begeleider: Prof. dr. Wilma van der Scheer
Tweede begeleider: Dr. Maarten Janssen
Illustratie omslag: Schetsfabriek.nl

Mei 2024
Marije de Hoogd
mdehoogd@hotmail.com

Management samenvatting

De gehandicaptenzorg staat voor grote uitdagingen. De sector heeft te maken met toenemende kosten, personeelstekorten en een hoge zorgwaarde, terwijl de tarieven voor zorgaanbieders laag zijn. Er is een transformatie nodig en een heroriëntatie van zorgorganisaties op hun kernactiviteiten, wat moeilijke keuzes met zich meebrengt. De sector heeft te maken met vele gedeelde zorgen met meerdere probleemeigenaren, wat vraagt om een benadering vanuit gedeeld leiderschap. In dit wederkerige leiderschapsproces wordt door hen die het vraagstuk raakt samengewerkt, om vanuit de eigen rol verantwoordelijkheid te nemen die mogelijk verder reikt dan de primaire verantwoordelijkheid.

Het onderhavige onderzoek heeft als doel om meer inzicht te verkrijgen op de wijze waarop gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg vorm krijgt. Het brengt factoren in beeld die helpen en hinderen bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap en de effecten ervan op de praktijk. Hiermee draagt het onderzoek bij aan het verbreden van de kennis van praktijken van gedeeld leiderschap en de voorwaarden die hieraan bijdragen. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *'Op welke wijze krijgt gedeeld leiderschap vorm in de gehandicaptenzorg en wat helpt en hindert hierbij?'*.

Het kwalitatieve exploratieve onderzoek is opgezet als *casestudy* naar de gehandicaptenzorgsector, waarbij respondenten (N=8) vanuit verschillende rollen in drie organisaties zijn geïnterviewd. Het semigestructureerde interview vond plaats met behulp van een topiclijst, die op basis van een theoretisch conceptueel model is opgesteld.

Op basis van het onderzoek kan worden gesteld dat het belang van gedeeld leiderschap binnen de gehandicaptenzorg wordt onderschreven. Op alle niveaus, van de directe cliëntenzorg tot op landelijk niveau, worden relevante vraagstukken benoemd. Voornamelijk de herdefiniëring van zorg, onder andere door meer netwerksamenwerking, wordt als een vraagstuk gezien dat bij uitstek vanuit gedeeld leiderschap moet worden gezien. Het concept wordt gedefinieerd als het delen van verantwoordelijkheden, betekenis, zichtbaarheid en kennis.

Factoren die helpen om gedeeld leiderschap tot stand te laten komen zijn onder te verdelen in de wijze waarop een vraagstuk wordt benaderd, vaardigheden en verschillende randvoorwaarden. Daarbij kan gedacht worden aan capabele en beschikbare mensen, voldoende tijd en nabijheid waardoor verbinding kan ontstaan. De organisatie van processen en het borgen van inbreng van betrokkenen in de formele structuur kan ondersteunend zijn. Tot slot is durf nodig om invloed te pakken waar hij nog beperkt is, maar ook te begrenzen waar nodig. Hinderende factoren zijn onder andere systeembelemmingen zoals wet- en regelgeving, ervaren financiële druk en tijdsdruk, wat leidt tot naar binnen gerichte organisaties en een concurrerende denkwijze.

De effecten van gedeeld leiderschap op persoonlijk niveau omvatten een groter gevoel van competentie, verbondenheid, autonomie, en meer draagkracht bij medewerkers. Op organisatieniveau brengt gedeeld leiderschap energie en draagt het bij aan de effectiviteit van strategie-implementatie, verbondenheid, personeelsbinding, en het vinden van effectieve oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen. Daarnaast wordt het delen van kennis en expertise binnen en tussen organisaties als cruciaal beschouwd voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor cliënten, waaraan gedeeld leiderschap een positieve bijdrage levert.

Concluderend draagt het onderzoek bij aan het verbreden van de kennis van praktijken van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg en de voorwaarden die hieraan bijdragen. Voor de praktijk wordt aanbevolen om in te zetten op dialoog, binnen en tussen organisaties. Ten eerste over het onderwerp 'gedeeld leiderschap', om op die manier een gezamenlijk vertrekpunt te markeren over het concept en de bijbehorende relevante vraagstukken. Van daaruit kan ook het meer inhoudelijke gesprek gevoerd worden, om vanuit gedeelde ideeën en ambities ook verantwoordelijkheden te gaan delen. Het is helpend een aantal randvoorwaarden te organiseren, te beginnen bij tijdsinvestering. Een mentaliteitsverandering is nodig en kan ondersteund worden door procesafspraken en structuren om zichtbaarheid van betrokkenen te vergroten en daarmee gedeeld leiderschap te ondersteunen. Wanneer gewerkt wordt aan grote(re) strategische vraagstukken verdient het de aanbeveling deze te vertalen naar betekenisvolle activiteiten in het dagelijkse werk om sneller doelen te behalen. Een start maken met het delen van verantwoordelijkheden en het delen van successen kan zorgen voor een positieve spiraal. Het eerlijk delen van de zorg(en), maakt de uitdagende taak wellicht niet minder groot, maar wel minder zwaar.

Management summary

The care of individuals with disabilities faces significant challenges. The sector is confronted with rising costs, staff shortages, and high care needs, while reimbursement rates for care providers remain low. A transformation and reorientation of care organizations to their core activities are needed, which entail difficult choices. The sector grapples with numerous shared concerns with multiple stakeholders, necessitating an approach based on shared leadership. In this reciprocal leadership process, those affected by the issue collaborate to take responsibility from their own roles that may extend beyond their primary responsibilities.

The research aims to gain insights into how shared leadership takes shape in the care of individuals with disabilities. It illuminates factors that facilitate and impede the implementation of shared leadership in practice and its effects. Thus, the research contributes to broadening the understanding of shared leadership practices and the conditions that support it. The main research question is: *"In what ways does shared leadership take shape in the care of individuals with disabilities and what facilitates and impedes this process?"*

The qualitative exploratory research comprises a case study of the care of individuals with disabilities, involving respondents (N=8) from various roles in three organizations. Semi-structured interviews were conducted using a topic list developed based on a theoretical conceptual model.

Based on the research, it can be argued that the importance of shared leadership in the care of individuals with disabilities is acknowledged. Relevant issues are identified at all levels, from direct client care to national movements. Particularly, the redefinition of care, including through increased network collaboration, is seen as an issue that should be approached from shared leadership. The concept is defined as the sharing of responsibilities, meaning, visibility, and knowledge.

Factors that facilitate the establishment of shared leadership can be categorized into the approach to an issue, skills, and various prerequisites. These include capable and available individuals, time and proximity to foster connections, and the organization of processes to support stakeholder input in the formal structure. Lastly, courage is needed to seize influence where it is still limited, but also to set boundaries when necessary.

Hindering factors include systemic barriers such as laws and regulations, perceived financial and time pressure leading to inward-focused organizations, and a competitive mindset.

The effects of shared leadership at an individual level encompass a greater sense of competence, connection, autonomy, and 'carrying capacity' among employees. At the organizational level, shared leadership contributes to energy, effectiveness of strategy implementation, connectedness, staff retention, and finding effective solutions to societal challenges.

Furthermore, the sharing of knowledge and expertise within and between organizations is considered crucial for improving the quality of care for clients, with shared leadership making a positive contribution.

In conclusion, the research contributes to broadening the understanding of shared leadership practices in the care of individuals with disabilities and the conditions that facilitate such practices. For practical implications, it is recommended to prioritize dialogue within and among organizations. Primarily, discussions should focus on the topic of shared leadership, establishing a common starting point regarding the concept and its associated relevant issues. Subsequently, substantive conversations can ensue, aiming to share responsibilities based on shared ideas and ambitions. Organizing certain prerequisites, starting with an investment of time, is beneficial. A shift in mindset is necessary and can be supported by procedural agreements and structures to enhance visibility of stakeholders, thereby promoting shared leadership. When addressing significant strategic issues, it is advisable to translate them into meaningful activities in daily work to achieve goals more expeditiously. Initiating the sharing of responsibilities and celebrating successes can lead to a positive ripple effect. Equitably distributing responsibilities may not necessarily diminish the challenging task at hand, but it can alleviate its burden.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	3
Management summary.....	4
1. Inleiding	8
1.1. Probleemstelling.....	8
1.2. Doelstelling	10
1.3. Vraagstelling.....	11
1.4. Relevantie	11
1.4.1. Wetenschappelijke relevantie.....	11
1.4.2. Praktische relevantie.....	11
1.4.3. Maatschappelijke relevantie.....	11
2. Theoretische achtergrond	14
2.1. Ambidexteriteit in de VUCA-wereld.....	14
2.2. Gedeeld leiderschap.....	16
2.2.1. Verticaal versus gedeeld leiderschap	16
2.2.2. Definitie van gedeeld leiderschap	17
2.2.3. Randvoorwaarden voor de totstandkoming van gedeeld leiderschap	18
2.3. De effecten van gedeeld leiderschap	20
2.3.1. Kwaliteit van zorg, medewerker en team	20
2.3.2. Persoonlijk niveau	21
2.4. Conceptueel model	22
3. Methoden	25
3.1. Onderzoeksopzet.....	25
3.2. Onderzoeksmodel.....	25
3.3. Dataverzameling.....	26
3.3.1. Literatuurstudie	26
3.3.2. Selectie van respondenten	26
3.3.3. Interviews	27
3.4. Data-analyse	28
3.5. Betrouwbaarheid en validiteit	29
4. Resultaten	31
4.1. De praktijk van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg	31
4.1.1. Het belang van gedeeld leiderschap.....	31
4.1.2. De definitie van gedeeld leiderschap	34
4.2. Helpende en hinderende factoren.....	36
4.2.1. Helpende factoren.....	36
4.2.2. Hinderende factoren.....	42
4.3. De effecten van gedeeld leiderschap	47
4.3.1. Persoonlijk niveau	47

4.3.2.	Organisatieniveau.....	48
4.3.3.	Kwaliteit van zorg	50
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	52
5.1.	Conclusie.....	52
5.1.1.	Gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg	52
5.1.2.	Helpende en hinderende factoren bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap	54
5.1.3.	De effecten van gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg	56
5.2.	Discussie	57
5.2.1.	Bijdrage van het onderzoek	58
5.2.2.	Sterktes en zwaktes van de onderzoeksopzet	59
5.2.3.	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	60
5.2.4.	Aanbevelingen voor de praktijk	60
Referenties		62
Bijlage 1	Topiclijst.....	67
Bijlage 2	Achtergrondinformatie thesisonderzoek	68
Bijlage 3	Codetabel	70

HOOFDSTUK 1



1. Inleiding

1.1. Probleemstelling

Ada Hollenberg is de moeder van Walter, een jongen van 25 jaar met een ernstige verstandelijke beperking die bij Amerpoort woont. Ada werkt als coördinerend begeleider bij Amerpoort. Ze schrijft blogs in de vorm van brieven naar Walter over haar belevenissen en ervaren dilemma's in de zorg en haar ervaringen als moeder hierin. De blog is met haar toestemming opgenomen.

De zorg "overleven"

Geplaatst op 13 november 2023 door Ada Hollenberg

Lieve Walter.

Het was een tijdje stil hier, niet omdat ik je niets te schrijven had, maar gewoon omdat er soms zoveel aan de hand is dat ik niet meer weet waar ik moet beginnen. Voor mij op tafel ligt de evaluatie voor je planbespreking. Er staan mooie dingen in, maar ook zaken die zorgelijk zijn. Je energiebalans, je motoriek die steeds verder teruggaat, de rustmomenten die steeds vaker ingezet moeten worden, het is geen leven van een 25 jarige zal ik maar zeggen. Tegelijkertijd blijf ik maar hangen in een longontsteking die maar niet over lijkt te willen gaan, ondanks de Ab kuren en de prednison. Mijn energie staat dus ook op een laag pitje deze weken.



Best lastig vind ik zelf, mijn hoofd wil heel veel, maar mijn lijf dat eind oktober toch echt weer een jaartje ouder is geworden staat op de rem en dat is best lastig als je hoofd nog minstens 40 uur per week wil werken, studeren, leven! Dan kom je al gauw in de "overleef-modus" en daar ben ik niet graag.

Net als alle zorginstellingen moet ook op Amerpoort de broekriem worden aangetrokken. We hebben teveel PNIL (Personeel Niet In Loondienst) teveel ZZP collega's die we toch echt niet kunnen missen, teveel ingekorte diensten waardoor je bij een 32 uur contract nagenoeg de hele week aan het werk bent/moet, kortom: het is zwaar en we zijn er nog niet doorheen. De zorginstelling in de "overleef-modus" dat is veel heftiger dan je denkt. Jij merkt het al aan het verdwijnen van diensten in de avond, dan wordt er minder gefietst, minder vaak is er tijd voor iets leuks. Met je eigen inbreng heb je er een mooie draai aan gegeven, je vraagt of iets kan en neemt genoegen met het woord - misschien. Een onvoorstelbare actie voor iemand die als über autist door het leven gaat. Je gaat heel lief vragen op een fluister toontje of ze met je willen fietsen: heel hard, en als dat niet kan neem je genoegen met een alternatief, hoe knap is dat. Op je eigen manier - overleef je de zorg - terwijl de kwaliteit van je leven langzaam maar zeker achteruit gaat. Hetzelfde geldt voor de zorg, we nemen genoegen met alternatieven en zien dat de kwaliteit van zorg langzaam maar zeker achteruit gaat, hoe bitter is deze conclusie. Hard werken is fnuikend als je toch al niet fit bent, je energie raakt op en voor je het weet loop je alleen nog maar te klagen. Daarom pak ik deze week twee dagen om te herstellen, slik ik braaf mijn pillen en puffertjes zodat ik snel weer wat meer lucht heb. Want pas dan kan ik weer de draad oppakken en het verschil maken, ook al is het maar een klein verschilletje, ik geef het (nog) niet op.

Een tekenende beschrijving van de stand van zaken in de gehandicaptenzorg. Met hart en ziel wordt er gewerkt aan een goed leven voor de cliënten, maar het water staat organisaties aan de lippen. Ook bij Amerpoort, waar de onderzoeker werkzaam is. Er moet een financiële ombuiging komen. En snel. De personeelskosten rijzen de pan uit. De PNIL-ers zijn niet aan te slepen. De achtergebleven investeringen van de organisatie zorgen voor leegstand in de woningen. Na een roerige periode is er een

bestuurswissel en start een nieuwe interim Raad van Bestuur met een forse financiële opdracht vanuit de Raad van Toezicht. Ombuigen! Dus wordt er ingezet op sturing. Sturing op de bedrijfsvoering, strak capaciteitsmanagement en de invulling van vacatures. Ondertussen houdt de werkvloer (en het netwerk rondom de cliënt) de adem in; hoe houden we de kwaliteit nog goed (genoeg)? Hoe zorgen we er samen (bestuur, management en professionals) voor dat de goede keuzes worden gemaakt? Deze vragen vormen de aanleiding van het onderzoek.

De gehandicaptenzorg heeft, zoals veel zorgdomeinen, te maken met grote uitdagingen. De financiële druk op de sector is groot. In 2022 duiken 11 van de 38 organisaties die de Vereniging voor Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) analyseerde in de rode cijfers. Ontwikkelingen die bijdragen aan de financiële problemen zijn enerzijds te vinden in de toenemende kosten. De hoge inflatie en gestegen energiekosten, maar ook de stijgende loonkosten (door meer personeel in loondienst) drukken zwaar. Anderzijds neemt de gemiddelde zorgzwaarte toe, wat hoge eisen stelt aan de inzet en vakbekwaamheid van medewerkers, in een markt die getekend wordt door personeelstekorten en een hoog verzuim en verloop. Het beleid van de zorgkantoren rondom de zorginkoop voor de Wet Langdurige Zorg (WLZ) houdt weinig rekening met deze oplopende kosten in de tariefvaststelling voor 2024. Dit maakt dat de tarieven voor veel zorgaanbieders te laag zijn. Intussen vraagt de ambitie tot verduurzaming van de zorg om grote investeringen. De Green Deal (Ministerie van Volksgezondheid, 2022) wordt breed gesteund door brancheorganisaties en ministeries en heeft als doel 55% minder directe CO₂-uitstoot in 2030 en klimaatneutrale zorg in 2050.

Deze situatie vraagt om actie op verschillende vlakken. Van Uum, directeur van de VGN, geeft aan: 'Als er niets gebeurt, zal een flink deel van de gehandicaptenzorgaanbieders vanaf 2025 niet meer financieerbaar zijn'. Hij pleit voor overheidsbeleid dat een transitie van de gehandicaptenzorg ondersteunt. Concreet noemt hij het terugdraaien van een aantal maatregelen, zoals de korting rondom het meerjarig contracteren en de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Daarnaast pleit hij voor meer middelen ter compensatie voor de bovenmatige energiekosten, investeringen in duurzaamheid en marktconforme salarissen. Vanuit de zorgkantoren moeten er passende inkooptarieven komen die aansluiten bij de kosten die aanbieders maken.

De transformatie van de gehandicaptenzorg vraagt ook iets van de zorgorganisaties en professionals. Het is van belang dat organisaties zich heroriënteren op de kernactiviteiten. Daar waar de zorgvraag de zorgcapaciteit overschrijdt, zullen moeilijke, maar noodzakelijke keuzes gemaakt moeten worden om zo de continuïteit van de zorg voor deze kwetsbare groep te kunnen borgen. Het vraagt om het anders organiseren van de zorg. De vraag is hoe de sector deze ingewikkelde keuzes gaat maken in een snel veranderende en onvoorspelbare context. Hoe blijf je kwalitatief goede zorg leveren met de schaarse personele en financiële middelen? Het is hét 'wicked problem' van zorgorganisaties in deze tijd. Dit complexe vraagstuk heeft meerdere probleemeigenaren (Biesta, 2022). Dat maakt dat er een noodzaak is tot de ontwikkeling van een andere visie op, en verhouding tussen, formele en informele zorg (Meurs, 2022). Van der Scheer (2023) stelt dat gedeelde zorgen vragen om *gedeeld leiderschap*, waarmee zij een vorm van leiderschap aanhaalt waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid. Het vraagt om een dialoog op basis van de gedeelde zorgen, met oog voor ieders verschillende mogelijkheden.

Naar de praktijken van gedeeld leiderschap en de voorwaarden en competenties die hiervoor nodig zijn is nog beperkt onderzoek gedaan. Als we de gedeelde verantwoordelijkheid voor de complexe vraagstukken binnen de gehandicaptenzorg willen aangaan, vraagt dit om een meer responsieve besturingsfilosofie (de Koeijer-Gorissen & van der Scheer, 2022). Daarvoor is allereerst nodig dat duidelijk is wie het vraagstuk raakt en hierbij betrokken is om vervolgens vanuit die rol zijn verantwoordelijkheid te nemen.

De bestaande dominante bestuurscultuur en -filosofie gaat uit van verdeling van verantwoordelijkheden, sturing op resultaten en controle (het paradigma van de maakbaarheid; de Koeijer-Gorissen & van der Scheer, 2022). De vraagstukken die voorliggen in de (gehandicapten)zorg vragen om de bereidheid om meer ruimte te maken voor leiderschap van anderen en zo te komen tot een meer democratisch proces van besluitvorming, waarin meerstemmigheid tot zijn recht kan komen (Van der Scheer, 2023). Van den Hout, van der Scheer en Putters (2007) suggereren dat het zorgdomein moet worden gezien als een meervoudig spanningsveld van verschillende trekkrachten, zoals medische, maatschappelijke en economische waarden (Van Hout, 2007). De auteurs stellen dat de vele trekkrachten door professionals anders worden ervaren dan door zorgmanagers. Wanneer de zorg vanuit het zorgproduct integraal wordt gezien, dan schuiven de verantwoordelijkheden van zowel professionals als managers in de zorgpraktijk in elkaar. In dat licht vraagt dit van professionals en managers hun werkzaamheden en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen, waarmee zij hybridiseren tot managende zorg-professionals en professionele zorgmanagers.

Uit onderzoek blijkt dat steeds meer organisaties de inbreng van hun professionals op organisatiebeleid vastleggen in hun organisatiestructuur (de Koeijer-Gorissen & van der Scheer, 2022). Hierbij kan gedacht worden aan verplichte raadgeving en vrijblijvend advies, maar ook duaal bestuur of duaal management. Wanneer hierbij wordt gekeken naar de gehandicaptenzorg valt op dat hier ook een inhaalslag wordt gemaakt. Waar in 2015 36% dit nog niet geregeld had, is dat in 2020 gereduceerd tot 9% van de organisaties. Echter, het in de structuur inregelen van inbreng, zegt nog niet iets over de aanwezigheid of vormgeving van gedeeld leiderschap, terwijl dit toch een antwoord lijkt op de vraagstukken waar de sector voor staat. Dat maakt het interessant om in dit onderzoek hier verder op in te zoomen. In hoeverre is er reeds sprake van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg? En als er praktijken zijn waarin dit in enige mate vorm krijgt, wat levert dat dan op? Dit onderzoek draagt bij aan meer inzicht in deze praktijken.

1.2. Doelstelling

De huidige (VUCA¹-)context en de complexe vraagstukken in de gehandicaptenzorg vragen om gedeeld leiderschap. Dit impliceert de beweging van verantwoordelijkheidsverdeling naar verantwoordelijkheidsdeling.

Dit onderzoek geeft een beeld van de wijze waarop gedeeld leiderschap op dit moment in de praktijk van de gehandicaptenzorg vorm krijgt, door:

1. Inzicht te geven hoe gedeeld leiderschap in de praktijk ervaren wordt door bestuurders, managers en zorgprofessionals;
2. Inzicht te geven in factoren die helpen en hinderen bij het in praktijk brengen van gedeeld leiderschap;
3. Inzicht te geven welk effect gedeeld leiderschap kan hebben in de praktijk van de gehandicaptenzorg.

Hiermee draagt het onderzoek bij aan het verbreden van de kennis van praktijken van gedeeld leiderschap, de factoren die dit stimuleren of belemmeren en wat dit vervolgens tot gevolg heeft. Het geeft tevens inzicht in de hiaten die mogelijk nog opgevuld dienen te worden.

¹ VUCA – Acroniem dat staat voor Volatility (volatiliteit), Uncertainty (onzekerheid), Complexity (complexiteit) en Ambiguity (ambiguïteit). Het wordt vaak gebruikt om de huidige, snel veranderende en onvoorspelbare omgeving van veel organisaties en de bredere samenleving te beschrijven.

1.3. Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

‘Op welke wijze krijgt gedeeld leiderschap vorm in de gehandicaptenzorg en wat helpt en hindert hierbij?’

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt er gekeken naar een aantal deelvragen:

1. Hoe geven bestuurders, managers en zorgprofessionals in de praktijk vorm aan gedeeld leiderschap?
Gedeeld leiderschap kan voor betrokkenen iets anders betekenen en binnen een organisatie op verschillende wijzen worden ervaren. Door deze vraag uit te diepen met betrokkenen met verschillende rollen kan een breder beeld worden verkregen van de praktijk van gedeeld leiderschap.
2. Wat is helpend en hinderend bij (het in de praktijk brengen van) gedeeld leiderschap?
Er wordt nader ingegaan op gedeeld leiderschap in de praktijk en helpende en hinderende factoren die bijdragen aan de wijze waarop men dit ervaart. Er wordt gekeken in hoeverre de randvoorwaarden voor gedeeld leiderschap (Van der Scheer, 2023) hierbij terugkomen in de ervaringen van betrokkenen, maar ook niet eerder benoemde factoren zijn relevant.
3. Welk effect heeft gedeeld leiderschap op de praktijk van de gehandicaptenzorg?
Bij deze deelvraag wordt ingegaan op hetgeen gedeeld leiderschap teweegbrengt, zowel op persoonlijk niveau, als op organisatieniveau en kwaliteit van zorg.

1.4. Relevantie

1.4.1. Wetenschappelijke relevantie

Het onderzoek levert een bijdrage aan de (wetenschappelijke) kennis over de wijze waarop in de praktijk vormgegeven wordt aan (de voorwaarden voor) gedeeld leiderschap. Naar de praktijken van gedeeld leiderschap, en de voorwaarden en competenties die hiervoor nodig zijn, is nog weinig onderzoek gedaan. Hoewel het onderzoek inzoomt op de praktijk van de gehandicaptenzorg, zijn de uitkomsten relevant voor een bredere context. De vraagstukken waar de gehandicaptenzorg mee worstelt zijn herkenbaar voor de bredere zorgsector. Ook de actoren die betrokken zijn bij het delen van de verantwoordelijkheden zijn zodanig vergelijkbaar met andere zorgcontexten, dat verwacht wordt dat uitkomsten ook inzichtgevend zullen zijn voor andere sectoren in de zorg.

1.4.2. Praktische relevantie

Om de complexe vraagstukken binnen de gehandicaptenzorg het hoofd te kunnen bieden is er een transformatie nodig. Een transformatie in de zorginhoud, maar ook in de manier van besturen en organiseren van de zorg. Omdat er grote gedeelde zorgen zijn, zal men een bewustzijn moeten ontwikkelen van de eigen rol richting het grotere geheel en zich hiertoe moeten gaan verhouden. In de praktijk lijkt hiertoe zeker welwillendheid te bestaan, maar het ‘hoe’ van het oppakken van de handschoen is nog een zoektocht. Het onderzoek beoogt hieraan bij te dragen en praktijkvoorbeelden te genereren van hoe organisaties dit vormgeven, en daarmee beter inzichtelijk te krijgen hoe gedeeld leiderschap binnen organisaties gestimuleerd kan worden.

1.4.3. Maatschappelijke relevantie

Gedeeld leiderschap kan bijdragen om de complexe uitdagingen in de maatschappij, zoals de vraagstukken in de zorg, het hoofd te bieden. Het is maatschappelijk zeer relevant dat factoren die bijdragen aan de zorgtransformatie meer inzichtelijk en beter inzetbaar worden. Vanuit de literatuur kan verwacht worden dat gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg, een positievere organisatiecultuur en -klimaat, en een meer inclusieve en

participatieve benadering van zorg. Dit heeft niet alleen voordelen voor de betrokken organisaties en medewerkers, maar ook voor de mensen met een handicap die zij ondersteunen en verzorgen.

HOOFDSTUK 2



2. Theoretische achtergrond

2.1. Ambidexteriteit in de VUCA-wereld

Waar vroeger de omgeving stabiel en meer voorspelbaar was, kon strategie als planningsactiviteit worden ingezet. Dat maakte van de strategieontwikkeling vaak een top-down activiteit: de top maakt een meerjarenplan en rolt het vervolgens uit. Hierdoor bleef de implementatie soms achter bij de planning (Mintzberg, 1994). Nu in de huidige snel veranderende wereld de planningsbenadering achterhaald lijkt te worden, wordt er meer gevraagd van veerkracht en vernieuwing binnen organisaties. Organisaties moeten kunnen inspelen op de continu veranderende behoeften. Nu transitievragen een grote rol spelen in de zorg, wordt ook duidelijk dat deze vanuit het bestaande beleidsparadigma, dat uitgaat van maakbaarheid, niet op te lossen zijn (Van der Scheer, 2023). De transitie die nodig is heeft effect op onze bestaande afspraken, omgangsvormen en wijze van organiseren. Een complex vraagstuk waarbij het paradigma van maakbaarheid strijdt met het paradigma van meervoudigheid. Van der Scheer (2023) geeft een overzicht de aspecten waarop deze paradigma's van elkaar verschillen en schuren.

