

Samen werken aan gedeeld leiderschap

In de Amsterdamse klinische acute GGZ



Ruben Loeve



Samen werken aan gedeeld leiderschap

Een onderzoek naar de rol van gedeeld leiderschap in de samenwerking tussen aanbieders van acute (klinische) GGZ in Amsterdam



Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration (MHBA)

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

07 mei 2025

Ruben Loeve

Loeve.Ruben@gmail.com

Afbeelding voorblad gemaakt met Chatgpt.com

Begeleider: Prof. Dr. Wilma van der Scheer
Tweede beoordelaar: Dr. Oemar van der Woerd

Voorwoord

Deze thesis is geschreven ter afronding van de MhBA (Master of Health Business Administration) van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Deze tweejarige opleiding heeft mij de mogelijkheid gegeven om mijzelf op veel verschillende aspecten van het management vak en op persoonlijk vlak te ontwikkelen. Het was een periode van intensief werken en intensief genieten van alle modules die de MHBA voor ons in petto had. De vaste docenten, de gastdocenten, de programmaleiding, de gastvrijheid van Villa Heidebad en zeker mijn studiegenoten hebben deze studie-ervaring tot een geweldige reis gemaakt. Jullie hebben er gezamenlijk voor gezorgd dat deze Amsterdammer zich thuis heeft gevoeld aan het Erasmus. Ik wil jullie dan ook allemaal bedanken voor het sparren, het samenwerken en vooral die momenten vol vrolijkheid en humor. Ik heb ervan genoten.

Het idee om tot het onderwerp gedeeld leiderschap en samenwerking in netwerken te komen zat al langer in mijn hoofd. In mijn werk als manager van een acute opname kliniek in Amsterdam ken ik de moeilijkheden die wij allemaal binnen de samenwerking ervaren. De *struggle* tussen de focus op je interne organisatie en de wens om meer met elkaar te doen is *real*. Gedurende de studie ontwikkelde ik een steeds grotere wens om meer vanuit gezamenlijkheid te kijken naar - in dit geval - de toegankelijkheid van de acute klinische GGZ voor de doelgroep waar wij zo graag voor werken, daarnaast werd ik enorm aangezet door het thema gedeeld leiderschap. In deze thesis komt dat samen.

“Zaterdag was de mooiste dag van de week
En je wist als je naar je vriendjes keek
Hier gaan ze heel wat beleven

En de trainer riep **samen is niet alleen**
Maar eenmaal op het veld vergat je dat meteen
We waren zeven”

Bovenstaande tekst komt uit de titelsong van het programma *Allstars*, een voetbalteam dat sinds jongs af aan samen voetbalt. De coach (een vader) stuurt de kleine jongens van 7 jaar het veld op met de boodschap: Samen is niet alleen. Maar op die leeftijd vergat je dat zodra je het veld op stapte. Deze zin is tekenend voor hoe ik naar de samenwerking in de acute GGZ in Amsterdam kijk. De boodschap is duidelijk, het is nu aan ons, als professionals, om die boodschap ook te doorleven als we het ‘veld op stappen.’

Het schrijven van de thesis was geen gemakkelijke opgave. Net zoals samenwerken in een netwerk ook veel tijd en energie kost. Het was dan ook niet gelukt zonder de begeleiding en steun van Wilma van der Scheer. Dank voor je vertrouwen en je geduld Wilma, ik heb veel geleerd van onze sessies. Dank ook zeker aan alle respondenten die hebben bijgedragen aan dit onderzoek.

Ook een bijzonder woord van dank aan mijn directie Edo Klein en Foka Eekhof die het vertrouwen gaven om deze opleiding te gaan doen. Een heel groot woord van dank aan mijn collega’s Marjan, Nathalie, Carla, Abigail en Ingrid die luisterden naar mijn nieuwe ideeën en steunden als dit nodig was. Aan Mike Wouters, vriend en collega die altijd voor mij klaar stond met zijn onuitputbare energie. En tot slot mijn lieve gezin Romy en Mosie, mijn geweldige meiden, die hebben moeten verdragen dat ik soms (vaak) in gedachten was verzonken, die meedachten en zoveel liefde gaven dat ik deze reis goed kon afmaken. Dank jullie wel!

Management samenvatting

De aanleiding voor dit onderzoek ligt in de groeiende uitdagingen binnen de Amsterdamse acute (klinische) geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De toenemende druk op de klinische capaciteit, de stijgende zorgvraag voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en de noodzaak tot netwerk samenwerking staan, mede door landelijke akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022) en regionale plannen van de gemeente Amsterdam (2022), nadrukkelijk op de agenda. Drie Amsterdamse instellingen — Amsterdam UMC, Arkin en GGZ InGeest — hebben de gezamenlijke opgave om toegankelijke en kwalitatief goede klinische zorg te bieden aan deze doelgroep, maar lopen in de samenwerking tegen structurele belemmeringen aan.

De centrale onderzoeksvraag luidt: **Welke rol kan gedeeld leiderschap spelen in de samenwerking in het netwerk van acute (klinische) GGZ in Amsterdam?**

Om deze vraag te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatieve casestudy. De gebruikte onderzoeksmethoden omvatten een literatuurstudie, semigestructureerde interviews op operationeel, tactisch en strategisch niveau binnen de drie instellingen, en observaties van het preventief beddenoverleg. De literatuurstudie leverde theoretische inzichten op over samenwerking in zorgnetwerken en de toepassing van gedeeld leiderschap. In totaal zijn acht interviews afgenomen met psychiaters, managers en bestuurders, en zijn vijf multidisciplinaire overleggen geobserveerd.

Uit het onderzoek blijkt dat samenwerking op verschillende niveaus plaatsvindt. Op cliëntniveau ervaren professionals de samenwerking doorgaans als positief: de inhoudelijke expertise staat centraal en er is sprake van gedeeld leiderschap. Op beleids- en organisatieniveau daarentegen wordt de samenwerking belemmerd door negatieve beeldvorming, gebrek aan gezamenlijke visie, onzekerheid over verantwoordelijkheden en onduidelijke governance.

Gedeeld leiderschap, zoals beschreven door Van der Scheer (2023), biedt kansen om deze samenwerking te verbeteren. Essentiële voorwaarden hierbij zijn: vertrouwen, gelijkwaardigheid, responsiviteit en investeren in elkaars competenties. Bestuurders erkennen het belang van een gedeelde ambitie en tonen bereidheid om gezamenlijk te investeren in de samenwerking en bestaande afspraken waar nodig te herzien. Professionals geven tegelijkertijd aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid, structuur en informele, functiegerichte overleggen. Dit vraagt van organisaties om responsief te handelen, zowel richting de netwerkambitie als richting de behoeften van professionals.

De samenwerking tussen aanbieders van acute klinische GGZ in Amsterdam blijkt een kansrijke context voor de toepassing van gedeeld leiderschap. Dit vereist heldere gezamenlijke doelen, structurele overlegvormen, duidelijke governance en de bevordering van onderling vertrouwen en informele relaties. Zowel leidinggevendenden als professionals zullen moeten investeren in de kwaliteit van de samenwerking, waarbij ook het perspectief van cliënten en hun naasten nadrukkelijker moet worden betrokken.

Aanbevelingen voor de praktijk zijn onder andere: investeren in leiderschapsontwikkeling, het verbeteren van stuurinformatie, en het kritisch herzien van beleidsafspraken met het oog op vertrouwen en zorgkwaliteit.

Gedeeld leiderschap vormt een belangrijke sleutel tot verbetering van de samenwerking in de Amsterdamse acute GGZ. Om deze potentie te benutten zijn gerichte investeringen nodig in mensen, processen en onderlinge relaties. Daarnaast is het van belang om dat we verdragen dat we bezig zijn aan een complexe opgave, humor en relativering kunnen hierin een bepalende rol spelen.

Management Summary

The motivation for this research lies in the growing challenges within the Amsterdam acute (clinical) GGZ. Increasing pressure on clinical capacity, the rising demand for care for people with a severe mental illness (EPA), and the need for network collaboration have all gained urgency, in part due to national agreements such as the Integraal Zorg Akkoord (IZA, 2022) and regional plans issued by the municipality of Amsterdam (2022). Three Amsterdam-based institutions — Amsterdam UMC, Arkin, and GGZ InGeest — share the responsibility of delivering accessible and high-quality clinical care to this population, yet encounter structural barriers in their collaboration.

The central research question is:

What role can shared leadership play in the collaboration within the network of acute (clinical) GGZ in Amsterdam?

To address this question, a qualitative case study was conducted. Research methods included a literature study, semi-structured interviews at operational, tactical, and strategic levels within the three institutions, and observations of the *preventief beddenoverleg*. The literature study provided theoretical insights into collaboration in healthcare networks and the application of shared leadership. Eight interviews were conducted with psychiatrists, managers, and board members, and five multidisciplinary meetings were observed.

The findings show that collaboration occurs on multiple levels. At the client level, professionals generally report positive experiences: their care expertise is acknowledged, and shared leadership emerges. However, at the policy and organizational levels, collaboration is hindered by negative perceptions, a lack of shared vision, uncertainty about responsibilities, and unclear governance structures.

Shared leadership, as described by Van der Scheer (2023), offers opportunities to strengthen collaboration. Key conditions include trust, equality, responsiveness, and investment in the competencies of all involved. Board members recognize the importance of a shared ambition and show a willingness to invest in the collaboration and revisit existing agreements where necessary. Professionals, meanwhile, express the need for greater clarity, structure, and informal role-based meetings. Organizations are thus challenged to respond to both the network's shared ambition and the professionals' practical needs.

The collaboration between acute clinical GGZ providers in Amsterdam represents a promising context for the application of shared leadership. This requires clear joint objectives, structured consultation forms, sound governance, and the promotion of informal relationships and mutual trust. Both managers and professionals need to invest in the quality of collaboration, with more explicit involvement of clients and their families.

Practical recommendations include investing in leadership development, improving steering information, and critically reviewing policy agreements to strengthen trust and care quality.

In conclusion, shared leadership is a key enabler for improving collaboration within the Amsterdam acute GGZ. Unlocking its full potential requires deliberate investment in people, processes, relationships — and time. Just as importantly, it demands that we tolerate the complexity of the task at hand, in which humour and perspective can play a vital role.

Inhoudsopgave

1.0	Aanleiding.....	7
1.1	Probleemstelling	8
1.2	Context acute psychiatrie Amsterdam	9
1.3	Doelstelling	10
1.4	Centrale vraagstelling.....	11
1.5	Afbakening	11
1.6	Relevantie.....	11
2.0	Theoretisch kader	13
2.1	Van gecompliceerd naar complex	13
2.2	Samenwerken in netwerken.....	14
2.3	(Gedeeld) Leiderschap	16
2.4	Conclusie.....	19
3.0	Onderzoeksopzet.....	20
3.1	Literatuurstudie.....	20
3.2	Data verzameling.....	21
3.3	Data-analyse.....	23
3.4	Kwaliteitsborging.....	23
4.0	Resultaten	24
4.1	Niveaus van samenwerking.....	24
4.2	Hoe wordt de samenwerking ervaren?	25
4.3	Welke belemmeringen ziet de (zorg)professional om de samenwerking te verbeteren?	26
4.4	Welke kansen ziet de (zorg)professional om de samenwerking te verbeteren?	28
4.5	Resultaten bestuurders	29
4.6	Conclusie	32
5.0	Conclusie, discussie en aanbevelingen	34
5.1	Beantwoording van de centrale vraag.....	34
5.1.1	Samenwerken in netwerken en gedeeld leiderschap in netwerken, de onderlinge verhoudingen tussen deze concepten	34
5.1.2	Ervaringen binnen de samenwerking en mogelijkheden tot verbetering van deze samenwerking	35
5.1.3	Het besturen van een netwerksamenwerking.....	36
5.1.4	De samenwerking tussen aanbieders van klinische acute GGZ in Amsterdam, een kansrijke omgeving voor gedeeld leiderschap?	36

5.1.5 Beantwoording centrale vraagstelling	37
5.2 Discussie.....	38
5.3 Aanbevelingen	40
5.3.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek	40
5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk.....	40
Referenties	42
Bijlage 1 Topiclijst interview (zorg)professionals	45
Bijlage 2 Topiclijst semigestructureerde interviews met bestuurders	46
Bijlage 3 Codeboom selectief coderen	47

1.0 Aanleiding

De Nederlandse GGZ ondertekent het Integraal Zorg Akkoord (IZA) in 2022. Het onderkent daarmee dat ook binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) er iets moet gebeuren om aan drie grote thema's te werken: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (IZA, 2022). In lijn met deze thema's is een van de verbeterrichtingen in het IZA: samenwerken in netwerken. In de acute GGZ in Amsterdam wordt al jaren hard gewerkt om in het 'netwerk van acute (klinische) GGZ' tot een effectieve samenwerking te komen. Zowel Intern bij de grote GGZ-instellingen als in de samenwerking met ketenpartners verloopt deze samenwerking met wisselend succes, elk weekend is de druk voelbaar of er voldoende klinische capaciteit (toegankelijkheid) beschikbaar is om inwoners en bezoekers van noodzakelijk en goede zorg (kwaliteit) te voorzien. En omdat het aantal GGZ-gebruikers in Amsterdam harder stijgt dan in de rest van Nederland (Gupta, 2022) wordt deze opgave vermoedelijk alleen maar groter.

