

Geen woorden maar daden:

Een kwalitatief onderzoek naar leiderschap in coproductieprojecten

Auteur: Daniëlle Cattel
Studentnummer: 352267
Adres: Westewagenstraat 25B, 3011 AR, Rotterdam
Contact: 352267dc@eur.nl/daniellecattel@hotmail.com
Begeleider: F. Vennik
Meelezer: J.D.H. van Wijngaarden
Senior begeleider: K.J. Grit
Opdracht: Bachelorscriptie
Datum verdediging: 24 juni 2013 15:00-16:00 uur

Juni 2013

DANKWOORD

Na een lang proces waarbij ik de uitspraak "schrijven is herschrijven" aan den lijve heb mogen ondervinden, staat dan eindelijk de laatste punt op papier. Met trots en naar volle tevredenheid is mijn bachelorscriptie 'Geen woorden maar daden: Een kwalitatief onderzoek naar leiderschap in coproductieprojecten' afgerond. Diepgaand inzicht is verkregen in hoe leiderschap vorm kan krijgen in projectteams waarbinnen patiëntenvertegenwoordigers participeren om zodoende kwaliteitsverbeteringen in de zorg te realiseren. Dit onderzoeksrapport vormt de kroon op mijn bacheloropleiding Beleid & Management voor de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam en was niet tot stand gekomen zonder de bijdragen van velen. Graag zou ik dan ook een aantal mensen willen bedanken voor hun bijdrage aan mijn scriptieonderzoek.

Dank gaat allereerst uit naar de projectteamleden van FlemingMC en BehringMC voor hun medewerking en geïnvesteerde tijd. Mijn oprechte dank gaat uit naar Femke Vennik voor haar uitstekende begeleiding. Haar welgemeende enthousiasme en adviezen hebben er mede voor gezorgd dat ik met veel plezier terug kijk op dit leerzame studiejaar. Jeroen van Wijngaarden dank ik voor zijn bijdrage als mee-lezer. Dank ben ik verschuldigd aan Kor Grit en Hester van de Bovenkamp voor hun inzichten en waardevolle tips voor revisie.

In het bijzonder wil ik mijn ouders en mijn vriend danken voor al hun steun en vertrouwen. Ik prijs mijzelf gelukkig dat ik met jullie zowel de mijlpalen gedurende dit jaar als de frustraties, die gepaard zijn gegaan met het doen van onderzoek, heb mogen delen. Dankzij jullie heb ik dit onderzoek op mijn gedreven manier kunnen aanpakken.

Dan rest mij nu niets meer dan u veel plezier wensen met het lezen van dit onderzoeksrapport.

Daniëlle Cattel
Rotterdam, juni 2013

SAMENVATTING

Coproductieteams zijn projectteams waarbij een patiëntenvertegenwoordiger, naast zorgverleners en stafleden, participeert om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de ideale situatie neemt de patiëntenvertegenwoordiger een gelijkwaardige positie in binnen dit team; bij coproductie is gezamenlijkheid immers uitgangspunt. Vanuit de literatuur is bekend dat de patiënt en diens vertegenwoordiger niet gegarandeerd over deze positie beschikt. Het gezamenlijk, met de patiëntenvertegenwoordiger, ontwerpen van kwaliteitsverbeteringen is daarmee geen sinecure. Aangezien (in)formele leiders beschikken over een disproportionele mate van invloed, kunnen leiders coproductie in teams stimuleren of belemmeren. Dit onderzoek heeft tot doel gehad diepgaand inzicht te verkrijgen in hoe leiderschap in coproductieteams vorm kan krijgen. Een kwalitatief onderzoek is opgezet. Twee projectteams uit verschillende ziekenhuizen in Nederland zijn studieobject geweest. Diepte-interviews met leiders en patiëntenvertegenwoordigers, observaties, informele gesprekken en documentenanalyse zijn gebruikt als dataverzamelmethode. De data is separaat geanalyseerd en inductief gecodeerd.

Uit empirisch onderzoek is gebleken dat de leiderschapstaken op procesmatig en inhoudsvlak werden gesepareerd en bij verschillende leiders werden belegd. Deze studie toont bovendien dat de visie van de leiders werd weerspiegeld in de projectopzet in termen van de mate van structuur en hoeveelheid tijd en geld die noodzakelijk werd geacht voor het project. Volgens respondenten dient een leider in de ideale situatie aan een scala aan - algemeen, niet specifiek voor coproductieprojecten geldende - verwachtingen en behoeften te voldoen. Leiderschap in coproductieprojecten verschilde weinig tot niets van regulier projectleiderschap, zo stelden respondenten. Echter, anders dan leiders zelf inschatten, bleek de algemene leiderschapsdynamiek onvoldoende te zijn om coproductie op basis van gelijkwaardigheid te realiseren. De leiders beschouwden de patiëntenvertegenwoordiger in het onderbewustzijn als buitenstaander en handelden hiernaar. Gesproken werd in termen van "wij en zij" en de patiëntenvertegenwoordiger werd betiteld als "luis in de pels". Hoewel de leiders het belang van een gelijk speelveld erkenden en er van overtuigd waren de patiëntenvertegenwoordiger te betrekken, bleek dat in de praktijk geen sprake was van coproductie in het projectteam. Een kloof is geconstateerd tussen de woorden en de daden van de leiders en de leiders waren zich van deze discrepantie niet bewust. Leidinggeven op een wijze die daadwerkelijke coproductie stimuleert, is blijkbaar makkelijker gezegd dan gedaan. Uitgaande van de wens tot coproductie, lijkt het ontwikkelen van een nieuw leiderschapsperspectief noodzakelijk waarbij gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid in het denken, maar bovenal in het handelingsrepertoire van de leider is geïntegreerd.

SUMMARY

Co-production teams are project teams in which a patient representative, next to health care professionals and staff members, participates to realize quality improvements in care. In the ideal situation, the patient representative holds an equivalent position within this team since co-production aims collective developing improvements. From the literature is known that this position for the patient and thus his representative is not traditionally guaranteed. Designing quality improvements in collaboration with the patient representative is therefore not an easy task. Since (in)formal leaders have a disproportionate degree of influence, the leader can stimulate or hinder co-production in teams. This thesis obtains in-depth insight in how leadership in co-production projects can be modeled. A qualitative study is designed. Two project teams from different hospitals in the Netherlands have been studied. Semi-structured interviews with leaders and patient representatives, observations, informal discussions and document analysis have been used as data collection methods. The data was analyzed separately and inductively coded.

Empirical research showed that the process and content focused leadership tasks were separated and allocated to different leaders. In addition, this study shows that the vision of the leaders was reflected in the project design in terms of degree of structure and amount of time and money that was deemed necessary for the project. According to respondents, in the ideal world, the leader has to live up to a broad range of expectations and needs. These expectations and needs are of a general - nonspecific for co-production projects - kind. Respondents thus believed that leadership in co-production projects differed little to nothing from regular project leadership. But, although the leaders thought their leadership style stimulated co-production, in practice the current dynamics of the leader turned out to be insufficient to realize co-production on the basis of equality. The leaders considered the patient representative subconsciously as an outsider and acted like this. This was illustrated by the leaders who spoke in terms of "we and they" and described the patient representative as a "gadfly". Although the leaders acknowledged the importance of a level playing field for co-production and were convinced that they actually involved the patient representative, it has been found that in practice there was little to no co-production in the project team. A gap is identified between the words and deeds of the leaders and the leaders were not aware of this discrepancy. Apparently, leading a project in a way that actually stimulates co-production, is easier said than done. Assuming the desire to co-production, it seems necessary to design a new perspective on leadership that truly integrates equality and collectivity in the thinking and above all, acting of the leader.

INHOUDSOPGAVE

DANKWOORD.....	2
SAMENVATTING.....	3
SUMMARY	4
INHOUDSOPGAVE	5
1. INLEIDING.....	7
2. THEORETISCH KADER	13
§2.1 OUR HEALTH, OUR CARE, OUR SAY: PATIËNTENPARTICIPATIE	13
§2.1.1 DE PARTICIPERENDE PATIËNT(ENVERTEGENWOORDIGER)	14
§2.1.2 COPRODUCTIE EN POSITIONERING PATIËNT	16
§2.3 GRONDPARADIGMA: DE LEIDER AAN HET ROER	19
§2.4 LEIDING GEVEN AAN (PROJECT)TEAMS: ACTIES	20
§2.4.1 TAAKGERICHTE ACTIES	22
§2.4.2 RELATIONELE ACTIES	22
§2.4.3 ACTIES GERICHT OP DE OMGEVING.....	23
§2.5 SYNTHESE.....	24
3. METHODEN	26
§3.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN SELECTIE VAN CASES	26
§3.1.1 FLEMINGMC.....	27
§3.1.2 BEHRINGMC	27
§3.2 ONDERZOEKSDESIGN EN DATAVERZAMELING	28
§3.3 ANALYSEMETHODEN.....	31
§3.4.1 BETROUWBAARHEID	31
§3.4.3 ETHISCHE OVERWEGINGEN.....	32
4. RESULTATEN	33
§4.1 LEIDERSCHAP IN COPRODUCTIEPROJECTEN ONTRAFELD.....	33
§4.1.1 VOORZET... GOAL!	33
§4.1.2 LANGS DE ZIJLIJN	36
§4.1.3 SLOTSOM.....	39
§4.2 ROLLENSPEL: DE LEIDER ALS.....	41

§4.2.1 AANNEMER	42
§4.2.2 NETWERKER	43
§4.2.3 EMPATHISCHE SOCIALISER.....	44
§4.2.4 VUURMAKER	46
§4.2.5 SLOTSOM.....	48
§4.3.1 DE PATIËNTENVERTEGENWOORDIGER ALS LUIS IN DE PELS.....	50
§4.3.2 DE KLOOF TUSSEN WOORDEN EN DADEN.....	52
5. BESLUIT.....	55
§5.1 FORMEEL EN INFORMEEL LEIDERSCHAP: KWESTIE VAN SEMANTIEK	55
§5.2 PROJECTOPZET: SPIEGELTJE, SPIEGELTJE AAN DE WAND... ..	56
§5.3 DE IDEALE LEIDER: EEN SCALA ALGEMENE BEHOEFTE EN VERWACHTINGEN	57
§5.4 LEIDERSCHAP IN COPRODUCTIEPROJECTEN: GEEN WOORDEN MAAR DADEN	59
§5.5 COPRODUCTIE: EEN NIEUWE BENADERING OP LEIDERSCHAP NODIG	62
§5.6 TOEKOMSTIG ONDERZOEK	63
§5.7 METHODOLOGISCHE REFLECTIE.....	64
§5.8 EINDCONCLUSIE	67
6. LILTERATUURLIJST	68
BIJLAGE 1: TOPICLIJST INTERVIEWS.....	74
BIJLAGE 2: OBSERVATIELEIDRAAD	75

1. INLEIDING

"In de zorg kun je niet denken in termen van prijzen en productie, alsof het om wasmachines gaat." (E. Schippers - minister Volksgezondheid Welzijn en Sport -, 2012)

"Ik wist niet dat die professionele autonomie [van de vrijgevestigde specialisten] zo heftig zou zijn. [Je moet] specialisten zo ver zien te krijgen dat ze zich verbonden voelen. Dat bereik je niet door ze dood te knuffelen of je zin door te drijven. Probeer je dat wel, dan ben je in hun ogen al gauw de tegenpartij." (C. Zuiderwijk, - bestuursvoorzitter Tergooiziekenhuizen - 2009)

Bovenstaande uitspraken illustreren dat in de gezondheidszorg bijzondere, aan de sector eigen, karakteristieken een rol spelen. In het eerste citaat stelt minister Schippers dat in de zorg meer speelt dan is uit te drukken in termen van prijzen en productie. Zorg draait om leven en dood, om normen en waarden en daardoor zijn emoties onlosmakelijk verbonden met deze sector (Mootz 2007). Gezondheid wordt door velen het belangrijkste goed in het leven gevonden en daarmee verschilt de vraag naar gezondheid van de vraag naar bijvoorbeeld, zoals minister Schippers aanhaalde, wasmachines. De markt voor gezondheidszorg wijkt af van een doorsnee markt. Het tweede citaat belicht dat in de gezondheidszorg de medische beroepsgroep een bijzondere positie inneemt. Vanwege de professionele, klinische autonomie die artsen van oudsher kennen, kunnen medisch specialisten op specifieke gebieden relatief onafhankelijk optreden (Brink & Putters 2002). Hiermee samenhangend heeft de medische beroepsgroep aanzienlijke macht (Lammerts 2008). Resultaat van dit eigen karakter van de zorgsector is dat het tonen van leiderschap - voor wie dan ook - in deze branche een vak apart is. Leidinggeven in de gezondheidszorg vereist bijvoorbeeld specifieke vaardigheden en kennis om met de vele verschillende spelers in de zorg - waaronder medisch specialisten - samen te werken. Daarnaast is een zekere mate van 'hart voor de zorg' onontbeerlijk omdat emoties onafscheidelijk zijn van zorg. Juist dit bijzondere karakter maakt bestudering van leiderschap in gezondheidszorgsector interessant.

Leiderschap kan gedefinieerd worden als "a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common goal" (Northouse 2013). Het thema kent een uitgebreide onderzoekshistorie en was al studieobject van de Griekse filosoof Aristoteles.

Sinds 1900 tot op heden vormt leiderschap voor wetenschappers onderzoeksterrein waarbij met name wordt gepoogd 'succesvol' leiderschap te definiëren (ibid.). In het begin van de vorige eeuw, toen er behoefte was aan sterke leiders in tijden van oorlog en economische crisis, werd aangenomen dat sommigen geboren werden als 'great men'. 'Succesvol' leiderschap werd beschouwd als een vaststaande karaktereigenschap (Bass 1990; Stogdill 1948). Tegenwoordig is meer aandacht voor de vaardigheden van de leider en de relatie met diens omgeving. Een 'succesvolle' leider wordt nu als visionair, integer, charismatisch en transformationeel beschouwd (Northouse 2013; Dierendonck & Patterson 2010; Greenleaf 1970). Het geven van dé definitie van de 'succesvolle' leider is onmogelijk vanwege de incommensurabiliteit; 'succesvol' is immers een normatief geladen begrip. De maatstaven waarmee de verschillen worden beoordeeld zijn per definitie niet neutraal, daar waar maatstaven altijd geformuleerd worden vanuit een paradigma (Kuhn 1962). Universele consensus rondom de definiëring van 'succesvol' leiderschap zal dus altijd blijven ontbreken (Northouse 2013). Waar wetenschappers daarentegen wel overeenkomst hebben bereikt, is dat leidinggeven niet in een vacuüm maar in een specifieke context plaatsvindt (ibid.). Dit maakt dat een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorgsector relevant is om te benoemen omdat deze de praktijk waarin leiderschap vorm krijgt, bepalen.

Een eerste relevante ontwikkeling betreft de toegenomen aandacht voor kwaliteit van zorg. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) eist dat zorgaanbieders (i.e. zorginstellingen) zorg van een goed niveau aanbieden die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (art. 2 KZi). De KZi maakt dat naast zorgverleners ook overige ziekenhuismedewerkers - zoals de bestuurders, afdelingsmanagers en projectleiders - een verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van zorg. De kennis over wat zorg van een goed niveau inhoudt, neemt in rap tempo toe en wenselijk is dat deze nieuwe inzichten worden vertaald naar de praktijk (Grol & Wensing 2011). Daartoe worden veelvuldig kwaliteitsverbeterprojecten opgezet (ibid.). Zo heeft bijvoorbeeld de uitvraag van kwaliteitsindicatoren door zorgverzekeraars geleid tot het opzetten van kwaliteitsverbeterprojecten op het vlak van patiënttevredenheid.

Tot voor kort was het in veel gezondheidszorgorganisaties gebruikelijk dergelijke kwaliteitsverbeterprojecten te ontwikkelen en te implementeren vanuit een klassiek, top-down perspectief (Bate, Robert & Bevan 2004). Besluiten werden genomen door de daartoe bevoegde leider en 'uitgerold' naar beneden (Buse, Mays & Walt 2009). Een dergelijke model wordt heden ten dage niet meer automatisch getolereerd en gewaardeerd (Northouse 2013). Deze constatering vormt een brug naar de tweede relevante ontwikkeling voor leiderschap in de zorg: de toegenomen aandacht voor de netwerkbenadering.

De moderne leider in de zorg stuurt niet meer aan vanuit een 'ivoren toren'. Of het nu gaat om bestuurders in het hoogste echelon van de organisatie, afdelingsmanagers of projectleiders, verschillende partijen worden betrokken bij het besluitvormingsproces. Zo zal de Raad van Bestuur overleggen met bijvoorbeeld zorgverzekeraars, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie daar waar afdelingsmanagers en projectleiders ruggespraak zullen houden met medewerkers uit alle geledingen van de organisatie en patiënten(vertegenwoordigers). De werkwijze, waarbij een divers palet aan spelers wordt betrokken bij het maken en uitvoeren van beleid, past binnen het bottom-up perspectief (Sabatier 1986).

De derde, sterk met de focus op kwaliteit van zorg en de netwerkbenadering samenhangende trend, betreft de toegenomen aandacht voor patiëntenparticipatie. Sinds de invoering de Zorgverzekeringswet (Zvw) begin 2007 is patiëntenparticipatie in een stroomversnelling gekomen omdat vraagsturing door de geïntroduceerde gereguleerde marktwerking een prominentere plek heeft ingenomen binnen de gezondheidszorgsector (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). Steeds vaker worden patiënten(vertegenwoordigers) direct en actief betrokken bij het ontwerpen en verbeteren van zorg (Boivin 2012). Op macroniveau (het niveau van de samenleving) vormen patiënten(organisaties) een vast onderdeel van de overlegstructuur als zogenaamde 'derde partij'. Op mesoniveau (het niveau van de organisatie) worden patiënten en/of hun vertegenwoordigers betrokken bij de zorg, bijvoorbeeld in de vorm van een cliëntenraad of klankbordgroep (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). Op microniveau (individueel niveau) wordt van patiënten verwacht dat deze optreden als kritische consument van zorg en niet langer de positie van passieve zorggebruiker innemen (Le Grand 2003). Diverse participatievormen zijn ontwikkeld om individuele patiënten meer te betrekken bij het ontwerpen en verbeteren van zorg (zie ook §2.1).

Als gevolg van de hierboven genoemde toegenomen aandacht voor kwaliteit van zorg, de focus op de netwerkbenadering en de actievere rol voor de patiënt worden steeds vaker projecten opgezet waarbij patiënten participeren om kwaliteitsverbeteringen in de zorg te realiseren die zijn afgestemd op de behoeften van de daadwerkelijke gebruiker van zorg. In coproductieprojecten bijvoorbeeld, kunnen patiënten(vertegenwoordigers) participeren in projectteams en daadwerkelijk de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Deze coproductieprojecten respectievelijk coproductieteams vormen het centrale onderzoeksobject van dit scriptieonderzoek.

Coproductie is een relatief nieuwe werkwijze waarbij de patiënt(envertegenwoordiger) en zorgverleners/stafleden informatie uitwisselen en in samenspraak besluiten nemen (Bettencourt et al. 2002; Needham & Carr 2009). Een coproductieproject onderscheidt zich dus van een regulier project doordat een patiëntenvertegenwoordiger in het projectteam participeert, daar waar in reguliere projecten enkel zorgverleners en stafleden deelnemen. Coproductie kenmerkt zich door gezamenlijkheid, daar waar 'co' gezamenlijkheid impliceert. Uitgangspunt van coproductie is dat zowel de patiënt(envertegenwoordiger) als zorgverleners/stafleden over waardevolle informatie beschikken (Cahn 2000) en met elkaar de dialoog aangaan (Realpe & Wallace 2010). Om de dialoog tussen de patiëntenvertegenwoordiger en zorgverleners/stafleden in coproductieteams te realiseren is een gelijk speelveld voor alle betrokkenen noodzakelijk. Agevraagd kan worden of in de zorg van een dergelijke gelijkwaardige positionering - en dan met name voor de patiënt en dan wel diens vertegenwoordiger in vergelijking tot zorgverleners/stafleden - sprake is. In §2.1.2 wordt onder meer dieper ingegaan op coproductie en de positionering van de patiënt.

Omdat coproductie een relatief nieuwe werkwijze in de zorg is, zijn op dit gebied in de literatuur nog veel hiaten aanwezig. Onderzoek naar de randvoorwaarden voor coproductieprojecten is in volle gang en wordt onder meer door het instituut Beleid & Management voor de Gezondheidszorg uitgevoerd. Een van de randvoorwaarden waar meer onderzoek naar gewenst is, betreft leiderschap in coproductieprojectteams (voor een specificatie van het begrip leider wordt verwezen naar pagina 11 en 12). Leiders beschikken over een disproportionele mate van invloed (Edmondson, Bohmer & Pisano 2001) in het team en kunnen daarmee coproductie stimuleren of zelfs belemmeren. In de ideale situatie kan de leider onder andere projectteamleden bijsturen, focus aanbrengen en een rol spelen bij een productief taakconflict (Locke 2009). Daarentegen kan een leider ook in negatieve zin een stempel drukken op de teamprestaties (Edmondson, Bohmer & Pisano 2001). Leiderschap kan dus een sleutel zijn tot succes of falen en kan daarmee worden gezien als een randvoorwaarde voor coproductieprojecten. Interessant is onder andere te bestuderen hoe een leider binnen een coproductieproject invulling geeft aan de voor coproductie cruciale aspecten 'gelijkwaardigheid' en 'gezamenlijkheid'. Welke betekenis heeft de aanwezigheid van een patiënt(envertegenwoordiger) in het projectteam eigenlijk voor leiderschap? Vergt coproductie een andere dynamiek van de leider in vergelijking met reguliere projecten waar geen patiëntenvertegenwoordiger participeert? Het genereren van kennis rondom het thema leiderschap in coproductieprojecten is van wetenschappelijk belang omdat, zoals gezegd, hiaten in de literatuur aanwezig zijn.

Naast een wetenschappelijk relevantie kent dit scriptieonderzoek ook een praktische relevantie. Maar weinig waardevolle inzichten afkomstig uit kwaliteitsverbeterprojecten vinden de weg van papier naar de dagelijkse praktijk (Grol & Wensing 2011; Buse, Mays & Walt 2009). Om geen tijd, geld en moeite te verspillen, is het belangrijk inzicht te krijgen in de processen die plaatsvinden in coproductieprojecten. Dit onderzoek draagt hieraan bij door diepgaand inzicht te verschaffen in de leiderschapspraktijk. Uit dit onderzoek afkomstige inzichten en leerpunten kunnen worden gebruikt invulling te geven aan leiderschap in coproductieprojecten om zo de kans op succes van het project te vergroten.

Om het gewenste diepgaande inzicht te verkrijgen in leiderschap in coproductieprojecten is een kwalitatief onderzoek opgezet. Coproductieteams in de ziekenhuiszorg - bestaande uit een patiëntenvertegenwoordiger, zorgverleners en stafleden zoals lijnmanagers, kwaliteitsmedewerkers, en consultants - die in projectvorm kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg nastreven zijn bestudeerd. De doelstelling van dit onderzoek is diepgaand inzicht te verkrijgen in leiderschap in coproductieprojecten in de ziekenhuiszorg om hier voor de toekomst lering uit te trekken. De centrale vraagstelling die hieruit voortvloeit, luidt:

'Hoe kan leiding worden gegeven aan coproductieteams die in projectvorm kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg nastreven?'

Om een antwoord te formuleren op de vraagstelling zijn een drietal deelvragen opgesteld:

1. Hoe krijgt leiderschap vorm in coproductieprojecten binnen de ziekenhuiszorg?
2. Welke verwachtingen en behoeften heersen bij projectteamleden op het gebied van leiderschap in coproductieprojecten?
3. Vraagt de aanwezigheid van een patiëntenvertegenwoordiger in projectteams specifieke karakteristieken (karaktereigenschappen, competenties en gedragingen) van de leider(s) en zo ja, welke karakteristieken betreft dit?

Het centrale begrip 'leiderschap' is dermate onbegrensd dat onduidelijkheid kan bestaan wat al dan niet onder deze term wordt geschaard. Een verdere toelichting en afbakening is noodzakelijk. In deze bachelorscriptie is onderscheid gemaakt tussen formeel en informeel leiderschap. Met formeel leiderschap ('assigned' of toegewezen leiderschap) wordt zowel bedoeld op lijnmanagement als projectmanagement. De lijnmanager betreft die leider die een officiële functie bekleedt binnen de verticale hiërarchie van de organisatie en beschikt over een zekere mate van beslissingsbevoegdheid. Een afdelingshoofd is een voorbeeld van een lijnmanager. De projectmanager is het teamlid binnen het projectteam dat is aangewezen als officiële leider van het coproductieproject.