Maakbaarheid	Meervoudigheid
Tegenstellingen opheffen en beslissen	Tegenstellingen werkbaar maken; de schoonheid van het compromis
Resultaten boeken	Wikken en wegen
Feiten spreken voor zichzelf	Feiten moeten aan het spreken gebracht worden (bemiddelen)
Onmiddellijkheid	Ruimte voor reflectie
Problemen in termen van oplossingen	Zoekstrategieën
Controle en transparantie	Leren en verbeteren
Samenhang en integraliteit	Fragmentatie en contextualiteit
Verantwoordelijkheden verdelen	Verantwoordelijkheden delen
Hiërarchisch leiderschap	Horizontaal leiderschap

Tabel 1. Maakbaarheid versus meervoudigheid (Van der Scheer, 2023)

De ervaren druk in de zorgsector vraagt ook om het vergroten van 'ambidexteriteit' in organisaties; het vermogen van een organisatie om gelijktijdig twee tegenstrijdige activiteiten uit te voeren. Enerzijds wordt gevraagd om een groter accent op exploratie in de zorginstellingen, terwijl exploitatie binnen de organisaties centraal staat. Exploitatie wordt hierbij gezien als het uitvoeren van de kernactiviteiten en gaat over efficiëntie, productiviteit, controle en standaardisatie. Het accent ligt op optimaliseren. Bij exploratie ligt het accent op veranderen. Het gaat over nieuwsgierigheid, autonomie, creativiteit, risicobereidheid en variatie (O'Reilly & Tushman, 2004). De kunst is tussen deze twee opdrachten een balans te vinden en op die manier wendbaar te zijn als organisatie (March, 1991). Dat is een behoorlijke uitdaging, doordat beide processen concurreren wat betreft schaarse bronnen, beiden verschillende tijdsperspectieven hebben en elkaar kunnen 'kannibaliseren' (March, 1991; Smith & Tushman, 2005).

Negen factoren kunnen ambidexteriteit stimuleren (Palm & Lilja, 2017).

- **Gebruikersperspectief staat centraal.** Het is belangrijk dat zowel de exploitatie- als exploratieprocessen gebaseerd zijn op het perspectief van de gebruiker. Dit creëert legitimiteit en maakt hoge kwaliteit mogelijk in zowel verkennende als uitbuitende processen.
- **Management stimuleert exploratie.** Het is van belang dat het management de noodzaak van organisatorische tweezijdigheid inziet en op die manier de exploratie kan ondersteunen. Daarmee tolereert en verduidelijkt het management eventuele contradicties in het werk die het gevolg zijn van gelijktijdige exploitatie en exploratie.
- **Dialog.** Dialoog is richtinggevend en creëert draagvlak voor exploratie. Door het stimuleren van effectieve gesprekken tussen medewerkers die zowel betrokken zijn bij exploitatie en exploratie is een belangrijke 'enabler' voor

ambidexteriteit. Op deze manier kunnen belemmerende factoren in de exploitatie input leveren voor exploratie en kunnen nieuwe ideeën worden teruggebracht naar de exploitatie.

- **Ambassadeurs verbinden exploitatie en exploratie.** Personen die nieuwe ideeën ondersteunen en deze integreren in bestaande werkprocessen zijn van grote waarde voor het bevorderen van exploratieve elementen.
- **Fouten maken mag.** Vernieuwing kan alleen plaatsvinden in een cultuur waarin medewerkers risico's durven nemen en fouten kunnen maken. Dialoog speelt een essentiële rol om een actieve leercultuur te creëren waarin vragen worden gesteld, uitkomsten van experimenten worden gedeeld, zodat dit gebruikt kan worden in vervolgtrajecten.
- **De budgetten zijn gealloceerd.** Specifieke budgetten voor zowel explorerende als exploitatie activiteiten zijn noodzakelijk.
- **Er wordt gewerkt vanuit een systemisch perspectief.** Werknemers moeten een holistische benadering hanteren als het aankomt op vernieuwingen. Dat betekent dat er moet worden gekeken welke raakvlakken de vernieuwing heeft met verschillende domeinen, zoals sectorbrede ontwikkelingen, leveranciers, financiers, klanten, medewerkers en werkprocessen. Opnieuw is dialoog van cruciaal belang om dit te bereiken.
- **Focus op implementatie van innovaties.** Het is van belang om niet alleen ideeën te genereren, maar ook daadwerkelijk innovaties te implementeren.
- **Er wordt gewerkt met incentives.** Het stellen van doelen en het meten van resultaten voor zowel exploratie als exploitatie stimuleert organisatorische wendbaarheid.

Wat overeen lijkt te komen in een aantal van deze factoren is dat het vraagt om een nieuwe verhouding tussen het management en de professionals op de werkvloer. Dit is bijvoorbeeld te zien aan de noodzaak tot dialoog en afstemming in de verschillende factoren. Het wendbaar zijn als organisatie vraagt om een continue blik op de vloer (wat heeft mijn cliënt nu nodig?) en de blik naar de toekomst (wat komt er op ons af en wat hebben we nodig om ons daartoe te verhouden?). De nadruk ligt daarmee op het proces van een continue vertaling van signalen naar acties, en niet meer op het plan (Van Klink, 2017). Daarmee ontstaat er een beweging van de PDCA-cyclus, die weliswaar circulair is maar wel lineair in de stappen, naar een proces van continu heen en weer bewegen. Vernieuwing, die ten grondslag ligt aan de wendbare organisatie, is daarmee niet meer voorbehouden aan één afdeling, maar wordt een verantwoordelijkheid voor alle medewerkers. Dit vraagt het meer en anders betrekken van mensen bij beslissingen. Besluitvormers betrekken de andere zienswijzen echter veelal te weinig, mede doordat zij hun eigen inlevingsvermogen overschatten (Putters, 2022).

Onderzoek naar ambidexteriteit heeft laten zien dat de leiderschapsstijl van senior leidinggevers kan worden gezien als helpende factor en bijzonder belangrijk is voor de effectiviteit van topmanagementprocessen en de capaciteit van organisaties om explorerende en exploitatieve activiteiten te ontplooiën (Jansen et al., 2008). De leiderschapsstijl die uitgaat van gedeeld leiderschap, dat in het onderzoek van Jansen en anderen (2008) wordt gedefinieerd als de deling van leiderschapsinvloed over verschillende teamleden, ondersteunt binnen topmanagementteams het vermogen tot ambidexteriteit, door het bevorderen van een coöperatieve conflictbeheersingsstijl en het verbeteren van de algehele besluitvorming binnen het team (Jansen, van den Bosch en Volberda, 2014). Voor coöperatief conflictbeheer moet er een aanzienlijk bewustzijn zijn van zowel de eigen belangen als die van de andere partij (Somech, Desivilya en Lidogoster, 2009). Gedeeld leiderschap helpt daarbij om de focus te verleggen van het eigen belang naar de prioriteiten van de gehele organisatie. Doordat teamleden voortdurend onderhandelen en rollen delen, ondersteunt gedeeld leiderschap de ontwikkeling van gedeelde percepties en ambities voor het succes van het team (Manz & Sims, 1993). Dit resulteert in gedeelde emoties en een gevoel van teamlidmaatschap binnen het topmanagementteam, waardoor teamleden zich realiseren dat zowel het succes als het falen van organisatorische acties het gevolg zijn van hun gezamenlijke inspanningen (Gronn, 2002). Het speelt tevens een belangrijke rol in de effectiviteit van teams als het gaat om exploratie en exploitatie, meer specifiek het ontwikkelen van nieuwe markten en het bevorderen van klantgerichtheid (Duursema, 2013).

2.2. Gedeeld leiderschap

2.2.1. Verticaal versus gedeeld leiderschap

De toenemende complexiteit van de opdracht waar zorgorganisaties in deze tijd voor staan en de context waarin zij moeten acteren vraagt, zoals hierboven uiteengezet, om een nieuwe invulling van leiderschap. In de context van meer traditionele organisatievormen wordt de rol van leiderschap doorgaans gekoppeld aan de positie van de leidinggevende binnen de hiërarchie; het verticale of top-down leiderschap (Diefenbach & Sillince, 2011). Waar wendbaarheid tot externe veranderingen nodig is, past deze vorm van leiderschap niet meer (Kozlowski et al., 1999). Om de uitdagingen aan te gaan is samenwerking nodig; het is niet toereikend om de systemische problemen individueel aan te pakken (Painter-Morland, 2008). De focus verschuift hiermee van de individuele organisatie, naar bredere ecologische, sociale en maatschappelijke componenten (Bateson, 2000). In leiderschapsstudies wordt dan ook een verschuiving gezien van een enkelvoudig naar een meer systemisch perspectief, waarin leiderschap wordt gezien als een complex proces van relationele invloed dat onderlinge verbinding en aanpassingsvermogen bevordert (Clifton, Larsson, & Schnurr, 2020).

Van der Scheer (2023) beschrijft in dit kader de ‘paradox van de gedeelde opgaven’. Er bestaan vele gedeelde zorgen, waarop weinigen aanspreekbaar zijn. Het vraagt om ruimte te maken voor het leiderschap van anderen en het ontwikkelen van een meer democratisch proces van besluitvorming, waarin meerstemmigheid vorm krijgt en machtsongelijkheid wordt erkend. Het vormgeven van dit ‘nieuwe’ proces is een uitdaging en vraagt om inzicht in de verhouding van de inrichting van de huidige formele leiderschapsrollen en –structuren tot gedeeld leiderschap. Hoewel gedeeld leiderschap iets anders vraagt van het besluitvormingsproces en het betrekken van eenieder die het vraagstuk raakt, betekent het namelijk niet dat gedeeld leiderschap verticaal leiderschap per definitie moet vervangen. Er is nog weinig goed onderzoek naar deze vervangingsgedachte (Tung & Shih, 2023), maar duidelijk is wel dat gedeeld leiderschap ook naast verticaal leiderschap kan bestaan en een cruciale rol kan spelen (Erkutlu, 2012). Onderzoek is ook niet eenduidig of verticaal leiderschap gedeeld leiderschap bevordert of juist belemmert. Onderzoek dat hiernaar is gedaan heeft zich veelal gericht op gedeeld leiderschap binnen teams. Duursema (2013) beschrijft dat door de toenemende complexiteit van de omgeving waarin organisaties acteren en de toenemende druk op enkele leiders de interesse voor een bredere bron van leiderschap toeneemt. ‘Het team’ wordt dan ook als een opkomende trend in onderzoek gezien, waarbij het team wordt gezien als potentiële bron van leiderschap en het delen van leiderschap als een waardevolle wijze waarop de externe uitdagingen kunnen worden aangegaan (Burke et al., 2003; Pearce & Sims, 2002).

Dit onderzoek richt zich niet op teams. Daarbij moet worden opgemerkt dat deze studies zich veelal richten op een gedeeld besluitvormingsproces, en niet zozeer gedeeld leiderschap bezien als houding en mentaliteit ten aanzien van verantwoordelijkheden. Toch zijn de uitkomsten uit studies hieromtrent relevant omdat het inzichten oplevert over mogelijke werkzame factoren en opbrengsten. Zo tonen studies gericht op teams die gebaseerd zijn op de functionele leiderschapstheorie aan dat het ontbreken van formele leiders informeel leiderschap van teamleden kan bevorderen door hen aan te moedigen het voortouw te nemen en zo in te spelen op de on vervulde behoefte aan leiderschap (bijvoorbeeld Morgeson et al., 2010; Yang, 2015). Studies gebaseerd op de sociale leertheorie laten zien dat formele leiders de opkomst en voordelen van informeel leiderschap kunnen stimuleren door als rolmodel te dienen (bijvoorbeeld Briker et al., 2021; Chiu et al., 2021).

In teams waar het leiderschap gedeeld wordt, werken teamleden samen aan doelen door middel van communicatie en gedeelde verantwoordelijkheid tussen de leden (Pearce & Conger, 2003). Verantwoordelijkheden voor leiderschapsactiviteiten binnen een groep worden gedeeld en er vindt horizontale invloed tussen groepsleden plaats (Pearce & Conger, 2003). Het kenmerkende is dat er

tijdelijke leiders opkomen voor specifieke expertisegebieden. Zulke teams hebben een hoge mate van autonomie en zelfsturing, waarbij de teamleider fungeert als een coach die advies geeft en indien nodig stuurt (Hiller, 2002). Teams met gedeeld leiderschap (waarbij verantwoordelijkheden gedeeld worden, Pearce & Conger, 2003) blijven afhankelijk van transformationele leiders voor strategische informatie, terwijl leden mogelijk meer tactische input bieden. Leiders en leden leveren beide essentiële maar verschillende soorten informatie voor teamprestaties.

Het recente onderzoek van Tung en Shih (2023) laat zien dat gedeeld leiderschap en transformationele leiderschapsrollen elkaar aanvullen in plaats van volledig inwisselbaar te zijn. Het blijkt dat gedeeld leiderschap kan worden gezien als een nuttiger voorspeller voor teamprestaties dan verticaal leiderschap (Hoch & Kozlowski, 2014; Pearce & Sims, 2002). Deze meer gedeelde vorm van leiderschap blijkt ook beter te passen bij de behoefte van de medewerkers uit de generaties X, Y en Z, die geneigd zijn zich af te zetten tegen de traditionele top-down benadering (Winne & Clement, 2015).

2.2.2. Definitie van gedeeld leiderschap

Dijkstra (in Derksen, 2013) benoemt dat het delen van leiderschap geen doel op zich is. Het is echter van belang dat er meer gebruik wordt gemaakt van vaak nog onbenutte talenten van mensen om als samenleving te kunnen blijven ontwikkelen, vernieuwen en (economisch) te blijven groeien. Volgens Dijkstra en Feld (2011) is gedeeld leiderschap het devies om vorm te geven aan de sociale innovatievraagstukken van deze tijd. Alleen door verantwoordelijkheden en bevoegdheden meer te spreiden en beter gebruik te maken van verborgen leiderschapskwaliteiten kunnen processen als organiseren, samenwerken en leidinggeven op het niveau worden gebracht dat nodig is om sturing te geven aan sociale innovatie.

Dijkstra en Feld (2011) definiëren gedeeld leiderschap als:

‘...een leiderschapsproces. Dit sociale proces zal gezamenlijk worden ingevuld door individuen die over specifieke leiderschapskwaliteiten beschikken. Leiderschap is dan het resultaat van co-creatie. Door leiderschap te delen wordt de kwaliteit daarvan beter en zullen de resultaten ook op een hoger niveau komen te liggen.’ (p.3).

Dit sluit aan bij de definitie van Duursema (2013), die gedeeld leiderschap ziet als het dynamische en interactieve proces tussen individuen dat gericht is op het bereiken van een gezamenlijk doel. Het team geeft hiermee invulling aan hun *verantwoordelijke autonomie*; zij beslissen zelf wat er moet gebeuren en zijn hiermee ook resultaatverantwoordelijk. Bij gedeeld leiderschap is de invloed van teamleden flexibel, vaak wederzijds, waarbij individuen leiderschapstaken oppakken waarvoor ze het meest geschikt zijn of het meest gemotiveerd zijn (Bligh, Pearce & Kohles, 2006).

Van der Scheer (2023) voegt aan deze, wat eendimensionale, definities een systemisch perspectief toe en beziet het concept vanuit verschillende niveaus: in de dagelijkse zorgverlening, in netwerken van organisaties en ook breed in de samenleving, waarbij wordt gekeken naar de relatie tussen overheid, maatschappelijk middenveld en burgers. Zij beschrijft gedeeld leiderschap als:

‘een vorm van leiderschap waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid. Dat vraagt wel dat partijen a. die verantwoordelijkheid voelen en b. erkennen dat er meerdere invalshoeken en kennisbronnen nodig zijn.’ (p. 7).

Overkoepelend aan deze beschrijvingen is dat het gaat over een wederkerig proces in de ‘tussen-ruimte’; de interactie tussen de mensen. Daarmee is het niet enkelvoudig en gericht op de individuele betrokkenen, zoals dit meer het geval is bij verticale benaderingen van leiderschap. Hierbij kan een

leider zich weliswaar bijvoorbeeld dienend opstellen, maar wordt een actie geïmpliceerd van de ene persoon tot de andere persoon. De leider ‘doet iets’ voor en naar de ander. Of zoals Spillane (2005) het beschrijft: “it is not the actions of individuals, but the interactions among them, that are critical in leadership practice.”

Hoewel het in het kader van dit onderzoek wenselijk is de respondenten zelf hun visie op en definitie van gedeeld leiderschap te laten geven, wordt in dit onderzoek op basis van de beschreven literatuur het onderwerp bevraagd en gezien vanuit de volgende samenvattende beschrijving van gedeeld leiderschap:

Gedeeld leiderschap is een dynamisch wederkerig proces waarbij mensen werken aan vraagstukken die verder reiken dan de eigen primaire verantwoordelijkheid. Door co-creatie, waarbij de betrokkenen verantwoordelijkheid voelen en erkennen dat er meerdere perspectieven bestaan, kunnen zij werken aan een gemeenschappelijk doel en uiting geven aan hun professionele verantwoordelijkheid.

2.2.3. Randvoorwaarden voor de totstandkoming van gedeeld leiderschap

Om tot het beschreven dynamische en wederkerige proces van gedeeld leiderschap te komen zijn er verschillende voorwaarden noodzakelijk. In haar oratie zet Van der Scheer (2023) verschillende voorwaarden uiteen.

- **Respect voor en vertrouwen in de competenties en intenties van de ander.** Vertrouwen vraagt altijd een sprong. Het wordt verkregen door het te geven. Het maken van ondersteunende afspraken en structuren kan als waarborg dienen als het vertrouwen nog pril is of onder druk staat.
- **Het vermogen en de intentie in gesprek te gaan vanuit gelijkwaardigheid.** Zonder voorbij te gaan aan verschillen in inbreng, mogelijkheden en visie. Ook deze verschillen horen een plek te krijgen in het gesprek. Hierbij past een open houding, met nieuwsgierigheid naar andere invalshoeken en gezichtspunten – en aandachtig luisteren. Als er geen werkelijke interesse is in wat er wordt gezegd verdwijnt de behoefte tot meedenken.
- **Responsiviteit.** Openstaan voor wederzijdse beïnvloeding en voor wederkerigheid (geven en nemen). Dit behelst toestaan dat de ander op jouw expertisegebied komt en dat de eigen functie, werkwijze en organisatie erdoor kan veranderen. Het behelst ook openheid over eigen doelen en verwachtingen en de bereidheid kennis en informatie te delen.
- **Het kunnen omgaan met en verdragen van de imperfecties in de samenwerking.** Van tegenstrijdige belangen tot botsende persoonlijkheden en hinderlijke wetten en regels. Dezelfde imperfecties kunnen een bron zijn van creativiteit en onverwachte oplossingen.
- **Investeren in de competenties van betrokkenen** – zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en dialoogvaardigheden – om tot andere productieve omgangsvormen te komen. Door elkaar daarin tot voorbeeld te zijn, groeit de collegialiteit tussen zorgverleners en organisaties. In plaats van controle ervaart men steun van collega's, managers en samenwerkingspartners.
- **Het vermogen de onzekerheid en complexiteit te verduren waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat.** Ons ongemak met onvoorspelbaarheid niet weg-organiseren – via controle en inperking van de ruimte – maar het erkennen en onderzoeken. Dat vraagt een andere benadering van kennis, met meer respect voor wat we niet weten, wat anderen weten en hoe we al die kennisbronnen kunnen benutten. Waaronder de kennis hoe om te gaan met het onbekende.

Uit Van der Scheer (2023, p. 20-21)

Naast deze randvoorwaarden kan gedeeld leiderschap of gedeeld besturen (*shared governance*) ondersteund worden door de positionering van de zeggenschap van de professional in een organisatie. Gedeeld besturen draait om de structuren en processen waardoor zorgprofessionals zeggenschap hebben over hun beroepsuitoefening en organisatie van het werk (Brown et al., 2018; Cicolini, et al., 2014; Gellasch, 2015). Het reikt daarmee verder dan participeren managen, waarbij de beslissing bij de leidinggevende blijft en de zorgprofessionals input mogen leveren (O'May & Buchan, 1999). Gedeeld besturen draait om het in gelijkwaardigheid en partnerschap nemen van besluiten. Daarmee

vraagt het ook eigenaarschap en het nemen van verantwoordelijkheid door zorgprofessionals voor zowel het bepalen van de doelen, als de richting (Clavelle, O'Grady, Weston, & Verran, 2016).

Voor de zorgprofessional vormt professionele zeggenschap een belangrijk aspect van het werk, dat de instroom, uitstroom en werkplezier beïnvloedt. Het is te verwachten dat zeggenschap uiting geeft aan 'zelfdeterminatie', zoals in paragraaf 2.3.2 nader wordt toegelicht. Slecht communiceren en luisteren door de directe leidinggevende geldt zelfs als belangrijkste reden voor zorgprofessionals om te vertrekken bij hun werkgever (Regioplus, 2019). Meer zeggenschap bieden wordt daarom gezien als een belangrijke stap om het personeelstekort in de zorg terug te dringen.

De noodzaak tot inbedding van de inbreng van zorgprofessionals bij de ontwikkeling van het organisatiebeleid wordt steeds breder gedeeld. Zo is recentelijk in de Governancecode Zorg (2022) opgenomen dat 'de advisering en beïnvloeding door professionals van groot belang is voor de koersbepaling van de zorgorganisatie, het bewaken van de maatschappelijke doelstelling van de organisatie en het delen van waarden en normen'. Eerder, begin 2017, liet het Zorginstituut al in het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg opnemen dat elke zorgorganisatie professionele inbreng in het aansturen van de organisatie moet borgen door opname van een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige of psychosociaal zorgverlener als lid van de Raad van Bestuur. Ook in de wet zijn wijzigingen aangebracht om de zeggenschap van professionals te faciliteren. Sinds 1 november 2022 is zeggenschap in de zorg wettelijk vastgelegd. De kwaliteit van zorg verbeteren staat centraal als hoofddoel, maar arbeidstekorten terugdringen door het werkplezier en eigenaarschap voor het vak voor zorgprofessionals te versterken moet een belangrijk bijeffect zijn. Begin juli 2023 is artikel 3 van de Wet klachten, kwaliteit en geschillen in de zorg (Wkkgz) gewijzigd; daarmee krijgen alle zorgverleners formele zeggenschap binnen hun organisatie wat betreft het primaire zorgproces en het zorginhoudelijk beleid. Vanaf 1 juli 2023 toetst de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kwalitatief de uitvoering van de wet, waarbij zij niet alleen beoordeelt of invloed op papier geregeld is, maar vooral hoe zorgprofessionals dit ervaren.

Het vormgeven van deze zeggenschap van de zorgprofessional binnen een organisatie is echter nog niet vanzelfsprekend. Het onderzoek van Bijloos en anderen (2017) liet reeds zien dat het percentage bestuurders met een geneeskundige of verpleegkundige achtergrond is afgenomen. Een opvallende uitkomst, aangezien dit cijfer in de eerdere onderzoeksjaren telkens toenam. In een herhaling van dit onderzoek in 2022 (de Koeijer-Gorissen & van der Scheer) wordt duidelijk dat weliswaar een groot deel van de deelnemende bestuurders een zorgspecifieke opleiding heeft gevolgd (50% in 2020), maar dat onder de respondenten met een universitaire opleiding het percentage respondenten dat geneeskunde heeft gestudeerd over de jaren heen significant is gedaald van 29% in 2000 naar 15% in 2020.

In hetzelfde onderzoek wordt geconcludeerd dat steeds meer organisaties de inbreng van de professionals op organisatiebeleid regelen (zie kader voor de verschillende wijzen om dit te doen). Zorgbestuurders besturen steeds meer samen met zorgprofessionals en verschillende externe partijen. Het is situationeel bepaald wie de belangrijkste relaties vormen voor de bestuurder. Zo vormen in de gehandicaptenzorg cliënten en hun naasten een belangrijke partij. Vanuit deze ontwikkeling van meer 'samen besturen' vloeit voort dat professionals mede inspraak hebben in, en verantwoordelijkheid nemen voor, het organisatiebeleid. De rol van adviesorganen (zoals de medische staf en verpleegkundige adviesraad) wordt belangrijker en loopt parallel met het toegenomen vertrouwen van zorgbestuurders in zelfmanagement door professionals. In 2020 was 75% van de respondenten deze mening toegedaan ten opzichte van 10% in 2000; een significant verschil. Een interessant gegeven is dat onder respondenten werkzaam in de gehandicaptenzorg en VVT het vertrouwen in het zelfmanagement van professionals groter is dan onder bestuurders in andere sectoren (resp. 84% en

87% in 2020). De afgelopen 5 jaar wordt er een stijging gezien van 30%, terwijl in de gehandicaptenzorg en VVT het opleidingsniveau van medewerkers juist relatief laag is. Verder laat het onderzoek (de Koeijer-Gorissen & van der Scheer, 2022) zien dat bestuurders (vanuit alle sectoren) in afnemende mate vinden dat zij voor een goed bestuur in staat moeten zijn te weten hoe professionals denken (van 25% in 2015 naar 17% in 2020). Ook wordt vastgesteld dat de gehandicaptenzorg achterblijft ten opzichte van andere zorgorganisaties als het gaat om de organisatie van de inspraak van zorgprofessionals op het beleid.

Hoewel er dus pogingen zijn de inbreng beter in te regelen, wordt de huidige kwaliteit van zeggenschap door zorgprofessionals (verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten en begeleiders) veelal nog als onvoldoende ervaren (V&VN, 2022). De hoge werkdruk door personeelstekorten werkt belemmerend. Daarnaast ervaren zij een sterke hiërarchie en vinden ze dat het management vooral top-down besluiten neemt. Ook vinden zij dat zeggenschap niet genoeg gestimuleerd wordt en ervaart men de afstand tussen de werkvloer en het bestuur als heel groot.

Geconcludeerd kan worden dat de gehandicaptenzorgsector zich in de situatie bevindt waarin enerzijds vanuit wetgeving verplichte inspraak is en een hoog vertrouwen in zelfmanagement van professional bestaat. Tegelijkertijd wordt de inspraak als onvoldoende ervaren, is deze in de gehandicaptenzorgsector beperkt georganiseerd en wordt de trend gezien van een dalende interesse vanuit bestuurders in wat professionals denken. Het schept een beeld waarin de werelden van bestuurders en professionals gescheiden zijn en waar een verwachting lijkt te bestaan dat verdeelde verantwoordelijkheden uiteindelijk als vanzelf bij elkaar komen en weinig gerichte organisatie vraagt.

Er zijn verschillende manieren om de professionals een stem te geven in organisatiebeleid:

- *Verplichte raadpleging*: het bestuur is verplicht om over belangrijke beslissingen aangaande het organisatiebeleid advies in te winnen van (vertegenwoordigers van) professionals.
- *Vrijblijvend advies*: vertegenwoordigers van professionals hebben het recht gevraagd en ongevraagd advies te geven aan het bestuur. Het bestuur is echter niet verplicht om advies te vragen.
- *Duaal bestuur*: de Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van professionals (bijv. de voorzitter Vakgroep of Medische Staf) vormen samen het organisatiebestuur.
- *Duaal management*: sommige professionals zijn voor een deel van hun tijd manager (bijv. medisch manager).
- *Co-bestuur*: een lid (of meerdere leden) van de Raad van Bestuur zijn naast bestuurder ook werkzaam als professional in de eigen organisatie.
- *Mede eigenaarschap*: professionals hebben een belang in de organisatie door middel van aandelen.