Amsterdam onderscheidt zich van andere grote steden in Nederland. Er zijn drie aanbieders van klinische (acute) GGZ voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) (GGZ Standaarden, 2024). Samen hebben deze instellingen de taak om de inwoners en bezoekers van Amsterdam met een EPA van goede zorg te voorzien. Deze instellingen bedienen eenzelfde doelgroep maar doen dat allemaal op eigen wijze. Dat is in principe geen probleem maar het gaat knellen als dit ervoor zorgt dat de instellingen moeite hebben om met elkaar samen te werken. Om de gevolgen van een gebrekkige samenwerking te laten zien is in onderstaande casus een beschrijving van een (fictief) persoon die klinisch moet worden opgenomen in Amsterdam.

Het is vrijdagmiddag 12.00u, het wekelijkse 'beddenoverleg' van de crisisketen GGZ in Amsterdam is net afgelopen. Tijdens dit overleg geeft de medewerker van instelling A bij de plaatsingscoördinator van instelling B aan dat het zo niet langer kan: *"Deze client wacht al te lang op een opname en is volgens de postcode regeling voor jullie, ik snap dat het moeilijk is maar de client moet vandaag nog naar jullie over"* De client over wie in deze casus wordt gesproken is een client die op basis van de postcoderegeling bij instelling B hoort maar sinds maandag in instelling A verblijft. Er is die week herhaaldelijk contact over een overplaatsing. Echter is deze cliënt ambulante in zorg bij instelling A. Instelling B beroept zich daarom op behandelaffiniteit en heeft onvoldoende personeel om deze complexe zorgvraag te bieden. Na veel overleg neemt instelling B de client over. Diezelfde avond gaat het mis met deze client, door de overplaatsing neemt de spanning toe en de client moet volgens instelling B worden afgezonderd in een extra beveiligde ruimte. Instelling B heeft echter in het kader terugdringen dwang nog maar een extra beveiligde kamer (EBK) en deze is al bezet. Door het moeizame contact met de eerste instelling benadert instelling B uiteindelijk instelling C om gebruik te maken van de klinische capaciteit daar. De client wordt die nacht door de ambulance naar de nieuwe plek vervoerd opnieuw onder invloed van (vervoers)medicatie. Instelling C is bereid om de zorg voor dat weekend over te nemen maar zegt daarbij: maandag moet het bed weer vrij zijn, dan verwachten we een opname en die heeft op de achterhand een EBK nodig. Instelling B stemt in met deze terugnamegarantie en zet man en macht in om op maandag plek te maken. Deze client, die Mitchell heet, knapt drie dagen later op, hij heeft door inname van verdovende middelen een psychose doorgemaakt maar voelt zich weer stabiel. Hij ziet in 10 dagen drie verschillende instellingen, maakt twee keer een ambulance rit mee en wordt op twee plekken afgezonderd. Zijn ambulante behandelaar pikt het niet en stelt deze route bij zijn eigen instelling ter discussie. Hoe kunnen we zo omgaan met mensen? De instelling verwijst naar de plaatsingsafspraken en de postcoderegeling en daarmee stopt de discussie.

1.1 Probleemstelling

In bovenstaande casus wordt het (sombere) beloop van Mitchell beschreven. Helaas is de casus van Mitchell geen incident. Bijna dagelijks wordt er door (ambulant) behandelaren (te) hard gewerkt om cliënten op de juiste plek en op tijd in zorg te krijgen in Amsterdam. Ook de beoordelingsruimtes van de crisisdienst zitten regelmatig langer vol dan nodig lijkt. Er is binnen de Amsterdamse klinische GGZ een constante wachtlijst voor mensen waarvan wordt ingeschat dat ze niet langer kunnen wachten op een opname (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2024).

Het netwerk acute klinische GGZ Amsterdam

De samenwerking in het netwerk van acute GGZ is een samenwerking die al langere tijd bestaat. Ver voordat het IZA het belang van regionale (netwerk)samenwerking als oplossingsrichting aandroeg. Door de jaren heen heeft dit netwerk op verschillende manieren onder druk gestaan waarbij vooral (klinische) capaciteitsproblemen problemen rond kwaliteit van zorg en samenwerkingsproblemen in het netwerk op de voorgrond staan. Met de toenemende vergrijzing, de toenemende zorgvraag en het gebrek aan mensen en middelen staat de samenwerking in het netwerk acute GGZ in Amsterdam eens te meer onder druk (Amsterdam Vitaal & Gezond, 2023).

In het regioplan (2022) van de gemeente Amsterdam staan rondom de acute klinische GGZ een aantal opgaven beschreven:

1. Een virtueel beddenhuis, dat stedelijk inzicht geeft in capaciteit in de zorgketen in de stad;
2. Capaciteitsmanagement van de klinische en ambulante voorzieningen;
3. **Een goed functionerende acute keten.**

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking van deze acute keten, met daarin als focus: de acute keten van klinische GGZ in Amsterdam.

Hoewel er collectief (door professionals, beleidsmakers, managers, bestuurders) wordt nagedacht over hoe we de zorg de juiste kant op bewegen worden we tegelijkertijd geconfronteerd met de harde werkelijkheid: steeds complexer wordende zorgvragen en minder mensen en middelen om de zorg te bieden. De GGZ zakt volgens de Nederlandse GGZ financieel door de bodem (de Nederlandse GGZ, 2023). Er zijn dus gedeelde (collectieve) zorgen maar ook interne zorgen om de organisatie financieel gezond te houden. Dit klinkt als een onbestuurbaar fenomeen. Iedereen heeft hetzelfde doel, goede zorg bieden voor de cliënten die dat op een bepaald moment nodig hebben. Het zou voor de organisatie niet uit moeten maken waar dat gebeurt, de client moet op de juiste plek terecht komen. Maar waarom is dat dan toch zo ingewikkeld?

Om tot een goede samenwerking te komen zetten de verschillende organisaties in op samenwerkingsafspraken. Een voorbeeld hiervan is de postcoderegeling: waar iemand woont, bepaalt waar iemand in zorg komt. Ook bepalen (specialistische) onderdelen binnen de verschillende GGZ instellingen wat het best passend is. Aanbieders in Amsterdam hanteren in- en exclusiecriteria. Zo kan je bij een specifieke instelling worden behandeld voor je verslavingsprobleem en bij een andere instelling trauma behandeling ontvangen. Deze criteria bepalen of iemand in zorg komt of niet. Beleidsafspraken zoals de postcoderegeling, of het hanteren van duidelijke in en exclusiecriteria werken voor een groot deel van de mensen die een behandeling nodig hebben goed. Voor deze mensen is duidelijk waar ze kunnen worden opgenomen en hoewel ook hier de wachttijden lang zijn, is de zorg vaak op tijd. Deze groep ontvangt kwalitatief goede zorg door een vast behandelteam vanuit een gedegen methodiek. Dit onderzoek richt zich echter op de mensen met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA). Deze groep mensen valt vaak buiten de grote groep waarvoor de zorg goed te organiseren is, de mens met een EPA heeft vaak meer dan een enkele vorm van (specialistische) zorg nodig (GGZ Standaarden, 2024). Voor deze groep is het nodig om buiten de bestaande beleidsafspraken

te kijken, zorg op maat af te stemmen en dus ook met elkaar te kijken wat de meest geschikte plek is om opgenomen te worden.

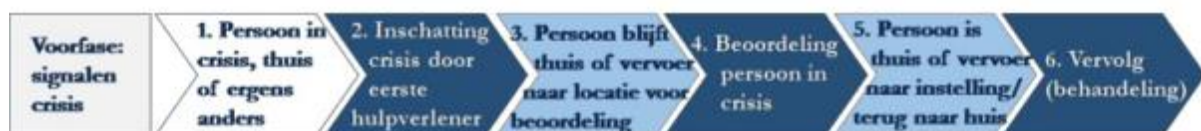
Om in een netwerk van meerdere instellingen buiten de beleidskaders te werken is complex. Samenwerken in complexe netwerken vraagt om een nieuwe vorm van leiderschap die verder kijkt dan het eigen perspectief: door de professional, door het management en van de bestuurders in deze samenwerking. De complexiteit van deze samenwerking vraagt niet om een traditionele vorm van leiderschap, maar een vorm waarbij verder wordt gekeken dan het eigen (organisatie) belang, waar vanuit de gedeelde zorg wordt gekeken, waar ruimte is om naar elkaar te luisteren en waarbij wordt gewerkt aan vertrouwen door open en transparante communicatie. En dat onder druk. De vraag naar leiderschap komt namelijk altijd om de hoek kijken als de druk op de samenwerking het grootst is. Van der Scheer (2023) stelt dat omgaan met dit soort vraagstukken vraagt om gedeeld leiderschap.

1.2 Context acute psychiatrie Amsterdam

Dit onderzoek richt zich op drie aanbieders van klinische acute GGZ in Amsterdam: Amsterdam UMC, Arkin, GGZ InGeest. Om de context te schetsen waarin deze aanbieders (met elkaar samen)werken wordt eerst een beschrijving gedaan van de verschillende routes die een cliënt doorloopt om klinisch opgenomen te worden op een van de afdelingen, daarnaast wordt beschreven hoe deze instellingen zich in de regio Amsterdam tot elkaar verhouden en wordt een beschrijving gedaan van de zorg die klinisch geboden wordt.

1.2.1 Opnamestromen

Er zijn twee verschillende routes te onderscheiden hoe mensen worden opgenomen op een klinische afdeling van een van de drie onderzochte instellingen in Amsterdam. Personen die ambulant in zorg zijn bij een van de drie instellingen kunnen op inschatting van de ambulant hulpverlener, cliënt en zijn/haar naasten worden geïndiceerd voor een opname. Dit kan op vrijwillige basis of met een zorgmachtiging onder de Wet Verplichte GGZ (WVGZ) (VWS, 2025). Naast deze doelgroep die al (langer) onder behandeling is bij een van de grote zorginstellingen kan een opname ook plaatsvinden na een beoordeling van de crisisdienst in de regio Amsterdam. Er is dan sprake van een onmiddellijk dreigend nadeel voor de persoon en/of zijn/haar omgeving. Het gedrag van de persoon wordt (hoogstwaarschijnlijk) veroorzaakt door een psychische stoornis en de persoon verzet zit tegen de noodzakelijke zorg. Deze tweede opname stroom is vastgelegd in de Zorgstandaard Acute Psychiatrie. In onderstaand figuur worden de verschillende stappen van een beoordeling crisisdienst weergegeven.



Figuur 1: Stappen die een persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis kan doorlopen. Uit: Zorgstandaard Acute Psychiatrie (2024, p-15)

1.2.2 Zorgstandaard Acute Psychiatrie/ Generieke Module Acute Psychiatrie

Om tijdige en kwalitatief goede psychiatrische hulpverlening te kunnen leveren aan de mensen die dat nodig hebben is de zorgstandaard acute psychiatrie opgesteld, ook beschreven als de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) (GGZ Standaarden, 2024). Deze zorgstandaard is opgesteld door een samenwerking van een groot aantal vertegenwoordigers van beroeps-, cliënten- en brancheorganisaties van ketenpartners binnen de acute psychiatrische hulpverlening. Deze zorgstandaard beschrijft hoe er door verschillende partijen in een regio moet worden samengewerkt om inwoners van de regio tijdig en goede zorg te bieden. Uitgangspunten van deze zorgstandaard zijn:

1. Beoordelen en behandelen waar mogelijk thuis;
2. Vloeiend functioneren van de acute psychiatrische keten;

3. Aansluiten bij de zorgbehoefte van de persoon in crisis en zijn/haar naasten;
4. Voorkomen van onnodige stigmatisering of traumatisering (GGZ Standaarden, 2024).