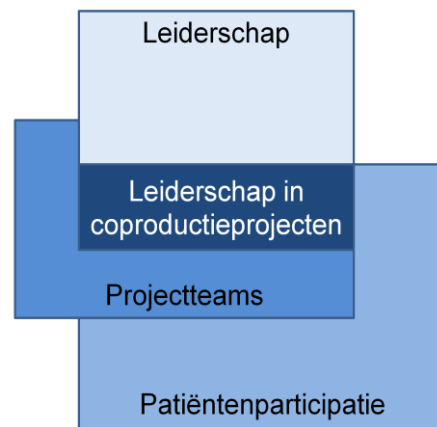
De projectmanager is eindverantwoordelijk voor het project en heeft de operationele leiding. Deze leiderschapsrol binnen het projectteam is van tijdelijke aard; projecten hebben namelijk een duidelijk start- en eindpunt (Cohen & Bailey 1997). Hierin verschilt projectmanagement fundamenteel van lijnmanagement waar meer routinematig wordt gewerkt en sprake is van voortdurende werkzaamheden. Met het begrip informele leider ('emergent' of opkomend leiderschap) wordt bedoeld op het teamlid dat invloed heeft, onafhankelijk van een formele functie. In een projectteam zou bijvoorbeeld een arts een informeel leider kunnen zijn vanwege zijn of haar expertise en status. Een belangrijk besef is dat de formele leider niet altijd de informele leider is en dat niet iedere informele leider een formele leiderschapstaak heeft toebedeeld gekregen. In deze bachelorscriptie is zowel aandacht voor de formele als voor de informele leiders van de coproductieprojecten. De overkoepelende termen 'leiding geven', 'leiders' en 'leiderschap' worden gebruikt indien bedoeld wordt op zowel de formele als de informele leiders van de coproductieteams.

In het volgende hoofdstuk zal een theoretisch kader uiteen gezet worden waar dieper wordt ingegaan op de centrale theoretische begrippen. Handvaten worden aangereikt om een diepgaand begrip te creëren rondom leiderschap in coproductieprojecten. In hoofdstuk 3 worden de methoden besproken. Het daaropvolgende hoofdstuk bevat de resultaten. De conclusie en discussie volgen in hoofdstuk 5.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van een literatuurstudie weergegeven. Het algemene thema van deze bachelorscriptie betreft 'leiderschap in coproductieprojecten' (de donkerblauwe rechthoek in figuur 1) en is opgebouwd uit drie deelthema's: 'leiderschap', 'projectteams' en 'patiëntenparticipatie' (zie figuur 1). In dit theoretische hoofdstuk passeren deze concepten direct of indirect de revue. Bij de selectie van onderwerpen is nagegaan welke theoretische concepten handvaten bieden om de empirie te duiden en uiteindelijk behulpzaam zijn bij het formuleren van een antwoord op de centrale vraagstelling. In §2.1 zal ingegaan worden op patiëntenparticipatie, coproductie en de positie van de patiënt. Het voor leiderschap relevante deelthema 'macht' wordt toegelicht in §2.2. Vervolgens wordt ingegaan op een voor leiderschap belangrijk grondparadigma in §2.3 en wordt in §2.4 de theorie rondom leiderschap in projectteams uiteengezet. Afgesloten wordt met een synthese.

Figuur 1. Theoretische concepten



§2.1 OUR HEALTH, OUR CARE, OUR SAY¹: PATIËNTENPARTICIPATIE

Zoals in de inleiding reeds is aangehaald kan patiëntenparticipatie op veel belangstelling rekenen (Le Grand 2003; Leys, Reyntens & Gobert 2007). De moderne patiënt dient mondig te zijn, wordt verantwoordelijk gesteld voor de eigen keuzes en behoort de regie te nemen over het eigen leven (Van de Bovenkamp 2010). In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op deze maatschappelijke trend. Specifieke aandacht is er voor coproductie en de positionering van de patiënt. Een goed begrip van coproductie is relevant omdat juist coproductie in teamverband centraal staat binnen dit onderzoek. Zicht op de positionering van de patiënt is noodzakelijk om voorafgaand aan het empirisch onderzoek een inschatting te kunnen maken van de positie en mate van invloed van de patiëntenvertegenwoordiger in het coproductieteam.

¹ (Department of Health 2006)

§2.1.1 DE PARTICIPERENDE PATIËNT(ENVERTEGENWOORDIGER)

Patiëntenparticipatie is een moeilijk te definiëren begrip; het is een zogenaamd 'paraplubegrip' (Farell 2004). Over het algemeen wordt bedoeld op het actief betrekken van patiënten of hun vertegenwoordigers bij kwesties die gerelateerd zijn aan gezondheid(szorg) (Gustafsson & Driver 2005). Dit proces krijgt zowel op individueel als op collectief niveau vorm. Op individueel niveau zal de patiënt rondom de eigen behandeling belangrijke keuzes moeten maken. Sommige patiënten zullen bijvoorbeeld in de palliatieve fase van hun ziekteproces moeten kiezen tussen het ondergaan van een levensverlengende behandeling of maximale kwaliteit van leven nastreven voor zolang het leven duurt. Op collectief niveau is bijvoorbeeld sprake van patiëntenparticipatie als patiëntenvertegenwoordigers deelnemen in cliëntenraden van ziekenhuizen. De cliëntenraad behartigt namens patiënten het patiëntenbelang omdat individuele patiënten hiertoe niet in staat zijn (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008b).

Patiëntenparticipatie wordt bepleit vanwege verschillende voordelen (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). De belangrijkste reden is dat patiënten een inhoudelijke bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg (ibid.). Patiënten bezitten unieke, kostbare informatie in de vorm van ervaring (Bate & Robert 2006) en hebben een unieke verwachting, beleving en beoordeling van de kwaliteit van zorg (Boivin 2012; Wigersma et al. 2011). Het delen van deze unieke informatie heeft als voordeel dat de zorgdiensten beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van de patiënt - de daadwerkelijke gebruiker van zorg (Binkhorst, Weerts & Schipaanboord 2005). Verder wordt vaak naar voren gebracht dat het betrekken van patiënten bij beleidsontwikkeling een verhoogde legitimiteit oplevert, de kansen op succesvolle implementatie vergroot, de efficiëntie en effectiviteit van zorg verhoogd en een positief effect kent op 'empowerment' van patiënten (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). Overigens wordt regelmatig in twijfel getrokken of iedere patiënt überhaupt wel in staat is, dan wel behoefte heeft, de rol van actieve patiënt op zich te nemen gezien de mogelijke kwetsbaarheid, wanhopigheid en twijfel van de zieke patiënt (Van de Bovenkamp 2010; Brandt 2009; Lötterman 2005; Trappenburg 2008). Dit gezegd hebbende, wordt op dit discussiepunt niet verder ingegaan. Feit is dat in de huidige zorgsituatie patiëntenparticipatie prominent in de belangstelling staat (Leys, Reyntens & Gobert 2007).

In Nederland is de wijze om patiënten te laten participeren al in sterke mate geïnstitutionaliseerd en geprofessionaliseerd (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). In plaats van zorg te ontwerpen vóór de patiënt worden zorgdiensten steeds vaker ontworpen in samenwerking mét de patiënt (Binkhorst, Weerts & Schipaanboord 2005).

Om de intensiteit van participatie gesimplificeerd weer te geven is een toonaangevend model ontwikkeld door Sherry Arnstein: 'De participatieladder voor burgers' (Arnstein 1969).

Arnstein gaat uit van een oplopende mate van participatie waarbij in traptreden de corresponderende mate van burgermacht in het besluitvormingsproces weergegeven. Volgens Arnstein is het ultieme doel de hoogste traptrede ('citizen control') bereiken (ibid.). Echter, volgens critici is het geen gegeven dat een intensere vorm van participatie automatisch waardevoller is (May 2006). Daarnaast is in het model van Arnstein volgens critici te weinig aandacht voor contextuele factoren zoals beschikbare financiële middelen om participatie te realiseren (Tritter & McCallum 2006).

Diverse op Arnstein geïnspireerde participatiemodellen zijn ontwikkeld. Het model van Edelenbos en Monnikhof biedt bijvoorbeeld een overzicht van vijf vormen van participatie (figuur 2). Net als bij het model van Arnstein participeert de patiënt tragsgewijs actiever en intenser. Via informeren, raadplegen, adviseren en coproduceren de beslist de patiënt uiteindelijk (mee) over de zorg (Leys, Reyntens & Gobert 2007). Bij informeren worden patiënten enkel op de hoogte gehouden van besluiten. De patiënt die wordt geraadpleegd is de verschaffer van informatie. In de adviesfunctie is de patiënt daadwerkelijk gesprekspartner. De coproducerende patiënt heeft een meer bindende stem in het besluitvormingsproces. Op de laatste trede '(mee)beslissen' is de macht naar de patiënt gedelegeerd (Rijk et al. 2011). Anders dan het model van Arnstein is dit model specifiek gericht op participatie door patiënten (en niet door burgers in het algemeen) en geeft het geen waardeoordeel over de mate van participatie (Leys, Reyntens & Gobert 2007).

Figuur 2. Participatieladder



Om patiënten in meer of mindere mate van intensiteit te laten participeren - al dan niet in projectvorm - zijn diverse methoden ontwikkeld. Drie methoden, die terug zullen keren in dit scriptieonderzoek, worden toegelicht: focusgroepen, de EBCD-methode en coproductieteams (i.e. projectteams waarbij een patiëntenvertegenwoordiger naast zorgverleners en stafleden participeert om de kwaliteit van zorg te verbeteren). Bij de eerste twee vormen is sprake van participatie op het niveau van de inhoud; bij de laatste vorm meer op procesniveau. Een eerste participatiemethode betreft het houden van focusgroepen. In groepsverband gaan patiënten, onder leiding van een voorzitter, in gesprek over knelpunten en verbetermogelijkheden in de zorg (Vilans 2012).

De patiënt levert waardevolle informatie als input, kan suggesties doen ter verbetering maar heeft geen rol in het daadwerkelijke besluitvormingsproces; er is sprake van adviseren. Experience-Based-Co-Design (EBCD) daarentegen is een vergaande participatiemethode waarbij de patiënt een hoge mate van betrokkenheid bij het besluitvormingsproces kent (Bate & Robert 2006). Op basis van ervaringen van patiënten, die in de vorm van een film worden gedeeld met kernspelers in de zorg, wordt diepgaand inzicht verkregen in de krachten en zwakten van de huidige zorg en blijkt hoe deze in de toekomst verbeterd kan worden (Bate & Robert 2006; The King's Fund 2012). Bij deze methode ontwerpt de patiënt de zorg en beslist deze mee maar is de macht niet volledig naar de patiënt gedelegeerd; er is sprake van coproductie. Ook bij de derde participatiemethode - deelname van een patiëntenvertegenwoordiger in een projectteam om de patiëntenbelangen te behartigen - is sprake van coproductie indien de vertegenwoordiger daadwerkelijk gesprekspartner is en invloed kan uitoefenen op de besluiten. Omdat coproductieteams binnen deze bachelorscriptie onderzoeksobject vormen, is een nadere toelichting van deze participatievorm op zijn plaats.

§2.1.2 COPRODUCTIE EN POSITIONERING PATIËNT

Coproductie vindt zijn oorsprong in Amerika binnen het domein van 'civil rights' en 'social care' (Realpe & Wallace 2010). Grondleggers Elinor Ostrom en Edgar Cahn realiseerden zich dat burgers een bijdrage konden leveren aan de kwaliteit van de publieke diensten indien zij actief participeerden bij de planning, het ontwerp, de levering en de 'audit' hiervan (Boyle, Clarke & Burns 2006; Needham & Carr 2009). Vanaf de jaren '70 neemt coproductie een plaats in binnen 'knowledge-intensive businesses' zoals de biotechnologie (Ferretti & Pavone 2009) en binnen het domein van overheid en politiek (Pestoff, Osborne & Brandsen 2006). De gebruikers en ontwikkelaars van een product, dienst of beleid gaan de interactie aan en werken samen. In de zorg wordt met coproductie bedoeld op de participatievorm waarbij patiënten(vertegenwoordigers) en zorgverleners/stafleden informatie uitwisselen en de dialoog aangaan om zo te komen tot zorg die beter is afgestemd op de behoeften van de daadwerkelijke zorggebruiker (Bettencourt et al. 2002; Needham & Carr 2009; Realpe & Wallace 2010). Coproductie kenmerkt zich dus door gezamenlijkheid. Om te komen tot een gezamenlijke besluitvoering - en dus tot daadwerkelijke coproductie - is ten eerste vanuit de literatuur bekend dat de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener zoals betrekken, informeren en doorvragen essentieel zijn (Pawlikowska et al. 2007). Noot hierbij is dat deze resultaten zijn gebaseerd op onderzoek naar coproductie in de spreekkamer (de één-op-één relatie tussen arts en patiënt) en dus niet, zoals centraal staat binnen dit scriptieonderzoek, coproductie in teamverband. Gedegen onderzoek naar de benodigde vaardigheden van de patiënt(envertegenwoordiger) voor coproductie ontbreekt.

Ten tweede kan beargumenteerd worden dat voor het gezamenlijk ontwerpen en verbeteren van zorg gelijkwaardigheid tussen alle bij coproductie betrokkenen voorwaarde is. In de ideale situatie zou dus de patiënt(envertegenwoordiger) een gelijkwaardige positie bekleden binnen het team (Realpe & Wallace 2010). Kan echter gesteld worden dat de positie van de patiënt(envertegenwoordiger) equivalent is aan de positie van bijvoorbeeld een arts of een kwaliteitsmanager? Omdat de patiënt in het huidige vraaggestuurde zorgstelsel wordt gepositioneerd en behandeld als een kritische zorgconsument, ontstaat een beeld van een krachtige en mondige zorgvrager. Daarnaast zou het kunnen zijn dat de patiënt als gevolg van protoprofessionalisering de indruk wekt 'van willen te weten'. Door de protoprofessionalisering hebben leken zich namelijk de basisbegrippen en grondhoudingen van het medisch professionele perspectief eigen gemaakt (De Swaan 1979). Ondanks deze beeldvorming van een patiënt die een gelijkwaardige positie inneemt, blijkt dat de patiënt in de praktijk (nog steeds) over een relatief zwakke positionering beschikt (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008b; Grit, Van de Bovenkamp & Bal 2008).

Hoewel dus vanuit de literatuur bekend is dat de positie van de patiënt niet gelijkwaardig is aan die van overige spelers in de zorg, verandert coproductie wel degelijk de gebruikelijke relatie tussen zorgverleners/stafleden en patiënt(envertegenwoordigers). Van patiënten en diens vertegenwoordigers wordt verwacht dat deze ervaringen met en ideeën over de zorg onder woorden kunnen brengen, besluiten kunnen nemen en zich gedragen als actieve en verantwoordelijke burgers (Boyle, Clark & Burns 2006). Zorgverleners/stafleden krijgen ook een nieuwe rol toebedeeld waarin zij samenwerken met de patiënt(envertegenwoordiger) in plaats van relatief autonoom invulling te geven aan zorg (Needham & Carr 2009). Voor de leider van een coproductieproject betekent dit dat deze te maken krijgt met een nieuwe samenwerkingspartner. Het is zeer goed denkbaar dat een andere omgang wordt gevraagd van de leider met de patiënt(envertegenwoordiger) dan deze gewend was in de traditionele situatie met zorgverleners/stafleden. Deze nieuwe rollen gaan gepaard met een verschuiving en herverdeling in macht tussen spelers in de zorg (Needham & Carr 2009; (Leys, Reyntens & Gobert 2007; Farr 2012) waarbij de participerende patiënt(envertegenwoordiger) meer invloed heeft op de zorg in vergelijking met voorheen; zogenaamde 'empowerment' van de patiënt (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a). In de volgende paragraaf wordt in algemene termen ingegaan op het concept 'macht'.

§2.2 MACHT ALS VEREISTE VOOR LEIDERSCHAP

In deze paragraaf zal het concept 'macht' worden geëxpliceerd. Macht wordt gedefinieerd als de mogelijkheid om invloed uit te oefenen (Yukl 2006) en is daarmee onlosmakelijk verbonden aan de in deze bachelorscriptie gehanteerde leiderschapsdefinitie. Een extra toelichting op dit begrip is daarmee op zijn plaats, zeker ook met het oog op de aanwezige hiërarchische verhoudingen en bijbehorende machtsverschillen die de gezondheidszorg kenmerken. Artsen bijvoorbeeld, hebben vanwege de eigen beroeps cultuur, specifieke expertise en professionele autonomie een 'status aparte' (Klopper-Kes 2011). Inzicht in het concept macht leidt naar verwachting tot een beter begrip van het ontstaan van leiderschap in coproductieprojecten omdat de machtsverhoudingen binnen het projectteam geduid kunnen worden en de aan leiderschap ten grondslag liggende machtsbronnen blootgelegd kunnen worden. Macht en onderlinge verhoudingen zijn naar verwachting mede bepalend voor hoe de communicatie verloopt, hoe wordt samengewerkt, wie de leiding neemt, hoe besluiten worden genomen en wie (op de voor- en achtergrond) participeert.

Macht is een dynamische variabele en kan dus, afhankelijk van de context, veranderen door de tijd (Yukl 2009). De mate van macht – en daarmee dus indirect de mate van invloed en leiderschap – waarover een individu beschikt, wordt ondermeer bepaald door de machtsbron. Vanuit de literatuur zijn twee hoofdbronnen van macht bekend: positiemacht en persoonlijke macht (Kotter 1990). Positiemacht is doorgaans de bron voor formeel leiderschap daar waar informeel leiderschap veelal gestoeld is op persoonlijke machtsbronnen (Northouse 2013). 'Legitimate power', 'reward power' en 'coercive power' zijn drie vormen van positiemacht (Northouse 2013). 'Legitimate power' betreft macht ontleend aan de formele status of autoriteit van een functie. Een leider met 'legitimate power' zal gehoorzaamd worden door de volgers (Yukl 2009). 'Reward power' houdt in dat een leider in de mogelijkheid is te belonen omdat deze toegang heeft tot hulpbronnen (Cartwright 1962). De gelegenheid personen te straffen kan resulteren in 'coercive power' (ibid.). Kern van deze machtsbron is angst (Locke 2009). De tweede hoofdbron van macht – 'persoonlijke macht' - is op te splitsen in 'referent power' en 'expert power' (Northouse 2013). Er is sprake van 'referent power' als een persoon sympathiek wordt gevonden en wordt gerespecteerd. 'Expert power' is macht verkregen op basis van specifieke kennis en competenties (Cartwright 1962). Uit de literatuur is gebleken dat de meest duurzame bron van macht persoonlijke macht betreft, hoewel enige positiemacht onontbeerlijk is (Yukl 2009). Samengevat zijn er dus diverse bronnen die ten grondslag kunnen liggen aan een machtspositie. Uitgaande van deze machtspositie voor de leider is het interessant te kijken naar hoe deze invloed wordt ingezet door de leider. Welke rol krijgt de leider vanuit de literatuur toebedeeld (§2.3) en welke acties behoren een leider toe (§2.4)?

§2.3 GRONDPARADIGMA: DE LEIDER AAN HET ROER

In deze paragraaf volgt een toelichting op een van de meest prominent aanwezige paradigmata rondom projectleiderschap; de 'structured approach'. Verreweg de meeste literatuur over (met name formeel) projectleiderschap is geschreven vanuit dit wereldbeeld. Enig besef van de grondwaarden van dit paradigma is nuttig omdat dit een kader biedt om de volgende theorieën in breder perspectief te kunnen plaatsen (§2.4).

De 'structured approach' is een zienswijze waarbij veel waarde wordt gehecht aan acties als plannen, organiseren en controleren (Turner 1999). Een overdachte projectopzet wordt waardevol geacht; een 'framework' is zelfs noodzakelijk, stellen voorstanders van deze stroming. Een kernaspect binnen de 'structured approach' is dat stap voor stap toegewerkt wordt naar een einddoel. Een levenscyclus - voorstel/aanvang, ontwerp/opzet, uitvoering/controle en afronding/afsluiting - dient hierbij doorlopen te worden. De leider heeft gezien vanuit deze benadering de taak haalbare tussenstappen vast te leggen die cumulatief leiden tot het gewenste resultaat. Beredeneerd vanuit dit perspectief rust op de leider de verantwoordelijkheid de omvang van het werk, mensen die het werk doen, kwaliteit, kosten en tijd te managen (Turner 1999). Ondanks de hang naar structuur en planning, achten aanhangers van de 'structured approach' het onwenselijk het project 'dicht te regelen'. Het is belangrijk de grote lijnen uit te zetten - de strategie te bepalen - en te focussen op het gewenste resultaat, maar gewaakt moet worden voor een te gedetailleerd plan (ibid.). Naarmate het project vordert, zijn soms aanpassingen nodig en die flexibiliteit moet gewaarborgd worden, zo stellen aanhangers van de 'structured approach'. Beredeneerd vanuit deze benadering dient de leider te zorgen voor een 'fit' tussen de organisatie en in het geval van deze bachelorscriptie het kwaliteitsverbeterproject. Om deze 'fit' te bereiken, is het cruciaal dat de leider inspeelt op de actuele omstandigheden in de omgeving (Turner 1999).

Bovenstaande gezien krijgt de leiders binnen de 'structured approach' een belangrijke rol toebedeeld. Er is sprake van een gestructureerde top-down structuur. (Formele) leiders 'draaien aan de knoppen' om zo tot de succesvolle invoering van een kwaliteitsverbetering te komen. Beredeneerd kan worden dat hierin het denken zit opgesloten dat een organisatie functioneert als een machine. Hiermee vertoont projectleiderschap kenmerken van een rationele professie (Thomas 2003). De 'structured approach' kan dus worden geplaatst binnen de rationele traditie van paradigmata. Een kritische bestudering van de 'structured approach'-literatuur bekrachtigt deze redenering. Wat opvalt is dat veel van de betreffende auteurs een poging doen de realiteit te vatten in tabellen en figuren (zie bijvoorbeeld Turner 1999). Dit gesimplificeerd weergeven van de werkelijkheid is kenmerkend voor het rationalistische, functionalistische paradigma.

Kort samengevat kenmerkt de rationalistische, functionalistische 'structured approach' zich door een top-down georiënteerd handelingsrepertoire van de leider en een relatief gesloten, gestructureerde projectopzet waarbij tussenstappen uiteindelijk leiden naar het einddoel. Met deze kernwaarden van de in de literatuur heersende zienswijze in het achterhoofd, wordt in de volgende paragraaf dieper ingegaan op de vanuit dit paradigma opgestelde theorieën over teamleiderschap en projectleiderschap.

§2.4 LEIDING GEVEN AAN (PROJECT)TEAMS: ACTIES

In deze paragraaf wordt ingezoomd op de theorie rondom leiderschap in (project)teams. Een inventarisatie van bestaande literatuur op het gebied van leiderschap in teams binnen coproductieprojecten heeft geleid tot de conclusie dat specifieke theorie op dit terrein ontbreekt - wat overigens de wetenschappelijke relevantie van dit scriptieonderzoek versterkt. Als echter een abstractieniveau hoger wordt gezocht naar relevante theoretische concepten, blijkt dat talrijke studies en handboeken beschikbaar zijn rondom teamleiderschap en projectleiderschap. De theorie rondom 'leiderschap' en '(project)teams' (zie figuur 1) is hierbij geïntegreerd. Zowel de theorie rondom teamleiderschap als projectleiderschap richt zich op leiding geven aan teams wat bestudering interessant maakt voor deze bachelorscriptie (hoewel nogmaals wordt benadrukt dat coproductieteams zich onderscheiden van reguliere projectteams doordat een patiëntenvertegenwoordiger deelneemt). De theorie rondom projectleiderschap is specifiekier dan de teamleiderschapstheorie omdat expliciet wordt ingegaan op leiderschap in *project*teams. Leiderschap in projecten verschilt wezenlijk van algemeen leiding geven aan teams met name in de tijdsduur en de aard van de activiteiten. Projectteams kenmerken zich immers door het tijdelijke karakter, zijn gericht op nieuwe activiteiten en tijdens het project worden schaarse bronnen uit de organisatie ingezet (Shirley 2011). Overeenkomstig ligt zowel bij teamleiderschap als bij projectleiderschap de focus op formeel leiderschap maar wordt expliciet ruimte geboden voor de rol van de informele leider (Northouse 2013). Voordat over wordt gegaan naar de meer specifieke leiderschapsacties bekend vanuit de literatuur is het interessant tabel 1 (zie volgende pagina) te bestuderen waarin een aantal karakteristieken worden beschreven die de kans op het tonen van informeel leiderschap vergroten.