Uit de Koeijer-Gorissen & van der Scheer (2022)

2.3. De effecten van gedeeld leiderschap

2.3.1. Kwaliteit van zorg, medewerker en team

Onderzoek vanuit de verticale leiderschapsbenadering beschrijft veelal een vrij lineair verband tussen kwaliteit van zorg en leiderschap. Zo laat onderzoek zien dat de kwaliteit van zorg staat of valt met bestuurlijk leiderschap en voorbeeldgedrag van bestuurders en het middenmanagement (van Rijn, 2015; Anderson et al., 2005; Castle & Decker, 2011; Dageraad, 2016; Ploegman et al., 2017). Er wordt een positief verband gevonden tussen relationele leiderschapsstijlen en kwaliteit van zorg en leven (Cummings et al., 2010; Lundgren et al., 2016). Ook wordt duidelijk dat leiderschap op alle lagen in de organisatie de algemene basis voor kwaliteit van zorg vormt (Ploegman et al., 2017). Het gaat hier specifiek om leiderschap dat faciliteert en ondersteunt, en gewenst gedrag en (persoonlijke) ontwikkeling stimuleert in alle lagen van de organisatie. In de literatuur wordt dit ook wel “dienend leiderschap” of “transformationeel leiderschap” genoemd (Ploegman et al., 2017).

De vraag is echter of het verband tussen kwaliteit en leiderschap zo direct is. De onderzoeken lijken weinig rekening te houden met mediërende factoren, zoals de wijze waarop een zorgverlener zijn/haar werk ervaart en uitvoert en hoe dit samenhangt met de kwaliteit van zorg. Zo wordt in het sectorbeeld van de gehandicaptenzorg (Van der Scheer & Stoopendaal, 2018) beschreven dat het belangrijk is om medewerkers regie en zeggenschap te geven over hoe zij invulling geven aan de eigen regie voor hun cliënt. Daarin wordt duidelijk dat de congruentie in het omgaan met cliënt en medewerker binnen een organisatie van belang lijkt te zijn.

Wanneer daarop wordt ingezoomd, laten onderzoeken zien dat gedeeld leiderschap wordt geassocieerd met een grotere teameffectiviteit (Hoch & Kozlowski, 2014; Pearce & Sims, 2002), efficiëntie, hogere werktevredenheid (Cummings et al., 2010; Wood, 2005) en lagere doorstroom van zorgmedewerkers (Cummings et al., 2010). Het draagt bij aan cohesie, vertrouwen en consensus binnen het team, wat uiteindelijk de kans op conflicten op interpersoonlijk, taak- of procesniveau doet afnemen (Bergman et al., 2012).

2.3.2. Persoonlijk niveau

Wanneer naar de opbrengsten van gedeeld leiderschap op persoonlijk niveau gekeken wordt biedt de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2012) een interessant psychologisch perspectief. Deze theorie beschrijft dat mensen gezond kunnen functioneren en intrinsiek gemotiveerd raken wanneer zij in drie basisbehoeften worden voorzien: competentie, verbinding en autonomie (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2000). Ten eerste moeten mensen het gevoel hebben dat ze de *competenties* hebben om hun weg te vinden in hun externe en interne leefwereld. Mensen willen zich bekwaam voelen om bij te dragen aan de omgeving waarmee zij zijn verbonden (Stevens & Bors, 2010). Daarnaast moeten ze kunnen voelen en ervaren dat ze verbonden zijn met andere mensen en met groepen mensen. Verbinding komt tot stand op basis van een gedeelde, persoonlijke interesse en de nieuwsgierigheid voor zaken die raken (Dijkstra & Feld, 2011). Het gaat om meer dan alleen contact: mensen willen zich echt verbonden voelen in een betekenisvolle relatie (Van den Broeck et al., 2009). Tot slot moet men autonomie of zelfsturing kunnen voelen ten aanzien van hun eigen gedrag en leven (Deci & Ryan, 2012). Wanneer mensen het gevoel hebben dat zij vrij zijn om eigen keuzes te maken, dan biedt dat kansen om zelf activiteiten en doelen te kiezen die passen bij de eigen interesses en waarden (Van den Broeck et al., 2000). Autonomie verwijst naar eigen beslissruimte, maar ontstaat in de spanning van de grens tussen het zelf en de ander (Steven & Bors, 2010). Het vraagt om verantwoordelijkheid naar de ander en heeft dus, paradoxaal genoeg, zonder de relatie met de ander geen betekenis (Steven & Bors, 2010).

Wanneer mensen ervaren dat tegemoet gekomen wordt aan deze basisbehoeften, dan heeft dit een positieve invloed op zowel hun persoonlijk groei, hun integriteitsbeleving, hun welbevinden als de wijze waarop zij gemotiveerd zijn tot handelen (Deci & Ryan, 2000). Werknemers die zelfbeschikking ervaren in hun werk zien zichzelf als de oorzaak van en verantwoordelijk voor de dingen die zij in hun werk verrichten. Als gevolg hiervan ervaren zij meer vitaliteit, meer doorzettingsvermogen, meer gezondheid en persoonlijke groei (Ryan & Deci, 2008). Ook vanuit het Job Demands Resources-model (Bakker & Demerouti, 2007) worden deze motivatiebronnen onderschreven. Positieve uitkomsten, zoals werkplezier en werkprestatie worden gevoed door energiebronnen in de context van het werk, zoals het ervaren van autonomie, sociale steun van collega's en leiding, en de mogelijkheid om competenties te ontwikkelen en in te zetten.

Vertrouwen in de leidinggevende is gerelateerd aan autonomie, verbondenheid en competentie (Dijkstra, 2013). Vertrouwen is daarmee de basis van effectief leiderschap (Nuijten, 2009). Ook om te

komen tot experimenteren, vernieuwing en groei is vertrouwen een essentiële factor (Dijkstra, 2013). Werknemers die hun leidinggevers vertrouwen, gaan constructiever om met conflicten en zijn meer betrokken bij de organisatie.

Vanuit de eerder geformuleerde definitie van gedeeld leiderschap kan samenvattend worden gesteld dat het dynamische wederkerige proces het ervaren van invloed en waardering stimuleert, wat een positieve invloed heeft op het gevoel van eigenwaarde van het individu. Wanneer het unieke aandeel van eenieder wordt herkend, erkent en op waarde geschat, dan voorziet het proces in de basisbehoeften van autonomie, verbinding en competentie, wat bijdraagt aan een gezond functioneren van het individu.

2.4. Conceptueel model

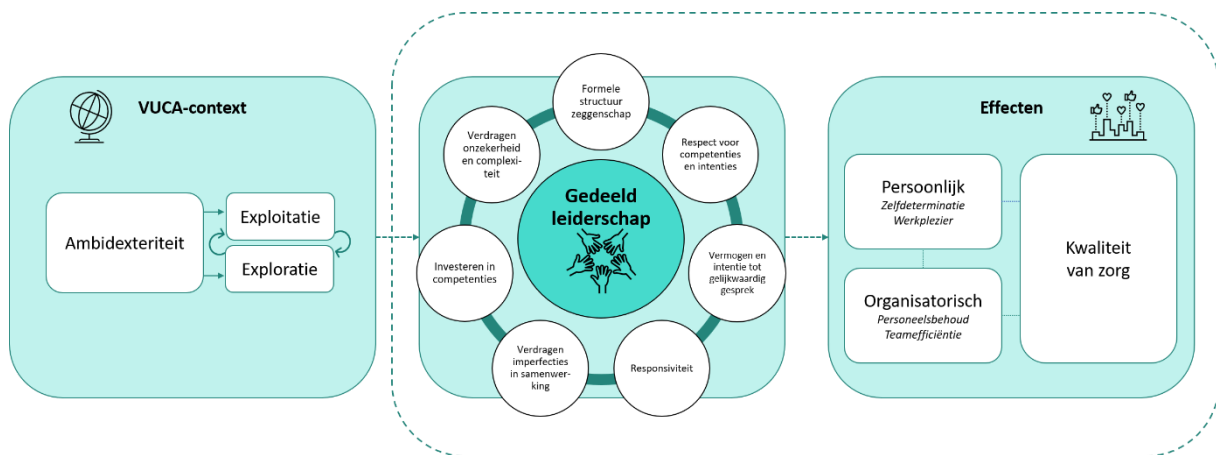
Aan de hand van de literatuur is een conceptueel model opgesteld, weergegeven in figuur 1. Het geeft de kernbegrippen en relaties weer die in het theoretisch kader zijn beschreven, dat als basis dient voor dit empirisch onderzoek.

Het model kan als volgt worden uitgelegd. In een VUCA-wereld is een toenemende vraag naar ambidexteriteit, waarin een balans moet worden gezocht tussen exploitatie en exploratie om als organisatie wendbaar te blijven. Dat vraagt om inbreng vanuit verschillende perspectieven, omdat in het navigeren tussen exploitatie en exploratie veel verschillende belangen meespelen. Gedeeld leiderschap lijkt een passend antwoord, omdat hierbij een dynamisch wederkerig proces wordt ingezet, waarbij alle betrokkenen voorbij de eigen verantwoordelijkheid naar een vraagstuk kijken. Om dit te realiseren zijn er verschillende randvoorwaarden te markeren die bijdragen aan het vormgeven van gedeeld leiderschap in de praktijk, zoals benoemd door Van der Scheer (2023). In de eerste voorwaarde “Respect voor competenties en intenties” beschrijft zij (p. 20) dat “het maken van ondersteunende afspraken en structuren kan als waarborg dienen als het vertrouwen nog pril is of onder druk staat”. Gezien de beschreven context van de gehandicaptenzorg, waarin dit het geval lijkt te zijn, en de recente regelgeving ten aanzien van ‘zeggenschap’, wordt ‘formele structuur zeggenschap’ als aparte randvoorwaarde opgenomen in het model.

Wanneer het lukt om gedeeld leiderschap in de praktijk vorm te geven, komt uit de literatuur naar voren dat dit kan leiden tot effecten op verschillende niveaus:

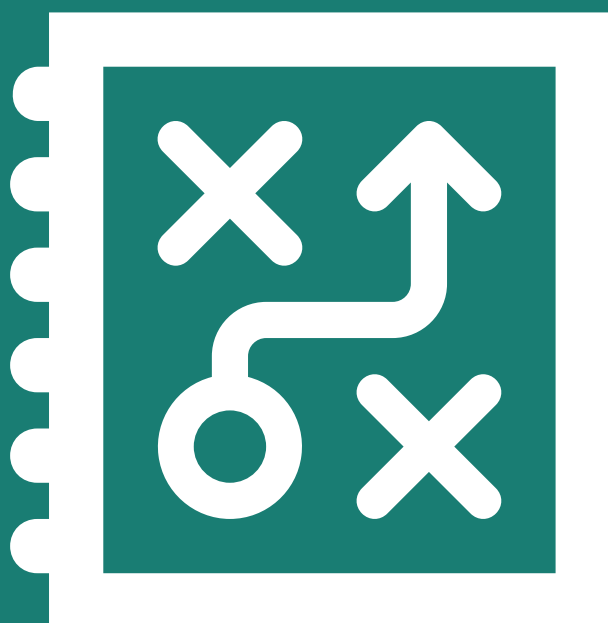
- Persoonlijk niveau; omdat het bijdraagt aan het gevoel van autonomie, verbinding en competentie; psychologische basisbehoeften die zorgen voor een gezond functioneren en intrinsieke motivatie.
- Organisatieniveau; omdat werkplezier toeneemt, waardoor verzuim en verloop kan afnemen, maar het ook bijdraagt aan teamefficiëntie.
- Kwaliteit van zorg; via individuele of organisatorische opbrengsten wordt indirect bijgedragen aan de kwaliteit van zorg.

De vraagstellingen van het onderzoek richten zich op het middelste en rechter blok van het model: het concept van gedeeld leiderschap, de ervaringen rondom het in de praktijk brengen hiervan en op de effecten die het kan hebben. Deze domeinen zijn open uitgevraagd bij de betrokkenen (bestuurders, managers en zorgprofessionals), om zodoende zicht te krijgen op de mogelijke aanwezigheid van de genoemde kernbegrippen, maar ook factoren breder dan dit kader op te halen.



Figuur 1. Conceptueel model

HOOFDSTUK 3



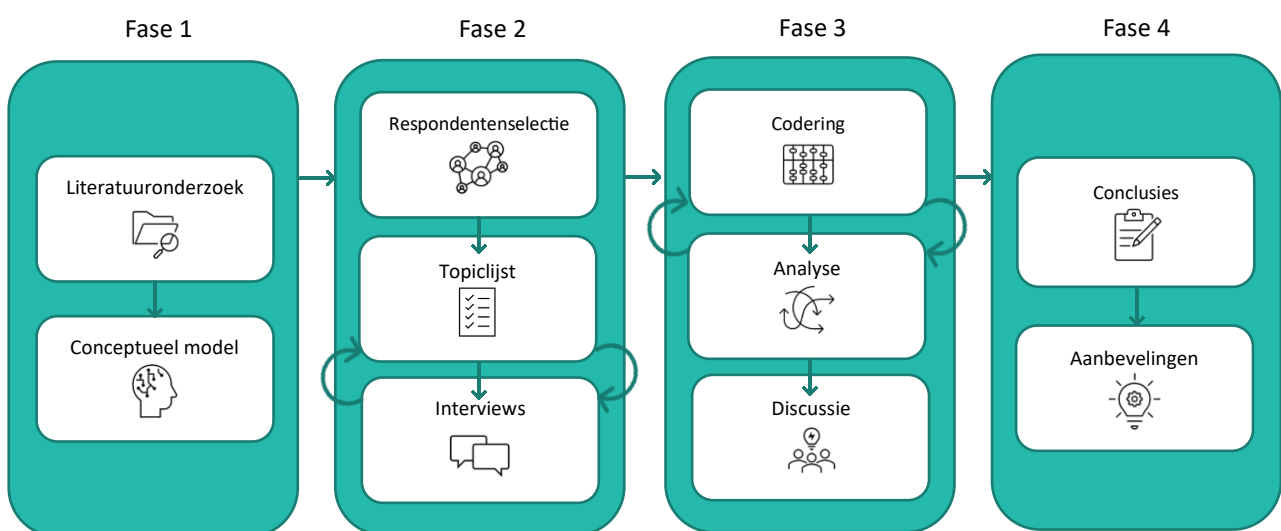
3. Methoden

3.1. Onderzoeksopzet

In dit onderzoek wordt de wijze waarop gedeeld leiderschap in de praktijk wordt vormgegeven onderzocht in de situationele context van diverse gehandicaptenzorgorganisaties. Voor de uitvoering van het onderzoek is gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek. Middels kwalitatief onderzoek kan begrip worden verkregen in de complexiteit, de subjectiviteit en de betekenisgeving van menselijke ervaringen en gedragingen. Het maakt het mogelijk meer zicht te krijgen op onderliggende aannames en percepties en de contexten waarin die ontstaan. De waarde van kwalitatief onderzoek ligt hierbij in de kennis die het oplevert over de leefwereld van de mensen die bestudeerd worden en het belang van hun perspectieven. De onderzoeker kijkt op interpretatieve wijze naar het onderzoek en gaat op zoek naar patronen en processen die bijdragen aan betekenisgeving (Mortelmans, 2020). Het gaat hierbij om het begrijpen van situaties in de alledaagse en situationele context. Kwalitatief onderzoek is aangewezen wanneer het onderzoeksdoel het beschrijven of exploreren van gedrag en de interactie tussen mensen is (Plochg & van Zwieten, 2007). Er is gebruik gemaakt van inductief redeneren om het theoretische concept van gedeeld leiderschap verder te duiden.

3.2. Onderzoeksmodel

Op basis van literatuuronderzoek (zowel wetenschappelijke literatuur als beleidsdocumenten) is een conceptueel model ontwikkeld, zoals eerder weergegeven in figuur 1. Met behulp van het conceptueel model is een topiclijst voor de interviews samengesteld. De topiclijst is iteratief bijgesteld wanneer de interviews daartoe aanleiding gaven. Na codering zijn de resultaten geanalyseerd en werden de empirische en theoretische bevindingen met elkaar geconfronteerd. Vervolgens zijn de discussie, conclusie en aanbevelingen opgesteld. In figuur 2 zijn de verschillende fasen van het onderzoeksmodel schematisch weergegeven.



Figuur 2. Onderzoeksmodel

3.3. Dataverzameling

3.3.1. Literatuurstudie

Bij het literatuuronderzoek ten behoeve van het vormen van een conceptueel model (zie paragraaf 2.4) is gebruik gemaakt van zowel de sneeuwbalmethode (Verschuren & Doorewaard, 2015) als de citatiemethode (VU Amsterdam, n.d.) via de Erasmus Universiteitsbibliotheek en Google Scholar. Er is geen limiet gesteld aan de onderzochte periode.

Zoektermen:

- Gedeeld leiderschap in de zorg
- Voorwaarden voor gedeeld leiderschap
- Kwaliteit van zorg
- Inbreng van zorgprofessionals bij beleid
- Zeggenschap

Verder is gekeken naar wetgeving en beleidsdocumenten van de overheid en brancheorganisaties.

3.3.2. Selectie van respondenten

Het onderzoek is opgezet als een *case study*, waarbij wordt ingezoomd op de sector van de gehandicaptenzorg om zo diepgaand inzicht te krijgen in de praktijk van gedeeld leiderschap binnen deze sector. Door respondenten vanuit drie organisaties en met verschillende rollen te betrekken wordt de contextgevoeligheid geminimaliseerd en kan een breed beeld worden verkregen van de ervaringen met gedeeld leiderschap en de factoren die hierbij helpend of hinderend zijn.

De selectie van de organisaties en respondenten is gebaseerd op een combinatie van *purposeful* en *convenience sampling*. Er zijn drie organisaties benaderd uit de regio Utrecht, die een aantal specifieke kenmerken met elkaar delen. Zij werken samen in het verband van de Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht (VGU). Er is gekozen organisaties te selecteren die allen zorgaanbod bieden van verblijf inclusief behandeling, zodat het interview zich kan richten op eenzelfde type zorg, waarbij dezelfde type belanghebbenden betrokken zijn.

De betrokken organisaties zijn verschillend van omvang en opbouw in structuur, wat mogelijk meespeelt in de ervaren invloed en zeggenschap. Omwille van de anonimiteit van de respondenten wordt slechts een grove beschrijving weergegeven in tabel 2. In de tabel wordt bij 'structuur' een korte toelichting gegeven op de opzet van de structuur en de plek waar de gedragsdeskundigen (GD) van zowel woonlocaties of dagbesteding (DB), dan wel behandeling zijn gepositioneerd. De gedragsdeskundigen zijn in het onderzoek betrokken als 'professional' en hun positionering is mogelijk relevant voor de ervaren invloed. Bij de organisatielagen is weergegeven met hoeveel organisatielagen de gedragsdeskundigen te maken hebben.

	Organisatie A	Organisatie B	Organisatie C
 Clënten	14.000	2.000	3.000
 Medewerkers	16.000	1.400	2.500
 Structuur	Regio's met een overkoepelend Expertisecentrum, waar GD (zowel wonen/DB als behandeling) onder vallen	Een zorgdivisie en overkoepelend Expertisecentrum, waar GD (zowel wonen/DB als behandeling) onder vallen	Regio's waaronder de GD-wonen/DB integraal vallen. Los behandelcentrum.
 Organisatielagen	Directeur Teamleider (incidenteel) Professionals	Strategisch manager Teamleider Professionals	Strategisch manager Professionals

Tabel 2. Organisatiebeschrijving

Per instelling zijn belanghebbenden (N=9) in drie organisatielagen benaderd voor het onderzoek om op die manier de verschillende perspectieven te betrekken. Dat sluit aan bij het systemisch perspectief, omdat het belang van meervoudigheid zich nooit tot een laag beperkt, maar door de gehele organisatie van waarde is. Per organisatie zijn benaderd (zie ook tabel):

- Bestuurder: gezien de eindverantwoordelijkheid op het organisatiebeleid en belang van zijn/haar visie op de besturingsfilosofie.
- Managers: inzicht verkrijgen in ervaringen in de praktijk en voorwaarden voor gedeeld leiderschap.
- Professionals: inzicht verkrijgen in ervaringen in de praktijk en voorwaarden voor gedeeld leiderschap.

De bestuurder van organisatie C was niet in de gelegenheid deel te nemen. Bij deze organisatie zijn twee strategisch managers betrokken met beiden een zorginhoudelijke (gedragsdeskundige) achtergrond.

Organisatie	Respondentcode	Rol in organisatie	Wijze van interview
Organisatie A	A1	Voorzitter RvB	Live
	A2	Manager expertise	Teams
	A3	Gedragsdeskundige	Teams
Organisatie B	B1	Voorzitter RvB	Live
	B2	Manager expertise	Teams
	B3	Gedragsdeskundige	Teams
Organisatie C	C1	Strategisch regiomanager	Live
	C2	Strategisch manager expertise	Teams

Tabel 3. Overzicht van respondenten

3.3.3. Interviews

In de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview van 40-75 minuten. Er is in totaal 466 minuten aan data verzameld.

Ter voorbereiding op het interview zijn de jaarverslagen van 2022 van de deelnemende organisaties geanalyseerd op een aantal thema's, te weten: interne en externe ontwikkelingen (om in te kunnen gaan op relevante strategische thema's), medezeggenschap professionals op beleidsontwikkeling, leiderschap en positionering van professionals. Deze korte voorbereidende analyse vormt samen met een topiclijst (zie bijlage 1) de basis voor een semigestructureerd interview. Met behulp van het interview kan de onderzoeker verdiepende aansluiting zoeken bij de beleving van de respondenten (Plochg & van Zwieten, 2007). Om de geïnterviewde zijn ervaringen zo getrouw mogelijk te laten

weergeven, is het helpend om concrete gebeurtenissen als aanknopingspunten te gebruiken (Baarda, De Goede & Van der Meer-Middelburg, 2007). Hier is bij het doorvragen aandacht aan besteed.

Het semigestructureerde interview helpt in eenduidigheid en richting in de interviews, maar is van extra belang gezien de achtergrond van de onderzoeker. De onderzoeker heeft een achtergrond als zorgprofessional en werkt zelf ook in de gehandicaptenzorg, waar vanuit aannames zouden kunnen bestaan. Hieruit zou kleuring in de vragen kunnen ontstaan, wat wordt ondervangen door voor aanvang voor voldoende structuur in de vraagstelling te zorgen. Positieve keerzijde is dat het aansluiten bij de geïnterviewden gemakkelijker verloopt, doorvragen specifiek kan worden ingezet en kans op verkeerde interpretatie van antwoorden klein is.

Na het opstellen van de topiclijst is een proefinterview gehouden om de topiclijst verder aan te scherpen. De interviews zijn op audio vastgelegd, waarna deze volledig zijn getranscribeerd (met behulp van Word-transcriptie). Alle deelnemers hebben hiervoor mondeling toestemming gegeven. De resultaten zijn anoniem verwerkt. Voor het gebruik van de letterlijke citaten in deze thesis is vooraf expliciet toestemming gevraagd. Na de afronding van het onderzoek zijn de opnames vernietigd.

Voorafgaand aan het interview kregen de respondenten korte achtergrondinformatie (zie bijlage 2) waarmee ze in de gelegenheid werden gesteld om zich van tevoren voor te bereiden. De interviews zijn gepland op basis van beschikbaarheid. De keuze voor live of digitale afname is afhankelijk geweest van de praktische mogelijkheden van de respondent en onderzoeker.

3.4.Data-analyse

Via Word zijn de interviews getranscribeerd. Opvallendheden en waarnemingen tijdens het interview zijn tijdens het interview bijgehouden in aantekeningen, los van de transcriptie. Na transcriptie zijn de gesprekken via Atlas.ti op abductieve wijze gecodeerd middels de methode van Mortelmans (2020):

- Fase I: open codering, waarbij relevante tekstfragmenten worden voorzien van een code (90 codes);
- Fase II: axiaal coderen, waarbij de overkoepelde labels worden gestructureerd en gethematiseerd (34 codes);
- Fase III: selectief coderen, waarbij de overkoepelende labels worden samengebracht (14 codes).

Dataverzameling, codering en data-analyse wisselden elkaar af. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de codeboom zoals weergegeven in figuur 3 (zie bijlage 3 voor de volledige codetabel).



Figuur 3. Codeboom

3.5. Betrouwbaarheid en validiteit

Door vanuit een goed navolgbaar onderzoeksmodel systematisch te werken met een topiclijst is zoveel mogelijk gedaan om de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te borgen.

Ten aanzien van de interne betrouwbaarheid is mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van een individuele onderzoeker gereduceerd door te werken met de codeboom en codetabel. Voor de externe betrouwbaarheid is het van belang dat het onderzoek repliceerbaar en controleerbaar is. De data zijn dan ook op controleerbare wijze verzameld: de interviews zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Bij de analyse is een coderingssysteem gebruikt zodat de beschrijving van de resultaten herleidbaar is. Met behulp van het gebruik van citaten wordt de relatie duidelijk gemaakt tussen de ruwe interviewgegevens en de wijze waarop de onderzoeker dit interpreteert heeft.

Ten aanzien van de validiteit heeft het literatuuronderzoek bijgedragen aan de interne validiteit. De mate waarin de methoden en technieken ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen wordt ondersteund door vanuit de literatuur een conceptueel model en topiclijst voor het interview samen te stellen. Door anonimiteit van de interviews te waarborgen wordt gestimuleerd dat respondenten in openheid kunnen spreken en sociaal wenselijke antwoorden worden geminimaliseerd. Het feit dat bij het onderzoek mensen in verschillende rollen betrokken zijn, die ook voor andere organisaties en zorgdomeinen herkenbaar en relevant zijn, draagt bij aan de generaliseerbaarheid (externe validiteit) van de onderzoeksresultaten buiten de individuele organisaties en de gehandicaptenzorgsector.

HOOFDSTUK 4



4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit het empirisch onderzoek beschreven. De resultaten zijn anoniem verwerkt. Daar waar ter illustratie citaten uit interviews gebruikt zijn is de zinopbouw soms ten behoeve van de leesbaarheid aangepast, zonder daarmee de kern van de boodschap aan te tasten. Daar waar respondenten organisaties bij naam noemden is dit voor de vertrouwelijkheid aangepast naar 'de organisatie'.

4.1. De praktijk van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg

4.1.1. Het belang van gedeeld leiderschap

Een veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt is dat gedeeld leiderschap van belang is om de uitdagingen binnen de gehandicaptenzorg het hoofd te bieden. Dit wordt door de geïnterviewden onderschreven. De respondenten zien op diverse niveaus vraagstukken waarbij gedeeld leiderschap relevant kan zijn; op maatschappelijk niveau, organisatorisch niveau en direct op de werkvloer in de cliëntenzorg.

Maatschappelijk niveau: herdefiniëring van de zorg met meer netwerksamenwerking

Respondenten zien de noodzaak tot evolutie van zorg, de veranderende verwachtingen en de noodzaak van een breder maatschappelijk perspectief op het leveren van kwalitatieve zorg als belangrijke onderwerpen waarbij gedeeld leiderschap een rol zou kunnen spelen.