1.2.3 Regiobinding

De landelijke afspraak is dat mensen binnen hun eigen regio worden behandeld. Nederland bestaat uit 28 acute regio's (GGZ Standaarden, 2018). In Amsterdam bedienen de drie onderzochte instellingen de regio 'Amsterdam en omgeving'. Deze bestaat uit de gemeenten Amsterdam (inclusief Weesp) en Diemen (Regiobeeld, 2023). Twee van de drie instellingen (Arkin en GGZ InGeest) hebben met elkaar afgesproken hoe de verschillende postcodegebieden voor de crisisdienst en ambulante FACT zorg binnen deze regio zijn verdeeld (Spoedeisende psychiatrie Amsterdam, 2025). Het Amsterdam UMC biedt geen *outreaching* zorg voor mensen met een EPA, dit wordt door GGZ InGeest en Arkin gedaan. De klinische zorg is ook afgestemd op basis van deze postcodeverdeling. Het Amsterdam UMC bedient het postcodegebied in Amsterdam- Zuidoost en Diemen wat betreft klinische acute zorg. In de acute regio is Arkin aangewezen als regievoerder. De regievoerder wordt aangewezen door de representerende zorgverzekeraar. De regievoerder stelt een tijdspad op voor het herijken en bespreken van het regioplan. De regievoerder is verantwoordelijk voor de communicatie en afstemming met de ketenpartners. Ook maakt de regievoerder jaarlijks een financiële afspraak voor de acute psychiatrie (GGZ Standaarden, 2024).

1.2.4 High & Intensive Care (HIC)

High & Intensive Care (HIC) is een model voor kortdurende klinische opname in de GGZ. Alle drie de onderzochte instellingen werken met dit model op de acute opname afdelingen. Het model is ontwikkeld door diverse stakeholders in de GGZ en is gericht op het bieden van goede en menswaardige zorg waarin veiligheid en bescherming gecombineerd wordt met respectvolle zorg. Het terugdringen van dwanginterventies zoals gedwongen medicatie of afzondering is een belangrijk uitgangspunt (Melle et al., 2019). Een aantal belangrijke kernuitgangspunten zijn daarnaast:

- Contact is de basis van de behandeling;
- Er wordt multidisciplinair gewerkt;
- Een opname is een tijdelijke opschaling van de ambulante zorg, het ambulante kader blijft leidend;
- Familie en naasten zijn nauw betrokken;
- Het team kent een lerende cultuur;
- Opschaling van zorg en een-op-een begeleiding is mogelijk;
- Er wordt gebruikt gemaakt van ervaringsdeskundigheid;
- Men werkt vanuit de context in de keten (CCAF, 2023).

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek gaat op zoek naar (vormen van) gedeeld leiderschap binnen de samenwerking in de acute GGZ in Amsterdam, bij de (zorg) professional (operationeel), bij het management (tactisch) en op bestuurlijk niveau (strategisch niveau). Het onderzoekt hoe professionals gedeeld leiderschap ervaren en waar dit mogelijk ontbreekt. Dit onderzoek hoopt daarmee aanbevelingen op te leveren die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de samenwerking binnen dit netwerk van acute GGZ-instellingen.

1.4 Centrale vraagstelling

Welke rol kan gedeeld leiderschap spelen in de samenwerking in het netwerk van acute (klinische) GGZ in Amsterdam?

1.4.1 Deelvragen

1. Wat is gedeeld leiderschap, en hoe verhoudt zich dat tot samenwerking in zorgnetwerken? (Literatuurstudie)

Deze deelvraag geeft een verdieping in de theorie achter gedeeld leiderschap en hoe dit afwijkt van de meer traditionele hiërarchische leiderschapsmodellen, en geeft inzicht in welke (toegevoegde) waarde dit kan hebben op de samenwerking in zorgnetwerken, waar (vaak) sprake is van complexe samenwerking.

2. Hoe ervaart de professional de samenwerking en het eigen leiderschap binnen het netwerk van acute GGZ en waar zitten volgens de professional de beperkingen? (interviews)

Deze deelvraag beantwoordt wat de professional als het eigen leiderschap ziet, hoe dat tot uiting komt en hoe dit zich verhoudt tot het netwerk waarin zij samen werken voor de client. Deze deelvraag onderzoekt ook waar volgens de professional de beperkingen zitten in de samenwerking en het eigen leiderschap.

3. Hoe geven de bestuurders leiding aan deze samenwerking?

Met deze deelvraag wordt een antwoord gegeven op hoe de bestuurders sturing geven aan de organisatie met de uitdagingen die (deze) netwerksamenwerking opleveren. Het onderzoek haalt praktijkvoorbeelden uit deelvraag 2 aan om dit met de bestuurders te bespreken.

4. Is het netwerk van acute klinische GGZ een kansrijke omgeving om (vormen van) gedeeld leiderschap toe te passen, en welke voorwaarden zouden aangepast moeten worden om hier (meer) ruimte voor te maken? (Interviews, observaties)

Deze deelvraag beantwoordt door middel van observaties en interviews of de samenwerkingscontext van het netwerk voedingsbodem geeft om (vormen) van gedeeld leiderschap toe te passen, welke voorwaarden in het netwerk dit bevorderen en waar kansen liggen om de voorwaarden anders in te richten.

1.5 Afbakening

Kenmerkend aan Amsterdam is dat er drie instellingen zijn die specialistische klinische GGZ bieden voor mensen met een EPA. Het Amsterdam Universitair Medisch Centrum (Amsterdam UMC), GGZ InGeest en Arkin. Al deze instellingen hebben eigen strategische kaders, kernwaarden, belangen en hun eigen cultuur. Dit onderzoek richt zich op de samenwerking in dit netwerk van acute (klinische) zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Naast bovenstaande instellingen biedt ook het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) klinische zorg aan mensen met een EPA op een Medisch Psychiatrische Unit. Er moet in het OLVG ook altijd sprake zijn van een somatische aandoening, dat is afwijkend van de eerder beschreven instellingen, dat maakt dat het OLVG niet wordt geïnccludeerd in dit onderzoek.

1.6 Relevantie

1.6.1 Wetenschappelijk relevantie

Gedeeld leiderschap wordt in de literatuur steeds vaker genoemd om complexe samenwerkingsvraagstukken aan te gaan. Dit onderzoek draagt bij aan de verkenning van gedeeld leiderschap binnen de acute GGZ in Amsterdam waar mensen met een EPA, behandeling en begeleiding

krijgen. En kan zo het inzicht vergroten in de toepassing van gedeeld leiderschap in complexe samenwerkingssituaties. In de theorie over gedeeld leiderschap gaat de aandacht tot dusver vooral uit naar gedeeld leiderschap binnen teams van een organisatie (bijvoorbeeld Carson et al., 2007; Pearce & Sims, 2002) of naar gedeeld leiderschap in zogenaamde *non- hierarchical organizations* (Endres & Weibler, 2019). De in dit onderzoek betrokken organisaties worden allen hiërarchisch aangestuurd. Tegelijkertijd is er sprake van (een zekere mate van) professionele autonomie. Deze bijzondere setting kan het inzicht in een bredere toepassing van gedeeld leiderschap vergroten, die over de grenzen van de eigen professie en organisatie heen reikt.

1.6.2 Praktische relevantie

De bevindingen van dit onderzoek kunnen praktische waarde hebben voor zorgprofessionals, managers, en bestuurders die werkzaam zijn in de acute GGZ in Amsterdam. Het biedt inzichten in de meerwaarde van gedeeld leiderschap op de samenwerking binnen dit zorgnetwerk. Als uit het onderzoek blijkt dat gedeeld leiderschap inderdaad bijdraagt aan betere samenwerking, kunnen aanbevelingen worden gedaan om de samenwerking te verbeteren.

1.6.3 Maatschappelijke relevantie

De beschreven toename in zorgvragen, de lange wachtlijsten en de beperkte middelen in de GGZ maakt dat het Amsterdamse netwerk van acute GGZ-aanbieders tot een samenwerking moet komen die in eerste instantie bijdraagt aan het welzijn van de Amsterdamse inwoner en bezoeker en daarmee ook aan de doelstellingen van het IZA (2023) toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. In een tijd waarin je als organisatie niet ontkomt aan samenwerking in netwerken kan dit onderzoek bijdragen aan het verbeteren van deze (complexe) samenwerking.

1.6.4 Persoonlijke relevantie

Dit onderzoek richt zich op twee componenten die de onderzoeker beide mateloos interessant vindt: leiderschap en samenwerking. De juiste zorg bieden aan de mensen die dat hard nodig hebben is een persoonlijke missie. Juist omdat het (soms) zo complex is, liggen er kansen om dit samen te doen, in een netwerk van aanbieders. Beleidsafspraken zijn gemaakt als leidraad. Maar juist voor een specifieke groep is meer nodig om tot een goede samenwerking en goede zorg te komen: leiderschap. Leiderschap gaat in dit onderzoek ook over de bereidheid om af te wijken van deze afspraken in samenspraak met collega's (van een andere organisatie).

2.0 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader weergegeven. In 2.1 wordt gestart met een inleiding over de veranderende maatschappij en wat voor implicaties dit heeft voor organisatie en het (be)sturen van organisaties. In paragraaf 2.2 wordt het theoretisch kader voor samenwerken in netwerken beschreven en in 2.3 gedeeld leiderschap in netwerken. Tot slot wordt in de conclusie beschreven hoe deze concepten zicht tot elkaar verhouden.

2.1 Van gecompliceerd naar complex

Peters (2016) stelt dat er de afgelopen jaren een aantal grote maatschappelijke en technologische ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die de context waarin organisaties opereren sterk hebben veranderd. Deze *megatrends* – zoals deze door futurologen worden genoemd voor ontwikkelingen met een horizon van 10 tot 30 jaar – zorgen voor een verandering in de samenleving die effect hebben op organisaties en op de manier waarop leiders binnen deze organisatie hiermee omgaan. Peters (2016) haalt onderzoek van Vielmetter & Sell (2014) aan waarin zes megatrends worden beschreven: ten eerste **mondialisering**, wat een groei van de economie naar een wereldwijde economie betekent. De **klimaatcrisis**, waardoor maatschappelijk verantwoord ondernemen een belangrijke positie krijgt binnen bedrijven. De **individualisering** die leidt tot differentiatie, maatwerk en netwerkverbanden. De vierde *megatrend* is de **digitalisering**, waarbij dataverdeling en virtuele collectiviteit voor nieuwe verhoudingen tussen aanbieder, gebruiker en stakeholders zorgt. De **demografie**, de groei van de bevolking en de vergrijzing zorgt voor druk op onder andere de zorg en tegelijkertijd schaarste aan talent. En als zesde en laatste de **technologie** die leidt tot een meer kennis gedreven economie, hier spelen innovatie en ontwikkeling een steeds nadrukkelijker rol. Peters (2016) beschrijft de volgende gevolgen voor organisaties en leiderschap:

1. **Disrupties**, wat wordt omschreven als een nieuwe dienst die in korte tijd een lang bestaande oude dienst kan vervangen, zoals bijvoorbeeld het bedrijf Spotify voor een groot deel de markt in de muziekindustrie heeft overgenomen.
2. Organisaties zijn steeds meer een ‘**open huis**’. Klanten en medewerkers voelen steeds minder loyaliteit door de intrede van *social media*.
3. Nieuwe vormen van samenwerken, zoals **netwerksamenwerking**.
4. **Diversiteit binnen organisaties** in onder andere generatie, werkmethodiek en expertise.
5. De roep om **ethisch (maatschappelijk) verantwoordelijk handelen**.

Al deze nieuwe ontwikkelingen zorgen ervoor dat we onszelf als organisatie volgens Peters (2016) de vraag moeten stellen: werken wij in een gecompliceerd systeem of in een complex systeem? Het grote verschil is dat gecompliceerd betekent dat we in een speelveld acteren dat ingewikkeld maar wel te voorspellen en beheersbaar is, van der Scheer (2023) beschrijft dit als maakbaarheid. Complex betekent dat organisaties moeten acteren als flexibele samenstellingen die moeten omgaan met de veranderende werkelijkheid, we spreken hier van meervoudigheid (Peters, 2016; van der Scheer, 2023). Waar organisaties zich voorheen meer richten op het behalen van vooraf bepaalde resultaten binnen de eigen organisatie, wordt er nu gevraagd om met partners in de omgeving in netwerken te werken aan oplossingen voor complexe opgaven. Palmer et al. (2018) voegen hieraan toe dat binnen de gezondheidszorg de huidige tijdsgeest steeds meer uitgaat van samenwerking, vernieuwen en verbetering waarbij de mensen met ervaring - medewerkers, cliënten en naasten van cliënten - actief betrokken worden bij het proces en de besluitvorming. *Coproduction*, zoals dit wordt genoemd, betreft gebruikers bij het begrijpen van de complexiteit van een probleem. Overigens betekent dit niet dat iedereen op gelijke voet staat of het volledig met elkaar eens moet zijn maar het creëert beter inzicht in de onderliggende mechanismen bij complexe opgaven.