Tabel 1. Kenmerken die de kans op informeel leiderschap vergroten

Kenmerken	Toelichting	Bron
Karaktereigenschappen	Dominantie	Smith & Foti 1998; Kickul & Neuman 2000
	Intelligentie	
	Taakspecifiek vertrouwen	
	Extraversie	
	Openheid	
Communicatieve gedragingen	Krachtig doch niet rigide zijn	Fisher 1974
	Anderen om mening vragen	
	Verbaal betrokken zijn	
	Beschikken over voldoende informatie	
	Nieuwe ideeën in groep brengen	
Sekse	Man zijn	Watson & Hoffman 2004
Sociale identiteitstheorie	Gelijkenis groepsidentiteit	Hogg 2001

Een inventarisatie van de theorie op het gebied van teamleiderschap en projectleiderschap heeft geresulteerd in een breed palet aan leiderschapsacties. Hoewel deze acties vanuit de literatuur met name worden gezien als taken voor de formele leider, wordt nogmaals benadrukt dat deze ook door een informele leider uitgevoerd zouden kunnen worden. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen taakgerichte acties (organisatorische aspecten), relationele acties (persoonlijke aspecten) en acties gericht op de omgeving (bestuurlijke aspecten) (Northouse 2013; Aken 2008). Hieronder wordt in tabel 2 een uitgebreid overzicht gegeven van de leiderschapsacties. In de §2.4.1, §2.4.2 en §2.4.3 volgen illustraties hiervan.

Tabel 2. Leiderschapsacties formele leider (Northouse 2013; Aken 2008)

Leiderschapsactie	Uitwerking
Taakgerichte acties	Focussen op doel (verduidelijken, consensus bereiken)
	Structureren (plannen, organiseren, delegeren, rollen verhelderen, visie naar voren brengen)
	Begeleiden van beslissingen (informerende, controleren, coördineren, samenbrengen, focussen)
	Trainen van teamleden (educatie en ontwikkeling realiseren)
	Monitoren van vorderingen (toetsen uitkomsten, confronteren ongewenste uitkomsten)
Relationele acties	Coachen van teamleden in interpersoonlijke vaardigheden
	Samenwerken (betrekken van alle teamleden)
	Conflicten managen (confronterende, interveniëren, kritisch zijn)
	Commitment, 'esprit de corps' aanmoedigen (optimistisch, innovatief, visionair en sociaal zijn)
	Behoeften teamleden vervullen (erkennen, belonen, ondersteunen, raad geven, betrouwbaar zijn)
	Ethisch en principieel zijn (eerlijk, consistent)
Acties gericht op omgeving	Netwerken en verbindingen leggen (informatie verzamelen, invloed verhogen)
	Het team extern representeren
	Onderhandelen met hogere echelons (bronnen, support en erkenning verkrijgen)
	Afleiding uit de omgeving minimaliseren
	Toetsen van omgevingsindicatoren voor teameffectiviteit
	Relevante informatie delen met team en omgeving

§2.4.1 TAAKGERICHTE ACTIES

Met taakgerichte acties wordt bedoeld op die acties die gericht zijn op de coördinatie van het project (Aken 2008). Vrijwel elk project is volgens eenzelfde structuur opgezet. Een duidelijk startpunt, een plan- en ontwerpfase, een uitvoerings- en implementatiefase en een afsluitende fase volgen elkaar op (Kerzner 2009). De projectmanager heeft de complexe taak te plannen, organiseren, dirigeren en te controleren (Kerzner 2009). De projectmanager dient - zoals vaak genoemd in handboeken of cursusomschrijvingen - 'de vaart in het project te krijgen én erin houden' (Bon & Pieper 2005). De door Deming ontworpen Plan-Do-Check-Act-cyclus kan door de leider worden gebruikt om dit proces systematisch vorm te geven (Grit 2007). Ook heeft de leider veelal de taak het projectteam samen te stellen waarbij de leider indirect invloed uit kan oefenen op de teamdynamiek. Met teamdynamiek wordt bedoeld op processen rondom communicatie, samenwerking, coördinatie, conflict, leiderschap, besluitvorming en participatie (Lemieux-Charles & McGuire 2006). Variëteit in vaardigheden, expertise en opleiding en beroep in teams in de gezondheidszorg (i.e. de multidisciplinairiteit van het coproductieteam) heeft over het algemeen een positief effect op de teamdynamiek (Proenca 2007; Lemieux-Charles & McGuire 2006). Een pluralistische wijze van werken levert uitwisseling van argumenten en zienswijzen op, wat verrijkend is (Essers 1999). Diversiteit kent echter ook een keerzijde. De eclecticische mix van soms fundamenteel verschillende perspectieven kan leiden tot moeilijkheden (ibid.) zoals bijvoorbeeld conflicten. In de 'structured approach' worden conflicten veelal betiteld als 'weerstand'; een actuele omstandigheid die de projectleider dient te overwinnen. Het overwinnen van weerstand - met welke oorsprong dan ook - valt onder de relationele acties van de leider.

§2.4.2 RELATIONELE ACTIES

Met relationele acties van de leider wordt bedoeld op de persoonlijke aspecten van leiderschap. In de literatuur wordt het motiveren en inspireren van teamleden in dit kader veelvuldig als taak genoemd. Intrinsieke motivatie van de leider wordt daarbij onontbeerlijk geacht (Tak & Wijnen 2006). Dit is omdat juist bij projecten, veranderen zo'n prominente plaats inneemt aangezien routinematig werken wordt doorbroken (Bon & Pieper 2005). Gegeven is dat elke verandering kan rekenen op de nodige weerstand (Boer 2005). Een leider van het project dient hier mee om te kunnen gaan. Een andere taak op het relationele gebied die extra aandacht verdient, betreft de taak van de leider alle leden uit het multidisciplinaire projectteam te betrekken. Projectteams zijn multidisciplinair van aard om zo optimaal gebruik te maken van de verschillende gezichtspunten (Cohen & Bailey 1997; Fong 2003). Stafleden, zorgaanbieders en patiënten beschikken immers over verschillende expertise en ervaringen (bronnen van verbeterinformatie).

Gebleken is dat de kans op succesvolle innovatie en verandering vergroot wordt als deze diversiteit aan informatie uitgewisseld wordt (Stewart 1997). Echter, in teamsessies wordt lang niet alle relevante informatie naar voren gebracht (Stasser, Tayler & Hanna 1989) maar wordt veelal gezamenlijke in plaats van de unieke informatie gedeeld (Stasser & Titus 1985). Het niet delen van unieke informatie hangt onder meer samen met de angst voor evaluatie en sociale afwijzing (Edmondson 1999). Van nature hebben mensen de basisbehoefte geaccepteerd te worden in groepen (Knowles & Gardner 2008). Het delen van informatie die door anderen kan worden gevalideerd is 'veiliger' dan informatie delen die anderen niet kunnen bevestigen (Stasser 1999). Concreet voor dit scriptieonderzoek betekent dit dat projectteamleden bij het delen van afwijkende ideeën en ervaringen – bijvoorbeeld het patiëntenperspectief – een zekere drempel zouden kunnen ervaren. In §2.1.1 is immers reeds naar voren gebracht dat patiënten unieke informatie bezitten (Bate & Robert 2006) en een unieke verwachting, beleving en beoordeling van de kwaliteit van zorg hebben (Boivin 2012; Wigersma et al. 2011). Zeker ook gezien de hiërarchie in de zorg en de verschillen in positie en macht tussen verschillende projectteamleden (zie ook §2.1.2 en §2.2) is het een reële veronderstelling dat projectteamleden met een afwijkend perspectief moeite ervaren hun zienswijze naar voren te brengen (Nembhard & Edmondson 2006). Om ervoor te zorgen dat alle groepsleden uit het projectteam naast de gedeelde informatie ook de unieke informatie delen, is het belangrijk dat een leider psychologische veiligheid weet te creëren en vaardig is in doorvragen (Edmondson 1999). De woorden en daden van leiders in kwaliteitsverbeterprojecten leiden er idealiter toe dat ieder projectteamlid uitgenodigd wordt open te spreken en gewaardeerd wordt voor zijn of haar unieke bijdrage (Nembhard & Edmondson 2006).

§2.4.3 ACTIES GERICHT OP DE OMGEVING

Met acties gericht op de omgeving wordt bedoeld op die leiderschapacties rondom het aangaan van verbindingen om de link tussen het project en de directe omgeving - zoals het ziekenhuis waarbinnen het project wordt opgezet - te verstevigen (Aken 2008). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het creëren van steun en draagvlak door het hoger lijnmanagement in termen van tijd en geld (ook wel de bestuurlijke condities genoemd). Het laten slagen van een project zal logischerwijs een moeilijke opgave zijn indien het hogere lijnmanagement het project niet draagt of geen prioriteit aan het project geeft. Vanuit de literatuur is bekend dat dit gebrek aan steun regelmatig wordt ervaren door leiders van projecten. Het leiden van projecten wordt namelijk door het lijnmanagement vaak gezien als bijzaak en niet als 'core-business' en bovendien ontstaat bij het lijnmanagement regelmatig weerstand indien deze als gevolg van decentralisatie de leiders van projecten meer beslissingsbevoegdheid dienen te geven (Kerzner 2001).

Bovenstaande gezien kan gesteld worden dat de theorie rondom teamleaderschap en projectleaderschap behulpzaam is voor deze bachelorscriptie ondanks dat deze theorieën niet specifiek ingaan op leiderschap in coproductieprojecten waarbij een patiëntenvertegenwoordiger participeert. Uit voorgaande analyse is naar voren gekomen dat vanuit de literatuur een drietal hoofdtaken zijn weggelegd voor de leider: taakgerichte acties, relationele acties en acties gericht op de omgeving. In de volgende paragraaf worden deze theoretische concepten in perspectief geplaatst en verbonden met concepten uit voorgaande paragrafen.

§2.5 SYNTHESE

In dit hoofdstuk zijn tal van theoretische begrippen de revue gepasseerd. Geconstateerd is dat geen studies specifiek over leiderschap in coproductieteams beschikbaar zijn. Minder specifieke theorieën hebben echter zeer relevante inzichten geboden. In §2.1 is ingegaan op patiëntenparticipatie. Uitgebreide aandacht is geweest voor coproductie; de participatiewijze die centraal staat binnen deze scriptie. Gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid zijn naar voren gekomen als cruciale aspecten voor effectieve coproductie. Vanuit de literatuur is bekend dat van een gelijkwaardig speelveld geen sprake is; de positie van de patiënt is relatief zwak. Zal in de empirie deze ongelijkwaardigheid ook naar voren komen? Idealiter zou een leider gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid faciliteren. Wordt hier ook invulling aan gegeven in de praktijk en zo ja, hoe? Vergt coproductie daarmee een andere leiderschapsdynamiek in vergelijking met reguliere projecten? In §2.2 is macht gedefinieerd als de mogelijkheid invloed uit te oefenen. Uiteengezet is dat de aanwezigheid van een patiëntenvertegenwoordiger in het projectteam een herverdeling van de macht veroorzaakt. Maar hoe zijn de hiërarchische verhoudingen in de praktijk? Zijn er machtsverschillen merkbaar tussen de patiëntenvertegenwoordiger en zorgverleners/stafleden? Daarnaast zijn diverse machtsbronnen de revue gepasseerd in §2.2. Over welke machtsbronnen beschikken de formele en informele leiders in de praktijk? Uitgaande van een invloedrijke positie voor een leider is vervolgens in §2.3 het voor de leiderschapsliteratuur typerende paradigma (de 'structured approach') toegelicht om de algemene leiderschapstheorieën uit §2.4 beter te kunnen plaatsen. Geconstateerd is dat in de literatuur over leiderschap het rationele, functionalistisch denken overheerst en wordt uitgegaan van een top-down georiënteerde leider die op een gestructureerde, doelgerichte wijze projecten opzet. Is in de empirie de 'structured approach' te herkennen of overheerst een andere kijk op leiderschap? Bestudering van de literatuur rondom teamleaderschap en projectleaderschap (met een focus op formeel leiderschap) in §2.4 heeft geresulteerd in een breed palet aan leiderschapsacties.

Duidelijk is geworden dat bij bestudering van leiderschap ook de bestuurlijke condities meegenomen dienen te worden om een diepgaand begrip te verkrijgen van leiderschap in projectteams. Blijkbaar zijn contextfactoren zoals tijd en geld bepalend of leiderschap in projectteams al dan niet tot bloei kan komen; de leider bezit geen almachtige kracht. Deze constatering maakt dat in de empirie ook aandacht zal zijn voor bestuurlijke factoren, naast meer aan de leider gebonden aspecten zoals de karakteristieken die de kans op informeel leiderschap vergroten (tabel 1). De besproken taakgerichte acties, relationele acties en acties gericht op de omgeving zullen handvaten bieden om in de empirie te ondervinden welke van deze taken door de leider daadwerkelijk worden opgepakt. Bovendien is interessant te kijken of de in de algemene leiderschapstheorie beschreven acties overeenkomen met de in de empirie aanwezige verwachtingen en behoeften rondom leiderschap in coproductieprojecten. Heersen in coproductieprojecten aanvullende verwachtingen en behoeften ten aanzien van leiderschap? In het volgende hoofdstuk worden de methoden om de empirie te bestuderen en antwoorden te formuleren op bovenstaande vragen uiteengezet.

3. METHODEN

In deze sectie wordt toegelicht welke methoden zijn ingezet binnen dit scriptieonderzoek. In de eerste paragraaf wordt verhelderd welke onderzoekspopulatie en welke cases zijn bestudeerd. In de tweede paragraaf komen het onderzoeksdesign en de wijze van dataverzameling aan bod. Paragraaf 3.3 gaat in op de data-analyse waarna wordt afgesloten met een argumentatie rondom kwaliteitsborging.

§3.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN SELECTIE VAN CASES

Deze bachelorscriptie vormt onderdeel van het op 1 februari 2012 gestarte landelijke onderzoeksproject 'Kwaliteitsverbetering van zorg vanuit ervaringen van patiënten'. Initiatiefnemers zijn het Centraal BegeleidingsOrgaan voor intercollegiale toetsing (CBO), de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten (NFK) het instituut Beleid en Management voor de Gezondheidszorg (iBMG). Doelstelling is door middel van patiëntenparticipatie kwaliteitsverbeteringen in de zorg te realiseren en daarvoor de randvoorwaarden in kaart te brengen (CBO, NFK & iBMG 2012:4). Onderzoek door de drie instituten heeft plaatsgevonden op een viertal afdelingen van verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Elk deelnemend ziekenhuis heeft een projectteam samengesteld, bestaande uit medewerkers van het ziekenhuis en een patiëntenvertegenwoordiger. Deze projectteams hadden de taak de kwaliteit van zorg op de betreffende afdeling te verbeteren door gebruikmaking van patiëntenervaringen. Binnen het coproductieproject was dus op twee wijzen sprake van patiëntenparticipatie. Enerzijds nam een patiëntenvertegenwoordiger deel in het projectteam (participatie op procesmatig vlak). Anderzijds werden patiëntenervaringen verzameld en gebruikt als input om de kwaliteit van zorg te verbeteren (participatie op inhoudsvlak). Binnen deze bachelorscriptie is gefocust op de projectteams met de deelnemende patiëntenvertegenwoordiger (participatie op procesmatig vlak) om diepgaand inzicht te verkrijgen in een van de randvoorwaarden voor coproductieprojecten: Leiderschap.

Om de gewenste diepgang in dit scriptieonderzoek te bereiken binnen de gestelde tijdspanne van één studiejaar is besloten twee van de vier ziekenhuizen te bestuderen. Door twee in plaats van één ziekenhuis als studieobject te nemen kunnen tegenstellingen op het gebied van leiderschap aan het licht gebracht worden die naar vermoeden zullen leiden tot een diepgaander begrip van leiderschap als randvoorwaarde voor coproductieprojecten.

Op basis van de plannen van aanpak die de deelnemende ziekenhuizen aan de start van het landelijke project hebben ingeleverd, is besloten onderzoek te doen bij FlemingMC en BehringMC, waarbij FlemingMC en BehringMC fictieve ziekenhuisnamen zijn (zie §3.4 en §5.7 voor een verantwoording van het besluit te anonimiseren). Het voor deze bachelorscriptie gehanteerde selectie criterium betrof 'meest sterke mate van heterogeniteit'.

§3.1.1 FLEMINGMC

FlemingMC is een topklinisch ziekenhuis met een bovenregionale functie. FlemingMC stond nog op de laagste treden van de patiëntenparticipatieladder; er was enkel sprake van informatieverzameling. Deelname aan het landelijke project behoorde dus tot de eerste stappen die het ziekenhuis zette om patiënten prominenter te laten participeren. Doelstelling van het projectteam was om de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten te benutten om de zorg op een specifieke afdeling te verbeteren en door de jaren heen hoger op de participatieladder te komen (FlemingMC 2012:2). Het projectteam heeft hiertoe focusgroepen georganiseerd (zie §2.1 voor een extra toelichting). Bewust is gekozen voor een, gezien de gevestigde tijdsinvestering, voor dit ziekenhuis realiseerbare projectopzet. Het projectteam bestond uit een arts, een consultant, een 'Organizational Excellence-manager' (kwaliteitsmanager), een verpleegkundige en de voorzitter van de cliëntenraad (i.e. de patiëntenvertegenwoordiger). In het plan van aanpak heeft het projectteam expliciet vastgelegd dat de arts als formele leider eindverantwoordelijke en 'kartrekker' zou zijn in zowel het team als in de verticale hiërarchie van de organisatie. De consultant zou een rol hebben in dagelijkse projectleiding en zou verantwoordelijk zijn voor het verloop van het project in de rol van beheerder en facilitator (FlemingMC 2012:3).

§3.1.2 BEHRINGMC

BehringMC is een algemeen stadsziekenhuis en heeft een hoog ambitieniveau als het gaat om patiëntenparticipatie (BehringMC 2012b). Al voor deelname aan het landelijke project werden vergaande participatiemethoden ingezet. Voor dit ziekenhuis was de deelname aan het landelijke project dus een uitbreiding van de reeds ingezette participatieve activiteiten. Het projectteam had tot doel het volledige intra- en extramurale zorgpad voor een specifieke groep patiënten te verbeteren middels Experience-Based-Co-Design (BehringMC 2012a:5). Voor een toelichting van de EBCD-methode wordt verwezen naar §2.1.1. De formele leider van het team in BehringMC was een lijnmanager. De formele leider kreeg in het plan van aanpak sturings- en managementtaken toebedeeld (ibid.). Daarnaast namen een verpleegkundige, een arts, een voorzitter cliëntenbelang (i.e. de patiëntenvertegenwoordiger) en een adviseur vanuit een specifiek kennis- en kwaliteitsinstituut zitting in de projectgroep.

Als bovenstaande beschrijving worden vergeleken komt de heterogeniteit tussen de cases naar voren. FlemingMC zette de eerste, voorzichtige stapjes in de richting van patiëntenparticipatie daar waar BehringMC op dit gebied al zeer vooruitstrevend was. Een tweede contrasterend kenmerk betreft de reikwijdte van het project. FlemingMC zette het project op een afdeling binnen het ziekenhuis daar waar BehringMC het project wilde plaatsen in een transmuraal netwerk (i.e. een regionaal samenwerkingsverband tussen intra- en extramurale zorgaanbieders). Een derde verschil is dat volgens de plannen van aanpak de formele leider van FlemingMC arts was terwijl de formele leider van BehringMC een lijnmanagementachtergrond kende. De diversiteit in projectopzet tussen de beide ziekenhuizen is interessant omdat verwacht werd dat de contrasten zouden resulteren in verschillende vormen van leiderschap en andere behoeften en verwachting omtrent leiderschap. In de volgende paragraaf komt aan bod hoe de data is verzameld in beide ziekenhuizen.

§3.2 ONDERZOEKSDSIGN EN DATAVERZAMELING

De keuze voor een onderzoeksmethode dient voort te vloeien uit de probleemstelling (Creswell 2003). Omdat de vraagstelling het proces van betekenisgeving centraal stelt en tot doel heeft leiderschap in coproductieprojecten in de diepte te begrijpen, is een kwalitatief onderzoek het meest passend (Mortelmans 2011) en opgezet. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode januari tot half maart 2013. Meerdere dataverzamelmethodeën zijn ingezet. Data uit semigestructureerde diepte-interviews is aangevuld met observaties, informele gesprekken en documentenanalyse. Geenszins is beoordeling van leiderschapskwaliteiten het doel van dit onderzoek geweest. Data is expliciet niet verzameld om projectteamleden met een leiderschapsrol binnen het coproductieproject langs een 'liniaal van leiderschapssucces' te leggen.

Een zestal face-to-face, semigestructureerde diepte-interviews zijn gehouden met leden uit de projectteams. Omdat deze bachelorscriptie focust op leiderschap in coproductieprojecten bestond de wens de kernspelers (i.e. de leiders en de patiëntenvertegenwoordigers) uit beide ziekenhuizen te interviewen. In FlemingMC werd uit observaties duidelijk welke projectteamleden in de empirische situatie een leiderschapsrol vervulden, daar waar in BehringMC dergelijke informatie is verkregen via een onderzoeker van het landelijke project die goed zicht had op de rollen van alle projectteamleden. In FlemingMC zijn de arts en de consultant geïnterviewd. De voorzitter van de cliëntenraad (de patiëntenvertegenwoordiger van dit projectteam) is niet benaderd voor een interview omdat een onderzoeker van het landelijke project inschatte dat deze respondent anders 'overvraagd' zou worden.

Een ander cliëntenraadslid van het ziekenhuis - die op de hoogte was van het coproductieproject en de arts en consultant kende - is als patiëntenvertegenwoordiger van FlemingMC bereid gevonden voor een interview. In BehringMC zijn de lijnmanager, de verpleegkundige en de voorzitter cliëntenbelang (de patiëntenvertegenwoordiger van dit projectteam) geïnterviewd. Theoretische saturatie is bereikt en verder interviewen droeg niet meer bij aan de rijkheid van de data. De interviews hebben een duur gehad variërend van 1 tot 2 uur en zijn met audioapparatuur opgenomen. Alle interviews zijn woordelijk uitgeschreven en daar waar nodig zijn memo's toegevoegd. De respondenten hebben geïnformeerde toestemming verleend. In alle gevallen werd het interview afgenomen in een rustige ruimte. Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst ontwikkeld (zie bijlage 1) die in de loop der tijd is aangepast en verfijnd. Bewust is gekozen voor een interviewleidraad om er voor te zorgen dat de cruciale onderwerpen aan bod zouden komen zonder dat het gesprek vooraf volledig gestructureerd zou zijn. Een drietal voorbeeldvragen geven een impressie van de thema's:

- Hoe worden de taken tussen de formele en informele leider verdeeld?
- Als u denkt aan een ideale projectleider, welke karakteristieken zijn dan voor deze persoon het meest typerend?
- Heeft de aanwezigheid van een patiëntenvertegenwoordiger in het projectteam gevolgen voor het leiden van het project denkt u? Zo ja, wat is anders?

Bij het interviewen zijn uiteraard de algemeen geldende principes rondom interviewen in acht genomen zoals een goede voorbereiding treffen, ingelezen zijn en niet teveel opvallen (Mortelmans 2011). De onderzoeker heeft reeds praktijkervaring opgedaan met kwalitatieve onderzoekstechnieken en ruim onderwijs genoten op het gebied van communicatieve vaardigheden. Deze kennis en vaardigheden zijn meegenomen. Bij de onderzoeker is bekend dat sommige goedgeplaatste, machtige personen zoals artsen en managers een bijzondere benaderingswijze kennen om voldoende informatie te kunnen verzamelen (Moysen & Wagstaffe 1987). De onderzoeker heeft hierop ingespeeld. Verder is rekening gehouden met de mogelijk dreigende werking die uitgaat van onderzoek naar leiderschap. Verpleegkundigen en patiëntenvertegenwoordigers zouden moeite kunnen hebben met openlijk spreken en het vrij uiten van hun mening uit angst voor consequenties van 'hogergeschikten' (Abma & Broerse 2007). Door extra aandacht te besteden aan het opbouwen van vertrouwen, extra toelichting te bieden op het onderzoek per e-mail, telefoon en in persoon en door helderheid te bieden over wat er gebeurt met de data, is getracht deze mogelijke vrees weg te nemen. Meermaals is benadrukt dat dit onderzoek zich niet richt op 'goed' of 'fout' leiderschap.