Er wordt gesproken over de verschuiving naar meer gemeenschapsgerichte zorg, de rol van vrijwilligers en technologie, en het loslaten van traditionele opvattingen om ruimte te maken voor vernieuwing en samenwerking. Respondenten benoemen hierbij de uitdagingen van een krimpend personeelsbestand en de noodzaak om het zorglandschap opnieuw te definiëren met oog op efficiëntie en kwaliteit binnen de huidige context. Uiteindelijk draait het om het heroverwegen van het bestaansrecht van zorginstellingen en het vinden van nieuwe manieren om een goed leven voor cliënten te faciliteren.

Misschien moet je gewoon wel herijken van wat ons bestaansrecht eigenlijk is. Waartoe zijn wij op aard gezet.... Dat is voor al die gehandicaptenzorginstellingen precies hetzelfde: allemaal het goede leven. (...) Ga dan eens herijken. Wat heb je daar dan voor nodig? (A2)

De beweging die nodig is moet niet alleen binnen de afzonderlijke organisaties plaatsvinden, maar vraagt om een bredere paradigmaverschuiving in de samenleving. Men moet van de verzorgingsstaat toe bewegen naar het idee van de participatiesamenleving. In de maatschappij heersen verwachtingen ten aanzien van de zorg, die in de schaarste niet meer waargemaakt kunnen worden. Binnen de zorg wordt de druk gevoeld om de zorg te transformeren, maar binnen de samenleving gaat deze beweging op een langzamer tempo.

De uitdaging zit in een brede maatschappelijke verantwoordelijkheid die verder gaat dan alleen zorgorganisaties (...). En we moeten duidelijk maken aan de samenleving dat dit een gedeeld maatschappelijk probleem is, dat ook vraagt om een brede oplossing. En dat het niet beperkt kan blijven tot zorgorganisaties. (B2)

Respondenten geven aan dat samenwerking noodzakelijk is tussen verschillende belanghebbenden, zoals zorgorganisaties, gemeenten, woningcorporaties, en de bredere samenleving. Het merendeel van de respondenten (5/8) zien meer netwerksamenwerking en afstemming binnen het netwerk als essentieel om tot deze herdefiniëring van het zorglandschap te komen. Daarvoor is een gezamenlijke

visie en aanpak nodig die gericht is op het verbeteren van de zorg voor cliënten en het beter afstemmen van dienstverlening op hun behoeften. De verschillende zorgaanbieders worden geconfronteerd met uitdagingen zoals concurrentie, financiële druk en capaciteitsbeperkingen, wat leidt tot inefficiënte dienstverlening en suboptimale resultaten voor cliënten. Men pleit voor meer samenwerking en coördinatie tussen zorgorganisaties, zowel binnen als buiten de gehandicaptenzorgsector. Dit omvat het delen van middelen, het gezamenlijk aanpakken van problemen en het creëren van netwerken die over organisatiegrenzen heen reiken.

Ik zou ons in het zorglandschap gunnen dat we elkaar gaan opzoeken en gewoon heel eerlijk zeggen, welke beweging hebben we samen te maken? En dan kunnen we ook het zorglandschap met elkaar gaan schetsen en onze dilemma's benoemen. En dan eens eerlijk daar naar kijken. (...) Ik denk dat we minder moeten gaan doen en meer samen. (C1)

Uit de gesprekken komt naar voren dat de transformatie en herdefiniëring van de zorg binnen de gehandicaptenzorgsector wordt gekleurd door een aantal specifieke kenmerken van deze sector.

Historie en traditie van de zorg

De gehandicaptenzorg heeft een lange geschiedenis waarin cliënten vaak al decennia lang bij dezelfde instelling wonen en levenslange zorg verwachten. Deze historische context beïnvloedt nog steeds de verwachtingen en werkwijzen binnen de sector, van zowel professionals als cliënten en verwanten.

Dat is dat we te maken hebben met een historie en traditie. (...) We hebben cliënten die hier al 40 of 50 jaar wonen. Dus die zijn hier overgedragen; komt u maar hier en wij verzorgen u levenslang en levensbreed. En wat ooit was, dat verwachten we nu nog steeds. (B1)

Ja, want daarin hebben wij verwanten vaak ook hun leiderschap afgenomen. Omdat we zeiden, "kom maar hier". (B2)

Uit de citaten blijkt dat de historie van de sector raakt aan leiderschap. Vanuit de traditie zijn verantwoordelijkheden rondom zorgtaken en regie overgedragen aan de instituties. Hierin schuilt het risico van aangeleerde hulpeloosheid, waarbij men veelal weinig controle ervaart in een situatie en wat kan leiden tot passief gedrag en een gebrek aan motivatie tot verandering. Het is dus waarschijnlijk dat dit (het tempo van) transformatie beïnvloedt in de gehandicaptenzorgsector.

De reikwijdte van het geleverde zorgproduct

Respondenten geven aan dat de sector een breed en vaag afgebakend zorgproduct levert, namelijk 'het goede leven'. De zorg bestrijkt daarmee vele levensdomeinen, wat het proces van herdefiniëring van de zorg uitdagend maakt. Ook maakt de aard van het zorgproduct dat samenwerking met andere domeinen noodzakelijk is. In vergelijking met andere sectoren levert de gehandicaptenzorg de meest langdurige zorg, van wieg tot dood, waar andere sectoren (zoals de VVT of de GGZ) ondanks WLZ-financiering toch vaak voor een kortere periode in het leven van een cliënt betrokken zijn.

Eén van onze beloften is een goed leven. Dat is veel breder dan alleen gezondheid. We proberen dus holistisch in te zetten. Daar heb je alleen andere partijen voor nodig en daar moet je dus aan trekken. (A1)

In de VG hebben cliënten gewoon meer tijd nodig om überhaupt te landen, om het te verwerken. Daar heb je die transfer te maken. Daar is begeleiding voor nodig. Dus het is wel de uitdaging om te kijken hoe kunnen we ook zakelijker worden. (...) Ons product is niet afgebakend. (A3)

Wat helpend kan zijn in de zorgtransformatie, is dat de gehandicaptenzorg in vergelijking met andere sectoren volgens een van de respondenten wel meer ervaring heeft met de grenzen van de maakbaarheid van 'het leven'. De zorg richt zich op een goed (genoeg) leven en het compenseren van

hetgeen ontbreekt of beperkt is bij een cliënt, waar bij andere zorgdomeinen het accent meer ligt op herstel en het curatieve aspect.

De unieke rol en betrokkenheid van verwanten

Niet alleen professionals, maar ook verwanten hebben veelal een actieve rol in het besluitvormingsproces en de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking. Het betrekken van verwanten bij de zorg wordt door respondenten dan ook gezien als essentieel. De input van verwanten is in het verleden niet altijd goed benut, wat samenhangt met de historie in de sector waarbij de zorg en regie van hen veelal werd overgenomen. In de zorgtransformatie, waarbij wordt ingezet op meer inzet van informele zorg, wordt het dus nóg belangrijker om verwanten te betrekken bij de zorg en ondersteuning van cliënten en hierin verantwoordelijkheden te delen.

Ik denk de rol van verwanten. Dat dat specifiek voor onze sector is (...). Ik denk als specifiek bij de VG, meer dan in de GGZ of in het ziekenhuis, dat de verwant ook echt een actieve rol zou kunnen hebben. Maar ik merk ook dat dat ingewikkeld is, omdat ze ook ervaren kunnen worden als pottenkijker of als lastig. Afhankelijk hoe de samenwerking is met zo'n verwant. En ook de cliënt zelf. De meeste hebben gewoon hun eigen regie. (...) Dus hebben die er zin in dat een verwant dan ineens ook gaat helpen of rondloopt? (A3)

Uitdagingen rondom eigen regie en veiligheid

Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bestaat er een voortdurend balanceren tussen het respecteren van de eigen regie van de cliënt en het omgaan met potentiële veiligheidsrisico's, waarbij soms conflicten ontstaan tussen de wensen van de cliënt en de professionele inschattingen van de zorgverleners. Er wordt gestreefd naar het bevorderen van de eigen regie van de cliënt, maar tegelijkertijd is er een gedeelde verantwoordelijkheid van de zorgverleners om te zorgen voor een veilige en effectieve zorgomgeving. Dit maakt een transitie in de zorg, waarbij in groeiende mate een beroep wordt gedaan op zelfmanagement en zelfredzaamheid, voor de cliëntengroep met een verstandelijke beperking anders dan in de reguliere zorg.

Samengevat kan worden gesteld dat er in de gehandicaptenzorgsector een geschiedenis is waarin de regie van en rondom de zorg voor een cliënt werd overdragen. De beweging die in (het beeld over) de zorg gemaakt moet worden zit hem nu juist in de overgang van institutionele naar meer informele zorg, waarin eigen regie en zelfmanagement van belang is. De amplitude van de beweging die gemaakt moet worden is in de gehandicaptenzorg dus aanzienlijk.

Organisatorisch niveau

Op organisatorisch niveau wordt door de respondenten 'de arbeidsmarkt' genoemd als vraagstuk dat vanuit gedeeld leiderschap benaderd zou moeten worden. Het tekort aan personeel, de vraag waar personeel in de toekomst op moet worden ingezet en hoe de samenleving kan worden ondersteund om meer zelfredzaam te zijn, worden gezien als uitdagingen die relevant zijn om vanuit een gedeeld verantwoordelijkheidsproces te worden benaderd. Om daarin de goede keuzes te kunnen maken is de input van zorgprofessionals essentieel. Ook wordt het vraagstuk van kwaliteit van zorg versus bedrijfsorganisatorische aspecten als relevant benoemd, om op die manier een balans te vinden tussen het bieden van hoogwaardige zorg en het efficiënt organiseren van de bedrijfsvoering.

Gedragkundige inhoudelijke mensen, die inzicht hebben in, wat is de zorgvraag en wat is het passende aanbod. (...) Dus dat betekent de inrichting van je zorg, de keuzes voor je behandelproducten, de keuzes voor methodieken en zelfs welke differentiatie breng je dan aan in je personeelsbestand. (C2)

Directe cliëntzorg

Op de werkvloer heeft men continu te maken met afwegingen die spelen op het snijvlak van inhoudelijke overwegingen en bedrijfsvoering. Te denken valt aan uitdagingen rondom cliënten die niet op de juiste plek lijken te zitten, veranderingen in ondersteuningsbehoeften van cliënten en teamdynamiek. Ook huisvestingsproblematiek en arbeidsvraagstukken raken de cliëntenzorg direct, waardoor op dat niveau afwegingen door respondenten bij voorkeur in gedeelde verantwoordelijkheid worden gemaakt.

Zorgprofessionals ervaren in hun dagelijkse werk de soms uitdagende dynamiek van overlappende verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld met een teamleider. Wanneer de verantwoordelijkheden dan niet goed gedeeld worden en het bij verdelen blijft, kan men behoorlijk in de knel raken. Het is van belang dat er in de samenwerking met de directe (bedrijfsvoerende) leidinggevende van een team en de inhoudsverantwoordelijke professional een eenduidige visie is om van daaruit ook de lijnen uit te kunnen zetten naar een team.

Conclusie

De respondenten benadrukken de noodzaak van transformatie binnen de zorg, waarbij veranderende verwachtingen en een breder maatschappelijk perspectief op kwalitatieve zorg centraal staan. Gedeeld leiderschap wordt gezien als een relevante benadering om deze uitdagingen aan te pakken, zowel binnen individuele organisaties als op maatschappelijk niveau. Voor toekomstbestendige zorg is een paradigmaverschuiving van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij nodig, waarbij de herdefiniëring van het concept 'zorg' essentieel is. Dat geldt niet alleen binnen de zorg, maar is een bredere maatschappelijke opgave. De transformatie naar meer gemeenschapsgerichte zorg, de rol van vrijwilligers en technologie, en het loslaten van traditionele opvattingen over vernieuwing en samenwerking worden in dit kader genoemd. Om te komen tot hervorkaveling van de zorg noemen respondenten de noodzaak tot meer afstemming en samenwerking tussen belanghebbenden. De specifieke kenmerken van de gehandicaptenzorgsector spelen een rol in de herdefiniëring van de zorg, zoals de historie van de sector, betrokkenheid van verwanten, en uitdagingen met betrekking tot eigen regie en veiligheid. Op organisatorisch niveau worden het arbeidsmarktvraagstuk en de balans tussen kwaliteit en bedrijfsvoering als relevant beschouwd. Ook in de directe cliëntenzorg worden de dagelijkse afwegingen tussen inhoudelijke en bedrijfsmatige aspecten bij voorkeur vanuit gedeeld leiderschap benaderd.

4.1.2. De definitie van gedeeld leiderschap

Wanneer respondenten wordt gevraagd naar hun beeld van gedeeld leiderschap raken zij verschillende concepten aan. Zij putten in hun reacties zowel uit eigen ervaringen als hun ideeën over het concept.

Verantwoordelijkheid delen: het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid

Respondenten benadrukken het belang van gezamenlijke verantwoordelijkheid en gedeelde beelden van doelen en taken. Dit betekent dat leiderschap niet langer wordt gezien als een individuele verantwoordelijkheid, maar eerder als een collectieve inspanning waarbij iedereen in het team betrokken is bij het formuleren van doelen en het nemen van beslissingen.

Dat je beiden breder moet kijken dan je eigen vakgebied. En in die zin integraler verantwoordelijk bent. En moet willen zijn om het hele plaatje te kunnen vatten. (...) De verantwoordelijkheden moeten bijna overlappen. (...). Ik heb meer kennis van dit en zij heeft meer kennis van dat, dat is prima. Maar de verantwoordelijkheden moeten overlappen, denk ik. (A2)

We hebben onze strategische opgaven, die doen we als MT. Samen zijn we integraal verantwoordelijk, dus ook het hele MT is dan eigenlijk de stuurgroep van de strategische opgave die we hebben. En daar op dat onderwerp heb je dan echt gedeeld leiderschap. (B1)

Kennis delen: het delen van kennis en samen leren

Gedeeld leiderschap gaat volgens de respondenten ook over het delen van ontwikkelde kennis en het gezamenlijk leren en verbeteren vanuit gedeelde ervaringen. Het is van belang niet alleen de eigen kennis en expertise te gebruiken, maar ook die van anderen te benutten om gezamenlijke doelen te bereiken en collectieve groei te bevorderen. Uit de gesprekken komt naar voren dat dit op elk niveau kan terugkomen. Kennisdeling wordt op organisatorisch en regionaal niveau als onderdeel van gedeeld leiderschap benoemd, maar wordt ook teruggezien in de directe cliëntenzorg.

Je leert ervan. Je krijgt dat stukje natuurlijk in je rugzak aan ervaring, dus als je dan volgende keer weer in een vergelijkbare situatie komt, dan kan je putten uit allemaal... Wacht eens even, toen hebben we dat zo en zo aangevlogen. Dat was het resultaat, dus dan kan je weer leren. En misschien ook een beetje als een olievlek aan collega's, hè? Want wij zijn ook wel vaak met elkaar aan het sparren op de werkvloer van, kan je even met me meedenken. (...) Dus dat je elkaar informeel eigenlijk verder kan helpen, omdat iemand ergens een succes heeft behaald. (A3)

Betekenis delen: het samen creëren van betekenis voor wie het raakt

Drie respondenten (beide bestuurders en manager met zorgachtergrond) benoemen dat het van belang is om je bewust te zijn dat hetgeen je mee bezig bent van betekenis moet zijn voor ieder die het raakt. Het vraagt om bewustzijn voor alle betrokkenen aan wie het vraagstuk raakt. Gedeeld leiderschap gaat om het creëren van betekenisvolle verbindingen en het betrekken van die anderen bij het besluitvormingsproces. Dit omvat het vertalen van strategieën naar acties die relevant zijn voor alle betrokkenen, waardoor zij zich gemotiveerd voelen om bij te dragen en deel te nemen. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat je een groot (strategisch) vraagstuk klein maakt zodat het ook betekenisvol is voor de ander, bijvoorbeeld zoals in organisatie B wordt geïnitieerd via 'actieleren'². Gedeeld leiderschap impliceert ook het creëren van een gezamenlijk begrip van doelen en verantwoordelijkheden, en het gezamenlijk bepalen van de koers en implementatie van strategieën.

Gedeeld leiderschap is, wat mij betreft dat je iets maakt waarbij je je realiseert dat het goed is om te kijken of het ook betekenis voor anderen heeft. En dat vervolgens dan ook vertalen naar handelen. (A1)

Wat kan de cliënt zelf? Wat kan hij leren en ontwikkelen? (...) Wat moet dan de professional nog, of wat kan de professional nog betekenen? We gaan dat per team uitwerken, en daar gaan we het gesprek over voeren per locatie. En dan ga je ook meer die gezamenlijke verantwoordelijkheid krijgen. Want dan krijg je een gedeeld beeld van waar gaat het over en wat hebben we te doen. (B1)

We gaan met actie-leren beginnen op individuele woningen om daar te kijken wat zij ervaren en wat er nodig is, zodat je aansluit bij de behoefte die er is op de werkvloer. (B2)

Zichtbaarheid delen: het gezamenlijk optreden als leiders binnen verschillende contexten

De bestuurder die ook op landelijk niveau actief is, gaf aan dat gedeeld leiderschap ook gaat om het kunnen wisselen van de leiderschapsrollen bij het toewerken naar een gezamenlijk doel. Door

² Actieleren gaat uit van al lerend in de werkcontext samen oplossingen bedenken en uitvoeren. Door middel van iteratieve actie, reflectie en experimenteren werken verschillende belanghebbenden samen. Het stimuleert een cultuur van voortdurende verbetering door het delen van zowel succesvolle als mislukte ervaringen en betreft alle betrokkenen bij het vinden van oplossingen (Actie Leer Netwerk, 2024).

afwisselend op de voorgrond te treden wordt verantwoordelijkheid gedeeld en wordt zichtbaar dat er gedeeld draagvlak is, wat effectiever maakt op bijvoorbeeld het landelijke speelveld. Binnen dit thema gaat het ook over het zichtbaar maken van de sector en van haar krachten, waar de sector van oudsher terughoudend in is.

Conclusie

Samenvattend worden door de respondenten vier kernconcepten van gedeeld leiderschap geïdentificeerd. Ten eerste, verantwoordelijkheid delen. Dit omvat het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid en het samen formuleren van doelen en beslissingen, waarbij leiderschap niet langer wordt gezien als een individuele verantwoordelijkheid maar als een collectieve inspanning. Ten tweede, kennis delen en gezamenlijk leren en verbeteren vanuit gedeelde ervaringen. Het benutten van elkaars kennis en expertise wordt benadrukt als cruciaal voor het bereiken van gemeenschappelijke doelen, zowel op directieniveau als op organisatorisch en regionaal niveau. Ter derde betekenis delen. Dit houdt in dat het samen creëren van betekenis voor alle betrokkenen centraal staat, waarbij het belangrijk is om bewust te zijn wie iets raakt en wat dit betekent. Tot slot het delen van zichtbaarheid, wat zowel het gezamenlijk optreden omvat als het vergroten van de zichtbaarheid van de (kracht van) de sector.

4.2. Helpende en hinderende factoren

4.2.1. Helpende factoren

Benadering van de vraagstukken

Uit de interviews wordt duidelijk dat om te komen tot gedeeld leiderschap een aantal aspecten rondom de benadering van de vraagstukken van belang is. Hiermee wordt het vraagstuk bedoeld dat voorligt in het gedeeld leiderschapsproces.

Gedeeld begrip van het vraagstuk

Een van de aspecten die naar voren komt, is het belang van het duidelijk markeren van het probleem of vraagstuk. Het identificeren en benoemen van problemen binnen de organisatie is een essentiële eerste stap om ze effectief aan te pakken. Vervolgens is brede herkenning, erkenning en gevoelde urgentie op het vraagstuk van belang om eenieder die het vraagstuk raakt ook in beweging te krijgen. Vervolgens wordt gedeelde taal veelvuldig genoemd als een cruciale rol voor onderling begrip en betekenisgeving. Dat geldt zowel binnen de organisatie, als intrasectoraal en intersectoraal.

Zij (red. zorgmanagers) hebben het over volume, allemaal van die termen, hè? Formuleringen, bakstenen, bedden, weet ik wat allemaal. Wij hebben het gewoon over de cliënten en de begeleiders. Maar dat is altijd hartstikke grappig, want we weten wel wat we van elkaar bedoelen. (A3)

Bij de GGZ is er echt weer een andere denkwijze en attitude dan binnen de VG of binnen de ouderenzorg. Ja, dan moet je elkaars taal leren kennen en verstaan. (B1)

De uitdagingen in de sector zorgen voor dagelijkse druk in het werk. Dit kost medewerkers veel energie. Het perspectief waarmee we uitdagingen benaderen is bepalend voor hoe we ze ervaren en hoe we ermee omgaan. Meerdere respondenten beschrijven het belang van de toon waarmee de uitdagingen worden benaderd. Met name de managers en bestuurders geven terug dat zij zich verantwoordelijk voelen voor het geven van positieve energie, om op die manier ook hoop tot verandering te voeden. Het draait om het vermogen om uitdagingen aan te gaan en te focussen op de positieve ontwikkelingen

en mogelijkheden die er zijn. Leiderschap in dergelijke situaties vraagt om het bieden van richting, het omarmen van uitdagingen en het focussen op een positieve toekomst, ondanks de uitdagende context.

Je moet weten waar je aandacht naartoe brengt. En je aandacht moet vooral naar de positieve ontwikkeling van hoe je in de toekomst weer eruit zou willen komen. (C2)

Gedeelde visie

Een gezamenlijke visie is volgens de respondenten van belang voor effectief gedeeld leiderschap en geldt als vertrekpunt op alle niveaus. Op inter- en intrasectoraal vlak kan dat bijvoorbeeld gaan over het delen van ideeën over de herdefiniëring van de zorg en inrichting van het zorglandschap. Ook binnen netwerksamenwerkingen ligt de basis voor succes voornamelijk in het delen van een visie en wordt dit door een van de respondenten zelfs belangrijker geacht dan formele samenwerkingsafspraken. Binnen de organisatie in de directe cliëntenzorg kan een gedeelde visie worden teruggezien in een teamleider die eenzelfde visie onderschrijft als de zorginhoudelijk verantwoordelijk gedragsdeskundige. Ook op dat niveau bepaalt een gedeeld inhoudelijk uitgangspunt als de basis voor het delen van verantwoordelijkheden.

Respondenten benadrukken dat wanneer men een verandering van koers wil inzetten het van belang is dat er wordt teruggedeneerd naar relevante concrete acties die nodig zijn om de visie te realiseren. Als het te groot en te abstract blijft en te weinig betekenis krijgt in het handelen op de werkvloer, zal er uiteindelijk niets veranderen. Als alle betrokkenen de bedoeling weten van de beweging en hier betekenis aan kunnen verlenen ontstaat er een gevoel van verbondenheid met het grotere doel.

Dus wat ik denk wat nodig is, is dat je samen in gedeelde verantwoordelijkheid dat gezamenlijke perspectief gaat maken. En dan innovatief kijken. (B1)

Doeldefiniëring

Het definiëren van doelen wordt door de respondenten gezien als helpende factor om gedeeld leiderschap te stimuleren. Hoewel de sector traditioneel gericht is op inspanningen, wordt erkend dat het ook belangrijk is om concrete resultaatgerichte doelen te stellen en daar naartoe te werken. Het definiëren van doelen gaat niet alleen over het stellen van richtinggevendende doelstellingen, maar ook om het creëren van een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel en betrokkenheid binnen de organisatie. Dit kan worden bereikt door doelen op lokaal niveau te formuleren, zodat medewerkers zich betrokken voelen en hun expertise kunnen inzetten om bij te dragen aan het behalen van de doelstellingen. Door doelen gericht te formuleren naar degene die het raakt, kan men ook verantwoordelijkheid pakken die vanuit de eigen rol passend is. Een gestructureerde aanpak, waarbij gebruik wordt gemaakt van concrete plannen, mijlpalen en datagestuurde evaluaties, helpt hierbij.

Je moet het klein maken per locatie, daar waar mensen verantwoordelijk voor zijn. (...) Daar waar je ook invloed op uit kan oefenen. Want dat is natuurlijk waar het over gaat. Anders is het "het bestuur beslist maar", of "het MT beslist maar". Top down. Nee, je wil juist dat het klein is en dichtbij is, want jij kent die cliënten het beste. Jij kent het beste de dingen die zouden kunnen passen bij de talenten van die cliënt en de mogelijkheden van die cliënt. En daar kun je bij ondersteunen en als je dat kleiner maakt en dichtbij... Daar wordt iedereen vrolijk van. (B1)

Vaardigheden

Waar de respondenten veelvuldig aan refereren als helpende factor zijn vaardigheden die nodig zijn bij de mensen die hun verantwoordelijkheden delen. Deze zijn grofweg te categoriseren in afstemming en communicatie, empathie en vertrouwen.

Afstemming en communicatie

De start van gedeeld leiderschap begint volgens respondenten bij het uitnodigen van de ander. Dat kan expliciet zijn, waarbij betrokkenen bij een vraagstuk worden gevraagd om mee te denken. Het kan ook op meer impliciete wijze plaatsvinden, waarbij men kijkt waar en bij wie energie op het vraagstuk ontstaat, om zo tot een coalitie te komen die bijdraagt aan het vraagstuk. Uitnodigen creëert een gevoel van erkenning en betrokkenheid. Dit bevordert een cultuur waarin medewerkers de ruimte voelen om hun mening te delen en bij te dragen aan de organisatorische doelen. Het delen van leiderschap vraagt om afstemmen van wederzijdse verwachtingen. Dat ontstaat niet zonder investering; men moet elkaar actief opzoeken, zoeken naar de behoeften van de ander en daar dan ook daadwerkelijk bij aansluiten.

Niet meteen in het oordeel, maar altijd kijken, wat is er nodig? Hoe kan ik aansluiten, welke behoefte heb jij? (...) Ik denk dat dat allemaal helpt. Waarin mensen zich gezien voelen waar en als je gezien voelt en gewaardeerd voelt, dan kun je ook meer verantwoordelijkheid hebben. (B2)

Uitnodigen en hiervoor open staan is een wederkerig proces, wat vraagt om bewustzijn van de uitnodiging van de ander en deze waarderen en aangrijpen. Dat vraagt soms ook volhouden en verdragen als een uitnodiging nog even uitblijft.

Goede afstemming en communicatie gaat niet zonder investering in de verbinding, en daarbij accepteren dat dit tijd kost, om vervolgens ook de vruchten te kunnen plukken van de samenwerking. Om goed te kunnen samenwerken zijn open en eerlijke communicatie een voorwaarde om op betrekkningsniveau processen met elkaar te kunnen bespreken.

We hebben ook veel meer erin gestopt in die locatie dan wat wij aan uren kregen. Dat is ook een commitment die je bewust moet aangaan. Bewust zijn wat voor taak je voor je hebt en hoeveel daarin gaat zitten en ook dus bewust bij elkaar aansluiten. (B3)

Open en eerlijke communicatie en binnen een organisatie afspraken maken over 'hoe wij het met elkaar doen' geeft ruimte om elkaar aan te spreken op verantwoordelijkheden en gedrag, wat bijdraagt aan veiligheid op de werkvloer. Het helpt hierbij om jezelf te ondertitelen, eerlijk te zijn over wat er niet goed gaat en op die manier inzicht te geven waarom welke beslissing wordt genomen. Dat zorgt voor wederzijds vertrouwen.