De grote GGZ-instellingen in Amsterdam hebben een dergelijke complexe opgave: de toegankelijkheid van, kwalitatief goede, acute GGZ in de regio Amsterdam waarborgen, maar de grotere maatschappelijke opgave is de mentale gezondheid van de inwoners en bezoekers van de regio

waarborgen. Deze opgave die niet zomaar op te lossen is binnen de huidige structuur kan worden omschreven als een *wicked problem* (Rittel & Webber, 1973). Het probleem is moeilijk te interpreteren, voorspellen, er is niet een eenduidige oplossing en het is moeilijk te *managen* (Rotmans & Loorbach, 2008). Kenmerkend aan werken aan deze maatschappelijke opgave is dat je dat als organisatie niet alleen kunt oplossen. Er zijn vaak veel partijen nodig om aan deze opgave te werken. Je zult als organisatie moeten samenwerken in een netwerk (Geurtsen & Opheij, 2024).

2.2 Samenwerken in netwerken

Samenwerken in netwerken is niet nieuw en is niet meer weg te denken in sectoren waar complexe vraagstukken spelen, zoals de zorg. De belangrijkste reden is dat de aanpak van deze problemen vraagt om de expertise van verschillende professionals en organisaties (Blanken et al., 2022). Amsterdam onderscheidt zich van andere regio's doordat het verschillende aanbieders heeft van acute klinische GGZ. In het netwerk acute klinische GGZ in Amsterdam is geen sprake van een formele hiërarchische verhouding (Endres en Weibler, 2020). Deze manier van werken in een netwerk sluit aan bij het perspectief van netwerk-governance (Provan et al., 2007; Powell, 1990) waarin netwerken worden gezien als een specifieke methode voor samenwerking en uitwisseling tussen meerdere organisaties. Waar andere studies zich richten op netwerkeffectiviteit (onder andere Provan & Milward, 2001) richt dit onderzoek zich op samenwerking in deze netwerken. Samenwerking gaat namelijk niet alleen over de uitkomsten of resultaten van het netwerk maar ook over de beleving van deelnemers in een netwerk. Delden (2009) schetst in zijn proefschrift 'samenwerking in de publieke dienstverlening' dat samenwerking over het algemeen gewenst en nagestreefd wordt, maar ondanks dat toch vaak teleurstelt. Een samenwerking kan incidenteel worden ingezet of, zoals in de samenwerking acute GGZ, structureel worden nagestreefd. Samenwerken in (zorg)netwerken is niet gemakkelijk schrijven ook van der Woerd et al. (2021). Onder andere omdat samenwerkingspartners verschillende ideeën hebben over wat 'goede' samenwerking en 'goede' zorg is. Andere belemmeringen zijn bekostigingsstructuren die het moeilijk maken om over het eigen domein samen te werken. Het besturen van een netwerk is daarnaast ingewikkeld omdat organisaties vaak in veel verschillende, soms onzichtbare netwerken participeren.

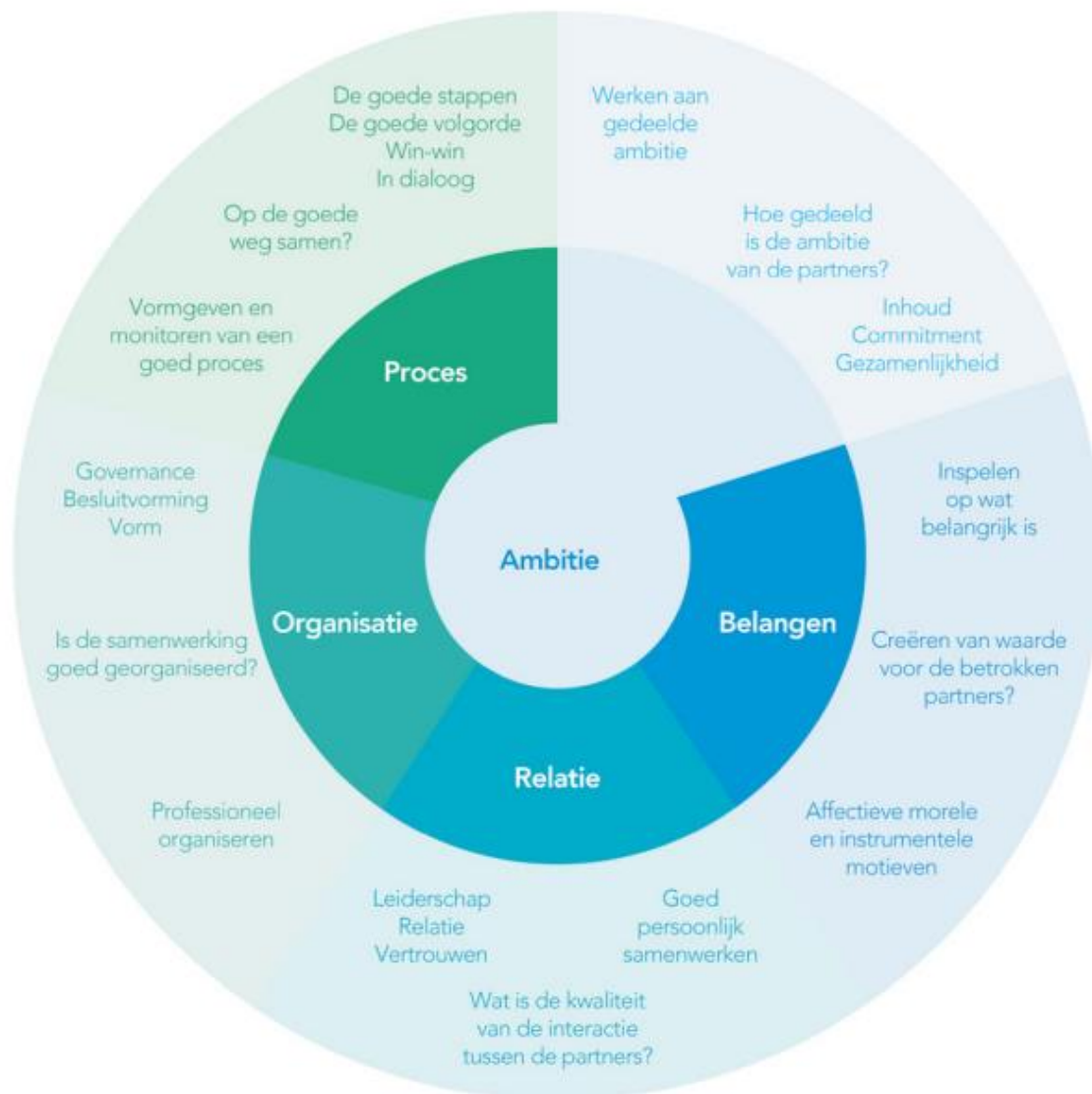
Provan en Milward (2001) beschrijven verschillende relationele factoren die de samenwerking in netwerken bepalen. Als eerste beschrijven zij **de sterkte van de samenwerkingsrelaties**: Hoe vaker er met elkaar wordt samengewerkt hoe sterker de relatie, daarnaast kunnen ook het aantal samenwerkingsvormen in het netwerk een positief effect hebben op de samenwerking in het netwerk. Ook **de balans tussen samenwerking en concurrentie** is een belangrijke factor. Concurrentie om dezelfde cliënten of financiering heeft een negatief effect op de samenwerking. Er dient een balans gevonden te worden waarin samenwerking wordt gestimuleerd en de organisatie de autonomie kan behouden. Het delen van informatie en middelen is essentieel om als netwerk goed te functioneren. Dit wordt geschaard onder **netwerkcohesie en integratie**. De laatste belangrijke factor gaat over de governance. Netwerken zonder **duidelijke governance** kunnen moeite hebben met besluitvorming. **Leiderschap** speelt hierin een belangrijke rol (Provan & Milward, 2001).

Kaats en Opheij (2012) gebruiken in het boek leren samenwerken tussen organisatie de volgende visie op samenwerking:

"Een samenwerking is kansrijk als mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie. Het is de grote opgave om daarvoor de juiste condities te scheppen." (Kaats & Opheij, 2012, p-17)

In de handreiking effectief samenwerken van Common Eye (Geurtsen & Opheij, 2024) worden perspectieven en inzichten gedeeld die bestuurders kunnen ondersteunen om samen te werken aan maatschappelijke opgaven. Samenwerking wordt in dit stuk omschreven als een vorm van organiseren

waar energie voor nodig is. Het is geen doel op zich maar je doet het om een doel te bereiken. Omdat er geen blauwdruk is voor goede samenwerking gebruiken Geurtsen & Opheij (2024) een kernmodel om de condities voor een kansrijke samenwerking vorm te geven. In figuur 2 wordt dit model (Kaats & Opheij 2024) visueel weergegeven.



Figuur 2: Kernmodel condities voor kansrijke samenwerking (Kaats & Opheij, 2023)

In dit model worden vijf aspecten weergegeven die bijdragen aan een kansrijke samenwerking in netwerken. Als eerste de **gedeelde ambitie**, de gezamenlijke doelen en resultaten moeten worden uitgesproken door de verschillende partners in de samenwerking. De tweede is het inspelen op elkaars **motieven en belangen**, de belangen en perspectieven van samenwerkingspartners moeten duidelijk zijn. Daarbij is het onder andere van belang dat men aangeeft welke waarde de samenwerking in het netwerk voor eenieder vertegenwoordigt. Het **waarom** speelt hierin een cruciale rol. Het derde aspect is de governance structuur van het netwerk. Het moet duidelijk zijn wie welk besluit kan en mag nemen. Er wordt hier gesproken over **professioneel organiseren**. De vierde is het **zorgen voor een goed proces**. Voortgang, evaluatie en monitoring moeten goed zijn ingeregeld. Zo blijft het netwerk op de goede weg. En het vijfde en laatste aspect is het **ontwikkelen van betekenisvolle relaties**. Het is van belang dat er goede verhoudingen binnen de samenwerking bestaan. Hier is **vertrouwen** voor nodig maar

vertrouwen is ook iets dat groeit als de samenwerking als positief wordt ervaren. Schalk et al. (2021) stellen dat er tijd en ruimte nodig is om aan vertrouwen te werken. Daarnaast noemen zij ook dat het delen van (cliëntgerichte) data kan bijdragen aan het vertrouwen binnen een netwerksamenwerking. De component **leiderschap** is door Geurtsen & Opheij (2024) onder relaties verwerkt. In paragraaf 2.4 wordt (gedeeld) leiderschap verder uitgewerkt.

Naast de condities die bijdragen aan een goede samenwerking worden er ook een aantal spanningen weergegeven. De spanningen bevinden zich op verschillende lagen. Zo kunnen er spanningen ontstaan tussen de organisatie en de opgave van de samenwerking. Samenwerkingspartners kunnen zich afvragen of het eigen portfolio aan diensten moet worden aangepast om aan de maatschappelijke opgave te werken. Ook het aantal samenwerkingen waarin een organisatie zit kan een negatieve invloed hebben op de te verdelen energie. Een andere spanning tussen de organisatie en de opgave is dat de toezichthouder meer op de organisatie is gefocust dan op de maatschappelijke opgave en de samenwerkingsverbanden die hieraan werken. Een ander niveau waarop deze spanningen kunnen ontstaan is tussen de organisatie en de samenwerking. Voorkomende spanningen hier zijn de schaalgrote van verschillende aanbieders maar ook onevenwichtige inbreng ten opzichte van anderen. Het laatste niveau waarop spanningen kunnen ontstaan is tussen de samenwerking en de opgave. Een spanning die op dit niveau wordt beschreven is: de snelheid waarop de samenwerking resultaat moet opleveren is niet realistisch (Kaats & Opheij, 2023).