Naast interviews is geobserveerd tijdens een drietal gelegenheden. Een landelijke, dagvullende bijeenkomst op 15 januari 2013 waar de deelnemende ziekenhuizen bijeenkwamen om de vorderingen omtrent het coproductieproject te presenteren en te bediscussiëren vormde het eerste observatiemoment waarbij de focus lag op oriënteren op leiderschap en coproductieteams. Dit dagvullende programma werd georganiseerd door het CBO, de NFK en het iBMG en vond plaats op 'neutraal terrein', namelijk een vergaderzaal in Utrecht. Daarnaast leek het interessant de projectteams te observeren in de 'natuurlijke omgeving' te weten het ziekenhuis. In FlemingMC is geobserveerd tijdens een projectteambijeenkomst waar de vorderingen rondom het project werden besproken. In BehringMC werden dergelijke projectteambijeenkomsten niet georganiseerd. Ten derde is geobserveerd tijdens een focusgroep in FlemingMC. Het doel van de drie observaties was inzicht krijgen in de rol van de projectteamleden en specifiek in hoe leiderschap in coproductieprojecten vorm kreeg. Een negental punten hebben bij de observaties aandacht gekregen: plaats, actoren, activiteiten, objecten, acties, gebeurtenissen, tijd, doelen en gevoelens (Spradley 1980). Concreet is bijvoorbeeld gelet op wie de besluiten nam, hoe projectteamleden met elkaar omgingen, lichaamshouding en het tonen van emoties (zie bijlage 2 voor het volledige observatieschema). In kladnota's zijn de belangrijkste observaties gedocumenteerd en is hiermee de basis voor een rijke contextschets neergezet. Kladnota's van de observatiemomenten zijn vervolgens uitgewerkt tot veldnota's waarbij een beschrijving is gemaakt van personen, gedrag en contextfactoren.

Naast interviews en observaties zijn in FlemingMC informele gesprekken met projectteamleden gevoerd voorafgaand en na de projectteambijeenkomst. Tijdens deze gesprekken is gevraagd naar de gang van zaken binnen het projectteam en de behoeften en verwachtingen op het gebied van leiderschap. Met de consultant en de lijnmanager is telefonisch en per e-mail contact gelegd om enige onduidelijkheden voortkomend uit de interviews weg te nemen. Afsluitend zijn de verschillende, door de ziekenhuizen aangeleverde documenten zoals plannen van aanpak, agenda's voor bijeenkomsten en presentaties bestudeerd, net als onderling mailverkeer tussen projectteamleden van FlemingMC. Deze databron is gebruikt om feiten onder de aandacht te brengen en heeft op die manier geholpen bij de interpretatie van de overige data. Bij de documentenanalyse is zowel de tekst bestudeerd maar is ook aandacht besteed aan samenhang en/of eventuele contrasten binnen het document of met andere databronnen. Met name is gelet op de schriftelijke verdeling van taken over de verschillende projectteamleden zodat een vergelijking kon worden gemaakt met de werkelijke gang van zaken in de praktijk.

Nadat alle benodigde data is verzameld, is gestart met de analyse. In de volgende paragraaf zal hier verder op worden ingegaan.

§3.3 ANALYSEMETHODEN

Om een theorie te kunnen vormen is alle data secuur geanalyseerd. De interviews, observaties, informele gesprekken en documenten zijn separaat geanalyseerd waarna deze zijn vergeleken en gecombineerd. Incongruentie in de data is aanleiding geweest tot verder onderzoek en heeft hierdoor geleid tot diepgaandere resultaten. Als gevolg van deze aanpak hebben dataverzameling en analyse elkaar afgewisseld waardoor de kwaliteit van het onderzoek is verhoogd (Miles & Huberman 1994). De interviewtranscripten, veldnota's en documenten zijn achtereenvolgend open, axiaal en selectief gecodeerd (Mortelmans 2011). Sprake is geweest van een inductief codeerproces. Geenszins zijn vooraf opgestelde hypothesen getoetst.

Op grond van de vraagstelling en de relevante concepten uit het theoretisch kader is eerst een selectie gemaakt in de ruwe data. Irrelevante data is geschrapt en in Microsoft Word is relevante data gearceerd. Aan de relevante data zijn vervolgens codes ofwel labels toegevoegd die de verborgen waarde van het fragment weergeven. Interpretatie van de data heeft plaatsgevonden. Gekozen is bij het coderen zo veel mogelijk theoretische begrippen te gebruiken in plaats van terminologie die uit de interviews naar voren kwam. Zo is direct duidelijk geworden welke theoretisch waarde er in de fragmenten verborgen zit. Vervolgens zijn de codes kritisch bekeken waarna geschrapt en geclusterd is. Tot slot is er selectief gecodeerd en zijn de ontwikkelde theoretische concepten met elkaar verbonden. Microsoft Excel is gebruikt om codes te clusteren en concepten te verbinden zodat het vormen van een theorie mogelijk werd. Voordat deze resultaten worden gepresenteerd wordt kort ingegaan op hoe de kwaliteit van dit onderzoek is gewaarborgd.

§3.4 BORGING KWALITEIT

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk passeren een drietal kwaliteitscriteria de revue.

§3.4.1 BETROUWBAARHEID

Om de interne betrouwbaarheid te verhogen zijn de bevindingen van dit onderzoek, daar waar mogelijk, vergeleken met de bevindingen van het CBO, de NFK en het iBMG. Zo zijn bijvoorbeeld de opvallendheden in FlemingMC besproken met de onderzoeker die bekend was met het betreffende projectteam. Om de externe betrouwbaarheid te vergroten zijn twee strategieën ingezet: 'Audit trail' en zelfreflectie. Door het bieden van methodologische zekerheid en duidelijkheid ('audit trail') is inzicht in het verloop en proces van dit onderzoek vergroot. Vanaf de start van dit onderzoek zijn belangrijke keuzes en wendingen gedocumenteerd in een logboek.

Daarnaast heeft de onderzoeker voorafgaand aan de momenten van dataverzameling de eigen voorbeschouwingen en vooroordelen uitgeschreven. Door vervolgens deze ideeën te vergelijken met de gegevens is vastgesteld in hoeverre de opvattingen van de onderzoeker een rol hebben gespeeld bij de dataverzameling en de analyse. Door deze zelfreflectie is ook de interne validiteit verhoogd.

§3.4.2 VALIDITEIT

In dit onderzoek is naast zelfreflectie, gebruik gemaakt van datatriangulatie om de validiteit te vergroten. Zowel interviews als observaties als informele gesprekken als documenten zijn gebruikt. Door triangulatie is het onderzoek krachtiger geworden; het onderwerp is immers vanuit verschillende kanten belicht. Gezocht is naar inconsistenties om een zo breed mogelijke kijk op leiderschap in coproductieteams te creëren. Daarnaast heeft een student bestuurskunde (buitenstaander) en een student gezondheidswetenschappen (een deskundige) feedback gegeven op het onderzoeksrapport ('peer debriefing'). Ook is een respondent uit FlemingMC - die bekend is met wetenschappelijk onderzoek verrichten - bereid geweest delen van het resultatenhoofdstuk te beoordelen op geloofwaardigheid ('member check'). Om de externe validiteit te vergroten is 'thick description' toegepast. Getracht is niet louter gebeurtenissen en uitspraken te beschrijven, maar deze te plaatsen in een bredere context waardoor de inferentiële generaliseerbaarheid toeneemt. Daarnaast is gepoogd de theorie te plaatsen in een breder domein dan enkel coproductieprojecten in de ziekenhuiszorg om de theoretische generaliseerbaarheid te vergroten.

§3.4.3 ETHISCHE OVERWEGINGEN

Dit onderzoek is met het oog op ethische vragen met de groots mogelijke zorgvuldigheid uitgevoerd. Respondenten zijn gevraagd om geïnformeerde toestemming voor het gebruik van het datamateriaal. Met het oog op de bescherming van de privacy van de betrokkenen zijn gegevens geanonimiseerd weergegeven. Eventueel schadelijke en/of naar respondenten of ziekenhuizen te herleiden uitspraken en documenten zijn bewust niet of slechts gedeeltelijk weergegeven in deze bachelorscriptie.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt de empirische data gepresenteerd. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de totstandkoming van leiderschap in coproductieprojecten; het fundament van deze studie. In §4.2 wordt gespecificeerd welke behoeften en verwachtingen bestonden rondom leiderschap in coproductieprojecten. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de rol, positie en invloed van de patiëntenvertegenwoordiger in en op het projectteam.

§4.1 LEIDERSCHAP IN COPRODUCTIEPROJECTEN ONTRAFELD

Een analyse rondom leiderschap in coproductieprojecten vergt een focus op hoe leiderschap in de praktijk vorm heeft gekregen. Een beschrijving hiervan volgt.

§4.1.1 VOORZET... GOAL!

Na bestudering van het plan van aanpak van FlemingMC werd duidelijk dat een arts de positie van formele leider en de consultant de positie van informele leider innam. Ook tijdens een projectteambijeenkomst werd goed zichtbaar dat deze personen een leiderschapsrol op zich namen:

Tien minuten voor aanvang van de bijeenkomst was de consultant op de afgesproken plaats aanwezig. De consultant was van alle aanwezigen het meest zakelijk gekleed. De andere projectteamleden arriveerden en begroetten allen eerst de consultant voordat zij plaatsnamen aan de vergadertafel. De consultant nam plaats aan het hoofd van de tafel. De arts was vijf minuten verlaat en als enige niet in vrijetijdskleding, maar in doktersjas gekleed. De projectteamleden leken het normaal te vinden dat de arts later plaatsnam en bovendien, zonder zich te excuseren, gedurende de bijeenkomst wegliep; ze vroegen niet naar een reden. Gedurende het eerste kwartier van de bijeenkomst was de consultant leidend in het gesprek en bepaalde deze leider welke onderwerpen aan bod kwamen. De consultant had daartoe een agenda voor de bijeenkomst opgesteld. De consultant was goed op de hoogte van wat speelde binnen het project en bij de projectteamleden, zo bleek bijvoorbeeld toen de consultant terugkwam op een gegeven presentatie en had onthouden dat een projectteamlid net vakantie had gehad. De arts had met name een inhoudelijke bijdrage. Opvallend was dat de consultant na ongeveer 20 minuten vergaderen werd 'overruled' door de arts. Na enig wiebelen op de stoel ging het overleg schijnbaar te traag voor de arts. De arts ging rechtop zitten en riep opgewekt en hard "Oké!". Vervolgens

noemde deze leider het volgende agendapunt en kwam direct 'to the point'. Nadat de arts het heft in handen had genomen was de bijeenkomst binnen vijf minuten afgerond (Observatie FlemingMC op 19-02-2013).

Deze bijeenkomst was illustratief voor de taakverdeling tussen de arts en de consultant. De consultant richtte zich met name op de organisatorische, en procesmatige taken zoals plannen, projectteamleden herinneren aan belangrijke data en focus verschaffen. Het viel hierbij op dat de consultant er een gestructureerde, georganiseerde en geformaliseerde werkwijze op na hield. De consultant beantwoorde e-mail en telefoon op zakelijke wijze, had een sterk georganiseerd bureau en droeg een aktetas bij zich die geordend was. Daarnaast produceerde de consultant een aantal documenten zoals agenda's voor bijeenkomsten, een plan van aanpak en handleidingen voor focusgroepen. De consultant zorgde er voor dat regelmatig met de projectgroep bijeen werd gekomen. Met dank aan de inspanningen van de consultant rondom plannen, is het gelukt het team - op een uitzondering na - bij elke maandelijkse projectteambijeenkomst voltallig te laten zijn. Naast dat tijdens de bijeenkomsten ruimte was om elkaar bij te praten nam de consultant de taak andere projectteamleden tussentijds informeel te informeren zeer serieus. De consultant sprak bijvoorbeeld projectteamleden aan in de wandelgangen of nam kort telefonisch contact op. Andersom zorgde de consultant er voor zelf op de hoogte te blijven van de vorderingen. Zo was de consultant op de avond van de focusgroepbijeenkomst bijvoorbeeld op dezelfde afdeling in het ziekenhuis aanwezig, zo bleek uit observaties. De consultant sprak voorafgaand aan de focusgroepbijeenkomst met de gespreksleiders en inventariseerde achteraf hoe de bijeenkomst was verlopen. Ook op het sociale vlak viel de consultant op; belangstelling werd getoond jegens projectteamleden door bijvoorbeeld te vragen naar vakanties en tijdens de bijeenkomst maakte de consultant grappen en werd veel gelachen. De waarde van de arts als leider bevond zich niet in het talent te structureren en te organiseren. De arts had bijvoorbeeld werkelijk geen idee van data:

"In mei is dit project afgelopen toch...? Of niet...? (Arts)."

De arts leverde een meer inhoudelijke bijdrage en stuurde, naar eigen zeggen, de richting waar het project opging. Op cruciale momenten nam de arts de besluiten. Zo heeft de arts de selectiecriteria vastgesteld en daarmee bepaald welke patiënten al dan niet werden uitgenodigd voor de focusgroep. Daarnaast was de arts representant van het projectteam richting de omgeving. De arts gaf bijvoorbeeld een presentatie op een congres in het ziekenhuis.

Op basis van interviews en informele gesprekken na een projectteambijeenkomst kan gesteld worden dat alle projectteamleden zowel de consultant als de arts als leiders zagen. Geen projectteamlid - ook de consultant en arts zelf niet - kon echter zonder twijfel of extra toelichting benoemen wie van de twee nu de formele en informele leider was. De scheiding tussen formeel en informeel leiderschap konden de projectteamleden dus niet strikt maken, terwijl in het plan van aanpak wel degelijk is beschreven dat de arts de formele leider was en de consultant de informele leider. De leiders zelf gebruikten de metaforen 'boegbeeld' en 'facilitator' om de rollen binnen het projectteam te verhelderen. Een arts was hier het boegbeeld van het project en vertegenwoordigde het projectteam, de consultant was facilitator en had meer procesmatige taken. De leiders stapten dus af van de traditionele indeling in formeel en informeel leiderschap.

De samenwerking tussen de twee leiders onderling kan gezien worden als een één-tweetje. Tijdens een projectteambijeenkomst bleek bijvoorbeeld dat er meer dan voldoende aanmeldingen van patiënten waren voor de geplande focusgroepbijeenkomsten. Een aantal patiënten zou dan ook niet uitgenodigd worden. De arts gaf aan dat het goed zou zijn deze patiënten middels een brief hartelijk te bedanken voor de aanmelding en uit te leggen dat er al voldoende deelnemers waren. De consultant beloofde een conceptbrief op te stellen. Volgens de arts is een dergelijke ondersteuning op noodzakelijk omdat het leiden van projecten niet tot de primaire werkzaamheden van de zorgverlener toebehoren:

"Ik heb absoluut geen zin, [...] geen tijd en ook geen mogelijkheid om constant allerlei dingetjes te regelen. Dat is ook niet mijn toegevoegde waarde [...] in zo'n project denk ik (Arts)."

Zonder facilitator (i.e. persoon die structureert en organiseert) verslonst een project, verwoordde de arts uit FlemingMC. De arts heeft volgens de consultant een cruciale rol als het gaat om het verkrijgen van draagvlak:

"De zorgverlener vertegenwoordigt een achterban, namelijk het multidisciplinaire team op de [betreffende afdeling]. In een ziekenhuis is de core business de patiëntenzorg. [...] [De hulpverleners] zijn de inhoudsdeskundigen bij uitstek. [...] De zorgverlener zorgt voor draagvlak (Consultant)."

Doordat de arts zorgt voor draagvlak, wordt de kans op een succesvolle ontwikkeling en implementatie van verbeteringen afkomstig uit het coproductieproject vergroot als een arts een prominente leiderschapsrol toebedeeld krijgt, zo stelden beide leiders van FlemingMC. Om deze reden heeft de consultant de arts naar eigen zeggen "gebombardeed tot formele leider".

Daar waar de samenwerking tussen de twee leiders kan worden getypeerd als een één-tweetje, kan de samenwerking binnen het gehele projectteam het beste vergeleken worden met een voetbalteam. De spits (arts) en de aanvoerder (consultant) namen een centrale rol in maar beseften dat de rest van het team broodnodig was om de wedstrijd te winnen. De spits staat paraat in het zestienmetergebied om een voorzet van de aanvoerder aan te nemen en te scoren. Als het er op aan komt kopt de spits de bal in het doel. De spits heeft binnen het team veel aanzien. De aanvoerder verdeelt het spel. Zonder de aanvoerder zal het team niet kunnen winnen. De aanvoerder houdt het overzicht, spreekt teamleden aan op acties en geeft tips. Ook geeft de aanvoerder als vedette de ruimte aan andere projectteamleden om te schitteren. Tijdens een projectteambijeenkomst bijvoorbeeld, werd duidelijk dat er ruimte werd geboden voor ieders specifieke bijdrage binnen het project. Afhankelijk van ieders disciplinaire achtergrond, specifieke ervaring en netwerk werden de taken over de projectteamleden verdeeld tijdens projectteambijeenkomsten:

Een van de agendapunten tijdens een bijeenkomst betrof de vraag welke spreekuurassistente de geluidsopnames van de focusgroepbijeenkomsten uit zou kunnen typen. De arts opperde vrij snel dat hij dit op zijn afdeling misschien wel kon regelen. Het team leek echter niet tevreden met deze 'onzekere' optie. Er viel een stilte. De kwaliteitsmanager gaf aan dat haar assistente op dat moment ruim in haar tijd zat en de geluidsopnames dus naar verwachting zou kunnen uittypen. Deze optie werd door de rest van het projectteam goed ontvangen. De arts concludeerde dat het dan toch handiger zou zijn als de kwaliteitsmanager haar assistente zou regelen. De kwaliteitsmanager gaf aan deze taak graag op zich te nemen (Observatie FlemingMC op 19-02-2013).

§4.1.2 LANGS DE ZIJLIJN

In BehringMC was eveneens sprake van gedeeld leiderschap. In het plan van aanpak is opgenomen dat de lijnmanager de rol van formele leider vervulde. Omdat de lijnmanager het plan van aanpak heeft opgesteld in samenwerking met de verpleegkundige ontstond het vermoeden dat deze zorgverlener de informele leider zou kunnen zijn. Deze hypothese werd bevestigd tijdens interviews. In tegenstelling tot FlemingMC - waar een arts bewust tot formele leider/boegbeeld werd benoemd - vervulde in BehringMC juist een lijnmanager uit praktische en strategisch oogpunt de positie van formele leider:

"Vanuit management is het handig om mij daar neer te zetten en niet iemand die [...] veel aan patiëntenzorg doet. [...]. [De verpleegkundige] heeft veel patiëntenzorg en kan daar dus moeilijker los van komen. Die spreekuren die gaan nu eenmaal door en dan is het voor mij praktischer om daar tijd voor in te ruimen. [...]."

Vanuit de lijn heb je natuurlijk iets meer hiërarchie en dat is gewoon handig. Je moet draagvlak hebben en vanuit de lijn is dat gewoon makkelijker (Lijnmanager)."

De lijnmanager was de initiator van het project en nam de organisatorische, representatieve taken op zich. De lijnmanager onderhandelde met de Raad van Bestuur om budget voor het project te verkrijgen. Ook was de lijnmanager de enige representant van BehringMC bij de landelijke bijeenkomst die werd georganiseerd door het CBO, de NFK en het iBMG. De informele leider - de verpleegkundige - was inhoudsdeskundige en nam autonoom besluiten binnen het project. Zo selecteerde deze persoon de patiënten voor de film. De samenwerking tussen de twee leiders verliep, naar eigen zeggen, natuurlijk. De leiders zijn directe collega's, delen een werkkamer en hebben bovendien in het verleden meermaals gezamenlijk projecten opgezet. In tegenstelling tot FlemingMC was in BehringMC glashelder wie de rol van formele en informele leider op zich nam. Tijdens de interviews konden de lijnmanager en de verpleegkundige dit onderscheid direct maken. Ook uit observaties werd duidelijk wie welke leiderschapsrol op zich nam. De lijnmanager stelde zich aan de telefoon, via e-mails en in persoon voor als formele leider van het project.

Het leiderschapsduo van BehringMC is sterk in 'the lead' geweest. De twee dragen het project. Gesteld kan worden dat het projectteam van BehringMC, in contrast met het plan van aanpak, in de praktijk slechts bestond uit twee teamleden. In tegenstelling tot FlemingMC kan het groepsproces dan ook minder passend worden getypeerd als teamwerk. De lijnmanager en verpleegkundige speelden de wedstrijd als duo en gingen met ongetemd enthousiasme op in het spel, vol goede moed om te winnen. De andere spelers stonden langs de zijlijn vol gedrevenheid klaar om hun spelinzichten te delen. Deze projectteamleden werden echter pas betrokken indien de twee leiders dit gepast achtten en dat was in casu pas maanden na de start van het project. Daar waar in FlemingMC alle projectteamleden duidelijk zijn meegenomen op de weg naar het eindproduct leek het de projectleiding van BehringMC, naar eigen zeggen, netter om de projectteamleden pas te betrekken indien daadwerkelijk resultaat was geboekt (i.e. een product kon worden gepresenteerd). Hier ligt de veronderstelling van de lijnmanager aan ten grondslag dat de motivatie van de projectteamleden zou verminderen indien deze in een eerdere fase energie zouden stoppen in het project en het project, om wat voor reden dan ook, vroegtijdig stopgezet zou worden. De twee leiders namen alle belangrijke besluiten. De vragen voor de interviews met patiënten, die de basis vormden van de film als onderdeel van de gekozen EBCD-methode, zijn bijvoorbeeld door de twee leiders opgesteld. De inbreng van andere partijen, zoals de patiëntenvertegenwoordiger, was nihil:

"Zij [lijnmanager en verpleegkundige] zijn heel bevlogen en ik heb natuurlijk in mijn vorige werk al eerder met ze te maken gehad dus ik ken ze wel een beetje... Heel erg

hard aan het werk op hun eigen vierkante meter zal ik maar zeggen. Ze betrekken daar lastig anderen bij, ja. En dat is nogmaals, nou ja, communicatie is belangrijk en afstemming en andere perspectieven horen en met zijn allen kijken. Kijk het onderzoek is gewoon al gestart en als projectgroeplid vind ik dat geen goede zaak. Ik had mijn inbreng willen leveren natuurlijk vanuit patiëntenperspectief [...] Het is al gedaan nu (patiëntenvertegenwoordiger BehringMC)."

Opmerkelijk genoeg schetste een van de leiders stellig een ander beeld:

*"Je moet niet, dat is ook zo'n ding in een project, je moet niet denken dat je het zelf allemaal kan. Als je dat gaat denken, *lacht hardop*, dan kom je ook van een koude kermis thuis! Je overziet het niet gewoon... Wij [de verpleegkundige en de lijnmanager] zijn heel erg aan het sparren met alles en iedereen rondom [het project] (Verpleegkundige)."*

De resultaten van dit scriptieonderzoek tonen een kloof tussen wat de leiders van BehringMC denken dat er gebeurt en wat er daadwerkelijk in de praktijk gebeurt. De leiders geloven sterk dat zij alle relevante partijen ruim voldoende betrekken. De patiëntenvertegenwoordiger ontkende deze gang van zaken echter. Op basis van deze resultaten kan afgevraagd worden of de patiëntenvertegenwoordiger dus wel toebehoorde tot de groep waarvan de projectleiding het relevant achtte deze te betrekken.

Beide leiders waren er sterk van overtuigd dat in coproductieprojecten leidinggeven in de vorm van dagelijks bestuur en ad hoc actie het best passend is:

"We hebben elkaar nodig op het moment dat je elkaar nodig hebt. Tuig het vooral niet allemaal op met een hoop vaste afspraken want het gebeurt, terwijl het gebeurt (Verpleegkundige)."

De lijnmanager gaf zelf aan vrij chaotisch te werken en de verpleegkundige vertelde een hekel te hebben aan vaste regimes. De projectleiding gaf expliciet aan geen toegevoegde waarde te zien in documentenproductie en het organiseren van projectteambijeenkomsten. De verpleegkundige gaf aan dat documenten niet bijdragen aan het project zelf maar fungeren als ex post (achteraf) verantwoordingsmiddel richting het hoger management van de organisatie. Formele projectteambijeenkomsten waar alle projectteamleden bij elkaar komen zijn volgens de lijnmanager moeilijk te organiseren gezien de volle agenda's van de deelnemende partijen. In de praktijk betekende dit de agenda's van de lijnmanager en verpleegkundige aangezien de overige projectteamleden - waaronder de patiëntenvertegenwoordiger - weinig werden betrokken. Hoewel dus geen vaste structuur werd gecreëerd zodat op structurele basis input van bijvoorbeeld de patiëntenvertegenwoordiger kon worden vergaard, werd informeel gecommuniceerd om de relevante partijen op de hoogte te houden over de voortgang van het project:

"De mensen [projectteamleden] zijn wel steeds geïnformeerd hè, wat de stand van zaken is, waar we staan en dat we nog steeds doorgaan. [...] Je ziet elkaar in netwerkoverleggen, [bij] bijeenkomsten [in de regio]. Je hebt besprekingen met elkaar. Die mensen die zie ik wel hè. [...] En dan is het even de stand van zaken, we zijn daar nog steeds mee bezig. De stand van zaken is zo. Ook via mailcontact. Dus het is niet zo dat mensen helemaal niks weten (Lijnmanager)."