We namen iedereen gewoon mee in de dilemma's. En we waren ook transparant over dat we een aantal oplossingen niet hadden. En dat het ook gewoon helemaal niet perfect was, maar dat het wel de beste optie voor nu was. En in één keer kwam er ruimte. Om mee te durven denken. (...) Als je hen ook veel meer erkent in die expertise. Dan, ja klinkt heel kinderachtig, maar dan doen ze alles, zeg maar. Dan willen ze aan alle kanten meedenken. (A2)

Empathie

Voor het tot stand laten komen van gedeeld leiderschap is empathie een cruciale factor. Dit omvat het vermogen om jezelf in de ander te verplaatsen en zonder oordeel nieuwsgierig naar de ander te zijn. Op die manier ontstaat er ruimte voor (h)erkenning van de expertise van de ander en deze op waarde weten te schatten. Een factor die door alle respondenten werd aangehaald als essentieel. Dit vraagt ook dat men in staat is om over de eigen belangen en het ego te kunnen stappen. Dit geldt zowel op organisatieniveau, als op persoonlijk niveau.

Erkenning en ruimte voor de expertise van de ander gaat hand in hand met het zelfbewustzijn ten aanzien van je eigen kennis en kunnen. Het vermogen tot het accepteren van de grenzen van de eigen kennis en kunde is dan ook belangrijk. Dit vraagt om het kunnen hanteren van een bepaalde mate van kwetsbaarheid en uiteindelijk ook de competentie om dit in de interactie te kunnen brengen.

Als je je eigen afhankelijkheid definieert, dan zijn mensen vaak graag bereid om je te helpen. (A1)

Om de juiste vraagstukken te selecteren is het cruciaal om allen die het raakt te betrekken. Starten bij degenen met de meest relevante inzichten vergroot de kans op passende oplossingen. Dit vereist enerzijds het vermogen om je in de ander te verplaatsen, maar tegelijkertijd ook het erkennen van de eigen grenzen in het begrijpen van andermans perspectief. Wanneer er beter wordt geluisterd naar hen die een vraagstuk raakt, levert dit mogelijk inzichten op die waardevol kunnen zijn voor het verbeteren van de werkomstandigheden en het leveren van kwalitatief goede zorg.

Vertrouwen

Vertrouwen vormt de basis voor goede samenwerking en het delen van verantwoordelijkheden en gaat hand in hand met het geven van ruimte om fouten te maken. Het vertrouwen op de goede intentie van de ander is essentieel. Het is een voorwaarde om de kennis van de ander te erkennen en hiervan te kunnen profiteren. Dat geldt voor collega's onderling, maar ook in contact met verwanten, waarmee ook verantwoordelijkheden worden gedeeld ten aanzien van de zorg voor een cliënt.

Dat mensen kwetsbaar mogen zijn. Dat mensen mogen zeggen waar hun verlegenheid zit. En dat je elkaar samen verder helpt en dat je mag leren. En dat je ook daarin scherp mag zijn op de inhoud, maar zacht op de relatie. (C1)

Ga elkaar in ieder geval snappen, ga dan met moeder in gesprek. (...) Dan kunnen we gaan snappen wat de reden is van bepaalde actie. Maar daarvoor moet je wel durven om dit te benoemen en ook oprecht geïnteresseerd zijn in elkaar en uitgaan van elkaars goede intentie, denk ik. (A2)

Randvoorwaarden

Om gedeeld leiderschap de ruimte te geven benoemen de respondenten verschillende randvoorwaarden. Het start bij ruimte geven in de vorm van tijd. Maar ook mensen, organisatiestructuur- en processen en nabijheid worden benoemd als essentieel.

Mensen

Het hebben van goede mensen is essentieel voor het bereiken van gedeeld leiderschap. Teams met minder complexe problematiek en weinig verloop zijn beter in staat om effectief te functioneren en de continuïteit van zorg te waarborgen. Echter, in situaties waar sprake is van complexe zorg, discontinuïteit en wisselingen van teamleden en leiderschap, wordt de uitdaging groter. Het gebrek aan stabiele teams wordt gezien als een risico voor het leveren van consistente zorg. Er wordt benadrukt dat het behouden van continuïteit in personeel, zowel op teamleidersniveau als op teamniveau, cruciaal is voor het realiseren van gedeeld leiderschap en het handhaven van kwalitatieve zorg.

Wat belangrijk is, is dat mensen nu teveel druk ervaren en dat heeft verschillende redenen. Dus ik kan van alles noemen, maar dat gaat hem niet meer worden (...) die stabiele teams. Dus alles wat nodig is om die continuïteit van zorg... Dus de vraag is, hoe ga je de zorg inregelen, wetend dat er discontinuïteit is, wetende dat je het niet meer kan gaan leveren. (B2)

Organisatiestructuur

Ten aanzien van de organisatiestructuur wordt aangegeven dat het belangrijk is om hiërarchische structuren te doorbreken en een plattere organisatiestructuur te creëren. Zowel een bestuurder als zorgprofessional geven aan dat een platte structuur behulpzaam is bij het stimuleren van gedeeld leiderschap.

Bij de respondenten is uitgevraagd in hoeverre in de organisatie de inbreng van zorgprofessionals formeel is geregeld. Er kan geconcludeerd worden dat in geen van de organisaties formeel iets is vastgelegd. Wel wordt beschreven dat er op organische wijze altijd wel mensen van de inhoud betrokken worden bij beleidsontwikkeling. Dit wordt echter niet altijd als voldoende ervaren.

Een van de bestuurders ziet de formele organisatiestructuur voornamelijk als hygiënefactor.

Het is een hygiënefactor. Als je het niet goed geregeld hebt dan heb je er last van. (...) Je verliest je heel snel in de structuurdiscussies. Terwijl het gaat over hoe je de dingen met elkaar doet. (...) Als er al ruis op de lijn zit, dan komt dat meestal niet zozeer door de structuur, maar door het gebrek aan samenwerking tussen mensen. Volgens mij moet je daar altijd eerst naar kijken en heel vaak lost het zich dan ook wel weer op. (A1)

Twee van de leidinggevendenden (met een zorgachtergrond) en een zorgprofessional zien de formele structuur wel degelijk als stimulerende factor. Basiszaken zoals een professionele raad en een professioneel statuut zijn hun inziens randvoorwaardelijk om de juiste mensen vanuit de inhoud te betrekken. Ook de directe aansturing van gedragsdeskundigen door een MT-lid wordt als bevorderend beschreven om de inhoudelijke inbreng in de lijn te borgen. Respondenten geven terug dat het in de praktijk moeilijk is om zonder formele, gelijkwaardige structuur de vakgroep van professionals goed in positie te brengen en daarmee ook voldoende zorginhoudelijke inbreng te genereren om te kunnen spreken van gedeeld leiderschap.

En, dat zegt voor mij heel veel over hoe je dus de inhoud, dus de zorg eigenlijk bijna aan de zijkant zet. Terwijl, je bent een zorginstelling. Als dat je core business is, hoe kan het aan de zijkant georganiseerd worden? Ik vind het heel gek. (A2)

Organisch positioneren heb ik wel geprobeerd hoor. Maar daar was het gevecht te groot voor. (C2)

Processen

Men geeft aan dat het organiseren van bepaalde organisatorische processen en het definiëren van duidelijke rollen en verantwoordelijkheden ondersteunend kan zijn aan gedeeld leiderschap. Afspraken over hoe bepaalde processen lopen, zoals het al dan niet betrekken van of samenwerken met bepaalde disciplines, maakt dat deze processen minder persoonsafhankelijk worden. Ook zaken als het inregelen van tegenspraak en het betrekken van kritische stemmen bij besluitvormingsprocessen wordt behulpzaam geacht, omdat het borgt dat alle (tegen)geluiden daadwerkelijk gehoord kunnen worden.

Procesafspraken zorgen er uiteindelijk voor dat het samenwerken en delen van verantwoordelijkheden vanzelfsprekender wordt en besluitvorming meer op basis van inhoud en afspraken kan plaatsvinden. In samenwerking met andere organisaties is het van belang dat de organisatie de samenwerking ook vanuit de managementlaag ondersteunt om tot duurzame, persoonsonafhankelijke resultaten te komen.

Dat betekent dat wij wel iets te organiseren hebben daarop en dat hebben we ook gedaan. Dus dat betekent dat wij een commissie hebben met complexe casuïstiek, waar zowel ik in zit als ook de manager, regiomanager en uiteindelijk hebben mensen een plek om te adresseren dat ze er niet uitkomen. En dan kun je een keuze maken en daar moet je dan op sturen, want er moet iets. (B2)

Als je in een rol je verantwoordelijkheden niet helder hebt en al die kaders en structuren, dan zit je voortdurend op de betrekking en daar moet je echt uitblijven. (C1)

Nabijheid

Verschillende respondenten benoemen nabijheid als een essentiële randvoorwaarde. Dat kan in heel praktische zin neerkomen op fysieke nabijheid, waardoor verbinding en samenwerking wordt gefaciliteerd. Het kan ook terugkomen in ervaren nabijheid van het management, door bijvoorbeeld een passende 'span of support'. Wanneer er teveel afstand ontstaat wordt het moeilijker om in beeld te houden wie welke rol heeft en dus mogelijk belanghebbende is bij een vraagstuk.

Wat wij de afgelopen jaren hebben gedaan, is veel meer het management losser van de werkvloer halen, dus meer op afstand. Eigenlijk zeg ik, dat kan niet meer. Met alles wat we moeten overzien zou je er bijna misschien zelfs weer een laag tussen moeten zetten om te zorgen dat je van iedereen weet waar hij van is. (C2)

Op organisatieniveau kan de schaalgrootte een rol spelen in het al dan niet tot stand komen van gedeeld leiderschap. Enerzijds wordt aangegeven dat kleinschalige organisaties mogelijk kortere communicatielijnen hebben, maar anderzijds ziet men vanuit de grote organisatie ook de voordelen omdat er meer middelen (qua mensen, vermogen, ruimte) ter beschikking zijn om de randvoorwaarden te creëren die nodig zijn voor het delen van verantwoordelijkheden, zowel intern als extern.

Durf

Het opereren over de grenzen van je eigen verantwoordelijkheid vraagt ook om lef. Om de cirkel van de eigen invloed als zorgprofessional groter te maken, is soms wat burgerlijke ongehoorzaamheid nodig. Bijvoorbeeld door ongevraagd advies te geven of om toch ergens tijd aan te besteden terwijl die ruimte er op papier wellicht niet is. Het opereren over de grenzen van de primaire verantwoordelijkheid heen kan soms ook betekenen dat er taken worden opgepakt die in eerste instantie niet bij de professionele rol horen. Juist dit soort investeringen, waarbij concrete taken worden opgepakt, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan wederzijds vertrouwen en verbinding.

Hun vertrouwen in mij... Ik heb op een gegeven moment dat meisje zelf naar Den Helder gereden in de auto. Ik kon dat niet vragen aan de begeleiders, dat ging gewoon niet meer. Maar ik zat er wel met klotsende oksels want dat meisje was en agressief en verdrietig en boos en alles... (...) Maar dat ik dat heb gedaan, dat hoort natuurlijk helemaal niet bij mij. Natuurlijk niet. En het was op vrijdag, natuurlijk is altijd alles op vrijdag. Maar dat heeft ook veel gedaan vanuit hun naar mij toe; 'maar dat heb jij toen gedaan. Dat jij die keuze hebt gemaakt, wat stoer en dapper, want ze was echt woedend'. (A3)

Ook op organisatorisch niveau en in regionale samenwerking wordt lef en ambitieus durven zijn genoemd als belangrijke factor die een impuls kan geven aan het gedeelde leiderschap. Het aspect lef wordt ook specifiek benoemd ten aanzien van het zichtbaar maken van de sector, wat van oudsher niet een natuurlijke neiging is.

Op landelijk niveau en in samenwerking met de zorgkantoren is soms durf nodig om te begrenzen en richting beleidsmakers een statement te maken. Bijvoorbeeld door duidelijk stelling te nemen in wat wel en geen passende tarieven zijn in de complexe zorg. Pas dan ontstaat ruimte om beweging te creëren in de wet- en regelgeving en de systemen. In relatie tot de overheid en toezichtsorganen, zoals de inspectie, wordt aangegeven dat het belangrijk is het nut en de bedoeling van wet- en regelgeving aan de kaak te blijven stellen. Hiervoor is dan wel nodig dat leiders inzicht hebben in het doel van hetgeen ze mee bezig zijn.

De wet is bedoeld om ons te ondersteunen en richting te geven, om de goede dingen te doen. Dus je moet ook lef hebben om zo nu en dan te zeggen: die regels zijn er wel, ik ga niet alle regeltjes opzij zetten, maar ik handel wel naar eigen inzicht. Maar dan moet je dus wel inzicht hebben, toetsbaar zijn door je collega's en kunnen reflecteren, doe ik dit nu goed, is dit nou echt de bedoeling? (C2)

Conclusie

In de interviews zijn verschillende helpende factoren benoemd voor het succesvol in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorgsector.

Allereerst zijn vaardigheden zoals afstemming, communicatie, empathie en vertrouwen volgens de respondenten van essentieel belang. Het uitnodigen van anderen, zowel expliciet als impliciet, draagt bij aan een cultuur van erkenning en betrokkenheid, wat essentieel is voor medewerkers om zich uitgenodigd te voelen om bij te dragen aan organisatorische doelen. Goede afstemming en communicatie vereisen een investering in verbinding en transparantie, wat de veiligheid op de werkvloer bevordert.

Er worden ook verschillende ondersteunende randvoorwaarden benoemd. Het is wellicht een open deur, maar goed personeel met de juiste competenties is cruciaal. Ook continuïteit in personeel op zowel team- als leiderschapsniveau wordt erkend als een belangrijke, zij het in de huidige context vaak ontbrekende, factor voor gedeeld leiderschap. Men geeft aan dat een platte organisatiestructuur ondersteunend is. Hoewel de formele inbreng van zorgprofessionals niet altijd is ingeregeld in de organisatiestructuur, wordt dit door sommigen wel als belangrijk gezien voor het tot stand komen van gedeeld leiderschap en het betrekken van de inhoud in besluitvormingsprocessen en beleidsontwikkeling. Het maken van procesafspraken, zoals het betrekken van verschillende disciplines en het inbouwen van tegenspraak, zorgt ervoor dat besluitvorming minder persoonsafhankelijk wordt. Ook nabijheid, zowel fysiek als in ervaren ondersteuning, helpt bij het in beeld hebben en betrekken van belanghebbenden. Tot slot is er durf nodig om voorbij de eigen primaire verantwoordelijkheden te opereren. Dit kan soms burgerlijke ongehoorzaamheid vereisen en het oppakken van taken die buiten de eigen verantwoordelijkheid vallen. Lef hebben en ambitieus zijn stimuleren gedeeld leiderschap op alle niveaus, zelfs in regionale samenwerkingen en op landelijk niveau met externe partijen zoals zorgkantoren en beleidsmakers.

4.2.2. Hinderende factoren

Systeembelemmeringen

In de huidige systemen binnen het Nederlandse zorglandschap bevinden zich diverse factoren die het tot stand komen van gedeeld leiderschap binnen de gehandicaptenzorg en met andere sectoren moeilijk maken. Dat zit in belemmerende wet- en regelgeving, maar ook financiële druk en tijdsdruk die wordt ervaren in de huidige context. Ook de samenwerking met de overheid zorgt voor uitdagingen.

Wet- en regelgeving

Verschiedende respondenten geven aan dat het huidige zorgsysteem hen hindert om gedeeld leiderschap in de praktijk te brengen. Met name in intra- en intersectoraal verband frustreert het systeem het samenwerken over traditionele grenzen heen en het doorvoeren van veranderingen. Wet- en regelgeving zorgt voor een bepaalde starheid en bureaucratie, wat inflexibel maakt en daarmee ook nieuwe initiatieven belemmert.

Alle wet- en regelgeving zegt eigenlijk, schoenmaker hou je bij je leest. Het is allemaal afgebakend op: dit mag jij wel en dit mag jij niet. En ja, dat staat wel in de weg. (B2)

Het infarct dat we hebben zit niet alleen op arbeid, maar ook op systemen die niet werken als we willen veranderen. Dan loop je gelijk vast in een systeem, of financieringsvorm, of in schotten. We hebben het zo dichtgeregeld dat het gewoon heel ingewikkeld bewegen is als je wilt veranderen. (C2)

Het overwinnen van deze systeembelemmeringen vereist niet alleen durf en lef, maar ook een fundamentele heroverweging van de bestaande structuren en belangen. Het is complex om uit bestaande belangen los te breken, mede omdat het gepaard gaat met onzekerheid en het loslaten van comfort.

We zitten allemaal vast in ons eigen frame. Het is op alle niveaus blijkbaar moeilijk om daar uit te breken. (...) Dus dan meanderen we maar verder op de koers die we hebben ingeslagen en eigenlijk zijn dat gemiste kansen. (A1)

Ik denk dat je ten principale niks te verliezen hebt. Dat je eigenlijk alleen maar te winnen hebt. Alleen het wordt onzekerder, hè? (B1)

Met name de schotten tussen verschillende zorgsectoren en de gescheiden financiële stromen werken in de huidige context belemmerend in de samenwerking tussen zorgaanbieders en de integratie van zorg voor cliënten met complexe behoeften. Daarbij beloont het huidige financiële systeem zorgaanbieders voor het leveren van zorg binnen hun eigen sector, waardoor samenwerking over de grenzen heen ontmoedigd wordt. Het leidt tot fragmentatie van de zorg, wat afbreuk doet aan de kwaliteit van de zorg voor de cliënt. Dit leidt tot een gebrek aan integratie en coördinatie van zorg en werkt concurrerend denken tussen organisaties en sectoren in de hand. Respondenten geven aan dat als de prikkels in het systeem anders zouden liggen, samenwerking en herdefiniëring van de zorg gemakkelijker zou gaan.

Van de week stond ergens op Skipr ook dat er domeinoverstijgende financiering gaat komen en dat soort dingen gaat helpen, want dat gaat nu de crux worden als een VVT-organisatie nu iets bij ons doet, dan hebben we daar geen betaaltitel voor of vice versa. (B1)

Financiële druk en tijdsdruk

Naast de financiële prikkels die een proces naar meer gedeeld leiderschap kunnen hinderen, is ook de financiële druk die organisaties ervaren een belemmerende factor. Door de financiële druk is het moeilijk om naast de focus op gezonde exploitatie en bestaanszekerheid, ook ruimte te blijven maken voor exploratie en verandering. Men is het er echter wel over eens dat dit nodig is om toekomstbestendige gehandicaptenzorg te kunnen blijven leveren.

De druk is zo hoog dat alle aandacht alleen maar naar het exploitatiestuk gaat, terwijl ik dan denk, volgens mij als je goed gaat kijken (...), wat is de bedoeling dat wij doen? Dan wordt het qua exploitatie ook gezonder. (C2)

Dit leidt tot een hele praktische hinderende factor. Door de financiële druk en tekortschietende tarieven is steeds belangrijker dat de productiviteit van zorgprofessionals hoog is. Dat maakt hen in praktische zin minder beschikbaar om mee te doen en denken in overstijgende zaken, die nodig zijn om de beweging te maken naar een andere invulling van de zorg.

En iedereen is zo druk. En wij moeten onze productiviteit halen. Je moet zoveel procent cliëntgebonden uren hebben. (A3)

Het 'samen doen' levert ook niet direct resultaat op. Sterker nog, het betrekken van belanghebbenden vertraagt het proces in eerste instantie, geven respondenten aan. Het is een investering die pas later

oplevert. En dat is lastig: er moet op de korte termijn tijd worden geïnvesteerd, terwijl men die ruimte niet voelt.

Mensen moeten weer leren om het samen te doen en dat samen doen niet alleen tijd kost, maar dat het je uiteindelijk ook wat oplevert. (C1)

Het liep voor geen meter. Toen hebben we op gegeven moment dus toch een dag iedereen bij elkaar in een zaal gezet en in een halve dag hadden we alles opgelost. (...) Dus in eerste instantie ga je enorme vertraging in om het uiteindelijk veel sneller te kunnen gaan doen. (A2)

Los van het praktische 'tijdsprobleem', heeft de ervaren druk ook een ander effect. Stress maakt dat mensen minder mentale ruimte hebben om creatief na te denken. Men wordt conservatief en raakt meer geneigd om te hangen naar bekende kaders en patronen, om op die manier de illusie van controle te behouden. Dat kan zich uiten in het juist weer sterk verdelen van de verantwoordelijkheden en weerstand tegen overlappende verantwoordelijkheden. Veel mensen ervaren helder afgebakende taken en verantwoordelijkheden toch als 'veilig'. Met het delen van verantwoordelijkheden ontstaat er een groter grijs gebied en het vraagt om onderling vertrouwen. Ook wordt teruggezien dat men onder druk meer geneigd is om terug te vallen op 'oude' visies op zorg. Het belemmert een open blik om te komen tot nieuwe, innovatieve oplossingen voor problemen en laat mensen ook minder snel 'instappen' in verandering. Respondenten zien dit op verschillende niveaus terug; van direct in contact met de cliënt tot op het niveau van intersectorale samenwerking.

Het moment dat het water aan de lippen komt gaan we weer naar een defectbenadering. En gaan we in het hier en nu in het klein op de vierkante millimeter ons proberen te verbeteren. Ik blijf dan degene die roept van volgens mij moeten we groter denken. Juist dat gaat ons helpen uit deze knelling te komen. (C2)

Wat ik zie wat moeilijk is en dat is denk ik ook met de intersectorale samenwerking, is dat op dat moment dat mensen heel veel stress ervaren en heel veel druk en heel weinig ruimte. (...) Je hebt dan geen kalm brein, dus je kan onvoldoende nadenken over de vraagstukken. (...) En dan kan die verantwoordelijkheid helemaal niet breder, want het lukt al niet om de verantwoordelijkheid voor je eigen deel te hebben, dus laat staan ook nog ergens anders. (B2)

Samenwerking met de overheid

Een van de bestuurders beschrijft dat er behoefte is aan een balans tussen sturing vanuit de overheid en ruimte voor autonomie en initiatief vanuit de praktijk. Hoewel er vrijheid is om leiderschap in te vullen, wordt erkend dat duidelijke kaders noodzakelijk zijn om effectief te kunnen opereren. De overheid kan bij dit laatste een meer sturende rol innemen. Verder benoemt de bestuurder de wisselwerking waarbij zowel de overheid als de praktijk elkaar kunnen helpen en aanvullen. Gedeeld leiderschap kan in dit kader ook betekenen dat organisaties de overheid aanspreken op verbeterpunten en verwachtingen uitspreken over wat zij nodig hebben.

Sectorale verschillen

Een belemmerende factor bij het in de praktijk brengen van intersectoraal gedeeld leiderschap zijn de verschillen tussen de sectoren. Hierbij worden cultuurverschillen genoemd, maar bijvoorbeeld ook inhoudelijke handelingsverlegenheid over de sectoren heen. Doordat tussen de sectoren vaak het idee bestaat van een kennisachterstand, waardoor men geen goed passende zorg zou kunnen leveren, is men geneigd tot een terugtrekkende beweging uit de samenwerking. Met als gevolg dat bepaalde cliëntgroepen tussen wal en schip vallen. Ook regievraagstukken en de wens tot afgetimmerde afspraken ten aanzien van verantwoordelijkheden maken samenwerking soms lastig. Deze aspecten werken door op alle niveaus; van de directe cliëntzorg tot aan intersectorale samenwerking.

Er is toch veel handelingsverlegenheid als het gaat om onze populatie. (...) We hebben eigenlijk het omgekeerde, dan denken we "oh, we moeten iets met die psychiatrie en dan is er allemaal overlast en gedoe en daar zijn we niet goed toegerust". (A1)

Over verantwoordelijkheden. (...) Als je iets (red. zorg uit een andere sector) wilt invliegen, maar die wijzen dan ook weer snel naar ons van ja, maar wacht even jullie zijn ambulant dus wie is er nou eigenlijk hier verantwoordelijk? Terwijl zij aan het behandelen zijn bijvoorbeeld of medicamenteus aan het ondersteunen zijn. Kijk, daar zit ik niet op. En die wijkteams die daar dan inzitten die dan eigenlijk regie zouden moeten voeren. Sommigen doen dat en sommigen die laten het wat los. (...) En überhaupt, zodra het woord LVB valt, dan zeggen sommigen, oh nee dan kunnen we dat niet. Dat vind ik echt ingewikkeld. (A3)

Focus op een deel in plaats van het geheel

Op verschillende niveaus binnen organisaties en in de gehandicaptenzorg wordt gezien dat het hinderend is wanneer de aandacht gaat naar 'een deel', waarbij het grote geheel uit het oog verloren wordt.

Binnen organisaties zijn professionals (zoals woonbegeleiders, gedragsdeskundigen of paramedici) vaak gericht op hun eigen vakgebied en de inhoud van hun werk, zonder zich noodzakelijkerwijs bewust te zijn van het grotere geheel of de bedoeling van de organisatie.

Dat is toch iets bij veel professionals in de zorg. Veel van hen zijn heel erg gefocust op hun cliënten en hun team. (...) We hebben zelfs medewerkers die de naam van de woning op hun arm getatoeëerd hebben, dus dáár zit de verbondenheid en veel minder met de organisatie. (A1)

Andersom lijken professionals en anderen die geraakt worden door een vraagstuk soms ook wat onzichtbaar te zijn voor de organisatie. Mogelijk is er in de midden- en hogere managementlaag een overschatting in hoeverre zij adequaat deze groep meenemen, hoewel er ook wel een geluid klinkt dat de professionele vakgroepen zichzelf ook onvoldoende laten zien. Wat de verklaring dan ook is; het gebrek aan de erkenning van expertise kan leiden tot frustratie bij professionals, zodanig dat het resulteert in uitstappen uit het gedeelde leiderschapsproces.

Ik denk dat de gedragsdeskundigen soms te weinig stevig zijn. Dat is eigenlijk wat ik graag zou willen, dat zij keihard voor hun vak opkomen. Roeptoeteren! (B1)

Als die expertise aan de voorkant niet serieus wordt genomen, ben je ze daarna kwijt. (A2)

Bovendien is het soms moeilijk om alle belanghebbenden bij een vraagstuk te betrekken, omdat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan een grondige analyse voorafgaand aan het aanpakken van een vraagstuk. De mismatch kan bijvoorbeeld zitten in de relevantie van het vraagstuk, de betekenis die er binnen de lokale context aan wordt gegeven, maar ook in het feit of een gekozen oplossing op een bepaalde plek wel passend is en werkt.

Respondenten geven ook aan dat organisaties als geheel zich soms onvoldoende bewust zijn van hun positie in het geheel en zich teveel naar binnen richten. De focus ligt door de schaarste veelal op een interne gezonde exploitatie, wat het blikveld naar buiten verkleint, concurrerend denken in de hand werkt en samenwerking over de grenzen van de organisatie heen bemoeilijkt. Ook hier lijkt de historie van de sector, waarbij men de regie overnam van de cliënt en het systeem, een factor waardoor het 'samen doen' geen eerste natuur is.