Samenvattend kan worden gesteld dat samenwerken in netwerken onontkoombaar is in de huidige tijd. Organisatie of instellingen worden gestimuleerd om ingewikkelde problematiek samen aan te pakken. Maar samenwerken in deze netwerken is zoals beschreven niet gemakkelijk. Er kunnen spanningen ontstaan als de juiste voorwaarden voor samenwerking niet worden geschept. Concurrentie of financiering kan een belemmering zijn om tot een goede samenwerking te komen. Er zijn echter wel mogelijkheden om tot goede samenwerking te komen. De voorwaarden om tot goede samenwerking te komen: een gedeelde ambitie/ doel, een goed proces, governance en besluitvorming en vertrouwen zijn allemaal voorwaarden waar leiderschap voor nodig is. In de volgende paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt welke vorm(en) van leiderschap ondersteunend kan zijn aan de complexe samenwerking in deze netwerken.

2.3 (Gedeeld) Leiderschap

In de introductie van het theoretisch kader wordt beschreven dat de wereld sterk verandert. Organisaties zijn minder op zichzelf staand en kunnen de complexe vraagstukken niet alleen aan. We zullen moeten samenwerken in netwerken. Dat samenwerking niet eenvoudig is, wordt meermaals bevestigd. Toch zijn er voldoende mogelijkheden om de samenwerking kansrijk te maken. In deze paragraaf wordt verder doorgegaan op een tot nu toe nog niet verder uitgelicht aspect dat van groot belang is om binnen en tussen organisaties tot samenwerking te komen: leiderschap.

Werken in een complexe tijd vraagt ook een ander soort leider(schap) (o.a. Peters, 2016; van der Scheer, 2023). Peters (2016) beschrijft een aantal aspecten van de individuele leider in hedendaagse organisaties: de leider moet verbindend zijn en de ontwikkeling van netwerken binnen en buiten de organisatie kunnen stimuleren. De leider moet vernieuwend en lenig zijn, hiermee wordt bedoeld dat de organisatie in beweging moet komen, oude patronen moeten worden opgeschud. Gezamenlijkheid wordt gecreëerd door als leider in te zetten op connectie en betekenis en als laatste aspect: inpassing, de leider moet de organisatie in het grotere geheel integreren. De essentie van leiderschap in de huidige tijd ligt volgens Peters (2016) in schakelen en samenspel. Chrobot-Mason et al. (2016) benaderen leiderschap op een andere manier. De focus ligt volgens de onderzoekers op drie uitkomsten: richting of sturing geven, afstemming en betrokkenheid (Drath et al., 2008; McCauley, Van Velsor & Ruderman, 2010). Leiderschap wordt opgevat als een sociaal proces. Dit proces helpt een groep om gezamenlijk richting te bepalen, onderlinge afstemming te bereiken en betrokkenheid te

creëren om gezamenlijke doelen te realiseren (Drath et al., 2008). Leiderschap kan overal ontstaan en wordt gezien als een relationeel fenomeen, meer dan individuele competenties van een persoon. Deze visie leent zich voor het toepassen van leiderschap in samenwerking tussen mensen en organisaties.

Leiderschap speelt dus zoals beschreven een duidelijke rol binnen de samenwerking in netwerken. Gedeeld leiderschap, ook wel *distributed leadership* genoemd, wordt gezien als een kansrijke aanpak om complexe samenwerkingsvraagstukken aan te gaan. Het is bij uitstek relationeel en gaat hiermee een stap verder dan de definitie van Peters (2016). Maar wat is dan gedeeld leiderschap en hoe herkennen we dat? Gronn (2002) beschrijft dat tot zijn artikel de wetenschap van leiderschap zich voornamelijk richtte op de leider als individu en hoewel verschillende onderzoekers (o.a. Hunt & Ropo, 1995) onderzoek doen naar de waarde van *multilevel leadership* blijft de focus in die jaren op de hiërarchisch leider. Zhu et al. (2019) beschrijven dat er de afgelopen jaren een trend zichtbaar is van een meer traditionele, *top – down*, vorm van leiderschap naar een meer gedeelde en horizontale vorm van leiderschap, ook benoemen zij dat verschillende onderzoekers zich richten op andere aspecten binnen gedeeld leiderschap: verticaal versus horizontaal, de mate van *commitment* van teamleden en de mate waarin leiderschap is gedecentraliseerd.

Distributed leadership is een geïntegreerde vorm van leiderschap binnen een organisatie waarbij het leiderschap is verdeeld over sommige, veel of misschien wel alle leden binnen een team. Hierbij wordt het werk van de ene professional niet zwaarder gewogen dan dat van de ander maar het kan ook betekenen dat alle individuele leden op een verschillend moment een leiderschapsrol aannemen (Gronn, 2002). Het gaat daarbij om het perspectief dat de professional vanuit zijn of haar discipline meeneemt.

Van der Scheer (2023) beschrijft een belangrijk aspect in het herkennen en onderscheiden van gedeeld leiderschap ten aanzien van andere vormen van samenwerking: bij vormen van gedeeld leiderschap zijn bij de besluitvorming meerdere personen betrokken in plaats van een enkele aangewezen hiërarchisch leider. Daarnaast gaat het ook over het gewicht dat de actoren binnen de samenwerking dragen, machtsverschillen moeten zo ver dat kan worden losgelaten of tenminste erkend en cruciale samenwerkingspartners die voorheen slecht gehoord werden moeten worden betrokken bij besluitvorming. In het netwerk van acute klinische GGZ gaat het dan over de zorgprofessional die vaak een veel minder sterke stem heeft dan de (midden) manager of het hoger management.

Definitie gedeeld leiderschap

Dit onderzoek gebruikt onderstaande definitie voor gedeeld leiderschap

“Een vorm van leiderschap waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid”. (van der Scheer, 2023, p-7)

Van der Scheer voegt hier nog aan toe dat het bij gedeeld leiderschap gaat over een *“creatief samenspel tussen individuen”*. (van der Scheer, 2023). Binnen gedeeld leiderschap wil je de spanning in de - ongelijkwaardige - samenwerking en de meervoudigheid benutten (Boutellier, 2011).

Voorwaarden voor gedeeld leiderschap

Daarnaast is het van belang om te onderzoeken welke voorwaarden helpend zijn binnen de samenwerking in het netwerk om (vormen van) gedeeld leiderschap toe te passen en hoe deze gecreëerd kunnen worden. Van der Scheer (2023) stelt een aantal voorwaarden voor gedeeld leiderschap. Deze voorwaarden hangen met elkaar samen.

1. **Respect** voor en **vertrouwen** in de **competenties** en **intenties** van de ander.
2. Het vermogen en de intentie om in gesprek te gaan vanuit **gelijkwaardigheid**.
3. **Responsiviteit**, openstaan voor wederzijdse beïnvloeding en voor wederkerigheid.
4. Kunnen omgaan met en **verdragen van de imperfecties in de samenwerking**.
5. Investeren in de **competenties van betrokkenen**.
6. Het vermogen **de onzekerheid en complexiteit te verduren** waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat.

van der Scheer (2023, p. 20-21)

Bovenstaande voorwaarden (1,2,3,4 & 6) gaan over de houding, het gedrag en de vaardigheden van de betrokkensamenwerkingspartners. Punt 5 is voorwaardenscheppend.

Daarnaast stelt van der Scheer (2023) dat gedeeld leiderschap vraagt om moed en moeite om in te gaan tegen structuren, regels en afspraken die lange tijd van grote waarde leken te zijn. In de context van de klinische acute GGZ kan hierbij gedacht worden aan de hiërarchische positie van verschillende actoren in het preventief beddenoverleg of de harde afspraak van regiobinding ten opzichte van behandelaffiniteit. Leiderschap gaat volgens haar dus vooral over *hoe* uitvoering wordt gegeven aan de maatschappelijke opgave van de samenwerkingspartners (het *wat*).

Onderzoek naar samenwerking in regionale netwerken die zich richten op onbegrepen gedrag 'BE-grip' door Kenniscentrum Phrenos en Erasmus School of Health Policy and Management (ESHPM) levert als resultaat een aantal uitdagingen op om aan de voorwaarden voor gedeeld leiderschap te voldoen (Kenniscentrum Phrenos, 2024). Gebrek aan tijd en angst om het vertrouwde los te laten kunnen commitment in de weg staan. De vele personele wisselingen in netwerken zorgen ervoor dat behoud van commitment om voortdurende inspanning vraagt. Daarnaast komt uit observaties dat betrokkenen binnen het netwerk regelmatig vaardigheden, voorwaarde vijf (van der Scheer, 2023), missen om te reflecteren en om te gaan met de verschillende perspectieven. Het onderzoek van Phrenos en ESHPM (2024) geeft hierbij als advies dat toekomstige professionals op (domein overstijgende) samenwerking deze vaardigheden in de opleiding aanleren. Een laatste belemmering die wordt opgemerkt is de ongelijke invloed tussen partijen door organisatorische en landelijke structuren. In de regionale netwerken die zich richten op onbegrepen gedrag krijgt **ervaringsdeskundigheid** steeds meer aandacht. Het is echter vaak van de projectleider afhankelijk wat de invloed is en ook het aantal uren is vaak meer beperkt dan die van overige projectleden. Bij slechts een klein aantal netwerken wordt de **ervaringsdeskundige als gelijkwaardig** partner gezien, hier wordt aan voorwaarde twee zoals door van der Scheer (2023) beschreven (gelijkwaardigheid) niet voldaan. (Kenniscentrum Phrenos, 2024).

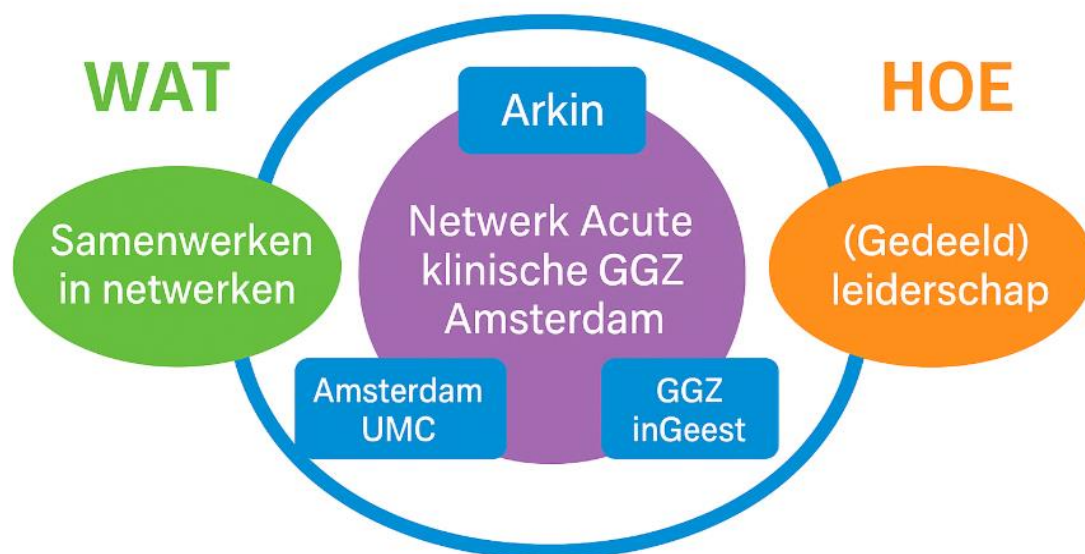
Als het gaat over het benutten van de meervoudigheid in de samenwerken (van der Scheer, 2023) is het onderzoek van Ji et al. (2024) naar gedeeld leiderschap in *new venture teams* interessant. Geconcludeerd wordt door de onderzoekers dat in teams van professionals met weinig verscheidenheid in functionele achtergrond vaker machtsstrijd plaats vindt dan in teams waarin de diversiteit in functionele achtergrond groot is. Een grotere diversiteit helpt bij het legitimeren van leiderschapsverdeling. Hoewel dit onderzoek over de diversiteit binnen teams gaat is het interessant om te kijken naar grotere diversiteit in 'netwerkteams'.

2.4 Conclusie

De verschuiving die zichtbaar is in de maatschappij heeft invloed op hoe organisaties zich positioneren ten opzichte van ingewikkelde vraagstukken. De concepten samenwerken in netwerken en gedeeld leiderschap in netwerken hebben meerdere raakvlakken. In het theoretisch kader zijn de condities om tot samenwerking in netwerken te komen en de voorwaarden voor gedeeld leiderschap weergegeven.