Dit beeld waarin de projectteamleden werden geïnformeerd werd bevestigd door de patiëntenvertegenwoordiger.

§4.1.3 SLOTSOM

Samenvattend kan gesteld worden dat leiderschap in de twee ziekenhuizen verschillend vorm heeft gekregen. In beide projecten was sprake van gedeeld leiderschap waarbij zowel een zorgverlener (arts respectievelijk verpleegkundige) als een organisator/procesbegeleider (consultant respectievelijk lijnmanager) een leiderschapsrol hadden. Hoe exact invulling werd gegeven aan de leiderschapstaak verschilde sterk tussen de ziekenhuizen, net als de rol die de andere projectteamleden innamen. De leiders van FlemingMC zetten het project relatief georganiseerd en gestructureerd op terwijl in BehringMC meer sprake was van dagelijkse besturing en ad hoc acties. In FlemingMC kon de samenwerking met de andere teamleden het beste getypeerd worden als teamwerk daar waar in BehringMC de twee leiders als duo het spel speelden. In BehringMC stonden de projectteamleden langs de zijlijn en konden deze ingeroepen worden door de leiders indien dit noodzakelijk werd bevonden. Projectteamleden werden weliswaar geïnformeerd maar niet betrokken. In het kader van de verschillen tussen de coproductieteams is het nog relevant aandacht te besteden aan twee bestuurlijke condities waar de projectleiding op diverse wijzen invulling aan heeft gegeven: de factoren tijd en geld (de bestuurlijke condities).

Hoewel de leiders in beide ziekenhuizen het er over eens waren dat deelname aan coproductieprojecten tijdsintensief is, viel op dat de leiders van FlemingMC en BehringMC deelname anders hebben ervaren. In FlemingMC gaf de consultant aan dat het faciliteren van het coproductieproject slechts een onderdeel vormde van haar dagelijkse activiteiten:

"Je moet niet doen alsof het helemaal geen tijd kost. [...] Maar je moet oppassen dat je het niet te zwaar aanzet (Consultant)."

De arts gaf expliciet aan dat het leiden van het coproductieproject bovenop het bestaande takenpakket is gekomen:

"Je moet je wel bedenken dat al dit soort projecten en al die verbeteringen die wij [artsen] in onze zorg teweeg hebben gebracht dat is allemaal door, voor een groot deel door dokters geïnitieerd en door dokters uitgevoerd. Dat gebeurt allemaal in

hun vrije tijd. Daar krijg je geen geld voor. Dat kost je gewoon weekenden en avonden. En dat soort dingen lees je nooit terug in de krant. Niet dat wij nou zielig zijn maar het is niet zo dat ik een dag of een halve dag in de week vrij heb om dit soort dingen doen. Het hoort bij je werk vind ik maar ik heb er geen tijd voor in die zin. Mijn honorarium wordt gevormd door het aantal patiënten dat ik behandel. Elke tien minuten dat ik geen patiënt zie, krijg ik er geen geld voor. Dat is niet erg, maar zo is het natuurlijk wel (Arts)."

In tegenstelling tot FlemingMC kreeg de onderzoeker bij BehringMC het vermoeden dat de lijnmanager en verpleegkundige zich op dagelijkse basis bezig hielden met het project:

"We [lijnmanager en verpleegkundige] zijn er inderdaad wat naïef ingestapt. In die zin dat we wel het idee hadden dat het wel veel werk zou zijn maar dat het zóvéél werk zou zijn hadden we niet gedacht (Verpleegkundige)."

De werkzaamheden van de lijnmanager en verpleegkundige rondom het coproductieproject leken sterker dan in FlemingMC vervlochten met de overige werkzaamheden. Juist omdat de werkzaamheden voortkomend uit het coproductieproject binnen BehringMC niet sterk waren afgebakend als gevolg van het ad hoc, dagelijks bestuur, bleven de werkzaamheden voortkomend uit het coproductieproject meer 'on top of mind' bij deze twee leiders.

Ook op het financiële vlak zijn verschillen opgevallen tussen de twee coproductieprojecten. In BehringMC hebben de leiders er bewust voor gekozen het project - naar eigen zeggen - "professioneel" aan te pakken. Het ambitieniveau is relatief hoog - met bijbehorend kostenplaatje:

"Zo'n film [onderdeel van EBCD-methode] is een eenmalig initiatief. Het kost €12.000. Dus dat is aardig wat geld. [...] Dat betekent iets voor je organisatie en daar moet je wel bij stil staan. Nu hebben we het heel professioneel gedaan, daarom is het ook zo duur. Dat moet je ook wel heel duidelijk in perspectief zien. Als je het [maken van de film] zelf zou doen met een cameraatje, dan krijg je denk ik niet de overdrachtskwaliteit. Dan zie je dat het een amateuristisch beeld is en ja, [hoge filmkwaliteit] heeft het [project] wel nodig. Het [is] wel nodig dat professionals gaan geloven in de feedback die gegeven wordt (Verpleegkundige)."

BehringMC volgde op hoofdlijnen de officiële EBCD-methode vanwege de overtuiging dat enkel dan het gewenste resultaat - i.e. daadwerkelijke verbeteringen in het zorgtraject voor een specifieke groep patiënten - kon worden geboekt. Om verzekerd te zijn van hoogwaardig filmmateriaal hebben de leiders besloten het filmproces uit te besteden aan een documentairemaker. Deze keuzes gaan gepaard met een fors benodigd budget. Omdat de Raad van Bestuur niet direct de gewenste financiële middelen toekende, heeft dit projectteam lang moeten wachten voordat gestart kon worden.

In een e-mail waarin de stand van zaken werd gecommuniceerd, gaf de lijnmanager aan pas te starten met het project indien het benodigde geld was toegekend. Contrasterend met BehringMC heeft FlemingMC gekozen voor een relatief minder intensieve methodiek en minder kostbare projectopzet:

"Ik vind dat je het niet te groot moet maken. Je moet het [...] klein houden. Je moet niet de wereld willen verbeteren en [...] alles optimaal, willen optimaliseren. Dat gaat je niet lukken namelijk. Dat hebben we eerder in het verleden bij projecten gezien. Die worden groots en meeslepend aangepakt en uiteindelijk komt er niets van terecht omdat het gewoon te complex is en teveel voeten in de aarde heeft (Arts)."

De arts en consultant hebben in overleg met het projectteam besloten af te wijken van de traditionele EBCD-methode omdat deze methode gezien de beperkte ervaring met patiëntenparticipatie in FlemingMC volgens de leiders niet realistisch was. Er werd bewust geen film geproduceerd maar gekozen is voor een relatief minder intensieve methodiek (focusgroepen). Als gevolg van deze opzet gaven de leiders een andere invulling aan de factoren tijd en geld dan in BehringMC. Het project kon snel van start gaan omdat de leiders tevreden waren met een minimaal budget:

"Je hebt wel wat budget nodig om dingen te kunnen ontwikkelen, instrumenten. En die moet je natuurlijk straks goed implementeren in de lijn. [...] Wij [het projectteam] gaan nu ook kijken wat ons dat ook gaat kosten, financieel, als we focusgroepen [organiseren]. Je wilt ze [aan de focusgroep deelnemende patiënten] iets bieden. Je wilt ze een presentje geven en reiskostenvergoeding, dat soort praktische dingen (Consultant)."

In de discussie worden de verschillende invullingen die door de leiders werden gegeven aan de factoren tijd en geld verder geduid. Met deze aanvulling in verschillen tussen beide projectteams op het vlak van de bestuurlijke condities in termen van tijd en geld wordt overgegaan naar de volgende paragraaf. Hoe leiderschap in de praktijk daadwerkelijk vorm heeft gekregen, zegt immers nog weinig over hoe leiderschap in coproductieprojecten idealiter vorm zou moeten krijgen. De volgende paragraaf biedt zicht op de heersende verwachtingen en behoeften op dit vlak.

§4.2 ROLLENSPEL: DE LEIDER ALS...

In de vorige paragraaf is beschreven hoe in de praktijk invulling is gegeven aan leiderschap in coproductieprojecten. In deze paragraaf wordt die werkelijke gang van zaken losgelaten en wordt gezocht naar de 'ideale leiderschapspraktijk'. Respondenten zijn gevraagd aan te geven aan welke verwachtingen en behoeften een leider van een coproductieproject idealiter zou moeten voldoen. Welke taken behoren tot het pakket van de leider? Welke leiderschapsvaardigheden worden belangrijk geacht?

Hierbij heeft nadrukkelijk geen veroordeling plaatsgevonden van de leiders binnen het huidige project; de respondenten zijn vrij gelaten desgewenst te putten uit een fictieve, ideale situatie of uit de eigen ervaring binnen het huidige project. De inventarisatie heeft geresulteerd in een viertal rollen die door respondenten naar voren zijn gebracht als zijnde rollen waar de leider in het ideale geval invulling aan zou geven. Benadrukt wordt dat deze rollen slechts een indicatie vormen van de heersende behoeften en verwachtingen op het gebied van leiderschap in coproductieprojecten. Geenszins is getracht een uitputtende lijst op te stellen. Gebleken is dat de leider in de ideale situatie over diverse 'gezichten' dient te beschikken; leiderschap in coproductieprojecten kan daarmee vergeleken worden met een rollenspel. Achtereenvolgend komt in deze paragraaf de leider in de rol van aannemer, netwerker, empathische socialiser en vuurmaker aan bod. Leiders in de coproductiepraktijk kunnen de rollen interpreteren als zijnde aspecten waar rekening mee zou kunnen worden gehouden of naar zou kunnen worden gestreefd om onvrede onder projectteamleden te voorkomen.

§4.2.1 ... AANNEMER

Van de leider wordt verwacht dat deze invulling geeft aan de meest basale leiderschapstaken in het coproductieproject:

"Nou ,wat doet een projectmanager altijd? Een tijdsplan uitzetten [...], een structuur aanbieden. Dat doet een projectmanager altijd wel, een projectstructuur. [...] Dus dat is per definitie al van boven; top down zeg maar. Ik bedoel iemand moet er mee beginnen. Dan heb je in een feite een structuur. Een projectplan is er natuurlijk meestal ook al en daar staat een tijdsplan in zeg maar. Dat soort basale dingen. Ja, de infrastructuur en de inhoud van wat gaan we [projectteam] eigenlijk doen? (patiëntenvertegenwoordiger BehringMC)."

De leider dient dus te structureren en te organiseren. Het afbakenen van rollen voor de projectteamleden wordt daarnaast als leiderschapstaak gezien. Om de vaart in het project te houden werd van de leider verwacht dat deze de projectteamleden zo nodig bij de les hield:

"Ja, we [projectteamleden] zijn toch vaak net een stel kleine kinderen. Als niemand van buiten zegt dat je iets moet doen, dan doe je het niet omdat er zoveel andere dingen te doen zijn (Arts)."

Het duw- en trekwerk van de leider om de focus te bewaren, zoals dit tijdens een interview werd genoemd, dient op een enthousiasmerende en stimulerende manier te gebeuren, volgens de consultant en de patiëntenvertegenwoordiger uit BehringMC. Volgens de arts is het daarbij belangrijk dat de leider aanvoelt welke benaderingswijze geschikt is voor een specifiek projectteamlid.

Volgens deze respondent dient een leider op basis van gevoel en mensenkennis een inschatting te maken van de mate waarin je mensen, zogezegd, "achter de broek moet zitten". Een slechte inschatting kan ertoe leiden dat een teamlid "de kont in de krib gooit" en dat werkt contraproductief volgens de arts. Simpelheid, zowel in taalgebruik als in projectopzet, was een credo dat uit verschillende interviews naar voren kwam:

"Ik heb ook wel eens projecten gedaan met mensen en die hebben dan allemaal cursussen gedaan. Daar word ik overspoeld met allerlei managementnomenclatuur en -kreten en dan denk ik: Ja, het is allemaal goed met jou! Wat gaan we nou doen? Dat, dat, dat werkt op mij als een rode vlag op een stier, dat soort dingen. Het moet niet in het vage blijven hangen. Het moet juist heel concreet zijn denk ik. Je mag er best allerlei managementfilosofieën op na houden maar implementeer ze en draag ze niet uit alsof je een geloof uitdraagt (Arts)."

Uit dit citaat komt naar voren dat een leider de kunst van het concretiseren dient te beheersen. Ook al vormen theorieën of methodieken de basis van het handelen van de leider, verwacht wordt dat een leider concreet, duidelijk en resultaatgericht is.

Resumerend heeft de leider als supervisor met name de taak te structureren, focus aan te brengen en te structureren. Dit maakt van de leider een aannemer; een persoon die verantwoordelijk is voor de coördinatie en realisatie van de bouw van bijvoorbeeld een huis. De aannemer zorgt voor een stevige fundering en steen voor steen wordt gemetseld zodat uiteindelijk een frame staat (i.e. de projectopzet). Vervolgens wordt invulling gegeven aan dit frame. Gezocht wordt naar werknemers (i.e. projectteamleden) die onder meer kunnen stuken, verven en inrichten (i.e. verdere invulling geven aan het project en het project uitvoeren). De aannemer stuurt deze werknemers aan en draagt zorg voor een concrete taakverdeling zodat iedere werknemer weet wat zijn of haar taak is en welk doel dit dient. Uiteraard dient de aannemer het budget en de planning te bewaken (zie ook §4.1.3). In de volgende paragraaf komt de leider als netwerker aan bod. Net zoals de leider als aannemer in de beginfase van het project een belangrijke rol heeft door de projectopzet te bepalen, heeft de leider als netwerker - zij het op een ander terrein - ook een taak in de beginfase.

§4.2.2 ... NETWERKER

Respondenten van beide ziekenhuizen gaven aan van de leider te verwachten dat deze in de beginfase van het project het projectteam met zorg samenstelt:

"Je moet bijvoorbeeld oppassen met teveel blauwdenkers. Want blauwdenkers zijn dan mensen die heel erg behept zijn met protocollotjes, stramienen en tools [...]. Nuttig en nodig maar als je allemaal dezelfde hebt dan is dat niet goed."

Als je [echter] allemaal van die 'draufgängers' [i.e. haantje-de-voorste] hebt dan leidt dat vaak ook tot niets. [...] Daar moet je [...] een goede mix in brengen (Consultant)."

De leider dient een inschatting te maken van de ideale mix van teamleden zodat deze een aanvulling op elkaar zijn. Aan werd gegeven dat de leider bij het maken van deze inschatting gebruik dient te maken van het persoonlijke netwerk. Via via kan relevante informatie voor de werving en selectie van projectteamleden worden ingewonnen. Naast de taak het team met zorg samen te stellen, wordt van de leider verwacht dat deze verbindingen aangaat met partijen in de omgeving:

"Je [de leider] moet ook andere mensen binnen je eigen organisatie meekrijgen [en] je [...] moet andere organisaties zien mee te krijgen. [...] Als [een verbetering afkomstig uit het coproductieproject] geïmplementeerd wordt dan heb je ook al je [...] contacten nodig om dat echt tot een succes te laten worden en niet alleen bij iets leuks in 2013 te laten blijven (patiëntenvertegenwoordiger BehringMC)."

Volgens respondenten is juist het 'warm maken' en het meekrijgen van de verschillende invloedrijke partijen binnen en zo nodig buiten het ziekenhuis van belang omdat dan draagvlak voor het coproductieproject wordt gecreëerd. Zonder draagvlak bestaat het risico dat de uitvoering, implementatie en borging van het project en de verbeteringen faalt. Ook bij deze taak van de leider wordt verwacht dat de leider het netwerk inschakelt ten gunste van het coproductieproject.

Samengevat heeft de leider dus enerzijds in de beginfase van het project de taak het team samen te stellen. Anderzijds dient de leider verbindingen binnen en buiten de organisatie aan te gaan. De leider dient hierbij 'lijntjes uit te gooien' ten gunste van het coproductieproject. Juist dit element maakt de leider tot een netwerker. In de volgende paragraaf is aandacht voor de leider als empathische socialiser. Welke sociale vaardigheden worden van de leider verwacht indien het projectteam eenmaal is samengesteld en het project in het bredere netwerk is ingebed? In de volgende paragraaf wordt hier op ingegaan.

§4.2.3 ... EMPATHISCHE SOCIALISER

Tijdens dit onderzoek kwam naar voren dat een leider sociaal opmerkzaam behoort te zijn:

"De één [projectteamlid] vindt een e-mail fijn. De ander zegt bel me even; ik kijk nooit naar die mail. Dat soort praktische dingen, dat is een soort van gebruiksaanwijzing die je [leider] moet hebben. [...] Dan weet je ook: Ik moet nu die knop indrukken bij die persoon en bij die persoon moet ik die knop indrukken wil ik iets gedaan hebben. [...] Het is handig [als] je dat weet (Consultant)."

"Ik [als leider] heb de indruk dat jullie [het coproductieteam] er [bij deze projectteambijeenkomst] wat uitgeblust bijhangen. [...] Nou oké, dan sla je iets over. Dan zeg je: Goed, dan doen we de notulen niet dit keer. We maken tien minuten vrij, meer hebben we niet hè. We houden ons wel aan anderhalf uur vergaderen. [...] Dan kiezen we er nu voor, akkoord jongens, om even 10 minuten te ventileren. [...] Durf keuzes te maken. Zeg je dus: Hangen jullie er zo bij? Op dat moment pas je je aan, aan wat je tegenkomt (Patiëntenvertegenwoordiger FlemingMC)."

Uit interviews komt naar voren dat de leider een inschatting dient te maken van de heersende individuele behoeften én de situatie om hier vervolgens op te anticiperen. Dit maakt dat het werk van de leider als socialiser soms wat weg heeft van een marionettenpraktijk. Afhankelijk van de behoeften en de situatie trekt de leider aan een verschillend touwtje.

Alle geïnterviewden zijn het er over eens dat de leider in het ideale geval de projectteamleden op de hoogte houdt van de vorderingen rondom het project en ze hiermee verbindt aan het project:

"Weet je, als je ergens niet met enige frequentie mee bezig bent dan zakt het gewoon weg in de vaart der volkeren en de dagelijkse gang van zaken (Arts)."

Telefoongesprekken en e-mail bieden mogelijkheden projectteamleden te informeren maar grote behoefte bestaat om regelmatig bijeen te komen om de stand van zaken door te spreken. Echter, het slechts informeren van projectteamleden is onvoldoende om te komen tot succesvolle borging en implementatie van het project. Volgens respondenten kan niet vaak genoeg worden benadrukt dat alle projectteamleden, vanaf de start van het project, betrokken dienen te worden:

"Het is zowel voor de inhoud van je project belangrijk dat je feedback krijgt van de andere belanghebbenden in zo'n project alsook voor het draagvlak voor het project (Patiëntenvertegenwoordiger BehringMC)."

De leider als empathische socialiser heeft dus de taak het groepsproces dusdanig te coördineren dat de verschillende inzichten afkomstig uit het multidisciplinaire projectteam aan bod komen en dat alle projectteamleden inbreng kunnen leveren. Dit houdt volgens respondenten in dat de leider er voor dient te zorgen dat ieder projectteamlid tot zijn of haar recht komt, uit kan praten en projectteamleden 'hun zegje kunnen doen'. Op die wijze worden projectteamleden meegenomen in het proces - betrokken - en wordt iedere deelnemer medeverantwoordelijk gemaakt. Het organiseren van projectteambijeenkomsten kan gestructureerd betrekken van projectteamleden in de hand werken. In BehringMC werden geen projectteambijeenkomsten ingelast. Dit leidde tot onvrede:

"Het is druk, druk, druk en dan hebben ze [de leiders van het coproductieproject] al vertraging en dan ... In de dagelijkse stroom der dingen dan snap ik het wel. Maar als ik heel eerlijk ben, vind ik dat er iets meer tijd ingeruimd had moeten zijn om even, heel even, stil te staan van wat zijn we aan het doen? Even de projectgroep bij elkaar roepen want die is... Nou ik ben er pas een half jaar, misschien is het daarvoor wel eens gedaan, maar die is sinds ik erbij ben nog nooit bij elkaar geweest (Patiëntenvertegenwoordiger BehringMC)."

Kortom, de leider dient sociaal opmerkzaam te zijn, te beschikken over empathisch vermogen en behoort projectteamleden te informeren maar bovenal te betrekken. Dit resulteert in een leider die excelleert in de 'zachte kanten' van projectmanagement. De leider in de rol van empathische socialiser geeft hier invulling aan. In de volgende paragraaf wordt de laatste rol van de leider toegelicht: De leider als vuurmaker.

§4.2.4 ... VUURMAKER

Bij het leiden van coproductieprojecten is enthousiasme cruciaal, geven de respondenten unaniem aan. Uit de data is gebleken dat de projectleiding enerzijds gedreven dient te zijn om in het project de leiderschapsrol te volbrengen en anderzijds leden uit het coproductieteam dient te inspireren en te motiveren. Uit de interviews is gebleken dat de persoonlijke drijfveer van de leider diverse bronnen kan hebben zoals affiniteit met het verbeteren van de zorg vanuit patiëntenervaringen middels innovatieve methodieken (intrinsieke motivatie). Naast deze drive blijkt uit interviews dat leiders ook actief deelnemen aan coproductieprojecten omwille van strategische overwegingen. Zo gaf een leider aan mede deel te nemen aan het project om zo direct invloed uit te kunnen oefenen op hoe patiëntenparticipatie wordt vormgegeven. Door zelf proactief te werk te gaan is de kans kleiner dat spelers zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onrealistische werkwijzen op gaan dringen, schatte deze respondent in (extrinsieke motivatie). Deelname omwille van externe prikkels in plaats van deelname om een innerlijke behoefte te bevredigen kan mogelijk risico's met zich meebrengen omdat zodra de externe beweegredenen wegvallen, ook de gedrevenheid voor het project zou kunnen verdwijnen.

Gedrevenheid bij de leider is ten eerste noodzakelijk omdat het investeren van vrije tijd in het project onvermijdelijk lijkt en ten tweede omdat de gedrevenheid helpt om met tegenslagen om te kunnen gaan. Ondanks dat de leiders van beide ziekenhuizen binnen het project een andere invulling geven aan de factor tijd (§4.1.3) kan gesteld worden dat het dragen van het project van de projectleiding een grote tijdsinvestering vraagt. Drie van de vier leiders benoemen expliciet in het interview dat zij vrije tijd aan het project besteden.

Gezien de talloze mails die in de late avonduren zijn verzonden en telefonische bereikbaarheid in weekenden, kan gesteld worden dat ook de vierde leider vrije tijd investeerde in het coproductieproject. Daarnaast krijgt de projectleiding gegarandeerd te maken met tegenslagen. Het is volgens de respondenten belangrijk voor een leider om op momenten van tegenslag door te kunnen zetten:

"Wil je een project laten slagen dan zul je [als leider] gedreven en enthousiast moeten zijn en ook wel een beetje ambitieus. Dat je niet denkt: Weet je het kan me niet schelen, als het nu in de soep loopt, dan loopt het in de soep. Dat gaat mij dan weer iets te ver. Dat gaat mij niet gebeuren, ik ga dit afronden, dit wordt ook wel een succes (Lijnmanager)."

Daarentegen stelt de consultant uit FlemingMC dat een leider vooral realistisch moet blijven:

"Doorzettingsvermogen, ook al zit het even tegen, is zeker ook belangrijk. Maar dat kan ook weer een valkuil worden als je te lang doorgaat als intussen al duidelijk is dat het [project] niet meer levensvatbaar is, niet meer werkt (Consultant)."

De leider dient dus een balans te vinden tussen enerzijds voldoende enthousiasme om de grote tijdsinvestering te leveren en de tegenslagen te overwinnen en anderzijds niet door te slaan in het enthousiasme en het project, koste wat kost, af te ronden. Maar, met slechts bevlogenheid voor het project, komt de leider er niet, geeft een respondent aan. Uit interviews is gebleken dat het overbrengen van de begeestering als een van de taken van de leider wordt gezien. Juist het mee krijgen van anderen is belangrijk:

"[De projectleider] is iemand die mensen nou net over dat bruggetje heen [kan] brengen waar bij ze blijven staan met opmerkingen als ik heb geen tijd, ik heb het al zo druk, we hebben al zoveel te doen, we moeten alles al tegelijk (Patiëntenvertegenwoordiger FlemingMC)."

De leider dient teamleden dus te inspireren en te stimuleren. De bevlogenheid van de projectleiding zelf zou hierbij als een soort 'kruisbestuiving' kunnen fungeren binnen het team; het enthousiasme voor het project springt over op andere projectteamleden. Uit de data is gebleken dat oprechtheid en echtheid hierbij belangrijk zijn. Indien de bevlogenheid geacteerd is, zullen de teamleden hier snel door heen prikken en is het kruisbestuivingseffect veel minder groot, is de inschatting van een leider. Uit de interviews is gebleken dat het belangrijk is dat de leider de begeestering het liefst niet in hele grote papieren stukken probeert over te dragen. Met name zorgverleners zouden hier veelal ongeïnteresseerd in zijn.