Wij zouden veel meer, soms ons eigen belang moeten loslaten en echt moeten redeneren vanuit de cliënten en hun verwanten en de samenleving. (C1)

De neiging naar binnen, op de exploitatie, maakt dat er steeds minder ruimte is om iets naar buiten te doen. Maar we hebben mensen in elke organisatie en de zorg die die beweging naar buiten en elkaar opzoeken, en het samen willen doen, zo hard nodig. (C2)

Impositie

Bij het bespreken van ervaringen met gedeeld leiderschap kwam meerdere malen ook de ervaring met het tegenovergestelde ter sprake: impositie, waarbij beslissingen werden opgelegd zonder participatie. Men beschrijft dat dit het vormgeven aan gedeeld leiderschap bemoeilijkt. Het gebrek aan inspraak en betrokkenheid bij besluitvorming binnen organisaties leidt tot weerstand en gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel bij medewerkers. Dit wordt verergerd wanneer besluiten vanuit een centraal kantoor worden genomen zonder rekening te houden met de specifieke behoeften op de werkvloer, waardoor medewerkers zich niet gehoord of begrepen voelen en zich vervreemd voelen. Hoewel men ziet dat het een proces is dat niet helpt, wordt ook gezien dat de neiging hiertoe groeit in tijden van schaarste waarbij de behoefte aan controle groot is.

Dat besluiten worden genomen, die van invloed zijn op je werk zonder dat je daar zelf een keuze in hebt gehad. Dus dan denk je ja, het is niet van mij. Ik heb er niks over te zeggen. Dus dan voel je je ook niet verantwoordelijk voor de uitvoering. Ik denk dat het daar vaak schuurt en dan krijg je een soort rebellie, hè? (B2)

Conclusie

De respondenten noemen systeembelemmeringen als grote hinderende factor bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap. Starre wet- en regelgeving en gescheiden financiële stromen, die nieuwe benaderingen van de zorg en samenwerking over traditionele grenzen heen frustreren worden veelvuldig beschreven. De samenwerking met de overheid is daarin ook nog een uitdaging. Regelgeving is nodig, maar er moet ook voldoende ruimte blijven voor autonomie van de organisaties en sector.

Financiële druk en tijdsdruk binnen organisaties belemmeren het vermogen om naast de focus op exploitatie ook ruimte te maken voor exploratie en verandering. Door de ervaren druk is het moeilijk voor professionals bij te dragen aan organisatie-overstijgende ontwikkelingen. De ruimte ontbreekt, zowel in tijd, als in mentale creatieve ruimte. Door de ervaren druk neigt men terug te vallen op dat wat een gevoel van controle geeft: afbakening van verdeelde verantwoordelijkheden en bekende (oude) benaderingswijzen van zorgvraagstukken. Daarbij zijn professionals ook niet altijd goed zichtbaar gepositioneerd en ligt hun eigen focus en verbondenheid voornamelijk op de zorginhoud of hun eigen team/locatie. Het is echter wel essentieel dat allen die het raakt betrokken worden, want wanneer men terugvalt op impositie van beslissingen zonder voldoende participatie, kan dit ertoe leiden dat er weerstand en rebellie ontstaat en medewerkers zich niet gehoord of begrepen voelen.

Sectorale verschillen als cultuurverschillen en inhoudelijke handelingsverlegenheid spelen mee bij het tot stand komen van samenwerking tussen organisaties en sectoren. Doordat er ruis blijft over wie regie waarover heeft (bijvoorbeeld ten aanzien van de inhoudelijk te voeren zorglijn of financiën) is een soepele samenwerking niet vanzelfsprekend.

4.3. De effecten van gedeeld leiderschap

4.3.1. Persoonlijk niveau

Competentiegevoel

De respondenten geven unaniem aan dat het energie geeft als het lukt om gedeeld leiderschap tot stand te brengen. Deze energie ontstaat voornamelijk door het gegenereerde zelfvertrouwen en voldoening die voortkomen uit het zien van enthousiaste cliënten en tevreden medewerkers die hun talenten kunnen benutten. Het als team neerzetten van succesvolle resultaten geeft energie, trots en biedt leerkansen voor de toekomst. Dit versterkt niet alleen de samenwerking, maar ook het vertrouwen en zelfvertrouwen binnen het team.

Dat is natuurlijk ook leiderschap. Het zichtbaar maken, dat mensen zelf ook zien wat ze toevoegen. Dat is bijna besmettelijk, daar worden mensen blij van! (C2)

Verbondenheid

Wanneer gedeeld leiderschap tot stand komt, doet dit volgens verschillende respondenten iets met het gevoel van verbondenheid. Als iemand zich gezien, erkend en waardevol voelt ontstaat er een gevoel van inclusie en acceptatie, waarbij iedereen het gevoel heeft erbij te horen en een betekenisvolle bijdrage te kunnen leveren. Dit bevordert een positieve samenwerking, waarbij mensen elkaar ondersteunen, snel kunnen schakelen en gezamenlijk oplossingen kunnen vinden. Dit gevoel van verbondenheid strekt zich niet alleen uit naar collega's, maar wordt parallel ook uitgestraald naar cliënten, wat kan bijdragen aan een gevoel van veiligheid en vertrouwen binnen de gehele organisatie.

Ik denk dat het dan heel veel beter gaat. Je bent in verbinding met je medewerkers. (...) Ik denk dat het ook gewoon mooier werk is voor medewerkers. (A2)

Dat je altijd samen blijft kijken naar oplossingen en hoe dan wel. (...) Dat iedereen weet samen kunnen we dit oplossen en dat straalt je dan ook uit naar cliënten. (B3)

Omdat het echt gaat over gezien worden, erkenning krijgen en voldoen. (...) Waar het om gaat dat mensen het idee hebben van. Ik ben belangrijk. Ik doe er toe, ik mag er zijn. Ik ben oké. (B2)

Autonomie / regie

Gedeeld leiderschap zorgt volgens respondenten voor een gevoel van autonomie en regie bij medewerkers. Wanneer mensen ervaren dat zij regie hebben, stimuleert dat het gevoel van eigenaarschap wat resulteert in een grotere betrokkenheid en motivatie. De investering die het delen van verantwoordelijkheden vraagt aan de voorkant van het proces, levert dan uiteindelijk toch ook een versnelling op in de implementatie. Het verkleinen van besluitvormingsprocessen en het dichterbij brengen van verantwoordelijkheden zorgt ervoor dat mensen zich meer verbonden voelen met hun werk en beter in staat zijn om hun expertise in te zetten.

Iedereen wil invloed. Iedereen wil van betekenis zijn en het idee hebben dat ze een bijdrage kunnen leveren aan dingen waarvan ze denken dat het goed is en als je dan het ook weet, er gebeurt wat mee. En je hebt, daarin ervaar je regie. Ook dat is weer een parallel proces, dat geldt voor cliënten net zo. Dus gewoon, het gaat over wat wij zeggen, over menswaardigheid, menselijke behoefte. Nou dat is er één van en die vervul je en dat is natuurlijk ja, dat is prettig. (B2)

Draagkracht

Wat ook verschillende keren wordt genoemd, is het feit dat het gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijkheid maakt dat je je gedragen voelt, wat het zelfvertrouwen en gevoel van competentie stimuleert. Het ervaren van steun, gehoord worden en serieus genomen worden, draagt bij aan het gevoel van veiligheid en vertrouwen binnen het team. Dit versterkt niet alleen de onderlinge samenwerking, maar ook het vermogen om te reflecteren en te relativiseren. Het feit dat men zich gedragen voelt wanneer verantwoordelijkheden gedeeld worden, voedt het vertrouwen om de uitdagingen in het werk aan te gaan. Men heeft het gevoel daadwerkelijk invloed te kunnen hebben. Wanneer dit gevoel ontstaat, is men ook eerder geneigd om in te stappen bij bepaalde processen en input te leveren. Dit is belangrijk, omdat op die manier passende oplossingen voor relevante problemen ontstaan, en het zorgt ook voor werkplezier en uithoudingsvermogen om op de lange termijn het werk aan te kunnen.

Ik denk ook een stuk gedeelde verantwoordelijkheid of het gevoel in ieder geval het samen te dragen of te doen, al is het dan op papier iemand die eindverantwoordelijk is. Maar het is prettig om de gezamenlijkheid op te zoeken. Want soms is het heel zwaar. Soms zijn er echt hele complexe problemen of echt leven en dood of grote risico's en dan is het wel heel fijn om dat samen te kunnen dragen. (A3)

Conclusie

Als effecten van gedeeld leiderschap op persoonlijk niveau noemen respondenten ten eerste een bevordering van het competentiegevoel. Gedeeld leiderschap geeft energie, zelfvertrouwen en voldoening doordat talenten kunnen worden benut en succesvolle resultaten worden neergezet als team. Verder wordt beschreven dat gedeeld leiderschap leidt tot een groter gevoel van verbondenheid, omdat medewerkers zich gezien, erkend en waardevol voelen. Dit draagt bij aan het werkplezier. Tot slot bevordert gedeeld leiderschap ook het gevoel van autonomie en regie bij medewerkers. Het gevoel van eigenaarschap maakt dat mensen meer bereid zijn verantwoordelijkheid te nemen.

Het samenspel tussen competentiegevoel, autonomie en verbondenheid draagt bij aan de draagkracht van medewerkers. Gedeeld leiderschap stimuleert het competentiegevoel, doordat mensen worden erkend in hun expertise. Wanneer zij regie ervaren binnen de veiligheid van verbinding met anderen, ervaren ze dat ze 'gedragen worden'. Gezien de zwaarte van het dagelijkse werk en de keuzes die er, op welk niveau dan ook, gemaakt moeten worden, is dat een belangrijke opbrengst. Het maakt dat men vertrouwen houdt om de uitdagingen in het werk en de sector aan te kunnen.

4.3.2. Organisatieniveau

Competentie / effectiviteit

Ook op organisatieniveau brengt gedeeld leiderschap zaken teweeg. Ook hier wordt door respondenten beschreven dat het delen van verantwoordelijkheden en het daarmee samen optrekken op bepaalde domeinen veel energie geeft. Daarnaast wordt ook aangegeven dat het bijdraagt aan de effectiviteit van de organisatie. Daar waar gedeeld leiderschap tot stand komt, komt de implementatie van de strategie beter van de grond. Er wordt grotere betrokkenheid van medewerkers gezien, waardoor sneller richting het doel wordt gewerkt.

Ik denk dat het heel veel energie gaat geven. (...) En dat is ook de enige manier om ervoor te zorgen dat een strategie echt gaat werken en echt in de teams gaat landen. (A1)

Het gaat dus ook sneller lukken, maar mensen voelen zich ook eigenaar. En daar wordt gewoon veel harder gelopen. (A2)

Verbondenheid

Wanneer wordt gesproken over de effecten van gedeeld leiderschap op organisatieniveau refereren respondenten vaak aan de arbeidsmarkt. Zij zien dat de genoemde effecten op persoonlijk niveau ten aanzien van het competentiegevoel, gevoel van regie en verbondenheid, doorwerken in de verbondenheid naar een organisatie. Het zorgt voor werkplezier en het gevoel van eigenaarschap, wat bijdraagt aan 'mooi werk' en daarmee uiteindelijk ook in minder verloop. Het lijkt daarmee een belangrijk middel voor personeelsbinding in deze tijden van grote tekorten.

Je raakt anders mensen kwijt. Je raakt mensen kwijt in het erkennen en in het delen van een stuk leiderschap en verantwoordelijkheid denk ik, maar je raakt ze ook überhaupt kwijt omdat ze gewoon weggaan. (A2)

Wat ik vooral leuk vind is dat de mensen die het samen doen gewoon prettiger werken en geboeid blijven. En dat heeft weer een aantrekking of een aanzuigende werking op andere mensen. Zeker bij onze medische zorg hebben we dat gezien. We hoeven geen moeite meer te doen om mensen aan ons te binden, ze bellen ons op om te vragen of ze bij ons kunnen komen werken. (C2)

Het bewegen naar een andere vorm van leiderschap waarin verantwoordelijkheden meer gedeeld worden gaat niet per definitie zonder slag of stoot. Een systemische beweging zorgt ook voor dynamiek. Respondenten die meer geneigd zijn hun verantwoordelijkheden te delen stuiten ook wel eens op argwaan of achterdocht van collega's. Het delen van verantwoordelijkheden kan soms worden verward met onterecht delegeren of 'over de schutting gooien'. Ook ziet een van de respondenten dat sommige collega's het lastig vinden om verantwoordelijkheden te delen, omdat daarmee ook hun autonomie onder druk lijkt komen te staan. Ondertiteling van het proces is belangrijk om verkeerde betekenisverlening te voorkomen en om in verbinding te blijven.

Gedeeld leiderschap heeft ook impact op verbondenheid buiten de individuele organisatie en reikt verder dan de individuele instellingsverantwoordelijkheid. Wanneer een organisatie sensitief is voor de bredere impact die acties hebben op de gemeenschap of sector als geheel, draagt het niet alleen bij aan een goede reputatie, maar ook aan effectieve oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen.

We hebben in de zorg een bredere verantwoordelijkheid dan alleen instellingsverantwoordelijkheid. Bij de governance code wordt daar wel iets over gezegd, alleen niet heel expliciet. Vanuit onze positie als grote speler, voelen we dat ook. Als wij iets doen, dan moeten we het nooit alleen voor onszelf doen. Ten eerste lost het niks op, en ten tweede gaat dat niet bijdragen aan een goede reputatie. (A1)

Conclusie

Op organisatieniveau levert gedeeld leiderschap verschillende zaken op. Het delen van verantwoordelijkheden geeft organisatiebreed energie en draagt bij aan de effectiviteit van strategie-implementatie. Het resulteert in een grotere betrokkenheid van medewerkers en daarmee ook in een snellere vooruitgang richting de gestelde doelen. In eerste instantie kan de verandering in leiderschapsstijl ook voor systemische dynamiek zorgen, waarbij collega's wat argwanend kunnen zijn over de intentie van het delen van de verantwoordelijkheden of weifelend in het delen van hun verantwoordelijkheden, omdat zij daarmee minder autonomie ervaren.

Verder creëert het een gevoel van werkplezier en eigenaarschap bij individuele medewerkers, wat bijdraagt aan personeelsbinding en het personeelsverloop doet afnemen. Het wordt daarmee gezien als belangrijke factor in deze tijden van grote tekorten op de arbeidsmarkt.

Tot slot wordt gezien dat organisaties die een bredere verantwoordelijkheid erkennen, bijdragen aan effectieve oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen en bouwen aan een goede reputatie.

4.3.3. Kwaliteit van zorg

Wanneer gevraagd wordt naar de effecten van gedeeld leiderschap wordt door de respondenten niet snel in directe termen over de kwaliteit van zorg gesproken. Er wordt echter wel gezien dat er opbrengsten zijn ten aanzien van kennis en inzichten die zijn ingebracht door betrokkenen bij het inrichten van de zorg, wat uiteindelijk bijdraagt aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

Het delen van kennis en expertise, zowel binnen organisaties als tussen verschillende instellingen, is waardevol voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor cliënten. Tussen organisaties en sectoren gaat het daarbij ook om het durven erkennen van elkaars krachten en voortvloeiend daaruit ook het maken van keuzes om niet alles zelf te doen. Uiteindelijk kunnen hierdoor betere resultaten worden behaald.

Ik denk dat het intrinsiek waarde toevoegt. Dat je uiteindelijk meer kwaliteit voor je cliënten levert. (...) Bijvoorbeeld door de keuze te maken om iets niet te doen, wat een ander dan wel gaat doen. Ofwel intern beter sturen, op wat we wél, maar ook niet gaan doen. (A1)

Ik denk dat je aanvullend op elkaar kan zijn en daardoor wordt één en één samen drie. Van elkaars expertise gebruik kunnen maken en daardoor misschien verder kunnen komen in een casus of situatie of in de samenwerking. Als je op je eigen eilandje blijft zitten, dan ga je steeds beter worden op dat eilandje, maar ja, zo werkt de wereld niet. (A3)

Conclusie

Gedeeld leiderschap draagt indirect bij aan de kwaliteit van zorg door het bevorderen van kennisdeling en het benutten van verschillende perspectieven bij het inrichten van zorgprocessen. Respondenten erkennen dat het inbrengen van verschillende perspectieven uiteindelijk bijdraagt aan betere inzichten en daarmee aan een hogere kwaliteit van zorg. Door samen te werken, zowel binnen als tussen organisaties, en elkaars expertise te benutten, kunnen betere resultaten worden behaald en kan de zorg verbeterd worden.

HOOFDSTUK 5



5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van een beeld van de wijze waarop gedeeld leiderschap op dit moment in de praktijk van de gehandicaptenzorg vorm krijgt. Het onderzoek beoogt inzicht te geven in ervaringen in de praktijk en welke factoren helpend en hinderend zijn bij de totstandkoming van gedeeld leiderschap. Tot slot geeft het onderzoek inzicht in wat gedeeld leiderschap voor effect kan hebben in de praktijk van de gehandicaptenzorg.

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten de vraagstelling beantwoord, worden de resultaten en de onderzoeksopzet kritisch gezien en wordt afgesloten met aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek.

5.1. Conclusie

De centrale onderzoeksvraag is:

Op welke wijze krijgt gedeeld leiderschap vorm in de gehandicaptenzorg en wat helpt en hindert hierbij?

Om deze vraagstelling te beantwoorden is in de deelvragen gekeken naar:

- Hoe wordt gedeeld leiderschap in de praktijk door bestuurders, direct leidinggevend en zorgprofessionals ervaren?
- Wat is helpend en hinderend bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap?
- Welk effect heeft gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg?

5.1.1. Gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg

Een veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt is dat gedeeld leiderschap van belang is om de uitdagingen binnen de gehandicaptenzorg het hoofd te bieden. Respondenten vanuit alle rollen, zorgprofessional, manager of bestuurder, bevestigen dat gedeeld leiderschap zowel in de directe cliëntenzorg, als op organisatorisch en maatschappelijk niveau kan bijdragen. Een belangrijk thema dat bij alle geïnterviewden ter sprake komt, is de noodzaak tot herdefiniëring van de zorg zoals deze nu geleverd wordt in de gehandicaptenzorg. Zij beschrijven het belang van een paradigmaverschuiving richting meer participatie en eigen regie van de cliënt, zowel binnen de sector als op maatschappelijk niveau. Dat is een aanzienlijke opgave, omdat de sector een geschiedenis kent van beschermen, (ver)zorgen en het overnemen van regie van een cliënt en zijn familiesysteem. De doelgroep 'gehandicapten' is lange tijd niet goed zichtbaar geweest. Cliënten groeiden in het verleden op beschermde woonterreinen op, veelal op afstand van de reguliere maatschappij. Hoewel er al langere tijd af wordt bewogen van deze trend en meer wordt ingezet op inclusie en wonen in de wijk, zien we toch sporen van het verleden terug in hoe de sector op het landelijke speelveld opereert. Zo wordt genoemd dat de sector het op het landelijke speelveld lastig vindt om zich zichtbaar te maken. Terwijl het in het kader van de zorgtransformatie van belang is dat de verschillende sectoren meer gaan samenwerken en de taken rondom zorg met elkaar afstemmen, om zo te komen tot toekomstbestendige zorg binnen de context van tekorten aan financiën en personeel. Het feit dat de gehandicaptenzorgsector zorg biedt voor 'het goede leven', wat een breed en onafgebakend begrip is, maakt dit lastig. Dit raakt ook aan een regievraagstuk, dat start bij de cliënt. In de transformatie van de zorg wordt bewogen naar meer eigen regie, daar waar deze sector te maken heeft met mensen die

deze regie niet altijd alleen kunnen nemen. Verwanten en professionals moeten wennen aan een nieuwe invulling hiervan. Deze dynamiek zorgt in de gehandicaptenzorg voor een extra uitdaging in het herdefiniëren van de zorg, maar maakt mogelijk dus gedeeld leiderschap juist nóg relevanter om alle perspectieven en ervaringen goed in beeld te hebben. Want wat betekent het voor een cliënt in de gehandicaptenzorg om te bewegen naar ‘meer zelfmanagement’? Wat gaat dat vragen van verwanten? Hoe verhoudt hun rol zich dan ten opzichte van de professional en wat doet dat met hun professionele identiteit? De inbreng van allen die geraakt worden door deze vraagstukken is nodig om een beweging te gaan maken. Wat de gehandicaptenzorg als sector mogelijk kan helpen in de transformatie is de ervaring die men reeds heeft met de insteek van de zorg. In het werk is men gewend zich af te vragen ‘wat is een goed *genoeg* leven?’. Het gesprek over de grenzen van de zorg en de inzet van zorg versus kwaliteit van leven is de sector niet vreemd. De zorg richt zich in principe vooral op het ondersteunen en het compenseren van de beperking, waar andere zorgdomeinen de focus hebben op herstel en het curatieve aspect. Het zou mooi zijn als de sector deze ervaring voor het voetlicht kan brengen en hierin voor andere sectoren een voorbeeld zou kunnen zijn.

De vraagstukken die men relevant acht om vanuit gedeeld leiderschap te benaderen worden op alle niveaus gezien. Naast de maatschappelijke discussie rondom de definitie van zorg, kan het ook gaan over het maken van keuzes ten aanzien van ‘het goede leven’ van een cliënt, waarbij zowel de cliënt zelf als ook de verwanten een belangrijke rol spelen. Op organisatorisch niveau komt in de interviews het belang van toenemende ambidexteriteit en de kunst om te balanceren tussen exploitatie en exploratie (March, 1991) naar voren. Men benoemt de balans tussen een gezonde bedrijfsvoering en de kwaliteit van de geleverde zorg als een relevant vraagstuk om vanuit gedeeld leiderschap te benaderen, evenals de wijze waarop moet worden omgegaan met het arbeidsmarktvraagstuk. Door alle betrokkenen aan wie deze zaken raken te betrekken wordt een beter beeld verkregen van de daadwerkelijke relevante problemen waar men in de zorg tegenaan loopt. Er wordt gezien of verwacht dat er ook beter passende oplossingen voor de juiste problemen worden gevonden. De aanname dat zij die het probleem daadwerkelijk ervaren vaak ook de expertise hebben voor de beste oplossing, wordt door verschillende respondenten onderschreven.

De ervaring die de respondenten hebben met gedeeld leiderschap en het beeld dat men heeft van het concept omvat verschillende elementen. Een centraal element is het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheden vanuit een gedeeld beeld van doelen en taken. De verantwoordelijkheden overlappen daarbij, terwijl tegelijkertijd eenieders eigen expertise wel als zodanig erkend en gewaardeerd moet worden. Hier lijkt een spanningsveld te zitten. Enerzijds benoemt men dat het belangrijk is om ‘niet op elkaars stoel te gaan zitten’, maar anderzijds wordt het te star kijken vanuit het eigen perspectief niet toegejuicht omdat dit kan schuren met de integrale verantwoordelijkheid. Het vraagt om een spel van afstemmen en het leren omgaan met een bepaalde mate van fluiditeit. En daarmee ook het verdragen van vagere grenzen, terwijl er in de context van krapte juist zo wordt gestuurd en geleund op kaders. Het raakt hiermee aan wat Van der Scheer (2023) beschrijft als ‘het vermogen om de onzekerheid en complexiteit te verduren waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat’. In bredere context, bijvoorbeeld tussen organisaties en sectoren, wordt het delen van kennis en inzichten genoemd als onderdeel van gedeeld leiderschap. Ook hier wordt benadrukt dat verantwoordelijkheid gedeeld moet worden en men verder moet kijken dan het eigen primaire belang.

Het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheden vindt volgens respondenten een vertrekpunt bij een gedeeld beeld van doelen en taken, maar ook in het creëren van een gedeelde betekenis voor alle betrokkenen die geraakt worden door het vraagstuk. Het is van belang dat wordt gekeken naar wie het raakt, dat zij betrokken worden en dat men zich bewust is van welke betekenis het onderwerp heeft voor de betrokkenen. Dat kan betekenen dat grotere vraagstukken vertaald moeten worden naar de

betekenisvolle context van alle belanghebbenden; een strategie gaat pas vliegen als hij voor de begeleiders op de vloer op een willekeurige maandagmiddag bijdraagt aan hun bedoeling.

Voor sommige belanghebbenden, bijvoorbeeld in de rol van bestuurder, is ook het delen van zichtbaarheid een wezenlijk onderdeel van gedeeld leiderschap. Het lijkt er op dat ook op dit niveau de eerder beschreven 'onzichtbaarheid' van de sector meespeelt. Door ook op dit vlak verantwoordelijkheid te delen kan de sector zich beter laten zien en wordt het een 'team effort'. Het zorgt voor een stevigere positionering in landelijke discussies (bijvoorbeeld ten aanzien van duurzaamheid of tarifiering), dan wanneer bijvoorbeeld alleen de grote organisaties van zich laten horen.

In de interviews geven de respondenten ten aanzien van gedeeld leiderschap zowel reflecties die gebaseerd zijn op hun eigen ervaringen uit de praktijk, als hun ideeën over de ideale situatie. Beleving van het concept en opgedane ervaringen lopen hierin wat in elkaar over. Wanneer er wordt gevraagd naar ervaringen moeten mensen in eerste instantie vaak even nadenken. Echter, bij concreet doorvragen naar hoe het werk in de praktijk wordt vormgegeven blijkt dat men vaak toch meer ervaring met het concept heeft dan zij in eerste instantie dachten bij een directe vraag. De indruk bestaat dat dit samenhangt met het feit dat het niet om een vastomlijnd concept gaat, maar juist om een wat moeilijker te grijpen 'mentaliteit', die juist in kleine dingen teruggevonden kan worden. Op basis van de opgedane ervaringen krijgt men steeds meer een beeld van wat gedeeld leiderschap behelst. Het begrip kan op twee manieren meer lading krijgen. Enerzijds kan men putten uit voorbeelden waarin gedeeld leiderschap werd ervaren en van daaruit beschrijven wat maakte dat het delen van verantwoordelijkheden werd gevoeld. Vaak kan men ook uit eigen ervaringen beschrijven wat er juist niet lukte, en van daaruit gerichter toelichten wat het concept 'gedeeld leiderschap' idealiter zou omvatten. Hoewel de beschrijvingen dan wellicht meer op ideeën gebaseerd zijn, ligt er wel een ervaring aan ten grondslag.

5.1.2. Helpende en hinderende factoren bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap

In de praktijk zijn er verschillende factoren die het tot stand komen van gedeeld leiderschap helpen en hinderen. Grotendeels zijn dit communicerende vaten; wat helpt als het er is, hindert bij afwezigheid. Toch zijn er ook wezenlijk verschillende aspecten aan te merken. Waar in de helpende factoren het accent ligt op aspecten die de kwalitatieve interactie tussen betrokkenen ondersteunen (vaardigheden en randvoorwaarden), ligt de nadruk bij hinderende factoren op systemische belemmeringen.

Wanneer respondenten spreken over helpende factoren wordt een gezamenlijke benadering van een vraagstuk als belangrijk aspect genoemd. Wanneer er eenzelfde visie bestaat over wat een vraagstuk behelst en welke betekenis dit heeft voor aan wie het vraagstuk raakt, is dit een sterke facilitator voor de samenwerking. Gedeelde taal is hierbij essentieel. Het helpt daarbij als het vraagstuk vanuit positiviteit wordt benaderd en het wordt gezien als een uitdaging. Dit voedt het gevoel van invloed vanuit betrokkenen en houdt de energie op de veelal complexe vraagstukken waar mensen mee bezig zijn.