In de basis begint samenwerken aan een gedeelde opgave (in een netwerk) met een gedeelde zorg, vanuit deze gedeelde zorg kan een **gezamenlijke ambitie** worden weergegeven. De eerste voorwaarde voor gedeeld leiderschap gaat over vertrouwen in de competenties en intenties van de ander. Om aan dit vertrouwen te werken kunnen afspraken worden **gemaakt** die bijdragen aan dit vertrouwen, hier maakt deze voorwaarde de koppeling **met het professioneel organiseren** van een netwerk. **De belangen en motieven** van de betrokken partijen op tafel krijgen is van essentieel belang, voorwaarde twee van gedeeld leiderschap geeft weer dat je met een open houding en met nieuwsgierigheid in de ander vanuit **gelijkwaardigheid** kan samenwerken. De relatie en hoe er met elkaar wordt omgegaan is nog een conditie waaraan gewerkt moet worden in een netwerk. De voorwaarde **responsiviteit** kan hieraan bijdragen, al moet gezegd worden dat het binnen deze voorwaarde eigenlijk verder gaat dan de relatie maar het ook gaat over toestaan dat er verandering kan ontstaan door anderen toe te laten op jouw expertisegebied. Ook gaat het in de relatie over het verdragen van botsende belangen, persoonlijkheden of hinderende wet- en regelgeving. In een samenwerking moeten deze **imperfecties** kunnen worden **verdragen**. De vijfde voorwaarde voor gedeeld leiderschap is een toevoeging die niet direct wordt gekoppeld aan een van de condities om samen te werken. Het gaat bij deze voorwaarde over het **investeren in de competenties van betrokkenen** zodat deze het **vertrouwen** voelen om tot goede samenwerking te komen. De laatste voorwaarde is een alles overziende voorwaarde die meer vraagt dan de organisatie van een samenwerking op proces, structuur of governance, het gaat bij deze voorwaarde over gemak vinden in de onvoorspelbaarheid, **het verduren van de onzekerheid en complexiteit**.

Zoals te lezen is, gaat het binnen de condities van samenwerken vooral over het 'wat', de voorwaarden voor gedeeld leiderschap gaan vooral over het 'hoe', het gaat hier over houding en over gedrag.

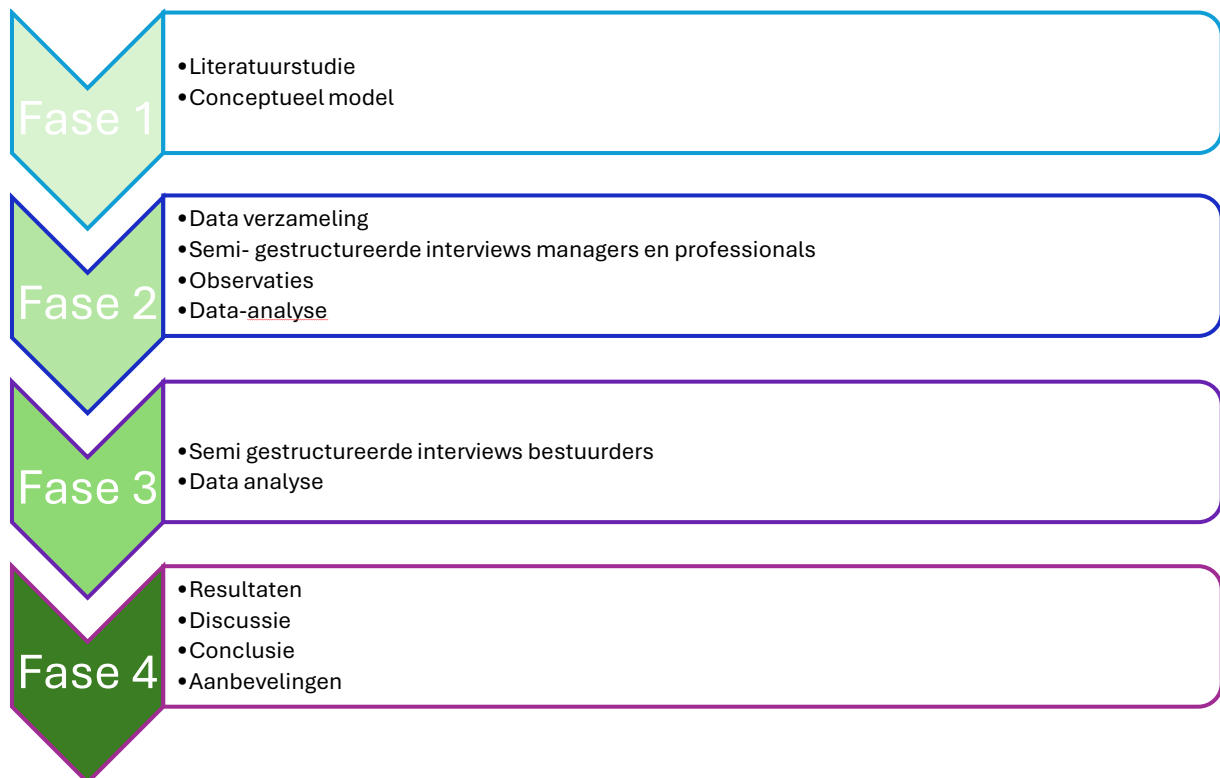


Figuur 4: visuele weergave conceptueel model

3.0 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksmethoden weergegeven. Het onderzoek is kwalitatief van aard. Dit biedt de mogelijkheid om ervaringen, opvattingen en onderliggende motieven van betrokken professionals in kaart te brengen en te analyseren (Mortelmans, 2020). Specifiek wordt in dit onderzoek gekozen voor een casestudy. Deze casestudy verkent de ervaringen van mensen werkzaam op verschillende lagen van de organisatie. Van de zorgprofessional, de (midden)manager en de bestuurder.

Dit onderzoek is opgedeeld in verschillende fases. In onderstaand figuur wordt weergegeven hoe het onderzoek is opgebouwd.



Figuur 5: Visuele weergave onderzoeksopzet

3.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie legt de basis voor dit onderzoek. Met behulp van deze literatuurstudie worden de kernbegrippen samenwerken in netwerken en gedeeld leiderschap verder uitgewerkt en wordt een verband tussen beide begrippen weergegeven voor deze literatuurstudie is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode. Voor de paragrafen die gaan over samenwerking is de handreiking 'Effectief Samenwerken' (Geurtsen & Opheij, 2024) als 'sleuteldocument' gebruikt. Voor de theorie over gedeeld leiderschap is de oratie van van der Scheer als 'sleuteldocument' gebruikt.

Zoektermen die werden gebruikt zijn onder andere:

- *Collaboration in healthcare networks*/ samenwerken in netwerken in de zorg
- *Shared Leadership* / gedeeld leiderschap
- Gedeeld leiderschap in netwerken in de zorg
- Leiderschap in de zorg

Onderstaande *journals* zijn gebruikt om literatuur te zoeken.

- *The leadership Quartely*
- *Leadership*

Vanuit de literatuurstudie is een topiclijst opgesteld (zie bijlage) die gebruikt is voor de semigestructureerde interviews.

Naast de literatuurstudie is er gekozen voor twee methoden van dataverzameling: semigestructureerde interviews en observaties. Deze combinatie maakt het mogelijk om ervaringen (door middel van interviews) en interactiepatronen (door middel van observaties) in kaart te brengen en op elkaar te betrekken.

Dit onderzoek is opgezet als een single *casestudy*, hierbij staat de samenwerking tussen de drie aanbieders acute klinische GGZ in Amsterdam centraal. De samenwerking wordt bestudeerd door interviews af te nemen en observaties te doen. De interviews geven inzicht in de beleavingswereld van de professional/bestuurder en de observaties laten daarnaast de dynamiek binnen een vorm van samenwerking zien.

3.2 Data verzameling

Voor dit onderzoek zijn drie instellingen geïnccludeerd. Het Amsterdam UMC, GGZ InGeest en Arkin. Deze instellingen hebben als overeenkomst dat ze allemaal een HIC-afdeling hebben en (klinische) zorg bieden aan mensen met een EPA. In onderstaand overzicht worden een aantal kenmerken per organisatie weergegeven, de informatie in onderstaand figuur is opgehaald uit de jaarverslaglegging van de verschillende organisaties.

Organisatie	Amsterdam UMC Psychiatrie	Arkin	GGZ InGeest
Aantal cliënten in zorg	Onbekend	42.000	18.000
Aantal medewerkers	+ 500	4000	1600
Organisatie	Raad van toezicht, raad van bestuur, divisiebestuur, directeur bedrijfsvoering, verpleegkundig directeur, verpleegkundig hoofd, teamleider, zorgprofessionals	Raad van Toezicht, Raad van bestuur, duale directies (inhoud en bedrijfsvoering), duaal management (inhoud en bedrijfsvoering, zorgprofessionals	Raad van Toezicht, Raad van Bestuur, directieuren, geneesheer-directeuren, managers en zorgprofessionals
Organisatiestructuur	Academisch ziekenhuis	Merkenstructuur	Divisiestructuur

Figuur 6. Overzicht organisaties

Interviews

Per organisatie zijn drie semigestructureerde interviews afgenomen, verdeeld over drie organisatieniveaus: operationeel, tactisch en strategisch.

- Operationeel niveau: regiebehandelaars/psychiaters die direct betrokken zijn bij cliëntenzorg en ketensamenwerking. De keuze voor deze functie is gemaakt vanwege hun inhoudelijke en – in sommige gevallen – ook beleidsmatige rol binnen de instelling.

- Tactisch niveau: (midden)managers of coördinatoren die de schakel vormen tussen strategie en dagelijkse praktijk. Afhankelijk van de organisatiestructuur zijn dit managers bedrijfsvoering of, in de academische setting, een hoofdverpleegkundige met een vergelijkbare positionering.
- Strategisch niveau: bestuurders die betrokken zijn bij de ontwikkeling van strategie, beleid en samenwerkingsafspraken binnen het netwerk.

De interviews op operationeel en tactisch niveau zijn als eerste uitgevoerd en geanalyseerd. De bevindingen uit deze gesprekken vormden input voor de interviews op strategisch niveau, zodat de vragen aan bestuurders konden worden verdiept en toegespitst. Deze cyclische benadering (Mortelmans, 2020) maakte het mogelijk om inzichten uit eerdere interviews direct in te brengen in latere fasen van het onderzoek.

Vanwege praktische overwegingen zijn de meeste interviews met psychiaters en managers via MS Teams afgenomen. Twee van de drie bestuurders zijn face-to-face geïnterviewd, één gesprek vond op verzoek van de respondent online plaats.

Alle potentiële deelnemers zijn per e-mail benaderd met een toelichting op het doel van het onderzoek en een interviewverzoek. Hierbij is bewust gekozen om het thema gedeeld leiderschap in de aankondiging niet te expliciet te benoemen, om bias te voorkomen.

De interviews volgden een semigestructureerde opzet aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (zie bijlage), gebaseerd op de theoretische concepten uit hoofdstuk 2. Deze aanpak bood structuur, maar ook ruimte om door te vragen op relevante onderwerpen die door de respondenten werden ingebracht.

Alle interviews zijn – met toestemming – opgenomen en vervolgens getranscribeerd met behulp van co-pilot, waarna de transcripties handmatig zijn gecontroleerd en gecorrigeerd. In totaal zijn acht interviews afgenomen, met een gemiddelde duur van 45 tot 60 minuten per interview. De totale omvang van het interviewmateriaal bedraagt 408 minuten. In één organisatie kon geen zorgprofessional met beleidstaken worden geïnterviewd; de gesproken manager bedrijfsvoering heeft een verpleegkundige achtergrond en kon volgens de onderzoeker het perspectief van de inhoudelijke zorg voldoende vertegenwoordigen.

De transcripties zijn ter goedkeuring naar de respondenten gestuurd. Niemand heeft bezwaar gemaakt tegen het gebruik van de data voor deze thesis. Alle transcripties zijn in Atlas.ti geanalyseerd. In de interviews is gevraagd naar concrete praktijkvoorbeelden en is nadrukkelijk doorgevraagd op relevante thema's. Alle interviews zijn anoniem verwerkt om sociaal wenselijke antwoorden te beperken. De inhoudelijke betrokkenheid van de onderzoeker bij het onderwerp is een kracht bij het doorvragen, maar kan ook een bron van sturing zijn.

Observaties

Naast de interviews zijn vijf online (multidisciplinaire) overleggen geobserveerd: vier reguliere preventieve bedden overleggen en één extra crisioverleg. Het doel van deze observaties is om inzicht te krijgen in de feitelijke interactie, samenwerking en voorwaarden voor en mogelijkheden tot gedeeld leiderschap in de praktijk.