Uit bovenstaande komt naar voren dat de leider zowel gedreven dient te zijn om in het project de leiderschapsrol te volbrengen en anderzijds de bevlogenheid dient in te zetten om projectteamleden te inspireren en te motiveren. Dit maakt van de leider een vuurmaker.

In de beginfase van het project zal de leider er voor moeten zorgen dat het vuur gaat branden. De leider is immers de initiator van het project binnen het ziekenhuis. In de ideale situatie voelt de leider het vuur intern branden en dient deze er voor te zorgen dat de vonken overslaan op projectteamleden. Een klein vlammetje moet overgaan in een groots vuur. Gedurende het project zal de leider het vuur soms moeten opstoken als projectteamleden niet direct gemotiveerd zijn. Als het project wordt afgesloten zal de leider er voor moeten zorgen dat een waakvlam blijft branden in verband met de borging van het project.

§4.2.5 SLOTSOM

In §4.2 is in de vorm van vier leiderschapsrollen is een uitgebreid pakket aan verwachtingen en behoeften rondom leiderschap uiteengezet. In onderstaande tabel 3 worden de belangrijkste leiderschapstaken geresumeerd.

Tabel 3. De verwachtingen en behoeften rondom leiderschap gevangen in vier rollen	
De leider als...	Verwachtingen en behoeften
Aannemer	Structureren, coördineren, focussen, concretiseren en organiseren
Netwerker	Team samenstellen, verbindingen aangaan
Empathische socialiser	Sociaal opmerkzaam zijn, betrekken, informeren
Vuurmaker	Enthousiasmeren, motiveren

Een interessante vraag is of al deze rollen door één leider uitgevoerd dienen te worden. In FlemingMC gaven twee leiders invulling aan de verschillende rollen. Uit interviews en observaties is gebleken dat de projectteamleden tevreden zijn over het project en het proces. In BehringMC werden de rollen tevens verdeeld of in samenwerking uitgevoerd. Geen negatieve geluiden rondom deze vormgeving van leiderschap zijn opgemerkt. Het is dus blijkbaar niet van belang hóe invulling wordt gegeven aan de rollen, maar dát er invulling wordt gegeven om gehoor te geven aan de heersende behoeften en verwachtingen rondom projectleiderschap.

Een leiderschapsaspect wat de vier rollen overstijgt maar wel van groot belang is voor alle vier de rollen voor de leider betreft 'invloed'. Een zekere mate van invloed is onontbeerlijk om invulling te geven aan de rollen:

"Daar moet je naar zoeken binnen je organisatie. Want als je iemand [een leider] op een project zet waarvan je al weet van ja, het is lief bedacht maar hé [je hebt geen invloed]... Dat gaat dus niet werken...(Verpleegkundige)."

Blijkbaar is behoefte aan een leider met een zekere mate van doorzettingsmacht; de macht om daadwerkelijk zaken voor elkaar te krijgen binnen de organisatie.

Invloed wordt, volgens de respondenten, slechts dan verworven als de leider bewezen heeft enige 'know how' van de gang van zaken in het ziekenhuis te bezitten; anders wordt de leider niet serieus genomen. Met uitzondering van de lijnmanager, gaven respondenten aan dat enkel positiemacht geen sterke basis is om invloed te verwerven. Een leider uit BehringMC was hier zelfs zeer sceptisch over:

"Ik denk dat als je het aan je functie gaat hangen, dan kom je ook van een koude kermis thuis hoor. [...] We hebben hier wel mensen werken die echt projectmanagement doen en dan zie ik het al komen... En dan denk ik oh god! Die komen binnen met: Ik ben de projectmanager. Dat is heel leuk om te zijn, maar je moet het ook verdienen. En [die projectmanagers] vergeten vaak dat ze het moeten verdienen. En als je dat vergeet, dan verlies je het (Verpleegkundige)."

Uit bovenstaand citaat komt naar voren dat leiders invloed moeten verdienen. Hierbij is het volgens de verpleegkundige van belang dat de leider "een bepaalde persoonlijkheid heeft waar mensen graag mee willen praten." Door dezelfde respondent werd dit "de gunfactor" genoemd.

Nu de vier rollen voor de leider uiteen zijn gezet en duidelijk is gemaakt dat een zekere mate van invloed onontbeerlijk is om invulling te geven aan de rollen, is het waardevol de verwachtingen en behoeften in perspectief te plaatsen. Tijdens de interviews was het zeer opvallend dat respondenten de hierboven toegelichte leiderschapsrollen en karakteristieken beschreven als zijnde rollen die altijd en voor elk project van belang zijn. In geen enkel geval werd door een respondent op eigen initiatief ingebracht dat voor leiderschap in coproductieprojecten – waar dus een patiëntvertegenwoordiger deelneemt – op een van reguliere projecten verschillende leiderschapsdynamiek noodzakelijk was. Nu had deze constatering kunnen betekenen dat leiding geven aan coproductieteams geen andere insteek vergt dan leiding geven aan reguliere projectteams. Deze uitspraak gaat echter niet op, zo bleek uit diepgaander onderzoek. In de volgende - welbewust van de algemene leiderschapsrollen gescheiden - paragraaf wordt hier uitgebreid aandacht aan besteed.

§4.3 DE PATIËNTENVERTEGENWOORDIGER IN HET PROJECTTEAM

In de vorige paragraaf zijn de algemeen geldende behoeften en verwachtingen rondom projectleiderschap beschreven. Volgens de respondenten dient een leider idealiter in wat voor soort project dan ook - en dus ook in coproductieprojecten - invulling te geven aan de vier besproken rollen. Een waardevolle constatering, maar een aantal voor deze bachelorscriptie relevante vragen blijft open. Welke invloed heeft de participatie van een patiëntvertegenwoordiger op het projectteam? Heersen in coproductieprojecten aanvullende verwachtingen en behoeften ten aanzien van leiderschap?

Vergt de aanwezigheid van een patiëntvertegenwoordiger in het coproductieteam een andere leiderschapsdynamiek ten opzichte van reguliere projectteams? Ondanks dat de respondenten dus uit zichzelf niet expliciet ingingen op deze kwesties - en daarmee aan leken te geven dat leiderschap in coproductieteams niet verschilt of zou moeten verschillen van reguliere projecten - is middels doorvragen, observeren en een secundaire, meer kritische bestudering van eerder verzamelde data een diepgaander beeld ontstaan. In §4.3.1 wordt ingegaan op de rol, invloed en positie van de patiëntvertegenwoordiger zoals naar voren is gekomen tijdens interviews. Vervolgens worden deze beweringen in §4.3.2 verder geduid en afgezet tegen de daadwerkelijke gang van zaken.

§4.3.1 DE PATIËNTENVERTEGENWOORDIGER ALS LUIS IN DE PELS

Respondenten uit beide ziekenhuizen zijn het er over eens dat de patiëntvertegenwoordiger een bijzondere functie bekleedde binnen het projectteam:

"[De patiëntvertegenwoordiger] kijkt vanuit patiëntenperspectief en is dus [...] de luis in de pels. Met de dingen die wij ontwikkelen, bespreken of bediscussiëren is [deze persoon] gewoon de kritische geest. Zo van, wacht eens even... [De patiëntvertegenwoordiger] is dus voortdurend degene die even op de rem gaat staan (Consultant)."

De patiëntvertegenwoordiger dient de rol van zuiver kritische waarnemer op zich te nemen en het patiëntenbelang in elke situatie te belichten, zo bleek uit meerdere interviews. Uit bovenstaande komt een beeld naar voren van een patiëntvertegenwoordiger die continu kritische noten kraakt. De patiëntvertegenwoordiger als "luis in de pels" is echter niet kritisch omwille van het kritisch zijn; deze houding dient een doel:

"[De patiëntvertegenwoordiger] moet ook samenwerken [...] want [anders] dan kun je mensen van je af stoten. [De patiëntvertegenwoordiger] heeft daar eerder ook een praktische houding in van: Ik wil best kritisch zijn maar niet omwille van het kritisch zijn, omdat ik [patiëntvertegenwoordiger] ben. [De patiëntvertegenwoordiger] wil er voor zorgen dat de zorg beter wordt (Consultant)."

De consultant stelde dat de kritische houding van een patiëntvertegenwoordiger "soms wel wat irritant" kon zijn. De irritatie kreeg echter nooit de overhand volgens de consultant, omdat de teamleden wisten dat de aanwezigheid van een patiëntvertegenwoordiger nodig was om het project te doen slagen. Naast dat soms gevoelens van irritatie konden ontstaan rondom de kritische noten die gekraakt werden door de patiëntvertegenwoordiger, kwam uit meerdere interviews naar voren dat professionals niet gewend zijn aan de actievere rol voor patiënten in de zorg. Of het nu gaat om deelname van een patiëntvertegenwoordiger in een coproductieteam of om de EBCD-methode, de aanwezigheid van een relatief onbekende

partij (i.e. de patiënt of diens vertegenwoordiger) in 'the inner circle' van zorgverlening, kan leiden tot spanningen of een gevoel van bedreiging bij medewerkers uit een ziekenhuis:

"Wij [leiders van het coproductieproject] hebben bijvoorbeeld met de medisch specialisten zitten praten. Die wilden weten of patiënten hier [de film voortkomend uit de EBCD-methodiek] rechten aan konden ontlenuen. Allerlei rare kronkels... Daar hebben we echt lang mee moeten praten om hen er van te overtuigen dat het een kwaliteitsinstrument betreft waarmee we proberen om die patiëntenparticipatie zo mogelijk nog te optimaliseren. En [...] dat het daar ook voor bedoeld was en dat het niet was om een heleboel kritiek te geven [op] een maatschap. Men betreft het vaak op zichzelf (Verpleegkundige)."

Hoewel de kritische houding van de patiëntenvertegenwoordiger dus soms leidde tot irritatie in het coproductieteam en de relatief onbekende partij in de 'inner circle' van zorgverlening kon zorgen voor spanningen of een gevoel van bedreiging, waren de respondenten van mening dat coproductieprojecten niet sterk verschillen van reguliere projecten. In beide ziekenhuizen kwam uit interviews namelijk naar voren dat de patiëntenvertegenwoordiger overall gezien weinig tot geen invloed had op het groepsproces in het team. In FlemingMC werd de sfeer in de groep slechts op een subtiele maar positieve manier beïnvloed, gaf de arts aan. De arts, noch de consultant noch de patiëntenvertegenwoordiger konden echter geen van allen exact toelichten wat anders was in vergelijking met een traditionele projectsituatie, maar deze respondenten waren het er over eens dat het groepsproces enigszins anders verliep. In BehringMC gaf de lijnmanager aan dat deelname van een patiëntenvertegenwoordiger weinig invloed had op het proces van het project. Een coproductieproject verschilt volgens deze respondent weinig tot niets van een regulier project zolang de projectleiding de rol van de patiëntenvertegenwoordiger maar helder afbakt. Als een patiëntenvertegenwoordiger deelneemt aan het projectteam ontstaat namelijk onder de leden een extra behoefte aan duidelijkheid over ieders rol en taak.

Hoewel door meerdere respondenten werd benadrukt dat de leider in coproductieprojecten alle projectteamleden – en dus ook de patiëntenvertegenwoordiger – dient te betrekken er een extra behoefte is aan afbakening, kan gesteld worden dat volgens de respondenten geen voor coproductieprojecten specifieke leiderschapsrollen dienen te worden toegevoegd aan de vier reeds benoemde. De taken 'betrekken' en 'helderheid bieden' zijn immers algemene taken waar iedere leider van projectteams invulling aan behoort te geven. Betrekken is een algemene leiderschapstaak in de rol van empathische socialiser daar waar helderheid bieden reeds beschreven is als algemene leiderschapstaak voor de leider als aannemer.

Omdat er volgens de respondenten weinig verschillen zijn tussen coproductieprojecten en reguliere projecten, buiten dat de bijzondere rol voor de patiëntenvertegenwoordiger wordt erkend, wordt volgens respondenten geenszins op een andere wijze leidinggegeven aan de teams en zou een andere leiderschapsdynamiek ook niet noodzakelijk zijn. Voldoet deze leiderschapsdynamiek inderdaad om coproductie op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid te realiseren? In de volgende paragraaf wordt hier op ingegaan.

§4.3.2 DE KLOOF TUSSEN WOORDEN EN DADEN

In beide ziekenhuizen werd door alle vier de leiders tijdens interviews het beeld geschetst dat in het projectteam alle ruimte zou zijn voor de inbreng van de patiëntenvertegenwoordiger. Alle leiders gaven aan de patiëntenvertegenwoordiger te betrekken. De lijnmanager in BehringMC was hier zelfs heel stellig in en gaf met nadruk aan er van overtuigd te zijn dat alle projectteamleden, de patiëntenvertegenwoordiger inclusief, de inzichten vanuit de expertise heel goed kwijt konden en alle mogelijkheden daartoe hadden. Het proces van inbreng verliep volgens de consultant uit FlemingMC op een natuurlijke, spontane en veelal informele wijze:

"Het gaat heel spontaan, natuurlijk eigenlijk, dat iedereen wel zijn inbreng geeft. En is dat niet zo, [...] dan zegt de [...] leider ook, oh, ik heb jou nog niet gehoord! Wat vind jij er van? Mocht het zich voordoen, hè (Consultant)."

Op basis van interviews met leiders zou de conclusie luiden dat coproductie probleemloos verloopt. De inbreng van alle projectteamleden, waaronder de patiëntenvertegenwoordiger, zou worden gehoord en de patiëntenvertegenwoordiger zou worden beschouwd en behandeld als volwaardig teamlid. Hiermee zouden de voor coproductie zo cruciale voorwaarden 'gelijkwaardigheid' en 'gezamenlijkheid' invulling hebben gekregen. De vraag is echter of de praktijk ook zo rooskleurig is. Was daadwerkelijk sprake van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid?

Doordat de onderzoeker naast leiders ook patiëntenvertegenwoordigers heeft geïnterviewd en bovendien observaties heeft uitgevoerd, kwam een genuanceerder beeld naar voren dan door de leiders werd geschetst:

Tijdens een projectteambijeenkomst in FlemingMC viel het de onderzoeker op dat de patiëntenvertegenwoordiger zich op de achtergrond hield. Dit projectteamlid nam een gesloten, wat passieve lichaamshouding aan. De patiëntenvertegenwoordiger zat bijvoorbeeld achterovergeleund op de stoel en steunde niet zoals de overige projectteamleden op de vergadertafel. Het beeld van de patiëntenvertegenwoordiger als kritische geest dan wel luis in de pels werd niet bevestigd.

Zo nu en dan probeerde de vertegenwoordiger weliswaar inbreng te leveren maar op geplaatste opmerkingen werd weinig ingegaan. Op een zeker moment gedurende de bijeenkomst kwam ter sprake dat vrijwel alle voor de focusgroep benaderde patiënten deel wilden nemen. Gezocht werd naar een verklaring voor deze hoge respons. De patiëntenvertegenwoordiger bracht – op een voorzichtige maar overigens goed verstaanbare wijze - een mogelijke reden in de groep. Hier werd noch door de leiders, noch door andere projectteamleden op gereageerd. Toen korte tijd later de arts in zijn leiderschapsrol met een min of meer dezelfde verklaring kwam, werd door de andere teamleden ineens enthousiast en instemmend gereageerd (Observatie FlemingMC op 19-02-2013).

Bovenstaande observatie toont dat het blijkbaar van belang is welk projectteamlid een verklaring inbrengt. De patiëntenvertegenwoordiger van FlemingMC werd niet gehoord; de arts in een leiderschapsrol wel. Ook in BehringMC was enige nuancering van het door de leiders geschetste rooskleurige beeld rondom de rol, invloed en positie van de patiëntenvertegenwoordiger op zijn plaats. De patiëntenvertegenwoordiger in BehringMC heeft weinig tot geen inbreng kunnen leveren en werd minimaal betrokken bij het project (zie citaten van de patiëntenvertegenwoordiger op p. 37 en p. 46). Als deze citaten naast de eerder genoemde uitspraken van de lijnmanager worden gelegd, is ook beter te verklaren waarom de lijnmanager aangaf dat een coproductieproject weinig verschilt van reguliere projectteams. Indien de rol van de patiëntenvertegenwoordiger nihil is, is het in feite een regulier projectteam en hoeft de projectleiding weinig rekening te houden met de patiëntenvertegenwoordiger.

Al met al kan gesteld worden dat de leiders ervan overtuigd zijn de patiëntenvertegenwoordigers te betrekken maar de observatie en de citaten van de patiëntenvertegenwoordiger laten zien dat de leiders in de praktijk niet handelen zoals zij zeggen te handelen. Er is een kloof aanwezig tussen de woorden en de daden van de leider. In BehringMC heeft de patiëntenvertegenwoordiger geen inbreng kunnen leveren daar waar in FlemingMC deze inbreng weliswaar mogelijk was maar hier vervolgens geen gehoor aan werd gegeven. Deze constatering roept de vraag op of de patiëntvertegenwoordiger wel voor 'vol' wordt aangezien. Overigens wordt met klem benadrukt dat de onderzoeker allerm minst het idee heeft gekregen dat de leiders zich bewust waren van de discrepantie tussen hun woorden en daden. De onderzoeker kreeg tijdens alle interviews juist sterk het idee dat de leiders stuk voor stuk gepassioneerde voorvechters van patiëntenparticipatie zijn.

Met de discrepanties tussen de woorden van de leiders en de werkelijke daden van de leiders in het achterhoofd zijn de afgenomen interviews met de vier leiders opnieuw bestudeerd. De woordkeus tijdens deze gesprekken was op z'n minst opvallend te noemen. Veelal werd gesproken in termen van "wij en zij" waarbij met "zij" bedoeld werd op de patiëntenvertegenwoordiger en "wij" de rest van het team. Er wordt dus blijkbaar nog steeds gedacht in 'kampen' terwijl coproductie gezamenlijk optrekken verondersteld. De vraag aan een van de leiders wat nu verschilt ten opzichte van reguliere projecten als een patiëntenvertegenwoordiger deelneemt, bekrachtigde deze denkgang. De betreffende respondent had moeite met het vinden van de juiste woorden en formuleerde op ongemakkelijke wijze een antwoord. Na veel hikkelen bracht deze persoon uit dat het "toch anders is als je met gelijken om de tafel zit". Impliceerde de respondent hiermee dat een patiëntenvertegenwoordiger geen 'gelijke' is? Is er wel sprake van gelijkwaardigheid als gedacht wordt in termen van "wij en zij", "gelijken om de tafel", "luis in de pels" en dergelijke?

Al met al kan geconcludeerd worden dat er een duidelijk verschil is bij de leiders van beide ziekenhuizen tussen 'what they do' en 'what they say'. Alle leiders hebben uitgesproken zich er van bewust te zijn dat het betrekken van de patiëntenvertegenwoordiger noodzakelijk en wenselijk is en gaven aan hier ook daadwerkelijk invulling aan te geven, maar uit de hierboven beschreven illustraties blijkt dat van daadwerkelijke inbreng weinig sprake was. Coproduceren is blijkbaar makkelijker gezegd dan gedaan. Met de geconstateerde kloof tussen woorden en daden als belangrijke conclusie wordt dit resultaten hoofdstuk afgesloten. In het volgende, besluitende hoofdstuk zal onder andere deze constatering verder worden geïnterpreteerd en bediscussieerd. Dieper zal worden ingegaan op de vraag of in coproductieprojecten op dit moment wel op een wijze leiding wordt gegeven die gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid in de hand werkt. Daarnaast is in het afsluitende hoofdstuk ruimte voor aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en een kritische methodologische reflectie.

5. BESLUIT

In het kader van deze bachelorscriptie is een kwalitatief onderzoek opgezet met als doel diepgaand inzicht te verkrijgen in leiderschap in coproductieprojecten die kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg beogen. De centrale vraag luidde:

'Hoe kan leiding worden gegeven aan coproductieteams die in projectvorm kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg nastreven?'

Twee heterogene projectteams, bestaande uit zorgverleners, stafleden en een patiëntenvertegenwoordiging, hebben gediend als studieobject. Juist de aanwezigheid van de patiëntenvertegenwoordiger onderscheidt het projectteam van reguliere projectteams en heeft mogelijk consequenties voor hoe invulling wordt gegeven of zou moeten worden gegeven aan leiderschap. Enerzijds is bestudeerd hoe leiderschap daadwerkelijk vorm heeft gekregen in de praktijk. Anderzijds is geïnventariseerd welke verwachtingen en behoeften rondom leiderschap in coproductieprojecten bestaan. Een divers palet aan dataverzamelmethode is ingezet: Interviews met leiders en patiëntenvertegenwoordigers, observaties, documentenanalyse en informele gesprekken met projectteamleden. In dit hoofdstuk worden de resultaten bediscussieerd, de belangrijkste conclusies uiteengezet, volgen aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en wordt kritisch gereflecteerd op het onderzoek. Een bondig antwoord op de centrale vraagstelling en de deelvragen volgt in §5.8.

§5.1 FORMEEL EN INFORMEEL LEIDERSCHAP: KWESTIE VAN SEMANTIEK

In beide coproductieprojecten kreeg leiderschap gedeeld vorm. In FlemingMC leidden een arts en consultant het project; in BehringMC namen een lijnmanager met een verpleegkundige deze taak voor de rekening. De samenwerking tussen de leiders verliep soepel. De leiders erkenden elkaars toegevoegde waarde en vulden elkaar aan. Opvallend was dat de taken omtrent inhoudskundigheid en de taken op procesmatig vlak bij verschillende personen werden belegd. De arts respectievelijk verpleegkundige richtte zich op de inhoud terwijl de consultant respectievelijk lijnmanager het project structureerde. Naar voren is gekomen dat zorgverleners vanwege de patiëntenzorg onvoldoende tijd tot hun beschikking hebben een project te coördineren en daarom dus ondersteund dienen te worden door bijvoorbeeld een stafflid. Blijkbaar hoeft een project niet gedragen te worden door één persoon maar gaat het om een goed lopende samenwerking tussen beiden.

In BehringMC had een lijnmanager de rol van formele leider en de verpleegkundige de rol van informele leider. In FlemingMC bestond meer onduidelijkheid over wie de formele en informele leiderschapspositie bekleedde. De arts nam, volgens het plan van aanpak, de positie van formele leider in en de consultant had een informele, ondersteunende leiderschapsrol. Echter, als de empirische situatie wordt vergeleken met de literatuur gaat dit wringen. De consultant structureerde het project in de rol van aanvoerder, maar de arts had het uiteindelijk voor het zeggen in de rol van spits. Dat zou van de consultant de formele leider maken (met aanvoedersband) en de arts de informele leider. De arts vertoonde, in tegenstelling tot de consultant, zeer veel karakteristieken die de kans op informeel leiderschap vergroten, zoals weergegeven in tabel 1 in §2.4 (Smith & Foti 1998; Kickul & Neuman 2000; Fisher 1974; Watson & Hoffman 2004; Hogg 2001). Bovendien voerde de consultant in plaats van de arts vrijwel alle taakgerichte en relationele en een aantal op de omgeving gerichte acties uit die vallen onder het profiel van een formele leider, zoals weergegeven in tabel 2 in §2.4 (Northouse 2013). Het is goed denkbaar dat de consultant in FlemingMC de arts bewust heeft "gebombardeerd" tot formele leider vanwege de status en de officiële verbinding aan het project - met het bijbehorend gevoel van sociale verplichting het project serieus op te pakken 'er gratis bij'. In ieder geval kan geconcludeerd worden dat in de praktijk niet altijd een even heldere scheiding te maken valt tussen formeel en informeel leiderschap. Misschien is dit zelfs wel een kwestie van semantiek; het is maar net wat wordt verstaan onder de formele en informele leider. Dit contrasteert met de literatuur waarin een duidelijk onderscheid tussen formeel en informeel leiderschap wel bestaat (zie o.a. Northouse 2013).

§5.2 PROJECTOPZET: SPIEGELTJE, SPIEGELTJE AAN DE WAND...

Hoewel in beide ziekenhuizen sprake was van gedeeld leiderschap, werden in de empirie duidelijke contrasten tussen de projecten zichtbaar. In FlemingMC kon de samenwerking getypeerd worden als teamwerk; de projectteamleden werden betrokken en geïnformeerd. In BehringMC werden de overige projectteamleden aan de zijlijn gehouden en was het project meer eigendom van de twee leiders alleen. In FlemingMC werd het project relatief geformaliseerd en gestructureerd opgezet. In BehringMC was meer sprake van een dagelijks, ad hoc bestuur. Deze verschillen waren verrassend. Verwacht werd dat juist BehringMC als ziekenhuis met de meeste ervaring met patiëntenparticipatie het project geordend en vooruitstrevend zou opzetten en alle projectteamleden zou betrekken.