De randvoorwaarden voor gedeeld leiderschap, zoals benoemd door Van der Scheer (2023) komen alle zes terug in de interviews. Van der Scheer (2023) spreekt in de randvoorwaarden over het vermogen en de intentie in gesprek te gaan vanuit gelijkwaardigheid, responsiviteit en het kunnen omgaan met, en verdragen van, imperfecties in de samenwerking. In de interviews wordt er een verdere concretisering gegeven aan wat aan deze aspecten kan bijdragen. Respondenten beschrijven dat de

basis van gedeeld leiderschap te vinden is in persoonlijke factoren, waar het gaat om de neiging tot en vermogen om goed te kunnen afstemmen en open en eerlijk te communiceren. Het helpt wanneer iemand in staat is op zijn eigen handelen te reflecteren en dit ook woorden te kunnen geven. Wanneer iemand gedachten en handelingen kan ondertitelen, schept dat de voorwaarden voor de ander om het perspectief te kunnen begrijpen en van perspectief te kunnen wisselen. Daarmee raakt het aan de tweede factor die als cruciaal wordt gezien: empathisch vermogen. Pas wanneer er oprechte en oordeelsvrije interesse is naar de ander, kan er een gedeeld beeld ontstaan van de betekenis dat een vraagstuk heeft voor eenieder die wordt geraakt door het vraagstuk. Ook ontstaat er op die manier ruimte voor erkenning van de expertise van de ander. Dit gaat hand in hand met het zelfbewustzijn ten aanzien van (grenzen van) de eigen kennis en vaardigheden. Het vraagt ook om de competentie om dit in de interactie te kunnen brengen en dus om het kunnen hanteren van een bepaalde mate van kwetsbaarheid.

Uiteraard helpen verschillende randvoorwaarden om deze vaardigheden ook de ruimte te geven. Het start bij voldoende tijd en capabele, beschikbare mensen. De beperkte beschikbaarheid komt echter veelvuldig terug als een van de hinderende factoren. De organisatiestructuur en de organisatie van processen waarin betrokkenheid van verschillende perspectieven wordt gestimuleerd, worden ondersteunend geacht bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat geen van de betrokken organisaties de inbreng van zorgprofessionals heeft vastgelegd in de formele structuur. Dat aspect wordt wisselend beleefd; waar de (hoge) managementlaag het gevoel heeft dat zij de inhoudelijke belanghebbenden veelal goed in beeld hebben, wordt dit door de zorgprofessionals niet altijd zo ervaren. De stelling van Putters (2022) dat besluitvormers de andere zienswijzen veelal te weinig betrekken, mede doordat zij hun eigen inlevingsvermogen overschatten, wordt hier mogelijk in teruggezien. Op dit punt wordt in de interviews een verschil gezien tussen de respondenten. Daar waar de zorgprofessionals en managers met zorgachtergrond hun voorkeur uitspreken voor een verankering van de inbreng in de structuur, merken anderen (bestuurder en manager zonder zorgachtergrond) structuur meer aan als 'hygiënefactor'. Hieruit zou opgemaakt kunnen worden dat professionals niet vanzelfsprekend positie pakken als hen niet expliciet de ruimte hiertoe wordt aangewezen. Formele structuurafspraken zouden dan het innemen van positie kunnen legitimeren. Toch klinkt er ook een ander geluid door in de interviews. De borging van inbreng via de formele structuur zou ook een manier kunnen zijn om positie te claimen die in de huidige context niet vanzelfsprekend wordt gegeven, en zo een waarborg vormen voor meedelen in de verantwoordelijkheden. Tot slot roept het ook de vraag op in hoeverre concepten als zeggenschap, inspraak en gedeeld leiderschap voor de betrokkenen nog vervlochten zijn met elkaar en gedeeld leiderschap al wordt ervaren als proces in plaats van een 'methode' die 'ingeregeld' dient te worden. Het weerspiegelt dat de verschuiving in het leiderschapsdenken die op wetenschappelijk niveau plaatsvindt wellicht nog minder in de praktijk te herkennen is.

Om uit de huidige werkwijze te stappen en meer invloed te bevechten, of dit nu vanuit de professionele rol binnen een organisatie of als sector op landelijk niveau is, wordt ook beschreven dat er durf nodig is. En dit is in het licht van de geschiedenis van de sector een belangrijke factor, omdat het op de voorgrond treden en positie pakken niet wordt gezien als een natuurlijke neiging van de sector. Ook kan enige burgerlijke ongehoorzaamheid ten aanzien van interne of externe regels helpen om de cirkel van invloed op te rekken en invloed te pakken daar waar hij nog niet vanzelfsprekend gedeeld wordt.

Het 'systeem' van de organisatie van de zorg in Nederland wordt als belangrijke hinderende factor gezien bij het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap. Dat kan op alle niveaus naar voren komen. Zo beperkt wet- en regelgeving het delen van verantwoordelijkheden met verwanten in de directe cliëntenzorg. Wanneer er een stap gemaakt moet worden naar meer informele zorg werkt dit dus

belemmerend. Tussen organisaties en vooral tussen de verschillende sectoren zijn vooral de gescheiden werelden en financieringsvormen een obstakel. De sector is reeds in overmate naar binnen gericht; de ervaren 'schotten' werken dit verder in de hand. Het belemmert mensen en organisaties om over de eigen grenzen van hun expertise en belangen heen te kijken. Terwijl juist dit een essentiële factor is om tot deling van verantwoordelijkheid in het bredere zorglandschap te komen.

Ook de druk in en op de sector, die voornamelijk voortkomt uit schaarse middelen wat betreft mensen en geld, zorgt voor verdere naar binnen kering van organisaties. De spanning rondom ambidexteriteit, zoals beschreven in het theoretisch kader, wordt hierin teruggezien. Men voelt dat er vernieuwing nodig is, maar de druk op de exploitatie is te groot. Naast dat dit doorwerkt in een praktische scheve balans qua tijdsinvestering, werkt de druk ook door op de mentale beschikbaarheid van belanghebbenden op alle niveaus om exploratief en creatief na te denken. Men wordt defensief en raakt geneigd terug te grijpen naar wat voor handen is om controle te ervaren te midden van de onzekerheid; het paradigma van de maakbaarheid krijgt de overhand. De focus gaat terug naar de eigen verantwoordelijkheden, afbakening van taken en handelen in het hier-en-nu. Dan ligt ook het gevaar op de loer van impositie. Men ziet dat het een hinderende factor is voor het delen van verantwoordelijkheden, maar toch wordt soms teruggegrepen naar het 'van boven' opleggen van veranderingen of samenwerkingen. Respondenten geven ook aan dat hun organisaties bewust concrete acties inzetten om de meervoudigheid beter te borgen. Een van de deelnemende organisaties zet in op actie-leren, waarmee de grote veranderopgave naar de individuele lokale contexten wordt vertaald, zodat per context passende betekenis en implementatie kan worden gevonden.

Er wordt gezien dat de systeembelemmeringen en de druk in de sector ook het concurrerende denken tussen de organisaties stimuleert. Hoewel respondenten aangeven dat het niet helpend is voor de grotere doelen die bereikt moeten worden, blijkt het toch lastig om uit deze dynamiek te breken. Ook cultuurverschillen tussen sectoren maken intersectorale samenwerking uitdagend. Er wordt gezien dat niet alleen systeembelemmeringen een rol spelen, maar ook culturele aspecten binnen de sectoren hierin een factor zijn. De insteek van de zorg en het geleverde zorgproduct is nu eenmaal anders binnen de gehandicaptenzorg en bijvoorbeeld de GGZ. Een van de respondenten beschreef het treffend: 'wij compenseren, zij herstellen'. Om betekenis te kunnen verlenen aan die verschillen en ze te overbruggen is dialoog en gedeelde taal nodig. Dat vormt een basis om ook te werken aan de inhoudelijke handelingsverlegenheid, waar nu nog vaak de houding bestaat 'dit weet ik niet, dus hier ben ik niet van'. Daar ontstaat nu nog spanning die de muren tussen de sectoren omhoog trekt.

5.1.3. De effecten van gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg

Op de vraag wat er wordt gezien als het lukt om verantwoordelijkheden te delen, was het geen inhoudelijk antwoord dat de meest opvallende uitkomst was. Het was de verandering van toon en vanzelfsprekendheid waarmee alle respondenten hun antwoord formuleerden. Wanneer het lukt om verantwoordelijkheden te delen gebeurt er op zowel persoonlijk als organisatieniveau iets voelbaars dat energie en beweging geeft. En wat door de respondenten duidelijk als positief wordt ervaren.

Op persoonlijk niveau worden alle aspecten van de beschreven zelfdeterminatietheorie teruggezien. Het delen van verantwoordelijkheden bevordert het competentiegevoel van medewerkers, doordat zij hun talenten kunnen benutten en succesvolle resultaten kunnen behalen als team. Dit aspect komt ook terug in de voorwaarde 'investeren in de competenties van betrokkenen' die Van der Scheer (2023) benoemt. Zij beschrijft dat zelfvertrouwen, naast zelfbewustzijn en dialoogvaardigheden, helpen om tot productieve omgangsvormen te komen.

Daarnaast leidt gedeeld leiderschap tot een groter gevoel van verbondenheid en werkplezier, omdat medewerkers zich gezien, erkend en waardevol voelen. Ook wordt het gevoel van autonomie en regie bij medewerkers bevorderd, waardoor de bereidheid groeit om ook daadwerkelijk verantwoordelijkheid te nemen. Deze aspecten zijn ook belangrijk in het licht van de exploratieopdracht die organisaties hebben. Daarbij is nieuwsgierigheid, autonomie, creativiteit, risicobereidheid en variatie bij medewerkers (O'Reilly & Tushman, 2004) essentieel. Gedeeld leiderschap draagt hier dus op indirecte wijze aan bij.

Wat ook meermaals wordt genoemd, is dat gedeeld leiderschap leidt tot het 'je gedragen voelen'. Dat is enerzijds logisch; jouw verantwoordelijkheid mag je met iemand delen. Anderzijds neem jij ook meer verantwoordelijkheid op dan primair bedoeld was, dus onder de streep lijkt de 'last' onveranderd. Het proces van delen is dus hetgeen dat verlichting biedt, niet zozeer de kwantiteit van de verantwoordelijkheden. Met de deling van de verantwoordelijkheden wordt ook het vertrouwen tot verandering gevoed. Dit zou kunnen samenhangen met een verschuiving van de ervaren 'locus of control' (Rotter, 1966). Wanneer de aansturing top-down is, kan dit een externe locus of control voeden; 'ik ben overgeleverd aan het systeem'. Wanneer iemand invloed ervaart op een situatie verschuift de locus of control meer richting intern en groeit de neiging om verantwoordelijkheid te nemen. Het maakt zelfredzaam, zelfstandig en onafhankelijk (Bauwens, 2021).

Op organisatieniveau geeft gedeeld leiderschap organisatiebreed energie, wordt de effectiviteit van strategie-implementatie bevordert, en draagt het bij aan een snellere vooruitgang richting de gestelde doelen. In het licht van de Zelfdeterminatietheorie zou dit gezien kunnen worden onder de noemer 'competentie' van de organisatie. Ook op het domein van verbinding gebeurt er volgens de respondenten iets binnen een organisatie. Gedeeld leiderschap resulteert in een grotere betrokkenheid van medewerkers en zorgt voor werkplezier. Het gevoel van eigenaarschap bij individuele medewerkers groeit, wat bijdraagt aan personeelsbinding en het verminderen van personeelsverloop. De verbondenheid kan ook in breder verband met andere organisaties en sectoren worden gezien. Wanneer men op organisatieniveau er in slaagt om voorbij de eigen belangen te kijken en een bredere verantwoordelijkheid te dragen, ziet men dat dit bijdraagt aan het vinden van effectieve oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen. Daarmee heeft gedeeld leiderschap dus op systemisch vlak een behoorlijke impact.

In het theoretisch kader rees reeds de vraag of het verband tussen kwaliteit en leiderschap op directe wijze kan worden teruggezien. Ook in dit onderzoek kwam het verband voornamelijk op indirecte wijze terug; 'een blijde medewerker is een blijde cliënt'. Verder beschrijven respondenten dat op het gebied van de kwaliteit van zorg het delen van kennis en expertise binnen en tussen organisaties cruciaal is voor het verbeteren van de zorg voor cliënten. Gedeeld leiderschap draagt hier volgens hen aan bij. Samenwerken, elkaars expertise benutten en het inbrengen van verschillende perspectieven leidt tot betere inzichten en een hogere kwaliteit van zorg.

5.2. Discussie

Met het huidige onderzoek is gestart met het vergroten van het inzicht in gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg, de wijze waarop dit vorm krijgt en de helpende en hinderende factoren die hierin meespelen. Het geeft tevens inzicht in de effecten die in de praktijk worden gezien wanneer gedeeld leiderschap ontstaat. In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de betekenis van de behaalde resultaten vanuit een breder perspectief en de gekozen onderzoekopzet. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en de praktijk.

5.2.1. Bijdrage van het onderzoek

Het vertrekpunt van dit onderzoek is de noodzakelijke transformatie waar de gehandicaptenzorg, net als andere zorgdomeinen, voor staat om in de huidige VUCA-context, die gekenmerkt wordt door schaarste, duurzame zorg te kunnen blijven leveren voor de kwetsbare cliënten. Vanuit de literatuur is beschreven dat hiervoor nodig is dat meerstemmigheid beter tot zijn recht kan komen (Van der Scheer, 2023) en vanuit gedeelde verantwoordelijkheden de gedeelde zorgen kunnen worden benaderd.

Het onderzoek heeft een eerste beeld gegeven van hoe het gedeelde leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg wordt vormgegeven. Het belang van het delen van verantwoordelijkheden op een breed scala aan vraagstukken wordt door de respondenten gedeeld. Hoewel het belang evident is, blijkt het ook moeilijk om in de praktijk te brengen. De intentie die men heeft is niet altijd synchroon met de uitwerking in de praktijk. Dit start bij het feit dat er nog geen eenduidig beeld is van wat 'gedeeld leiderschap' precies omvat. Terwijl juist in de interviews terugkomt dat een gedeeld beeld over een vraagstuk belangrijk is om elkaar te kunnen vinden. Daar waar in het denken over leiderschap een verschuiving wordt gezien (zoals beschreven in het theoretisch kader) richting een systemisch leiderschapsproces, wordt in de praktijk nog gezocht naar hoe het concept 'gedeeld leiderschap' kan worden weggezet in de bestaande structuren. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat de bestaande structuren en systemen belemmerend zijn om te veranderen en een noodzakelijke beweging te maken. Het zijn illustraties van de complexiteit van de verschuiving van het paradigma van de maakbaarheid richting de meervoudigheid.

Een beweging richting het bewuster delen van verantwoordelijkheden lijkt voor de gehandicaptenzorg in het bijzonder van belang. Wanneer wordt gekeken naar de ontwikkeling van het besturen van de gehandicaptenzorg, viel in het onderzoek van de Koeijer-Gorissen en van der Scheer (2023) op dat bestuurders in deze sector een groot vertrouwen hebben in het zelfmanagement van professionals en in afnemende mate vinden dat zij voor een goed bestuur in staat moeten zijn te weten hoe professionals denken. Tegelijkertijd wordt ook gezien dat het opleidingsniveau van medewerkers in deze sector juist relatief laag is en dat de gehandicaptenzorg achterblijft ten opzichte van andere zorgorganisaties als het gaat om de organisatie van de inspraak van zorgprofessionals op het beleid. Het lijkt een risicovolle combinatie van factoren wanneer het gaat om voorwaarden voor het tot zijn recht laten komen van meerstemmigheid. Immers, als de notie bestaat dat het perspectief niet gekend hoeft te worden, moet de inbreng van het perspectief wél geborgd worden. Hoewel gedeeld leiderschap gaat over een mentaliteit en over opvattingen, kunnen we er niet vanuit gaan dat het 'zomaar' ontstaat. Ook uit dit onderzoek komt naar voren dat de mentaliteit van gedeeld leiderschap kan ontstaan, ongeacht ontbrekende formele afspraken. Met de nadruk op 'kan' ontstaan. Want er wordt in het huidige onderzoek ook gezien dat de respondenten met een zorgachtergrond formele afspraken wel als noodzakelijke 'stok achter de deur' ervaren om hun inbreng in de organisatie te borgen. Dit zou kunnen samenhangen met het feit dat zij nog geregeld ervaren relatief onzichtbaar of onduidelijk gepositioneerd te zijn, wat gedeeld leiderschap hindert. Formele positionering in organisatieprocessen kan dan helpen. Toch blijkt ook uit dit onderzoek dat borging in de formele structuur geen garantie is voor het ontstaan van gedeeld leiderschap. Het is de vraag wat er in deze fase binnen de gehandicaptenzorg de beweging richting het delen van verantwoordelijkheden stuwt. Het antwoord lijkt twee aspecten te moeten omvatten. Een mentaliteitsverandering lijkt het startpunt. Het borgen van inbreng via de formele structuur kan daarbij ondersteunen in een heldere positionering en zichtbaarheid van het professionele perspectief, wat ondersteunend is aan het ontstaan van gedeeld leiderschap.

Er lijken in de sector ook specifieke factoren te zitten waaruit geput kan worden wanneer het gaat om het in de praktijk brengen van gedeeld leiderschap. De maatschappelijke verwachtingen ten aanzien

van de zorg en de grenzen van de zorg zullen bijgesteld moeten worden. Iedereen die betrokken is bij de gehandicaptenzorg heeft ervaring met gesprekken die aan deze beweging bijdragen; wat is een goed leven voor deze cliënt met zijn/haar beperkingen en wat kan de zorg hieraan bijdragen? Men is gewend dat het leven met grenzen en beperkingen komt en zoekt van daaruit naar een 'goed genoeg' alternatief. De ervaring die de sector heeft met deze type vragen kan andere sectoren inspireren. Daarvoor mag de sector meer het voetlicht gaan pakken, ook al is ze dat van oudsher niet gewend.

5.2.2. Sterktes en zwaktes van de onderzoeksopzet

De gekozen onderzoeksopzet kent een aantal sterktes en zwaktes. Er is in het onderzoek gekozen om in te zoomen op de 'case' van gedeeld leiderschap in de gehandicaptenzorg. Door de focus te leggen op één sector en hierin drie verschillende organisaties te betrekken was het mogelijk om context-specifieke gevoeligheid te verminderen. In het onderzoek is ook gebleken dat de context van de individuele organisaties, zoals hun achtergrond of historie, geen invloed heeft op de beschreven (ervaringen van) praktijken van gedeeld leiderschap. Uit de interviews lijkt vooral de persoonlijke neiging tot delen van verantwoordelijkheden, waarde die hieraan wordt gehecht en opgedane ervaring met bijvoorbeeld netwerksamenwerkingen een rol te spelen, meer dan de specifieke context van een organisatie. Door in te zoomen op de ervaringen van de respondenten uit de drie organisaties met een semigestructureerd interview kon de onderzoeker balans aanbrengen in enerzijds een gesprek vanuit de afbakening door een topiclijst, en anderzijds de diepgang bereiken door de mogelijkheid om op concrete ervaringen door te vragen. Gezien het exploratieve karakter van het onderzoek is het belangrijk dat respondenten ook ruimte voelen om voldoende hun eigen zienswijze te verwoorden. De topiclijst heeft hiertoe de mogelijkheid gegeven.

Omdat kwalitatief onderzoek draait om de interpretatie van de onderzoeker, is de achtergrond van de onderzoeker relevant. Het risico bestaat dat vanuit de eigen vooroordelen, ervaringen en perspectieven worden ingebracht in de analyse, wat de objectiviteit van de bevindingen kan beïnvloeden. Door de topiclijst en het stellen van open vragen is gepoogd dit te ondervangen. Daarnaast is juist door de achtergrond van de onderzoeker en de kennis van de sector de kans op misinterpretatie van de antwoorden klein en er kon heel gericht worden doorgevraagd. Dit heeft de diepgang in de gesprekken en de rijkheid van de data bevorderd.

Een beperking in het onderzoek is dat er alleen gebruik is gemaakt van interviews; de triangulatie van data is hiermee beperkt. Met interviews worden hooguit gedragspercepties, gedragsherinneringen en gedragsintenties blootgelegd (Verschuren & Doorewaard, 2015). Daarmee rijst de vraag; is wat men zegt, ook wat men daadwerkelijk doet? Omdat het onderzoek zich richt op de ervaring en perceptie die mensen hebben met de praktijk van gedeeld leiderschap is dat in dit geval geen belemmering voor de interpretatie van de resultaten. Het zou echter wel een waardevolle insteek zijn voor vervolgonderzoek om bijvoorbeeld observaties toe te voegen.

Vanuit het systemische perspectief dat meervoudigheid zich nooit tot één organisatielaag beperkt maar door de gehele organisatie van waarde is, bestond de intentie om bij het onderzoek verschillende perspectieven te betrekken en zodoende per organisatie drie respondenten te selecteren met verschillende rollen. Door de beschikbaarheid van respondenten en de korte tijdspanne waarin het onderzoek is uitgevoerd is dit niet gelukt. Hoewel de respondentensamenstelling anders is dan initieel bedacht, bestaat de indruk dat het niet heeft afgedaan aan de rijkheid van de data. Tussen de rollen werden veelal dezelfde thema's aangehaald en de saturatie van de data was bereikt na zes (van de in totaal acht) interviews. De interviews zijn deels live en deels online uitgevoerd. De indruk bestaat dat in een live interview de non-verbale informatie toch nog beter gesignaleerd had kunnen worden en makkelijker had kunnen worden ingebracht in het interview. Ook zijn de interviews op basis van beschikbaarheid gepland. Omdat er meerdere personen uit dezelfde organisatie werden geïnterviewd

is het de vraag of de volgorde van de interviews nog van invloed is geweest. Bij elk interview krijgt de onderzoeker immers een bredere inzicht in de praktijk van de organisatie en hoe eenieder dit ervaart. Om te voorkomen dat informatie van respondenten werd ingebracht bij het interview met een collega, en wellicht hierdoor iets in een werkrelatie onder druk te zetten, is goed aan de topiclijst vastgehouden en is er open doorgevraagd vanuit een ‘tabula rasa’-instek van de onderzoeker.

5.2.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Met het onderzoek is een eerste inzicht gegeven in de wijze waarop gedeeld leiderschap vorm krijgt in de gehandicaptenzorg. Op wetenschappelijk gebied is het interessant om de praktijk van gedeeld leiderschap te verbreden naar een grotere groep betrokkenen. Dit onderzoek heeft zich gericht op verschillende medewerkers van gehandicaptenorganisaties. De cliënten zelf en hun verwanten, maar ook de begeleiders, zijn niet betrokken, terwijl uit het onderzoek blijkt dat zij een centrale en unieke speler in de context zijn. Als we beter zicht willen krijgen op welke helpende en hinderende factoren zij ervaren om verantwoordelijkheden te delen, zullen ook zij in beeld moeten komen in onderzoek.

Wat betreft de onderzoeksopzet zou het in vervolgonderzoek relevant zijn om te zoeken naar een bredere variatie aan onderzoeksmethoden, en bijvoorbeeld naast interviews ook observaties in te zetten. Uit het onderzoek blijkt dat het bewustzijn van de eigen blinde vlekken en grenzen van competenties belangrijk is, en bij het ontbreken daarvan ook belemmerend kan werken. Wanneer het bewustzijn hiervan beperkt is, zal dat in een interview moeilijk aan het licht komen en brengen aanvullende onderzoeksmethoden wellicht een extra perspectief op het geheel.

5.2.4. Aanbevelingen voor de praktijk

Voor de praktijk zijn er verschillende aanbevelingen te schetsen. Omdat uit dit onderzoek is gebleken dat het concept ‘gedeeld leiderschap’ binnen de gehandicaptenzorg nog weinig geladen is, terwijl het concept wel van belang wordt geacht, is het aan te bevelen hier meer de dialoog over te voeren, zowel binnen als tussen organisaties. Het kan een startpunt vormen om een gedeeld beeld te krijgen over niet alleen het concept, maar ook over de vraagstukken die binnen de organisatie leven en de grotere opgaven waarmee de sector en de bredere zorg te maken heeft. Op inhoud gedeelde ideeën en ambities zijn volgens respondenten het startpunt van het delen van verantwoordelijkheden. Door de dialoog ontstaat er ook meer gedeelde taal, wat nodig is om elkaar te begrijpen en een doorvoeld idee te krijgen van de betekenis van vraagstukken voor de ander. Het helpt om processen zowel op de werkvloer als een netwerksamenwerking te ondertitelen. Dat een gesprek over gedeeld leiderschap *an sich* al een interventie is, bleek ook tijdens dit onderzoek; respondenten waren nieuwsgierig naar de opvattingen van de andere deelnemers, met wie zij in verenigingsverband van de VGU samenwerken. Hierop aanhaken en de dialoog voeren kan mogelijk ook de mentaliteitsverandering ondersteunen, die nodig is voor het delen van verantwoordelijkheden.

Hoe men het wendt of keert, een volgend startpunt is ook het investeren in tijd. Men zal een verschuiving moeten maken van het idee van ‘er is geen tijd’ naar ‘het is geen prioriteit’. Pas wanneer er prioriteit wordt gegeven aan het zaaien van de meerstemmigheid, kan er ook geoogst gaan worden. Hoewel het neigt naar het paradigma van maakbaarheid, lijkt het gezien de beschreven contextuele (besturings)factoren in de sector toch verstandig om hiervoor een aantal randvoorwaarden te organiseren. Dat kan in procesafspraken en/of structuren, waarbij geborgd wordt dat er minimaal bepaalde zeggenschap wordt afgesproken (zoals overigens ook wettelijk verplicht is). Hoewel dit geen direct succesrecept is, kan het in deze fase wel ondersteunend zijn. Deze bevindingen sluiten aan bij de

toelichting van Van der Scheer (2023, p.20) bij haar eerste voorwaarde voor gedeeld leiderschap: “het maken van ondersteunende afspraken en structuren kan als waarborg dienen als het vertrouwen nog pril is of onder druk staat.”

Omdat er binnen organisaties bepaalde belanghebbenden nog onvoldoende in beeld zijn, kan het helpen per vraagstuk een analyse te maken van wie er geraakt worden en betrokken moeten worden. Verder kan er gedacht worden aan het markeren van tijd voor zorgprofessionals, die zij ook terugzien in een persoonlijke aangepaste productiviteitsnorm. Het is te verwachten dat het tijdsverlet qua productie zich weer uitbetaald in de beschreven individuele en organisatie effecten van het gedeelde leiderschap.

Bij het werken aan strategische vraagstukken is de oproep: maak het klein en houd het dichtbij diegenen die het raakt. De uitdagingen waar de sector voor staat kunnen overweldigend voelen, waardoor men niet meer goed ziet waar te beginnen en het nut te zien van meedoen en meedelen in de verantwoordelijkheid. Wanneer vraagstukken situationeel betekenisvol gemaakt kunnen worden, kan men zich makkelijker verbinden aan het grotere doel, waardoor doelstellingen sneller kunnen worden bereikt. Zo wordt bij een van de organisaties een grote strategische veranderopgave naar elke individuele locatie én zelfs cliënt vertaald, waardoor het in het dagelijkse werk betekenis krijgt en daarmee de strategie ook daadwerkelijk effectief wordt geïmplementeerd.

Tot slot wordt geadviseerd: begin! Delen, van betekenis zijn en verbinden voedt een menselijke basisbehoefte en geeft broodnodige energie in de huidige uitdagende context. Waar men (kleine) successen kan behalen en zichtbaar kan maken, ontstaat de kans op het ontstaan van een olievlek van energie. Als we de zorg(en) eerlijk delen, wordt de taak weliswaar niet minder groot, maar wel lichter.