Het preventief beddenoverleg vindt wekelijks online plaats (via Microsoft Teams) en is bedoeld om de beschikbare klinische capaciteit voor de acute GGZ in het weekend te bespreken. Tijdens deze overleggen observeerde de onderzoeker, zonder deel te nemen aan het gesprek. De onderzoeker heeft vooraf per mail en mondeling toestemming gevraagd aan de deelnemers. De observaties zijn, met toestemming, opgenomen, getranscribeerd en handmatig gecontroleerd. In totaal is 65 minuten aan overleg geobserveerd en geanalyseerd.

Bij de observaties is gelet op zowel de expliciete communicatie als de onderliggende dynamiek tussen de deelnemers: hoe wordt er gesproken, wie neemt initiatief, hoe worden besluiten genomen, en welke (macht)verhoudingen zijn zichtbaar?

Informed Consent

De onderzoeker heeft voorafgaand aan de observaties per e-mail en mondeling toestemming gevraagd om observaties te mogen doen. Hierop is alle keren instemmend geantwoord. De onderzoeker heeft na de mondelinge instemming zijn camera en geluid uitgeschakeld en heeft zelf niet geparticipeerd in de geobserveerde overleggen. De onderzoeker is in deze gevallen waargenomen door een collega. De onderzoeker heeft tevens via de email het verzoek gedaan om een interview af te mogen nemen om deze data te gebruiken voor dit onderzoek.

3.3 Data-analyse

De data worden geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse (Mortelmans, 2020):

Open coderen: identificeren van relevante thema's in de transcripten en observatieverslagen (bijv. vertrouwen, besluitvorming, informele beïnvloeders).

1. Axiaal coderen: verbinden van codes om patronen en relaties te ontdekken, zoals verbanden tussen gedeeld leiderschap en ervaren samenwerking.
2. Selectief coderen: integreren van de kernconcepten en thema's in een overkoepelend verhaal dat de onderzoeksvraag beantwoordt en aansluit bij de theoretische inzichten uit de literatuurstudie.

Het coderingsproces verliep iteratief en maakte gebruik van een abductieve benadering. Hierbij bewoog de onderzoeker continu tussen een inductieve en deductieve werkwijze.

In het open coderen zijn in eerste instantie 57 codes gebruikt. In het selectief coderen zijn uiteindelijk 14 codes gebruikt, zie hiervoor ook de codeboom in bijlage 3.

Voor de data-analyse wordt gebruikt gemaakt van de software Atlas.ti

3.4 Kwaliteitsborging

Om de kwaliteit en validiteit van het onderzoek te borgen worden verschillende strategieën toegepast (Mortelmans, 2020):

1. Datatriangulatie: De interviews geven inzicht in de beleavingswereld van de respondent en door observaties te doen wordt daarnaast de dynamiek in de samenwerking weergegeven.
2. *Member-checking*: Conceptresultaten worden teruggekoppeld aan enkele respondenten om te controleren of zij zich herkennen in de interpretaties. Er is aan 4 van de 8 respondenten een resultaat voorgelegd, hier zijn geen verbeter suggesties of aanpassingen uit voortgekomen.
3. *Audit-trail*: Er wordt verslaglegging bijgehouden over de verschillende onderzoek stappen.
4. *Peer-review*: Collegiaal overleg met onderzoeksbegeleider en medestudenten om eventuele blinde vlekken in de analyse te voorkomen.

4.0 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven. Het empirisch onderzoek bestaat zoals beschreven uit observaties van het 'preventief beddenoverleg' n=4, een 'extra preventief beddenoverleg' n=1 en semigestructureerde interviews n=8. In het eerste deel van dit resultaten hoofdstuk wordt de data uit de interviews met de zorgprofessional en de operationeel leidinggevende: manager/ teamleider/ verpleegkundig hoofd weergegeven, ook worden hier de resultaten van de observaties beschreven. De resultaten van deze onderzoeksgroep n=5 en de observaties zijn als basis gebruikt om met de bestuurders van de verschillende organisaties in gesprek te gaan. De resultaten van de interviews met de bestuurders worden later in dit hoofdstuk weergegeven.

Dit hoofdstuk is opgebouwd volgens de volgende structuur:

In eerste instantie wordt een weergave gegeven van de verschillende vormen en niveaus van samenwerking tussen de instellingen (paragraaf 4.1). Vervolgens worden de ervaringen van de geïnterviewde (zorg) professionals in de samenwerking weergegeven (4.2) en wordt beschreven wat hier volgens de respondenten heeft belemmerd (4.3) of wat de professional als kansen ziet om de samenwerking te verbeteren (4.4). In (4.5) komen de bestuurders aan het woord. Deze resultaten worden gegroepeerd zoals in de theorie van 'samenwerken in netwerken' en 'gedeeld leiderschap in netwerken' zoals in hoofdstuk 2 van dit onderzoek beschreven.

4.1 Niveaus van samenwerking

Om te onderzoeken hoe de geïnterviewden de samenwerking ervaren is het in eerste instantie van belang om te onderzoeken of er sprake is van een actieve samenwerking. Er wordt door de respondenten aangegeven dat er sprake is van een samenwerking op verschillende niveaus:

- Samenwerking op individueel clientniveau, bijvoorbeeld bij overplaatsing van de ene naar de andere regio;
- Client logistieke samenwerking, bijvoorbeeld het overnemen van indicaties in geval van crisis;
- (Regionale) beleidsafspraken, bijvoorbeeld het vaststellen van de acute regio.

In een aantal samenwerkingsvormen is er overlap tussen deze verschillende niveaus.

Op cliëntinhoudelijk niveau werken professionals voornamelijk samen bij concrete casuïstiek, zoals overplaatsingen of gezamenlijke zorgverlening. Deze samenwerking is vaak pragmatisch, ad-hoc en gericht op het individueel organiseren van zorg.

Op cliënt logistiek niveau worden praktische afspraken gemaakt over capaciteit en doorstroom, bijvoorbeeld tijdens het preventief beddenoverleg. Hoewel dit overleg noodzakelijk is, wordt het soms als inefficiënt ervaren door verschillen in interne afspraken per instelling, zo geven respondenten aan.

Op beleidsmatig niveau wordt er vooral samengewerkt rond regionale afspraken over zorgcapaciteit en spoedroutes. Deze samenwerking blijkt echter gefragmenteerd en soms competitief, waarbij inhoudelijke aspecten soms ondergesneeuwd raken door logistieke of financiële vraagstukken.

"Als het over de patiëntenzorg zelf gaat, vind je elkaar veel makkelijker dan wanneer het over beleidsafstemming gaat. Er zijn ook allerlei mythes over de verschillende organisaties die soms in de beleidsmatige overleggen opspelen. Op patiëntniveau heb je daar eigenlijk geen last van, maar op beleidsniveau soms wel." [B2]

Naast deze formele samenwerkingsvormen speelt informele samenwerking ook een belangrijke rol. Deze informele contacten zorgen voor wederzijds begrip en dragen bij aan het gezamenlijk oplossen van gedeelde problemen, zo geven professionals aan.

4.2 Hoe wordt de samenwerking ervaren?

Na de beschrijvingen van de verschillende niveaus van samenwerking gaan we in deze paragraaf verder met de ervaringen van de professionals binnen deze samenwerking.

Om een eerste indruk te geven van de ervaringen die respondenten binnen de samenwerking hebben is gevraagd naar voorbeelden waarin de samenwerking tussen de instellingen als positief werd ervaren. De positieve voorbeelden gaan vooral over samenwerkingen op client (casus) niveau. Het ervaren en delen van dezelfde problematiek zorgt voor begrip en respect voor elkaar. Er is dan minder sprake van (negatieve) beeldvorming over en weer of spanningen in de relatie tussen de verschillende instellingen. Er wordt door een respondent ook een voorbeeld gegeven over een samenwerkingsafpraak ten aanzien van indicatiestelling die veel oplevert.

Ook tijdens perioden van grote druk, zoals de COVID-19-pandemie, werd de samenwerking als intensief maar waardevol ervaren. De gezamenlijke inspanning om oplossingen te vinden voor acute problemen versterkte de onderlinge relaties.

Daarnaast blijkt dat heldere beleidsafspraken, zoals het overnemen van elkaars indicaties bij ontslag of opname, bijdragen aan efficiëntie en wederzijds vertrouwen. Deze afspraken zorgen ervoor dat professionals niet op elkaar hoeven te wachten, wat de continuïteit van zorg ten goede komt.

Samengevat verloopt de samenwerking tussen instellingen het beste wanneer er een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gevoeld en er duidelijke afspraken zijn over de samenwerking op cliëntniveau. Situaties waarin samen aan een acuut probleem wordt gewerkt of waar heldere afspraken bestaan, versterken de onderlinge relatie en bevorderen een positieve samenwerking.

"Jaren geleden hebben we de afspraak gemaakt dat we elkaars indicaties overnemen. Dus als wij zeggen dat een patiënt ontslagklaar is, dan is dat ook zo. En als zij zeggen dat iemand opgenomen moet worden, dan gebeurt dat ook. Dat werkt echt heel goed. We hoeven daardoor nooit op elkaar te wachten." [B2]

Naast de positieve ervaringen die de respondenten geven worden er veel voorbeelden gegeven waarin de samenwerking als negatief werd ervaren. Het gebrek aan vertrouwen in de ander maar vooral het gevoel dat de ander je niet vertrouwt is opvallend. Angst om transparant te zijn en negatieve beeldvorming spelen hierin een grote rol. De instellingen hebben verschillende expertisegebieden, titels of afspraken. Deze verschillen leiden volgens de respondenten in de huidige samenwerking tot verdeeldheid.

"We houden allemaal af en toe onze kaarten tegen de borst als het gaat om het aantal bedden dat echt beschikbaar is en waarom dat zo is. Rond de feestdagen was het bijvoorbeeld weer ontzettend krap. Dan vraag ik me af: 'We hebben beide afdelingen gesloten omdat de helft van het personeel griep had. Zou dat elders niet ook zo zijn?' Maar om dat soort zaken met elkaar te delen, zijn we allemaal toch wat terughoudend. Niemand wil toegeven dat ze in de knel zitten, omdat er dan misschien een oordeel over komt of omdat je kwetsbaar overkomt in de samenwerking." [B1]

Hoewel binnen de geobserveerde overleggen is waargenomen dat er echt vanuit gezamenlijkheid wordt gekeken naar de schaarse capaciteit en dat er waardering is voor de inspanningen die worden geleverd, wordt door de respondenten ook aangegeven dat het overleg verschillende dynamieken kent. Naast de opbouwende en gezamenlijke cultuur geeft men aan dat het overleg ook als onprettig kan worden ervaren. De gezamenlijkheid maakt dan plaats voor verdeeldheid.

"Het overleg is vaak óf heel luchtig, óf juist heel negatief. Als de druk hoog is, verandert de toon van het overleg compleet. Het is meer wijzen naar elkaar dan echt samenwerken." [C1]

Deze dynamiek wordt bepaald door twee componenten: houden de verschillende organisaties zich aan de afspraken? (Zoals de postcoderegeling) en is er voldoende beschikbare capaciteit voor het weekend? Wat hierin opvalt is dat de gezamenlijkheid voelbaar is als de druk op de capaciteit laag is. Als deze druk toeneemt lijken de instellingen zich terug te trekken en is het de voorzitter die de verantwoordelijkheid moet dragen. Met deze verschuiving van verantwoordelijkheid verandert ook de dynamiek in het overleg.

In een van de geobserveerde overleggen blijkt dat er onvoldoende capaciteit is voor het weekend. De voorzitter van het overleg gaat langs het rijtje van instellingen en elke instelling geeft aan wat er al gedaan is om capaciteit te creëren en verklaringen te geven waarom het niet lukt. In overleggen zonder deze druk worden deze acties en of verklaringen niet benoemd maar de druk lijkt ervoor te zorgen dat iedereen zich al probeert te 'excuseren'. Op dit moment lijkt de gezamenlijkheid te stoppen en verschuiven de blikken naar de voorzitter. Deze moet dan de verantwoordelijkheid nemen om te 'escaleren'. In dit geval betekent dat een extra overleg initiëren op dezelfde dag. Ook benoemt de voorzitter de term WIBO wat *worst in, best out* betekent, hiermee wil de voorzitter zeggen dat er in een extreem geval iemand met ontslag gestuurd moet worden die hier volgens de behandelaar nog niet klaar voor is.