De keuze voor een specifieke projectopzet lijkt samen te hangen met de visie van de leiders op welke wijze het beste invulling gegeven kon worden aan coproductieprojecten en leiderschap. De consultant uit FlemingMC - die de projectopzet bepaalde - leek belang te hechten aan een georganiseerde werkwijze (§4.1.1). Het relatief 'strak' opzetten van een project valt hiermee te rijmen. Daarentegen leken de leiders uit BehringMC wars van teveel structuur (§4.1.2). Dit verklaart ook de hang naar dagelijks, ad hoc bestuur. Een ander punt waar de visie van de leider van invloed was op de projectopzet betreft de invulling die door hen werd gegeven aan de factoren tijd en geld, die in de theorie vaak als bestuurlijke aspecten worden aangeduid (Aken 2008). Uit de data is naar voren gekomen dat het besluit al dan niet een intensieve methode van patiëntenparticipatie te volgen, bepalend is voor de wijze waarop de leiders invulling gaven aan de factoren tijd en geld. De leiders bepaalden hoeveel tijd en geld nodig was om coproductie te realiseren. In FlemingMC is bewust gekozen voor een relatief minder intensieve vorm van patiëntenparticipatie (focusgroepen) waardoor de projectopzet gepaard ging met minder kosten en een lagere tijdsinvestering. In BehringMC daarentegen is het coproductieproject naar eigen zeggen "professioneel" aangepakt en hebben de leiders relatief veel tijd geïnvesteerd. De EBCD-methode is op hoofdlijnen gevolgd waardoor de kosten van het project relatief hoog waren. Deze verschillen in projectopzet tonen dat de bestuurlijke condities tijd en geld relatief zijn. Wat voor de ene leider bijvoorbeeld een ruim budget is, is volgens een andere leider onvoldoende om het project überhaupt te starten. Dit biedt direct een argumentatie waarom het onmogelijk is te spreken over randvoorwaarden voor leiderschap in coproductieprojecten in termen van benodigd budget of tijd omdat deze per persoon verschillen. Bovenstaand bezien kan het volgende gesteld worden: In de opzet van het project weerspiegelt zich de visie van de leiders.

§5.3 DE IDEALE LEIDER: EEN SCALA ALGEMENE BEHOEFTE EN VERWACHTINGEN

Een uitgebreide inventarisatie onder de vier leiders van het project en twee patiëntenvertegenwoordigers heeft geresulteerd in een scala aan verwachtingen en behoeften rondom leiderschap. De behoeften en verwachtingen zijn gevangen in een viertal rollen waar een leider in de ideale wereld van coproductieprojecten invulling aan zou moeten geven. De leider als aannemer dient invulling te geven aan de meest basale leiderschapstaken; de organisatie en structurering van het project. Deze op coördinatie gerichte taken worden in de literatuur de taakgerichte acties genoemd (Aken 2008). Van de leider wordt in de rol van netwerker verwacht dat deze het projectteam met zorg samenstelt door gebruikmaking van het persoonlijke netwerk en in de omgeving verbindingen aangaat ten gunste van het coproductieproject.

Omdat de leider als netwerker verbindingen aangaat met de omgeving kan deze rol gelijk worden gesteld aan de acties gericht op de omgeving zoals beschreven in de literatuur (Aken 2008). De leider als empathische socialiser behoort sociaal opmerkzaam te zijn, is vaardig in communiceren en informeert en betreft projectteamleden. Deze taken worden in de literatuur geschaard onder de relationele leiderschapsacties (Northouse 2013). De door de respondenten aangedragen acties voor de leider als empathische socialiser komen tevens overeen met de communicatieve vaardigheden waarover een coproducerende zorgverlener zou moeten beschikken (Pawlikowska et al. 2007). De leider als vuurmaker dient intern gemotiveerd te zijn en deze begeestering over te brengen op andere projectteamleden. In de literatuur wordt dan gesproken over intrinsieke motivatie (Tak & Wijnen 2006) en van 'commitment' en 'esprit de corps' aanmoedigen (Northouse 2013). Deze acties zijn te scharen onder de relationele leiderschapsacties (Northouse 2013). In tabel 4 worden de overeenkomsten tussen empirie en theorie schematisch weergegeven.

Tabel 4. Overeenkomsten empirie (rollen) en theorie (leiderschapsacties)	
Leiderschapsrol	Leiderschapsactie
Aannemer	Taakgerichte acties
Netwerker	Acties gericht op omgeving
Empathische socialiser	Relationele acties
Vuurmaker	Relationele acties

Bovenop deze vier rollen werd aangedragen dat een leider over een zekere mate van invloed dient te beschikken. Hiertoe werd aangedragen dat enkel een formele positie - 'legitimate power' (Yukl 2009) - waarschijnlijk onvoldoende is om invloed te verwerven. Een leider dient weliswaar over enige "doorzettingskracht" dient te beschikken - positiemacht (Kotter 1990) - maar met name de "gunfactor" en 'know how' - 'referent power' respectievelijk 'expert power' (Cartwright 1962) - maken dat een leider invloedrijk is. Juist deze combinatie van veel persoonlijke macht en enige positiemacht kwam ook in de literatuur, besproken in §2.2, naar voren als meest duurzame bron van macht (Yukl 2009).

Geconcludeerd kan worden dat de 'ideale' leider aan een hoog verwachtingenpatroon moet voldoen. Overigens is het überhaupt nog maar de vraag of het noodzakelijk is voor een leider aan alle wensen te voldoen. Uit dit onderzoek is gebleken dat onvrede kan ontstaan indien de verwachtingen en behoeften niet worden vervuld. Dit kan worden betiteld als een vervelende situatie maar of dit direct grote gevolgen heeft voor het project als geheel is nog maar de vraag. Te beargumenteren valt dat de situatie problematisch wordt indien de voortgang of borging van het project in gevaar komt vanwege bijvoorbeeld gebrek aan draagvlak omdat in die situatie financiële middelen en mankracht kunnen worden verspild.

Interessant is een abstractieniveau hoger naar de leiderschapsrollen te kijken. Het valt op dat de rollen op hoofdlijnen vrijwel exact overeenkomen met de leiderschapsacties beschreven in literatuur over de teamleiderschap en projectleiderschap (Northouse 2013; Aken 2008). Het enige verschil is dat in de theorie de acties rondom motivatie zoals inspireren en de acties rondom samenwerking zoals betrekken en informeren zijn samen genomen in de vorm van relationele acties (Northouse 2013) daar waar in dit scriptieonderzoek deze leiderschapstaken door de respondenten als separate taken werden gezien en daarom ook zijn weergegeven in twee aparte leiderschapsrollen. Het is op zijn minst opmerkelijk te noemen dat alle respondenten stuk voor stuk algemeen geldende behoeften en verwachtingen rondom leiderschap beschreven in plaats van dat antwoord werd gegeven op de vraag waar nu *specifiek in coproductieprojecten* behoefte aan was. Noch in de literatuur noch in de empirie werd dus specifiek ingegaan op leiderschap in coproductieprojecten. De conclusie had kunnen zijn dat leiderschap in coproductieprojecten niet verschilt van algemene projecten en daarom geen aandacht verdient. Dit is echter, zo bleek, niet het geval. In de volgende alinea wordt hierop ingegaan.

§5.4 LEIDERSCHAP IN COPRODUCTIEPROJECTEN: GEEN WOORDEN MAAR DADEN

De bestudering hoe leiderschap in de praktijk vorm heeft gekregen en de inventarisatie van de behoeften en verwachtingen rondom leiderschap blijken achteraf de opstap te zijn geweest naar de meest interessante conclusie van dit onderzoek: Er is een kloof aanwezig tussen de woorden en de daden van de leiders van coproductieprojecten en de leiders zijn zich van deze discrepantie waarschijnlijk niet bewust.

Vanuit de literatuur is bekend dat coproductie gezamenlijkheid veronderstelt; patiëntenvertegenwoordigers en zorgverleners/stafleden zouden in coproductieteams de dialoog met elkaar aangaan, informatie uitwisselen en in samenspraak besluiten nemen (Realpe & Wallace 2010; Bettencourt et al. 2002; Needham & Carr 2009). Is deze gezamenlijkheid te herkennen in de praktijk? De leiders waren er van overtuigd de patiëntenvertegenwoordiger te betrekken bij het project en gaven aan dat in de coproductieteams alle ruimte zou zijn voor dialoog; volgens hen zou dus daadwerkelijk sprake zijn van 'gezamenlijkheid'. Echter, interviews met de patiëntenvertegenwoordigers en observaties hebben tot een minder rooskleurig beeld van de werkelijkheid geleid. In BehringMC was de rol en inbreng van de patiëntenvertegenwoordiger nihil. De leiders van BehringMC leken er van overtuigd te zijn dat indien zij de patiëntenvertegenwoordiger op de hoogte hielden van de vorderingen in het project - informeerden -, deze ook betrokken zou zijn.

Omdat de patiëntenvertegenwoordiger slechts op de hoogte werd gehouden en daar waar de leiders dit nodig achtten werd geraadpleegd was dus geen sprake van de gewenste coproductie maar zou de participatie eerder getypeerd kunnen worden als ‘informerer’ dan wel ‘raadplegen’ – de eerste twee traptreden van de participatieladder (Leys, Reyntens & Gobert 2007). In FlemingMC was inbreng vanuit de patiëntenvertegenwoordiger weliswaar mogelijk, maar hier werd vervolgens geen gehoor aan gegeven. De patiëntenvertegenwoordiger kon advies geven, maar had geen bindende stem in het besluitvormingsproces. In FlemingMC was hiermee sprake van ‘adviseren’ in plaats van coproduceren (Leys, Reyntens & Gobert 2007). De leiders ondernamen onvoldoende acties om coproductie te faciliteren en te stimuleren. Afgevraagd kan worden wat de toegevoegde waarde van een patiëntenvertegenwoordiger in het coproductieteam is indien deze niet betrokken wordt. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de patiëntenvertegenwoordiger in een projectteam een symboolfunctie heeft. Zonder de patiëntenvertegenwoordiger een daadwerkelijke inhoudelijke rol te geven, in die zin dat ze mee kunnen beslissen, kan een ziekenhuis of afdeling het beeld vormen dat zij de patiënt daadwerkelijk ‘betrekken’ (lees: aanwezig laten zijn) en centraal stellen. In §2.1.1 is deze reden voor patiëntenparticipatie benoemd als legitimatie voor beleid (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008a).

Al met al geven de leiders dus vol overtuiging aan de patiëntenvertegenwoordigers te betrekken, waarschijnlijk niet wetende dat deze bewering niet overeenkomt met daadwerkelijke acties. In de literatuur wordt een dergelijke situatie beschreven door Argyris: Een discrepantie tussen wat gezegd wordt - 'espoused theory' - en wat daadwerkelijk gebeurt - 'theory in use' - (Argyris 2005). Volgens Argyris ontstaat een prikkel tot verandering, tot leren, als de discrepantie opgemerkt wordt. Indien het bewustzijn rondom de discrepantie onder de aandacht wordt gebracht, bestaat er dus hoop dat leiderschap in coproductieprojecten zal verbeteren.

Onderliggend aan de noodzakelijke gezamenlijkheid voor coproductie, is gelijkwaardigheid een aspect gebleken wat in de literatuur veelvuldig – indirect – naar voren wordt geschoven als cruciaal om überhaupt te komen tot gezamenlijkheid (Realpe & Wallace 2010). Zonder gelijkwaardigheid geen gezamenlijkheid en daarmee dus geen coproductie. Lag in de empirie ongelijkwaardigheid ten grondslag aan het gebrek aan gezamenlijkheid en coproductie? Beschikte de patiënt in de praktijk over een zwakkere positie?

Volgens respondenten had de patiëntenvertegenwoordiger in het coproductieteam de rol van kritische geest. Hoewel de patiëntenvertegenwoordiger niet kritisch was omwille van het kritisch zijn, zou de patiëntenvertegenwoordiger continu het patiëntenbelang belichten. Deze kritische houding werd in de praktijk niet herkend. Eerder was sprake van een projectteamlid die zich met name op de achtergrond hield of misschien zelfs, onbewust, werd gehouden. De in de empirie gevonden relatief zwakke positionering van de patiënt komt overeen met de positie die werd verwacht vanuit de literatuur (Van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008b; Grit, Van de Bovenkamp & Bal 2008). Zeer interessant was het opvallende woordgebruik van de leiders indien zij spraken over de patiëntenvertegenwoordiger in het team. Gesproken werd over de patiëntenvertegenwoordiger als “luis in de pels”, de patiëntenvertegenwoordiger die “continu op de rem gaat staan”, de soms “wel wat irritante” kritische houding van de vertegenwoordiger en “wij en zij”. Het gebruik van “luis in de pels” geeft het idee dat de patiëntenvertegenwoordiger hardnekkig, kriebelend ongedierte is dat eigenlijk uitgebannen dient te worden. Daarnaast werd naar voren gebracht dat de aanwezigheid van een relatief onbekende partij in de ‘inner circle’ van zorg tot gevoelens van bedreiging of angst kon leiden. Hoewel de onderzoeker geenszins het idee heeft gehad dat de leiders onwelwillend staan tegenover coproductie of zich bewust waren van hun negatieve woordkeus, impliceren de hierboven beschreven citaten en de gevoelens van angst en bedreiging, dat de patiëntenvertegenwoordiger wordt gezien als buitenstaander of misschien zelfs wel tegenstander. Een opmerkelijke constatering gezien het feit dat in principe zowel zorgverleners, stafleden als patiëntenvertegenwoordigers hetzelfde doel nastreven, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Blijkbaar wordt echter – onbewust - nog steeds gedacht in ‘kampen’ terwijl coproductie gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid vereist.

Bovenstaande samenvattend was in de bestudeerde projectteams geen sprake van daadwerkelijke coproductie; gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid ontbrak. Ondanks dat de leiders aangaven actie te ondernemen de patiëntenvertegenwoordiger te betrekken – in de generieke leiderschapsrol van empathische socialiser – is deze leiderschapsdynamiek onvoldoende gebleken om gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid te creëren en daarmee de basis te leggen voor coproductie. Uitgaande van de wens tot coproductie, zou deze auteur bepleiten dat een extra rol voor de leider specifiek in coproductieprojecten noodzakelijk is waarbij gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid geïnternaliseerd zijn in het denken en handelen van de leider. Een hiervoor belangrijke onderliggende vraag is hoe het zo kan zijn dat gepassioneerde pioniers op het gebied van coproductie er in de praktijk niet in slagen op een wijze leiding te geven die coproductie op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid stimuleert en realiseert. Waar gaat het mis als de leider onbewust denkt in termen zoals “luis in de pels”? In de volgende paragraaf worden mogelijke verklaringen gegeven.

§5.5 COPRODUCTIE: EEN NIEUWE BENADERING OP LEIDERSCHAP NODIG

Een mogelijke verklaring waarom leiderschap in coproductieprojecten in de bestudeerde projectteams weinig mogelijkheden heeft geboden voor daadwerkelijke coproductie op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid kan worden gezocht in de opleiding en training van de leiders. Dat een patiëntenvertegenwoordiger participeert in het team is een relatief nieuwe situatie en werkwijze waar de projectteamleden – leiders en de patiëntenvertegenwoordigers inclusief - mogelijkwel aan moeten wennen voordat überhaupt coproductie plaats zou kunnen gaan vinden. Zowel de stafleden (consultant en lijnmanager) als de zorgverleners (arts en verpleegkundige) zijn niet, of pas recent, gewend de patiënt of diens vertegenwoordiger als gelijkwaardige gesprekspartner te zien. Stapje voor stapje is meer ruimte voor de inbreng van de patiënt(envertegenwoordiger) maar van oudsher is de patiënt degene voor wie gezorgd moet worden; niet degene met wie gediscussieerd moet worden (Bettencourt et al. 2002; Needham & Carr 2009; Boivin 2012). Het is goed denkbaar dat hierdoor de 'ongelijkwaardigheid' onbewust zit 'ingebakken' in het denkpatroon van zorgverleners en stafleden. Daarnaast is het tevens goed denkbaar dat de patiëntenvertegenwoordiger (nog) moeite heeft met het invullen van de nieuwe rol van kritische geest en gelijkwaardig gesprekspartner.

Een andere mogelijke, met de hierboven reeds genoemde samenhangende, verklaring voor de 'ingebakken ongelijkwaardigheid' is te vinden in het de heersende denkwijze rondom (project)leiderschap. In §2.3 is reeds uiteengezet dat de 'structured approach' leidend is in de literatuur (Turner 1999). Dit rationele, functionalistische denken over projectleiderschap (Thomas 2003) is ook herkend in de empirie. De leiders namen een centralistische positie in en stuurden met name top-down aan. De verwachtingen van de leider in de rol van aannemer, netwerker, empathische socialiser en vuurmaker waren hoog gespannen. Dat leiders een directieve positie innemen en bovendien toebedeeld krijgen is goed verklaarbaar als wordt nagegaan dat een dergelijke leiderschapsdynamiek in trainingen en vrijwel alle boeken rondom projectleiderschap wordt 'gepropagandeerd'. Het is dus 'normaal', misschien zelfs wel geconditioneerd, dat leiderschap zo vorm krijgt.

Het is interessant kritisch te kijken naar deze heersende denkwijze. Zou het kunnen zijn dat het heersende wereldbeeld ('de structured approach') het denken over leiderschap dusdanig beïnvloedt dat coproductie wordt bemoeilijkt? Afgevraagd kan worden of de 'structured approach' zich überhaupt wel leent voor leiderschap in coproductieprojecten. Zou leidinggeven aan coproductieteams niet gemakkelijker gaan indien directief leiderschap met ingebouwde hiërarchie werd losgelaten en de nadruk komt te liggen op 'samen' in plaats van 'de leider'?

Met deze vragen in het achterhoofd is in de literatuur gezocht naar een verfrissende wijze van kijken naar projectleiderschap. De 'decreased control approach' (Ciborra 2001) is in het licht van deze bachelorscriptie waardevol. Binnen deze benadering is meer oog voor de weerbarstige leiderschapspraktijk. Een belangrijke assumptie is dat projecten niet planbaar of controleerbaar zijn. Soms is juist het gecontroleerd loslaten van de controle behulpzaam om verder te komen ('drift'). Binnen deze benadering wordt uitgegaan van de kracht van een bottom-up werkwijze waarbij de input van bij het project betrokken partijen - zoals de patiëntenvertegenwoordiger - meer zal worden erkend en gebruikt. Misschien is deze nieuwe wijze van denken over en kijken naar leiderschap noodzakelijk om daadwerkelijke coproductie te stimuleren en te realiseren. Een cultuuromslag is hiervoor onvermijdelijk omdat getornd zal gaan worden aan de fundamenteën van de gangbare denkwijze over leiderschap in projecten. Misschien is echter een dergelijke drastische herziening in het denken over projectleiderschap niet nodig en voldoet een kleine aanpassing van de 'structured approach' om te komen tot coproductie op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid. Het is goed denkbaar dat een gestructureerde wijze van leiderschap in coproductieprojecten, waarin gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid systematisch verweven zitten in de projectaanpak, voldoende.

De auteur beveelt aan tot literatuurontwikkeling. Het zou waardevol zijn een voor coproductie specifieke leiderschapsstijl te ontwikkelen waarbij de voor coproductie cruciale voorwaarden gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid dusdanig zijn geïnternaliseerd in het denken van de leider zodat de leiders niet alleen zeggen en denken aan coproductie te doen maar hier ook daadwerkelijk naar handelen. In de volgende paragraaf worden overige suggesties voor toekomstig onderzoek aangedragen.

§5.6 TOEKOMSTIG ONDERZOEK

In dit scriptieonderzoek zijn nieuwe inzichten op het gebied van leiderschap in coproductieprojecten gepresenteerd. Het betreffende onderzoeksdomein staat echter nog in de kinderschoenen en aanvullend onderzoek is dan ook gewenst. Op dit moment, zo bleek uit de uitgebreide literatuurstudie, is weinig theoretisch inzicht aanwezig over coproductieprojecten; laat staan specifiek over leiderschap als een van de randvoorwaarden voor dergelijke initiatieven. Verdere theorieontwikkeling is dan ook noodzakelijk. De resultaten van dit onderzoek zouden kunnen dienen als vertrekpunt voor vervolgstudies. Meerdere studies naar de processen rondom coproductie in (project)teams zouden een welkome aanvulling zijn. Onderzoek naar de voor coproductie benodigde vaardigheden van diverse spelers zou interessant zijn. Aanwezige studies zijn slechts gericht op de vaardigheden van artsen die van invloed zijn op coproductie in de spreekkamer.

In hoeverre verschilt coproductie in de spreekkamer (de één-op-één relatie) met coproductie in teams? Welke vaardigheden worden gevraagd van zorgverleners, stafleden en patiëntenvertegenwoordigers om te komen tot een dialoog? Tevens zou onderzoek nuttig zijn rondom de bestuurlijke condities – naast de in dit onderzoek beschreven factoren tijd en geld - die van invloed zijn op leiderschap in coproductieprojecten. Toekomstig onderzoek zou geënt kunnen zijn op een verdere inventarisatie van bestuurlijke factoren en de exacte betekenis voor leiderschap. Daarnaast zou het nuttig zijn meer inzicht te verkrijgen in de achterliggende redenen die maken dat er een kloof aanwezig is tussen de woorden en daden van de leider. Hoe komt het dat de leiders deze discrepantie zelf niet ervaren? Verder onderzoek wordt aanbevolen naar de verdeling van leiderschapstaken op het gebied van inhoud en proces. Duidelijk is geworden dat een zorgverlener in de rol van leider vanwege tijdgebrek niet in de gelegenheid is procesmatige taken op zich te nemen. Is het wel mogelijk dat een staflid (in casu een lijnmanager respectievelijk consultant) de inhoudelijke besluiten neemt?

De uit dit onderzoek voortkomende vragen lenen zich met name voor kwalitatief onderzoek omdat processen van betekenisgeving centraal staan. Benadrukt wordt dat uit dit scriptieonderzoek is gebleken dat datatriangulatie ten zeerste aan te bevelen is om diepgaand inzicht te krijgen in complexe processen zoals leiderschap in coproductieprojecten. In de volgende paragraaf wordt onder meer ingegaan op deze kracht van dit scriptieonderzoek.

§5.7 METHODOLOGISCHE REFLECTIE

In deze alinea volgt een methodologische reflectie op het gedane onderzoek. Sterke en minder sterke kanten van dit onderzoek worden belicht.

Vanaf de start van dit onderzoek is gezorgd voor een stevige theoretische fundering met een rijk gebruik aan bronnen waardoor diepgang is gecreëerd. Tevens is gebruik gemaakt van een divers palet aan databronnen (diepte-interviews aangevuld met observaties, informele gesprekken en documentenanalyse). Een ruime hoeveelheid aan data is verzameld, met elkaar in verband gebracht en vergeleken. Als gevolg van geconstateerde contrasten tussen de interviews met de leiders en observaties dan wel interviews met patiëntenvertegenwoordigers is de reeds verzamelde data opnieuw kritisch bestudeerd. Dit heeft geleid tot een diepgaander inzicht waardoor het trekken van waardevolle conclusies mogelijk was. Datatriangulatie heeft dus geleid tot een verhoogde interne validiteit.

Met het oog op de relatief korte onderzoeksperiode van een jaar en mogelijke 'overbevraging' van de respondenten – deze werden immers ook al meermaals geïnterviewd in het kader van een landelijk project – is besloten enkel de leiders en patiëntenvertegenwoordigers als kernspelers te interviewen. In de ideale situatie waren echter alle projectteamleden geïnterviewd. Daarnaast is helaas niet gesproken met de patiëntenvertegenwoordiger van het projectteam in FlemingMC omdat dit door een van de landelijke onderzoekers werd afgeraden in verband met 'overbevraging'. Een cliëntenraadslid uit ditzelfde ziekenhuis - die overigens wel bekend was met het coproductieproject en de leiders – is geïnterviewd. Voorafgaand aan de interviews zijn, op aanvraag, slechts centrale thema's en geen volledige topiclijst doorgespeeld richting de respondenten om te voorkomen dat sociaal wenselijke antwoorden konden worden voorbereid. Omdat respondenten, zo lijkt, open en eerlijk hebben gesproken over leiderschap in coproductieprojecten is de betrouwbaarheid van de data toegenomen. Geconcludeerd worden dat de respondenten geen drempel of vrees hebben gehad omdat op openhartige wijze de ervaringen met coproductie en leiderschap zijn gedeeld. Naar verwachting is dit mede te danken aan de inspanningen van de onderzoeker om bijvoorbeeld de respondenten uitgebreid in- en voor te lichten over het doel van het onderzoek en hen op hun gemak te stellen. Een laatste opvallendheid tijdens interviews is het vermelden waard. Opgemerkt is dat de meest basale leiderschapstaken als 'bekend' werden beschouwd en daardoor in eerste instantie niet expliciet werden genoemd door respondenten. Vanaf het moment dat de onderzoeker zich hiervan bewust werd – gedurende het eerste interview – is expliciet doorgevraagd. Op deze wijze is voorkomen dat de onderzoeker zelf invulling moest geven aan de meest basale leiderschapstaken.