Referenties

- Actie Leer Netwerk (2024). *Actieleren*. Geraadpleegd op 6 mei 2024, van <https://www.actielearnetwerk.nl/actieleren/>.
- Anderson, R.A., Ammarell, N., Bailey, D.E., Colon-Emeric, C., Corazzini, K., Lekan-Rutledge, D., Piven, M.L., & Utley-Smith, Q. (2005). The power of relationship for high-quality long-term care. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, 103-106.
- Baarda, B., De Goede, M. P. M., & Van der Meer-Middelburg, A. G. E. (2007). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bateson G. (2000). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bauwens, N. (2021). *Locus of Control en het gevoel van interne of externe controle*. Geraadpleegd op 3 mei 2024, van <https://www.nataschabauwens.nl/locus-of-control-psychologie-uitleg/>.
- Bergman, J. Z., Rentsch, J. R., Small, E. E., Davenport, S. W., & Bergman, S. M. (2012). The shared leadership process in decision-making teams. *The Journal of Social Psychology*, 152, 1, 17–42.
- Biesta, G. (2022). *Wereldgericht onderwijs. Een visie voor vandaag*. Culemborg: Uitgeverij Phronese.
- Bijloos, S., van der Scheer, W. & van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld. Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De tijdstroom.
- Bligh, M.C., Pearce, C.L., & Kohles, J.C. (2006). The importance of self and shared leadership in team based knowledge work: A meso-level model of leadership dynamics. *Journal of Managerial Psychology*, 21, 296-318.
- Bors, G., & Stevens, L. (2010). *De gemotiveerde leerling (Vol. 4)*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Brancheorganisaties Zorg (2022). *Governancecode Zorg 2022*. Geraadpleegd op 30 november 2023, van www.governancecodezorg.nl.
- Briker, R., Hohmann, S., Walter, F., Lam, C. K., & Zhang, Y. (2021). Formal supervisors' role in stimulating team members' informal leader emergence: Supervisor and member status as critical moderators. *Journal of Organizational Behavior*, 42, 7, 913–932.
- Brown, J., Smith, A., Jones, B., et al. (2018). The impact of nursing leadership on patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 26, 2, 111-118.
- Burke, C. S., Fiore, S. M., & Salas, E. (2003). The role of shared cognition in enabling shared leadership and team adaptability. In C. L. Pearce & J. A. Conger (Eds.), *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (pp. 103–122). Thousand Oaks: Sage.
- Chiu, C. Y., Nahrgang, J. D., Bartram, A., Wang, J., & Tesluk, P. E. (2021). Leading the team, but feeling dissatisfied: Investigating informal leaders' energetic activation and work satisfaction and the supporting role of formal leadership. *Journal of Organizational Behavior*, 42(4), 527–550.
- Castle, N. G., & Decker, F. H. (2011). Top management leadership style and quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51, 5, 630-642.
- Cicolini, J., Smith, D., Jones, M., et al. (2014). The role of nursing staff in the management of chronic diseases. *Journal of Chronic Disease Management*, 12, 1, 45-52.

- Clavelle, J. T., O'Grady, T. P., Weston, M. J., & Verran, J. A. (2016). Evolution of structural empowerment. *The Journal of Nursing Administration*, 46, 6, 308-312.
- Clifton J., Larsson M., & Schnurr S. (2020). Leadership in interaction. An introduction to the Special Issue. *Leadership*, 16, 5, 511-521.
- Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M. ,& Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60.
- Dageraad (2016). *Het hart klopt, de bedrijfsvoering ook*. Dageraad Advies, Hattem, Nederland.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2012). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. In R.M. Ryan (Ed.), *Oxford handbook of human motivation* (pp. 85-107). Oxford, UK: Oxford University Press.
- De Koeijer-Gorissen, R., & van der Scheer, W. (2022). *Bestuurders in beeld. 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Geraadpleegd op 28 maart 2024 van <https://erasmuscentrum.maglr.com/bestuurders-in-beeld/bestuurders-in-beeld>.
- Derksen, K. (2013). Leiderschap is een proces. Leiderschapsontwikkeling (4): Jelle Dijkstra over gedeeld leiderschap en leiderschapsontwikkeling. *Opleiding & Ontwikkeling*, 2, 6-10.
- Diefenbach, T., & Sillince, J.A. (2011). Formal and informal hierarchy in different types of organization. *Organization Studies*, 32, 1515-1537.
- Dijkstra, J. (2013). *Innoveren door slimmer leiderschap*. Leeuwarden: NHL Hogeschool.
- Dijkstra, J., & Feld, P.-P. (2011). *Gedeeld Leiderschap. Veerkracht door nieuwe vormen van samenwerken, organiseren, leren en leiderschap*. Assen: Van Gorcum.
- Duursema, H. (2013). *Strategic Leadership. Moving Beyond the Leader-follower Dyad*. Proefschrift. Erasmus Research Institute of Management – ERIM.
- Erkutlu, H. (2012). The Impact of organizational culture on the relationship between shared leadership and team proactivity. *Team Performance Management: An International Journal*, 18, 102-119.
- Gellasch, J. (2015). The role of nursing staff in the implementation of evidencebased practice. *Journal of Nursing Research*, 23, 4, 315-321.
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadership Quarterly*, 13, 4, 423–451.
- Hiller, N.J. (2002). *Understanding and Measuring Shared Leadership in Work Teams*. University Park: Pennsylvania State University.
- Hoch, J. E., & Kozlowski, S. W. (2014). Leading virtual teams: Hierarchical leadership, structural supports, and shared team leadership. *Journal of Applied Psychology*, 99, 3, 390–403.
- Jansen, J. J. P., George, G., van Den Bosch, F. A. J., & Volberda H. W. (2014). Top Management Team Shared Leadership and Organizational Ambidexterity: a Moderated Mediation Framework. *Strategic Entrepreneurship Journal*, 8, 128–148.
- Koeijer-Gorissen, R.J. de, Wüst, H. & van der Scheer, W. (2022) *Goed besturen in crisistijd*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Koeijer-Gorissen, R.J. , & van der Scheer, W. (2022). *Bestuurders in beeld. 20 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

- Klink, H.A. van (2017). *Next Strategy – how SMEs can grow into the future*. Hogeschool Rotterdam Uitgeverij, Rotterdam.
- Kozlowski, S. W. J., Gully, S. M., Nason, E. R., & Smith, E. M. (1999). Developing adaptive teams: A theory of compilation and performance across levels and time. In D. R. Ilgen & E. D. Pulakos (Eds.), *The changing nature of work performance: Implications for staffing, personnel actions, and development* (pp. 240–292). Jossey-Bass.
- March, J.G. (1991). Exploring and exploitation in organizational learning. *Organisational Science*, 2, 1.
- Lundgren, D., Ernsth-Bravell, M., & Kåreholt, I. (2016). Leadership and the psychosocial work environment in old age care. *International journal of older people nursing*, 11, 1, 44-54.
- Manz C. C. & Sims, H.P. (1993). *Business Without Bosses*. New York: John Wiley.
- Meurs, P. (2022). *Zorgen over grenzen (afscheidsrede)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ministerie van Volksgezondheid (2022). C-238. *Green Deal: Samen werken aan duurzame zorg*. Geraadpleegd op 4 mei 2024, van <https://www.greendealduurzamezorg.nl/files/1-greendeal-samenwerken-aan-duurzame-zorg-c238.pdf>.
- Mintzberg, H. (1994). The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review*, 76, 1.
- Morgeson, F. P., DeRue, D. S., & Karam, E. P. (2010). Leadership in teams: A functional approach to understanding leadership structures and processes. *Journal of Management*, 36, 1, 5–39.
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Acco.
- Nuijten, I. (2009). *Servant leadership; Paradox or Diamond in the Rough?* Proefschrift. Erasmus Research Institute of Management – ERIM.
- O'May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
- O'Reilly, C. & Tushman, M. (2004). The Ambidextrous Organization. *Harvard business review*, 82, 140, 74-81.
- Painter-Morland M. (2008). Systemic leadership and the emergence of ethical responsiveness. *Journal of Business Ethics*, 82, 509-524.
- Palm, K., & Lilja, J. (2017). Key Enabling Factors for Organizational Ambidexterity in the Public Sector. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9, 2-20.
- Pearce, C.L., & Conger, J.A. (2003). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pearce, C. L., & Sims, H. P., Jr. (2002). Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 2, 172–197.
- Ploegh, T., & van Zwieten, M. (2007). Kwalitatief onderzoek. In T. Ploegh, R. E. Juttman, N. S. Klazinga, en J. P. Mackenbach (2007). *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77–93). Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Ploegman, M., Gijzel, H., van den Oever, E., de Niel, M., & Kuperus K. (2017). *Van goed naar geweldig door leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg*. Amstelveen: KPMG.
- Putters, K. (2022). *De menselijke staat. Burgerperspectief als voorwaarde voor een toekomstbestendig sociaal contract*. Den Haag: SCP.
- RegioPlus (2019). *Resultaten uitstroomonderzoek*. Geraadpleegd op 30 november 2023, van <https://regioplus.nl/wp-content/uploads/2020/06/Landelijke-factsheetresultaten-uitstroomonderzoek-Nov-2019.pdf>.

- Ryan, R. & Deci, E. (2008). From ego depletion to vitality: theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and personality psychology compass*, 2 (2), 702-717.
- Rijn, van M. (2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor ons ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Somech, A., Desivilya H.S., & Lidogoster, A. H. (2009). Team conflict management and team effectiveness: the effect of task interdependence and team identification. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 3, 359–378.
- Spillane, P. (2005). Distributed leadership. *The Educational Forum*, 143 – 150.
- Smith, W.K. & Tushman, M.L. (2005). Managing strategic contradictions: a top management model for managing innovation streams. *Organization Science*, 16, 5, 522–536.
- Tung, Y., & Shih, C. (2023). To lead or not? The role theory perspective on the moderating roles of transformational and laissez-faire leadership in shared leadership teams. *Asia Pacific Journal of Management*. <https://doi.org/10.1007/s10490-023-09937-x>.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22, 4, 316-335.
- Van den Hout, E. van der Scheer, W., & Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 16, 4, 16-24.
- Van Hout, E.J.Th. (2007). *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties*. Den Haag: Boom uitgevers.
- Van der Scheer, W. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van der Scheer, W. (2023). *Reflectiemoment 2 MHBA 20 juni 2023* [Powerpoint-slides]. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Erasmus Universiteit Rotterdam. Geraadpleegd op 12 april 2024, van https://canvas.eur.nl/courses/41673/files/83710833?module_item_id=995781.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (5e druk ed.). Amsterdam: Boom Lemma.
- VU Amsterdam (n.d.). *Geesteswetenschappen – Onderzoeksvaardigheden: Slim en systematisch zoeken*. Geraadpleegd op 4 oktober 2023, van <https://libguides.vu.nl/c.php?g=440242&p=3000954>.
- V&VN. (2022). *Peiling professionele zeggenschap: meer tijd en ruimte nodig en last van hiërarchie*. Geraadpleegd op 18 december 2023, van <https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-professionele-zeggenschap-meer-tijd-en-ruimte-nodig-en-last-van-hierarchie/>.
- Winne, J. d., & Clement, H. (2015). *Leidinggeven zonder omwegen*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Wood, M.S. (2005). Determinants of shared leadership in management teams. *International Journal of Leadership Studies*, 1, 64-85.
- Yang, I. (2015). Positive effects of laissez-faire leadership: Conceptual exploration. *Journal of Management Development*, 34, 10, 1246–1261.

BIJLAGEN

Bijlage 1

Topiclijst

Deelvraag 1 Hoe wordt gedeeld leiderschap in de praktijk door bestuurders, managers en zorgprofessionals ervaren?

Belang

- Deelt u de analyse dat GL kan bijdragen aan het hoofd bieden aan de 'gedeelde zorgen' in de zorg en GHZ-sector? Kan GL een rol hebben als het gaat om de uitdagingen in de sector en de zorg in bredere zin?
- Wat betekent GL voor u binnen de gehandicaptenzorg?
- Vindt u het belangrijk? Waarvoor en waarom?

Definitie

- Welke elementen vindt u relevant? Mist u nog elementen in de definitie?
- Kunt u specifieke ervaringen noemen die aan dit standpunt hebben bijgedragen?

Ervaringen in de praktijk

- Kunt u specifieke voorbeelden delen van GL in uw dagelijkse werk?
>> doorvragen
 - Waar heeft u het ervaren, waar heeft u het gemist?
 - Waar bestond het GL uit? Wat gebeurde er?
 - Waar ziet u het meer, waar minder?
 - Hoe zou het versterkt kunnen worden?
 - Hoe ervaart u de dynamiek van GL in uw werkpraktijk?
- Op welke plek/relaties is het relevant?
- Bij welke onderwerpen/in welke situaties is het vooral relevant?

Deelvraag 2 Wat ervaren bestuurders, managers en zorgprofessionals als helpend en hinderend bij (het in de praktijk brengen van) gedeeld leiderschap?

Algemene factoren

- Wat zijn cruciale factoren om GL goed van de grond te krijgen?
- Zijn er naar uw idee elementen/factoren/omstandigheden die van invloed zijn op het al dan niet tot stand komen van GL?

Helpende factoren

- Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waarin GL goed tot stand kwam?
- Wat droeg er aan bij dat het kon ontstaan? Wat hielp?

Hinderende factoren

- Wat zijn volgens u de belangrijkste hindernissen bij het in de praktijk brengen van GL?

Implementatie ideeën

- Hoe zou binnen uw organisatie GL verder versterkt worden?

Deelvraag 3 Wat levert ervaren gedeeld leiderschap op in de praktijk van de gehandicaptenzorg?

Waar het tot stand komt...

- Wat ziet u gebeuren?
- Levert het iets op?
- Voor wie en wat?
>> doorvragen
 - Op persoonlijk niveau
 - Wat merkt u bij u persoonlijk?
 - Wat ziet u bij andere collega's (begeleiders, professionals, managers, bestuurders)?
 - Op organisatieniveau? Hoe ziet dat er uit?
 - Op de algehele kwaliteit van zorg / de cliënt? Hoe ziet dat er uit?

Bijlage 2 Achtergrondinformatie

thesisonderzoek



Aanleiding van het onderzoek

Ada Hollenberg is de moeder van Walter. Een jongen van 25 jaar met een ernstige verstandelijke beperking die bij Amerpoort woont. Ada werkt als coördinerend begeleider bij Amerpoort. Ze schrijft blogs in de vorm van brieven naar Walter over haar belevenissen en ervaren dilemma's in de zorg en de ervaringen als moeder hierin.

De zorg “overleven”

Geplaatst op 13 november 2023 door [Ada Hollenberg](#)



Lieve Walter.

Het was een tijdje stil hier, niet omdat ik je niets te schrijven had, maar gewoon omdat er soms zoveel aan de hand is dat ik niet meer weet waar ik moet beginnen. Voor mij op tafel ligt de evaluatie voor je planbespreking. Er staan mooie dingen in, maar ook zaken die zorgelijk zijn. Je energiebalans, je motoriek die steeds verder teruggaat, de rustmomenten die steeds vaker ingezet moeten worden, het is geen leven van een 25 jarige zal ik maar zeggen. Tegelijkertijd blijf ik maar hangen in een longontsteking die maar niet over lijkt te willen gaan, ondanks de Ab kuren en de prednison. Mijn energie staat dus ook op een laag pitje deze weken.

Best lastig vind ik zelf, mijn hoofd wil heel veel, maar mijn lijf dat eind oktober toch echt weer een jaartje ouder is geworden staat op de rem en dat is best lastig als je hoofd nog minstens 40 uur per week wil werken, studeren, leven! Dan kom je al gauw in de “overleef-modus” en daar ben ik niet graag.

Net als alle zorginstellingen moet ook op Amerpoort de broekriem worden aangetrokken. We hebben teveel PNIL (Personeel Niet In Loondienst) teveel ZZP collega's die we toch echt niet kunnen missen, teveel ingekorte diensten waardoor je bij een 32 uur contract nagenoeg de hele week aan het werk bent/moet, kortom: het is zwaar en we zijn er nog niet doorheen. De zorginstelling in de “overleef-modus” dat is veel heftiger dan je denkt. Jij merkt het al aan het verdwijnen van diensten in de avond, dan wordter minder gefietst, minder vaak is er tijd voor iets leuks. Met je eigen inbreng heb je er een mooie draai aan gegeven, je vraagt of iets kan en neemt genoeg met het woord – misschien. Een onvoorstelbare actie voor iemand die als über autist door het leven gaat. Je gaat heel lief vragen op een fluister toontje of ze met je willen fietsen: heel hard, en als dat niet kan neem je genoeg met een alternatief, hoe knap is dat. Op je eigen manier – overleef je de zorg – terwijl de kwaliteit van je leven langzaam maar zeker achteruit gaat. Hetzelfde geldt voor de zorg, we nemen genoeg met alternatieven en zien dat de kwaliteit van zorg langzaam maar zeker achteruit gaat, hoe bitter is deze conclusie. Hard werken is fnuikend als je toch al niet fit bent, je energie raakt op en voor je het weet loop je alleen nog maar te klagen. Daarom pak ik deze week twee dagen om te herstellen, slik ik braaf mijn pillen en puffertjes zodat ik snel weer wat meer lucht heb. Want pas dan kan ik weer de draad oppakken en het verschil maken, ook al is het maar een klein verschilletje, ik geef het (nog) niet op.

Een tekenende beschrijving voor de stand van zaken in de gehandicaptenzorg. Met hart wordt er gewerkt aan een goed leven voor de cliënten, maar het water staat aan de lippen. De sector heeft,

zoals veel zorgdomeinen, te maken met grote uitdagingen. De financiële druk op de sector is groot. In 2022 duiken 11 van de 38 organisaties die de Vereniging voor Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) analyseerde in de rode cijfers. Van Uum, directeur van de VGN geeft aan: 'Als er niets gebeurt, zal een flink deel van de gehandicaptenzorgaanbieders vanaf 2025 niet meer financieerbaar zijn'. Er zal een transitie binnen de gehandicaptenzorg moeten gaan plaatsvinden; we moeten de zorg anders gaan organiseren. We zullen ons moeten heroriënteren op de kernactiviteiten, en misschien ook moeilijke keuzes maken, om uiteindelijk de continuïteit van de zorg voor deze kwetsbare groep te kunnen borgen.

De vraag is hoe de sector deze ingewikkelde keuzes gaat maken. Hoe blijf je kwalitatief goede zorg leveren met de schaarse personele en financiële middelen? Dit complexe vraagstuk heeft meerdere probleemeigenaren (Biesta, 2022³). Van der Scheer (2023⁴) stelt dat gedeelde zorgen vragen om *gedeeld leiderschap*, waarmee zij een vorm van leiderschap aanhaalt waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid. Het vraagt om een dialoog op basis van de gedeelde zorgen, met oog voor ieders verschillende belangen.

Gedeeld leiderschap wordt in dit onderzoek gedefinieerd als een dynamisch wederkerig proces waarbij mensen werken aan vraagstukken die verder reiken dan de eigen primaire verantwoordelijkheid. Door co-creatie, waarbij de betrokkenen verantwoordelijkheid voelen en erkennen dat er meerdere perspectieven bestaan, kunnen zij werken aan een gemeenschappelijk doel en uiting geven aan hun professionele verantwoordelijke autonomie.

Naar de praktijken van gedeeld leiderschap en de voorwaarden en competenties die hiervoor nodig zijn is nog weinig onderzoek gedaan.

Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan een beeld van de wijze waarop gedeeld leiderschap in de praktijk van de gehandicaptenzorg vorm krijgt, door:

1. Inzicht te geven hoe gedeeld leiderschap in de praktijk ervaren wordt;
2. Inzicht te geven in factoren die helpen en hinderen bij het in praktijk brengen van gedeeld leiderschap;
3. Inzicht te geven in wat gedeeld leiderschap kan opleveren in de praktijk van de gehandicaptenzorg;

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek luidt daarom als volgt:

'Op welke wijze krijgt gedeeld leiderschap vorm in de gehandicaptenzorg?'

Onderzoeksopzet

Het betreft een kwalitatief exploratief onderzoek. Er worden drie organisaties benaderd, waarbij de bestuurder, een manager en zorgprofessionals worden gevraagd voor een persoonlijk semigestructureerd interview. Dit interview wordt opgenomen, getranscribeerd en anoniem verwerkt.

³ Biesta, G. (2022). *Wereldgericht onderwijs. Een visie voor vandaag*. Culemborg: Uitgeverij Phronese.

⁴ Scheer, van der, W. (2023). *Gedeeld leiderschap in de zorg*. Rotterdam Erasmus School of Health Policy & Management.

Bijlage 3

Codetabel

Praktijk		
Codegroep	Subgroep	Code
Belang van GL	<i>Herdefiniëring van de zorg</i>	Definitie van de uitdaging: herdefiniëring van de zorg(landschap)
	<i>Meer netwerksamenwerking</i>	Definitie van de uitdaging: meer netwerksamenwerking/-afstemming
	<i>Relevante vraagstukken</i>	Relevante vraagstukken
	<i>Sectorspecifieke kenmerken</i>	GHZ: Het zorgproduct van de GHZ GHZ: De rol van verwanten binnen GHZ
Definitie van GL	<i>Verantwoordelijkheid delen</i>	Definitie van GL: bredere verantwoordelijkheid voelen Definitie van GL: samen verantwoordelijkheid delen
	<i>Zichtbaarheid delen</i>	Definitie van GL: frontlinie delen Definitie van GL: samen (de waarde van) de sector laten zien
	<i>Kennis delen</i>	Definitie van GL: intern vergaarde kennis breder delen
	<i>Betekenis delen</i>	Definitie van GL: gedeelde betekenis voor betrokkenen
Helpende factoren		
Codegroep	Subgroep	Code
Benadering van de vraagstukken	<i>Gedeeld begrip van het vraagstuk</i>	Helpende factor: markeren van het probleem Helpende factor: herkenning van/energie op (urgentie van) het probleem Helpende factor: gedeelde taal Helpende factor: rol van/samenwerking met overheid Helpende factor: problemen labelen als uitdaging Helpende factor: verantwoordelijkheid als instelling voelen en pakken vanuit de visie Helpende factor: jezelf als sector niet klein maken. Positieve kanten zien en belichten.
	<i>Gedeelde visie</i>	Helpende factor: gedeelde visie/missie/kader
	<i>Doeldefiniëring</i>	Helpende factor: betekenisvolle doelen voor alle betrokkenen Helpende factor: doelen definiëren/resultaatgerichtheid
Vaardigheden	<i>Afstemming en communicatie</i>	Helpende factor: de ander uitnodigen/afstemming opzoeken Helpende factor: samenwerkingsvaardigheden Helpende factor: investeren in verbinding Helpende factor: transparant communiceren/aanspreken/zo doen wij het Helpende factor: jezelf ondertitelen
	<i>Empathie</i>	Helpende factor: kunnen verplaatsen in de ander Helpende factor: bij behoefte aansluiten van de ander Helpende factor: over eigen belang/ego kunnen stappen Helpende factor: zelfbewustzijn t.a.v. de eigen competenties en grenzen Helpende factor: waarderen Helpende factor: nieuwsgierig zijn/geen oordeel Helpende factor: erkenning van de kennis van de ander
	<i>Vertrouwen</i>	Helpende factor: vertrouwen geven Helpende factor: ruimte voor fouten Helpende factor: uitgaan van goede intentie
Randvoorwaarden	<i>Mensen</i>	Helpende factor: continuïteit in teams Helpende factor: capabele mensen
	<i>Tijd</i>	Helpende factor: ruimte in tijd
	<i>Organisatiestructuur</i>	Helpende factor: structuur als hygiënefactor Helpende factor: platte structuur
	<i>Processen</i>	Helpende factor: tegenspraak organiseren Helpende factor: ondersteuning vanuit organisatie Helpende factor: organisatie van processen Helpende factor: proces gestructureerd inrichten Helpende factor: kennis/overzicht sociale kaart
	<i>Nabijheid</i>	Helpende factor: fysieke beschikbaarheid/nabijheid Helpende factor: schaalgrootte
Durf	<i>Begrenzen</i>	Helpende factor: begrenzen naar buiten toe
	<i>Invloed pakken</i>	Helpende factor: burgerlijke ongehoorzaamheid
	<i>Ambitie</i>	Helpende factor: lef en ambitie
Hinderende factoren		
Codegroep	Subgroep	Code
Systeembelemmeringen	<i>Wet- en regelgeving</i>	Hinderende factor: systeem van gescheiden sectoren/financiële stromen Hinderende factor: wet- en regelgeving Hinderende factor: prikkels in huidig systeem

		Hinderende factor: rol overheid Hinderende factor: loslaten zekerheid/comfort Hinderende factor: belangenverstremgeling instelling vs. maatschappij Hinderende factor: concurrentie met andere sectoren
	<i>Financiële druk</i>	Hinderende factor: financiële druk Hinderende factor: financiën Hinderende factor: productiviteitsnorm professionals
	<i>Tijdsdruk</i>	Hinderende factor: geen ruimte door druk/stress Hinderende factor: investering in tijd/ruimte, het vertraagt
Sectorspecifieke kenmerken	<i>Sectorale verschillen</i>	Hinderende factor: cultuurverschillen Hinderende factor: inhoudelijke handelingsverlegenheid over sectoren heen Hinderende factor: regievraagstuk
	<i>Sectorspecifiek GHZ</i>	GHZ: Het zorgproduct van de GHZ GHZ: De rol van verwanten binnen GHZ
Focus op deel in plaats van het geheel	<i>Persoonlijk</i>	Hinderende factor: weinig verbinding met organisatie (wel met inhoud) Hinderende factor: focus op eigen verantwoordelijkheden
	<i>Organisatie</i>	Hinderende factor: te weinig betrokkenheid aan voorkant van proces/ beperkte analyse Hinderende factor: onzichtbaarheid/onduidelijke positionering van wie het raakt Hinderende factor: naar binnen gerichtheid organisatie
	<i>Sector</i>	Hinderende factor: naar binnen gerichtheid sector
Impositie	<i>Impositie</i>	Hinderende factor: top-down beslissingen Hinderende factor: verplichte samenwerking
Effecten		
Codegroep	Subgroep	Code
Effect persoonlijk	<i>Competentie</i>	Effect persoonlijk: competentiegevoel Effect persoonlijk: geeft energie
	<i>Verbondenheid</i>	Effect persoonlijk: verbondenheid
	<i>Autonomie / regie</i>	Effect persoonlijk: ervaren regie
	<i>Draagkracht</i>	Effect persoonlijk: gedragen voelen / draagkracht ondersteunen Effect persoonlijk: geeft gevoel betekenisvol te zijn Effect persoonlijk: voedt hoop tot verandering
Effect organisatie	<i>Competentie</i>	Effect organisatie: meer energie Effect organisatie: betere strategie-implementatie Effect organisatie: effectiviteit
	<i>Verbondenheid</i>	Effect organisatie: aantrekking arbeidsmarkt Effect organisatie: minder verloop / mooi werk Effect organisatie: regionaal niveau zelfde doel dienen Effect organisatie: reputatie
Effect kwaliteit van zorg	<i>Kennis en inzicht</i>	Effect kwaliteit: meer kennis en inzicht