De intentie van de onderzoeker was om in beide ziekenhuizen tijdens een projectteambijeenkomst te observeren. In BehringMC zijn geen observaties verricht omdat geen projectteambijeenkomsten werden georganiseerd. Het simpele feit dat geen formele overleggen werden belegd, heeft echter zeer waardevolle inzichten geboden. In FlemingMC heeft de observatie gezorgd voor diepgaand begrip van leiderschap in coproductieprojecten. Het zou krachtig zijn geweest indien meerdere projectteambijeenkomsten in FlemingMC bijgewoond zouden zijn om de reeds getrokken conclusies te verifiëren. Omdat de maandelijkse projectteambijeenkomsten samenvielen met belangrijke onderwijsmomenten is de onderzoeker hiertoe helaas niet in de mogelijkheid geweest.

Omdat bij de observaties en interviews enkel observatieleidraden en topiclijsten zijn gehanteerd is de letterlijke replicerbaarheid van dit onderzoek beperkt.

De documenten bieden weliswaar ondersteuning en richting maar vanwege het flexibele en open karakter is de mogelijkheid tot herhaling beperkt. Om toch de betrouwbaarheid te waarborgen heeft 'audit trail' plaatsgevonden. Hoewel tijdsintensief, zijn alle keuzen rondom het onderzoek gerapporteerd hetgeen heeft geholpen bij de methodologische verantwoording in dit rapport. Tevens zijn de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek op verschillende momenten in het onderzoekstraject gestaafd met de bevindingen van onderzoekers van het iBMG die betrokken waren bij het landelijke onderzoek naar coproductie. Geen contrasten zijn vastgesteld. Door 'zelfreflectie' is de onderzoeker zich bewust geworden van de persoonlijke vooroordelen waardoor deze opvattingen konden worden uitgeschakeld bij de dataverzameling en analyse. De betrouwbaarheid en interne validiteit is hierdoor verhoogd. 'Peer debriefing' heeft geresulteerd in revisies in dit onderzoeksrapport wat de validiteit ten goede is gekomen. Daarnaast is om de validiteit te verhogen een 'member check' uitgevoerd. De benaderde respondent heeft aangegeven zich voor 100% in de resultaten te kunnen vinden; aanpassingen zijn dan ook niet nodig geweest.

Het is relevant te benoemen dat binnen dit onderzoek sprake is van een zekere selectiebias. Twee coproductieteams uit verschillende ziekenhuizen zijn geselecteerd. Deze ziekenhuizen namen vrijwillig deel aan het landelijke onderzoeksproject (§3.1). Het betreft pioniers die gemotiveerd zijn en bereid zijn te investeren in coproductie. In die zin is het dus goed denkbaar dat deze ziekenhuizen niet representatief zijn voor de gehele populatie van ziekenhuizen in Nederland. Door deze selectiebias zou gesteld kunnen worden dat de externe validiteit van dit onderzoek beperkt is. Desalniettemin, als in deze vooruitlopende ziekenhuizen al een kloof aanwezig is tussen wat gezegd en gedaan wordt, is volgens de onderzoeker geen reden aan te nemen dat dit in ziekenhuizen die (nog) niet actief bezig zijn met patiëntenparticipatie anders zou zijn. Eerder valt te verwachten dat leiders binnen deze ziekenhuizen nog meer moeite hebben met het faciliteren van daadwerkelijke coproductie op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid. Uitgaande van deze denkgang kan gesteld worden dat de resultaten van dit onderzoek wel overdraagbaar zijn naar de overige ziekenhuizen in Nederland (inferentiële generaliseerbaarheid). Juist omdat binnen dit onderzoek gebruik is gemaakt van 'thick description', is de overdraagbaarheid van inzichten uit dit onderzoek naar andere cases vergroot. Door een ander licht te werpen op de leertheorie van Argyris (2005) kon de waargenomen werkelijkheid beter verklaard worden. Nooit eerder is, bij beste weten van de onderzoeker, leiderschap in coproductie gerelateerd aan de kloof tussen de 'espoused theory' en de 'theory in use'. Gesteld kan dus worden dat van theoretische generaliseerbaarheid binnen dit onderzoek sprake is omdat de theorie rondom leiderschap in coproductieprojecten in een breder theoretisch domein is geplaatst.

Afsluitend volgt een reflectie op de ethische aspecten van dit onderzoek. De conclusies van dit scriptieonderzoek blijken negatieve gevolgen te kunnen hebben voor de (relaties tussen) respondenten en deelnemende ziekenhuizen. Voorafgaand aan dit onderzoek werd dit niet voorzien. Gedurende het onderzoek zijn dus extra maatregelen getroffen om betrokkenen te beschermen tegen de eventuele schadelijke gevolgen van dit onderzoek. De ziekenhuisnamen die gebruikt zijn in dit rapport zijn fictief, citaten zijn geanonimiseerd weergegeven en literatuurverwijzingen die de herkomst verraden zijn veralgemeniseerd zodat herleiding niet mogelijk is. Bovendien is een van de respondenten nogmaals gevraagd toestemming te geven voor publicatie van dit onderzoek omdat de uitspraken van deze respondent relaties binnen het projectteam negatief zouden kunnen beïnvloeden. Geïnformeerde toestemming is nogmaals verleend.

Nu alle belangrijke resultaten zijn geduid en bediscussieerd, aanbevelingen zijn gedaan voor toekomstig onderzoek en het gedane onderzoek kritisch tegen het licht is gehouden wordt deze bachelorscriptie afgesloten met een eindconclusie.

§5.8 EINDCONCLUSIE

Een antwoord volgt op de centrale vraagstelling van dit onderzoek:

'Hoe kan leiding worden gegeven aan coproductieteams die in projectvorm kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg nastreven?'

Na bestudering van twee coproductieteams is gebleken dat in de praktijk leiderschap vorm krijgt alsof het coproductieproject een regulier project is. Hoewel een patiëntenvertegenwoordiger participeert in het team en dit afwijkt van de traditionele projectsituatie, hebben de projectteamleden aangegeven niet over specifiek voor coproductieprojecten geldende verwachtingen en behoeften op het gebied van leiderschap te beschikken. Daarmee zou de aanwezigheid van een patiëntenvertegenwoordiger in het coproductieteam geen additionele, specifieke karakteristieken van de leiders vragen. Op basis van dit onderzoek kan echter gesteld worden dat de huidige leiderschapswijze zich niet heeft geleend voor daadwerkelijke coproductie gebaseerd op gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid. De meerwaarde van dit onderzoek heeft zich bevonden in de constatering dat leidinggeven aan coproductieteams makkelijker gezegd dan gedaan is. Hoewel de leiders aangaven acties te ondernemen die coproductie realiseerden, bleek het voor de leiders in de praktijk lastig hier daadwerkelijk invulling aan te geven. Een kloof was aanwezig tussen de woorden en daden van de leider. Uitgaande van de wens tot coproductie, is een leiderschapsdynamiek waarbij gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid zijn geïnternaliseerd in het denken en doen van de leider noodzakelijk. Slechts dan kan de kloof tussen woorden en daden overbrugd worden.

6. LILTERATUURLIJST

- Abma, T. & J. Broerse. 2007. *Zeggenschap in wetenschap: Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Aken, T. van. 2008. 'Projectmanagement: Resultaten boeken met mensen 2.' *Management Tools 2* (2): 22-27.
- Argyris, C. 2005. 'Double-loop learning in organizations: A theory of action perspective.' In: K.G. Smith & M.A. Hitt (Eds.), *Great minds in management*, 261-279. Oxford: Oxford University Press.
- Arnstein, S. R. 1969. 'A ladder of citizen participation.' *Journal of American Institute of Planners* 35 (4): 216-224.
- Bass, B. M. 1990. *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.
- Bate, P. & G. Robert. 2006. 'Experience-Based Design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient.' *Quality and Safety in Health Care* 15 (5): 307-310.
- Bate, P., G. Robert & H. Bevan. 2004. 'The next phase of health care improvement: What can we learn from social movements?' *Quality and Safety in Health Care* 13 (1): 62-66.
- Bettencourt, L.A., A.L. Ostrom, S.W. Brown et al. 2002. 'Client co-production in knowledge-intensive business services.' *California Management Review* 44 (4): 100-128.
- Binkhorst, T., M. Weerts & A. Schipaanboord (red.). 2005. *Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis: Een handboek*. Utrecht: CBO, PP/CP Utrecht, NPCF.
- Boer, T. W. de. 2005. *Projectmanagement*. Amsterdam: Pearson Education.
- Boivin, A. 2012. 'Patient and public involvement in health care improvement.' Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Bon, J. van & M. Pieper (red.). 2005. *Projectmanagement op basis van PRINCE2*. Zaltbommel: Van Haren Publishing.
- Bovenkamp, H. M. van de. 2010. 'The limits of patient power: Examining active citizenship in Dutch Health care.' Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bovenkamp, H.M. van de, K. Grit & R. Bal. 2008a. *Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Rotterdam: iBMG.
- Bovenkamp, H.M. van de, K. Grit & R. Bal. 2008b. *Zaakwaarnemers van de patiënt: Naar een overzicht van activiteiten ter versterking van de positie van PGO-organisaties*. Rotterdam: iBMG.

- Boyle, D., S. Clarke & S. Burns. 2006. *Aspects of coproduction: The implications for work health and volunteering*. London: New Economics Foundation.
- Brandt, E. 2009. 'De mondige patiënt bestaat niet.' *Medisch Contact* 64 (9): 370-373.
- Brink, J. C. van den & K. Putters. 2002. 'Zakelijkheid bedreigt autonomie: De invloed van economisering op het werk van artsen.' *Medisch Contact* 55 (25): 950-952.
- Buse, K., N. Mays & G. Walt. 2009. *Making health policy*. Maidenhead: Open University Press.
- Cahn, E. 2000. *No more throw away people: The co-production imperative*. Washington: Essential Books.
- Cartwright, D. (Ed.). 1962. *Group dynamics: Research and theory*. New York: Harper & Row.
- CBO, NFK en iBMG. 2012. *Subsidieaanvraag bij ZonMW 'Randvoorwaarden voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuiszorg vanuit ervaringen van patiënten: Verbeteren met de NFK vraagwijzer en kwalitatieve participatiemethoden op vier oncologische afdelingen*. Den Haag: ZonMW.
- Ciborra, C.U. 2001. 'A critical review of the literature on management of corporate information infrastructure.' In: C.U. Ciborra (Ed.), *From control to drift: The dynamics of corporate information infrastructures*, 15-40. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S. G. & D. E. Bailey. 1997. 'What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite.' *Journal of Management* 23 (3): 329-290.
- Creswell, J. W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Lincoln: Sage Publications, Inc.
- Department of Health. 2005. *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. London: Department of Health.
- Dierendonck, D. van. 2011. 'Servant leadership: A review and syntheses.' *Journal of Management* 37 (4): 1228-1261.
- Edmondson, A. C., R. M. Bohmer & G. P. Pisano. 2001. 'Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.' *Administrative Science Quarterly* 46 (4): 685-716.
- Edmondson, E. 1999. 'Psychological safety and learning behavior in work teams.' *Administrative Science Quarterly* 44 (2): 350-383.
- Essers, J. P. J. M. 1999. 'Incommensurabiliteit en organisatie: Over het management van verschil in organisaties.' In *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*, edited by M. J. van Riemsdijk, 206-234.
- Farell, C. 2004. *Patient and public involvement in health: The evidence for policy implementation. A summary of the results of the health in partnership research programme*. London: Department of Health.

- Farr, M. C. 2012. 'Understanding participation in collaborative processes: Jointly involving staff and citizens in changing public services.' PhD Thesis, University of Bath Department of Social and Political Sciences.
- Ferretti, M.P. & V. Pavone. 2009. 'What do civil society organisations expect from participation in science?: Lessons from Germany and Spain on the issue of GMO's'. *Science and Public Policy* 36 (4): 287-299.
- Fisher, B. A. 1974. *Small group decision making: Communication and the group process*. New York: McGraw-Hill.
- Fong, P. S. W. 2003. 'Knowledge creation in multidisciplinary project teams: An empirical study of the processes and their dynamic interrelationships.' *International Journal of Project Management* 21 (7): 479-486.
- Greenleaf, R. K. 1970. *The servant as leader*. Westfield: The Greenleaf Center for Servant Leadership.
- Grit, R. 2007. *Competentiemanagement: Persoonlijk ontwikkelplan*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Grit, K.J., H.M. van de Bovenkamp & R.A. Bal. 2008. *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel*. Rotterdam: iBMG.
- Grol, R. & M. Wensing. 2011. *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.
- Gustafsson, U. & Driver. S. 2005. 'Parents, power and public participation: Sure start, an experiment in new labour governance.' *Social Policy & Administration* 39 (5): 528-543.
- Hogg, M. A. 2001. 'A social identity theory of leadership.' *Personality and Social Psychology Review* 5 (3): 184-200.
- Kerzner, H. 2009. *Project management: A systems approach to planning, scheduling and controlling*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Kerzner, H. 2001. *Strategic planning for project management using a project management maturity model*. New York: John Wiley & Sons.
- Kickul, J. & G. Neuman. 2000. 'Emergent leadership behaviors: The function of personality and cognitive ability in determining teamwork performance and KSA's.' *Journal of Business and Psychology* 15 (1): 27-51.
- Klopper-Kes, A. H. J. 2011. 'Mind the gap: Assessing cooperation between physicians and managers and its association with hospital performance. Enschede: Universiteit van Twente.
- Knowles, M. L. & W. L. Gardner. 2008. 'Benefits of membership: The activation and amplification of group identities in response to social rejection.' *Personality and Social Psychology Bulletin* 34 (9): 1200-1213.

- Kotter, J. P. 1990. *A force for change: How leadership differs from management*. New York: Free Press.
- Kuhn, T. S. 1962. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lammerts, E. 2008. *De regulering van medisch specialisten: Discussies met specialisten, bestuurders en zorgverzekeraars*. Amsterdam: TNS NIPO.
- Le Grand, J. 2003. *Motivation, agency & public policy: Of knights and knaves, pawns and queens*. Oxford: Oxford University Press.
- Lemieux-Charles, L. & W. L. McGuire. 2006. 'What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature.' *Medical Care Research and Review* 63 (3): 263-300.
- Leys, M., S. Reyntens & M. Gobert. 2007. *Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid: Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Locke, E. A. 2009. *Handbook of principles of organizational behavior: Indispensable knowledge for evidence-based management*. West Sussex: Wiley & Sons Ltd.
- Lötterman, L. 2005. 'Eigen verantwoordelijkheid betekent medeverantwoordelijk zijn: Kees Schuyt over de verborgen bronnen van een goede zorg voor gezondheid.' *Vakblad Over Gezondheid En Maatschappij* 3 (5): 8-11.
- May, J. 2006. 'Ladders, stars and triangles: Old and new theory for the practice of public participation.' *International Journal of Market Research* 48 (3): 305-319.
- Miles, M. B. & A. M. Huberman. 1994. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Beverly Hills: Sage publications.
- Mootz, M. 2007. 'De gespannen relatie tussen Wmo en Wcpv.' *TSG* 85 (3): 123-124.
- Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Moyser, G. & M. Wagstaffe (Eds.) 1987. *Research methods for elite studies*. London: Allen & Unwin.
- Needham, C. & S. Carr. 2009. *SCIE research briefing 31: Co-production, an emerging evidence base for adult social care transformation*. London: Social Care Institute for Excellence.
- Nembhard, I. M. & A. C. Edmondson. 2006. 'Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams.' *Journal of Organizational Behavior* 27 (7): 941-966.
- Northouse, P. G. 2013. *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

- Pawlikowska, T., J. Leach, P. Lavalley et al. 2007. *Consultation models' in Charlton R ed: Learning to consult.* Oxford: Radcliffe.
- Pestoff, V., S.P. Osborne & T. Brandsen. 2006. 'Patterns of co-production in public services: Some concluding thoughts.' *Public Management Review* 8 (4): 591-595.
- Realpe, A. & L.M. Wallace. 2010. *What's is co-production?* London: The Health Foudation.
- Rijk, A. de, I. van den Broek, K. Idema & T. Teunissen. 2011. 'Betere zorg door inbreng patiënten: Patiënten betrekken bij ontwikkeling richtlijnen heeft veel voordelen.' *Medisch Contact* 66 (44): 2430-2434.
- Sabatier, P. 1986. 'Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis.' *Journal of Public Policy* 6 (1): 21-48.
- Schippers, E. 2012. *Het gaat mij niet om marktwerking in de zorg, dat is mijn doel niet.* [Internet]. Trouw, 26-03-2012 [aangehaald op 01-11-2012]. Bereikbaar op <http://www.trouw.nl/tr/nl/4500/Politiek/article/detail/3231229/2012/03/26/Het-gaat-mij-niet-om-marktwerking-in-de-zorg-dat-is-mijn-doel-niet.dhtml>
- Shirley, D. 2011. *Project management for healthcare.* Boca Raton: Taylor & Francis Group.
- Smith, J. A. & R. J. Foti. 1998. 'A pattern approach to the study of leader emergence.' *Leadership Quarterly* 9 (2): 147-160.
- Spradley, J. P. 1980. *Participant observation.* New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Stasser, G. 1999. 'The uncertain role of unshared information in collective choice.' In *Shared Cognition in Organizations: The Management of Knowledge.*, edited by L. L. Thompson, J. M. Levine and D. M. Messick, 49-70. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Stasser, G., G. H. Tayler & C. Hanna. 1989. 'Information sampling in structured and unstructured discussions of three- and six-person groups.' *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (1): 67-78.
- Stasser, G. & W. Titus. 1985. 'Pooling of unshared information in group decision making: Biased information sampling during discussion.' *Journal of Personality and Social Psychology* 48 (6): 1467-1478.
- Stewart, T. A. 1997. *Intellectual capital: The new wealth of organizations.* New York: Currency Doubleday.
- Stogdill, R. M. 1974. 1948. 'Personal factors associated with leadership: A survey of the literature.' *Journal of Psychology* 25 (1): 35-71.
- Swaan, A. de, 1974. *Het spreekuur als opgave.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Tak, T. van der & G. Wijnen. 2006. *Programmamanagement: Sturen Op samenhang.* Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Thomas, A.B. 2003. *Controversies in management: Issues, debates, answers.* London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

- The King's Fund. 2012. *Experience-Based Co-Design toolkit: Working with patients to improve health care* [Internet]. The King's Fund, 2012 [19-10-12]. Bereikbaar op <http://www.kingsfund.org.uk/projects/point-care/ebcd>.
- Trappenburg, M. 2008. *Genoeg is genoeg: Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tritter, J. Q. & A. McCallum. 2006. 'The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein.' *Health Policy* 76 (2): 156-168.
- Turner, J.R. 1999. 'Projects and their management.' In: J.R. Turner (Ed.), *Handbook of project-based management: Leading strategic change in organizations*, 1-31. Londen: McGraw-Hill.
- Vilans. 2012. *Starten met patiëntenparticipatie* [Internet]. Vilans, 27-08-12 [06-11-12]. Bereikbaar op <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-participatie/Informatiecentrum-overig-Starten-met-patintenparticipatie.html>.
- Watson, C. & L. R. Hoffman. 2004. 'The role of task-related behavior in the emergence of leaders.' *Group & Organization Management* 29 (6): 659-685.
- Wigersma, L., A. Brabers, J. de Jong & M. Reitsma. 2011. 'Transparantie is niet zichtbaar: Onderzoek naar opvattingen over vraagsturing in de zorg.' *Medisch Contact* 66 (45): 2776-2778.
- Yukl, G. 2006. *Leadership in organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Yukl. 2009. 'Use power effectively to influence people.' In *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence-Based Management.*, edited by E. A. Locke, 349-365.
- FlemingMC. 2012. Projectplan. Plaatsnaam niet nader te noemen i.v.m. anonimiteit: FlemingMC.
- BehringMC. 2012a. Projectplan. Plaatsnaam niet nader te noemen i.v.m. anonimiteit: BehringMC.
- BehringMC. 2012b. Powerpoint presentatie projectopzet. Plaatsnaam niet nader te noemen i.v.m. anonimiteit: BehringMC.
- Zuiderwijk, C. 2009. *Interview Claudia Zuiderwijk: Bestuursvoorzitter Tergooiziekenhuizen* [Internet]. Management Scope, 10-02-2009 [aangehaald op 01-11-2012]. Bereikbaar op <http://managementscope.nl/magazine/artikel/313-interview-claudiazuiderwijk-tergooziekenhuizen>

BIJLAGE 1: TOPICLIJST INTERVIEWS

Doelstelling is inzicht verkrijgen in:

1. Hoe leiderschap vorm krijgt in coproductieprojecten
2. Verwachtingen en behoeften rondom leiderschap in coproductieprojecten
3. Verschillen coproductieprojecten en algemene projecten

De volgende aspecten krijgen aandacht:

Introductie

- Bedanken voor tijd en voorstellen
- Doel onderzoek (i.v.m. bachelorscriptie inzicht in leiderschap in coproductieprojecten)
- Doel interview (begrijpen waar op het gebied van leiderschap in coproductieprojecten behoefte aan is en waarom bepaalde processen op het gebied van leiderschap lopen zoals ze lopen. Leren van situatie. Géén beoordeling leiderschap)
- Opnameapparatuur en privacy
- Opbouw interview

Algemene opening (ijs breken)

- Eigen rol/positie binnen projectteam
- Ervaringen tot nu toe met project

Leiderschap in de praktijk

- Ontstaan leiderschap (wie neemt leiderschapsrol op zich, hoe is dit bepaald, hoe gegroeid, motivatie van leiders)
- Rolverdeling (taken) en samenwerking formele/informele leider
- Relatie leiders en projectteam (specifiek patiëntenvertegenwoordiger)
- Projectopzet
- Bestuurlijke condities (factoren die leiderschap vergemakkelijken/bemoeilijken bijv. tijd en geld)

Verwachtingen behoeften rondom leiderschap

- Is een leider überhaupt noodzakelijk in coproductieteams?
- Ideale situatie (huidige situatie of fictief)
- Doorvragen naar positie (zorgverlener of staf?), persoonskenmerken, vaardigheden, gedrag, taken

Deelname patiëntenvertegenwoordiger aan projectteam

- Rol en positie patiëntenvertegenwoordiger (gelijkwaardige gesprekspartner?)
- Bijdrage patiëntenvertegenwoordiger (betrekken, rol leider?)
- Verschillen coproductieproject t.o.v. regulier project (wat is anders?)
- Heeft aanwezig patiëntenvertegenwoordiger in team invloed op hoe leiderschap vorm krijgt of dient te krijgen?
- Specifieke behoeften en/of verwachtingen rondom leiderschap als patiëntenvertegenwoordiger participeert in team?

Afsluiting

- Korte samenvatting (goed begrepen?)
- Vergeten of onderbelichte onderwerpen?
- Bedanken en afsluiting

BIJLAGE 2: OBSERVATIELEIDRAAD

Doelstelling is inzicht verkrijgen in:

1. Hoe leiderschap vorm krijgt in coproductieprojecten
2. Rol, positie en invloed patiëntenvertegenwoordiger op het projectteam

De volgende aspecten krijgen aandacht:

- Non-verbale communicatie (lichaamshouding, gezichtsuitdrukking, oogcontact)
- Verbaal gedrag (wie zegt wat? Spreektijd en intonatie)
- Dominantie
- Emotionaliteit
- Fysische artefacten (kleding, vergaderattributen zoals schrijfblok etc.)
- Plaats van de bijeenkomst (sfeer)
- Opstelling (welke projectteamlid neemt waar plaats?)
- Rolverdeling
- Omgang tussen de projectteamleden (vriendschappelijk, formeel etc.)
- Op welke wijze spreken projectteamleden elkaar aan (tutoyeren, jargon)?
- Wie neemt de leiding tijdens de bijeenkomst? Hoe wordt daarop gereageerd?
- Wie neemt belangrijke besluiten?
- Hoe presenteren de formele en informele leiders zich in termen van persoonskenmerken, vaardigheden en gedrag?
- Hoe gedragen de leiders zich ten opzichte van anderen? (specifiek ten opzichte van elkaar en de patiëntenvertegenwoordiging)
- Hoe wordt informatie uitgewisseld? Hoe wordt de spreektijd verdeeld? Wordt iedereen betrokken en door wie?
- Specifiek aandacht voor rol, positie en invloed van patiëntenvertegenwoordiger