"Wij hebben wel 1 bed weten te creëren maar zitten met een enorm doorstroomprobleem, bijna al onze cliënten zouden al weg kunnen maar we zijn afhankelijk van anderen." [F1 in preventief beddenoverleg]

"Wij proberen al sinds gisteren een client te ruilen maar instelling X wil niet meewerken" [E1 in preventief beddenoverleg]

"Gaan er nog mensen uit of moeten we gaan WIBO-en, ik ben bang dat we moeten gaan escaleren" [D1 in preventief beddenoverleg]

Onderstaande voorbeeld geeft de andere kant van deze dynamiek weer en straalt gezamenlijkheid uit.

"Dat is mooi, we hebben in ieder geval, in vergelijking tot 12.00u een beetje lucht gecreëerd, laten we hopen dat het rustig blijft. Iedereen bedankt voor alle inzet en inspanningen". [D1 in het preventief beddenoverleg]

4.3 Welke belemmeringen ziet de (zorg)professional om de samenwerking te verbeteren?

Nadat in de vorige paragraaf zowel positieve als negatieve ervaringen zijn weergegeven wordt in deze paragraaf beschreven welke belemmeringen de professional ziet.

Uit de interviews blijkt dat zorgprofessionals verschillende belemmeringen ervaren bij het verbeteren van de samenwerking tussen de instellingen. Deze belemmeringen worden per thema binnen de samenwerking en gedeeld leiderschap, zoals in de inleiding van hoofdstuk 4 beschreven, weergegeven.

Samenwerking - Belangen

Een belangrijk obstakel is de interne gerichtheid van organisaties, veroorzaakt door administratieve lasten en regelgeving, zoals de Wet Verplichte GGZ. De interne druk vanuit financieel oogpunt wordt door de respondenten ook aangedragen als belemmering. De respondent beschrijft hierbij een tegenstrijdig belang tussen interne focus en loyaliteit naar de eigen instelling en de wens en behoefte om meer extern gericht te zijn.

"Ik zou het graag willen doen, ook al doe ik het nu niet. Ik merk dat mijn tijd vooral naar de afdeling gaat, terwijl ik juist ook in het netwerk actief zou willen zijn. Daar ligt een wens die ik heb." [A1]

Gedeeld leiderschap - Respect voor en vertrouwen in de competenties en intenties van de ander

Op het gebied van gedeeld leiderschap noemen professionals een gebrek aan wederzijds respect en vertrouwen in elkaars competenties als knelpunt. Er bestaan hardnekkige misverstanden tussen instellingen, dat wederzijds begrip bemoeilijkt.

"Bij de crisisdienst werd er bijvoorbeeld gezegd dat wij 's nachts geen opnames deden of dat er nooit plek was. Maar ik wist dat er op dat moment een halflege afdeling was, dus dat klopte gewoon niet. Er ontstaan vaak misverstanden tussen instellingen die blijven hangen, zonder dat ze gecheckt worden." [B2]

Daarnaast blijkt dat het vertrouwen binnen de samenwerking wordt belemmerd door personeelsswisselingen, waardoor telkens opnieuw gebouwd moet worden aan relaties. Dit leidt tot een gebrek aan continuïteit en gezamenlijke doelgerichtheid.

"In de samenwerking met instelling A gaat de samenwerking moeizaam, ik kende de vorige psychiater goed, maar zij is weggegaan en sindsdien is er wat radiostilte daar. Bij instelling C kennen we meer mensen, wat het overleg makkelijker maakt." [C2]

Gedeeld leiderschap – Gelijkwaardigheid

Ook de gelijkwaardigheid binnen de samenwerking wordt als problematisch ervaren. Kleine partijen voelen zich vaak minder serieus genomen en missen invloed in besluitvormingsprocessen, wat leidt tot ongelijkheid binnen het netwerk.

"Wij zijn natuurlijk maar een kleine partij in de acute keten. We hebben niet zoveel bedden vergeleken met de grote instellingen, dus onze invloed is beperkt. Maar wij denken wel dat we iets toe te voegen hebben. Nu doen we vaak niet mee in het visievormingsproces, vooral in het stadium waarin wordt besproken hoe we het het beste kunnen aanpakken. Daar worden we eigenlijk niet bij betrokken". [B1]

Tot slot blijkt dat responsiviteit en flexibiliteit binnen de samenwerking beperkt aanwezig is. De samenwerking wordt hierdoor als fragiel en kwetsbaar ervaren, wat de gezamenlijke slagkracht belemmert.

"Wij worden vaak pas uitgenodigd als het plan er al ligt en de andere partij al een eigen visie heeft gevormd. Dan is er weinig ruimte voor discussie." [B2]

Beeldvorming

In een aantal citaten in deze paragraaf wordt gesproken over misverstanden tussen de instellingen en de beperkte invloed van kleinere partijen. Ook wordt in paragraaf 4.2 door een van de respondenten gesproken over 'mythes'. Een toevoeging op deze voorbeelden (die te scharen zijn onder een van de voorwaarden van gedeeld leiderschap) is wat beeldvorming doet ten aanzien van de onderlinge relatie. Het kan ervoor zorgen dat een instelling zich verschuilt achter dit beeld of juist een te grote rol inneemt in de samenwerking. Deze (negatieve) beeldvorming is een uiting van de cultuur 'tussen' de instellingen.

"Ik vond die periode waarin we het hadden over instelling C als regiehouder best een taaie strijd. Het voelde soms als een gevecht om het geld, waardoor de inhoud een beetje naar de achtergrond verdween.

Daarbij speelde beeldvorming ook een rol. Wij stonden een beetje te boek als de instelling die de 'krenten uit de pap' haalt en niet alles hoeft op te vangen. Terwijl instelling C dan vaak werd gezien als degene die de moeilijke patiënten en de grote aantallen moet opvangen.

Dat vond ik soms jammer in die discussie, want dat is niet ons gevoel. Wij denken juist: we zijn kleiner, dus we nemen minder patiënten op. Maar dat betekent niet dat we de makkelijke gevallen eruit pikken.

Het was lastig om dat beeld te veranderen" [B1]

4.4 Welke kansen ziet de (zorg)professional om de samenwerking te verbeteren?

In deze paragraaf worden de kansen weergegeven die door de respondenten worden aangedragen om de samenwerking te verbeteren. Deze kansen zijn ingedeeld op basis van de in de inleiding beschreven punten. Ook in deze paragraaf worden de voorwaarden voor gedeeld leiderschap en samenwerken in netwerken gebruikt. Hoewel er een duidelijke wens is om de samenwerking te intensiveren, wordt dit niet door alle professionals als even noodzakelijk gezien. Sommigen geven aan dat de huidige manier van samenwerken vaak goed functioneert, terwijl anderen juist mogelijkheden zien om door betere regionale afstemming en intercollegiale kennisuitwisseling de samenwerking en de zorg verder te verbeteren.

Gedeeld leiderschap - Respect voor en vertrouwen in de competenties en intenties van de ander

De professional geeft aan dat er gewerkt moet worden aan meer transparantie. Er is vertrouwen voor nodig dat de informatie die je deelt niet tegen je wordt gebruikt. De professionals geven tevens aan dat er behoefte is aan overleggen waarbij functies bij elkaar komen in plaats van te veel verschillende functies en rollen bij elkaar. Dat zorgt er volgens de respondenten voor dat er misinterpretaties kunnen ontstaan die de samenwerking niet ten goede komen.

"Ja, tot nu toe wel. Maar zoals je eerder zei: die functie die bij ons WPM heet, zou bij jullie als manager behandelen worden gezien. Dat soort verschillen zie je continu terug. Het is ingewikkeld om echt mensen met dezelfde functie aan tafel te krijgen. Dat merk ik vaak, het is een beetje een heterogene groep. Bij dat overleg waar ik eerder over vertelde, zat ik bijvoorbeeld met iemand van de centrale aanmelding van organisatie C. We leven dan in compleet verschillende werelden. Dan moet je heel voorzichtig zijn met wat je zegt, omdat je bang bent dat het verkeerd wordt geïnterpreteerd. Je spreekt dan eigenlijk een andere taal."
[B2]

Een kans die door de professional wordt aangedragen is dat er meer vanuit het expertisegebied van de instelling wordt gekeken naar opname indicaties. Om dit te doen moet je volgens de professionals een start maken om met elkaar te praten over deze verschillende expertises in de stad en hoe je deze benut. Dit vraagt om een gezamenlijke visie en het herzien van bestaande of maken van nieuwe afspraken.

"Ik zou graag willen dat dezelfde patiënt elke keer in dezelfde kliniek wordt opgenomen. Daarnaast zou het fijn zijn als klinieken bepaalde expertises ontwikkelen. Nu loopt iedereen tegen dezelfde muren aan en doen we vaak dubbel werk. Bijvoorbeeld: als er een kliniek is die gespecialiseerd is in het helpen van toeristen om terug naar huis te gaan, dan zou het logisch zijn dat die patiënten daar naartoe gaan." [B2]

Samenwerking – Organisatie

Er wordt onder de professionals een duidelijke wens tot meer structuur uitgesproken in de overlegvormen. Wie mag wat beslissen?

Opvallend in de gesprekken met de (zorg)professionals is dat er veel behoefte is aan (beleids) afspraken. Deze heldere afspraken over wie waar moet worden opgenomen, wanneer iemand met ontslag kan of wie een beslissing kan nemen dragen volgens de professionals bij aan meer vertrouwen in de samenwerking. Het gaat hier volgens de professional dus over het professioneel organiseren van de samenwerking. Hierin valt op dat de respondenten aangeven dat deze behoefte er is maar voelen zichzelf niet in de positie om hierin het voortouw te nemen, het gaat hier dus om het gefaciliteerd worden in de samenwerking door afspraken en structuur.

"Ik denk dat we duidelijker moeten zijn over de criteria voor ontslag en opname. Daarnaast moeten we heldere afspraken maken over terugkeer van patiënten naar hun oorspronkelijke kliniek als ze bij ons tijdelijk zijn opgenomen." [C1]

Vraag om steun van de leidinggevende

Een andere kans om tot betere samenwerking te komen is de (nu) beperkte steun die de (zorg)professional vanuit de organisatie ervaart om tot samenwerking over te gaan. De professionals geven aan dat ze deze steun van de leidinggevende nodig hebben en dat de leidinggevenenden binnen de organisatie moeten uitstralen dat samenwerken een belangrijke manier is om aan (gedeelde) zorgen te werken. Het gaat hier dus om dat de leidinggevende responsief omgaat met de behoefte van de (zorg)professional.

"Wat ik denk dat we vooral nodig hebben, is dat de organisatie hier waarde aan hecht. Dat de directies zeggen: 'We signaleren hier belangrijke onderwerpen waar onze managers over in gesprek moeten gaan.' Als dat gebeurt, kunnen wij de directies voeden met ideeën. Dat gebeurt nu te weinig." [A1]

Humor en luchtigheid in overleggen

In paragraaf 4.2 is reeds weergegeven dat de toon van de muziek in het preventief beddenoverleg sterk afhankelijk is van de druk op de klinische capaciteit. Over het algemeen valt op dat het gebruik van humor en relativering in deze overleggen sterk bijdraagt aan de onderlinge sfeer, de deelnemers van het overleg reageren doorgaans gevat op elkaar en gaan mee in een dynamiek waarin ruimte is voor humor.

"We wachten nog instelling D en E toch? Hebben die zich verstopt? [C4 in preventief beddenoverleg]

"Het is mooi weer, ze zullen wel lekker in de zon zitten". [B5]

"Groot gelijk, als we hier nou snel uitkomen drinken we vanmiddag wat samen". [C4]

4.5 Resultaten bestuurders

In deze paragraaf worden de inzichten van de bestuurders weergegeven. De resultaten zoals deze in bovenstaande paragrafen is beschreven is gebruikt als basis voor de gesprekken met de drie bestuurders van deze instellingen. Op basis hiervan is een topiclijst opgesteld (zie bijlage) voor de semigestructureerde interviews. In deze interviews zijn de resultaten door het gesprek heen gedeeld met de bestuurders. Hiervoor is geen vaste structuur gebruikt maar is op basis van thema's die in de gesprekken voorbijkwamen aangehaakt met voorbeelden vanuit de (zorg)professionals.

Samenwerken - Ambitie

Zoals de professionals ook hebben aangegeven hechten de bestuurders veel waarde aan het doel van een bepaalde samenwerking.

"De vraag is natuurlijk of het vormgeven van samenwerking daadwerkelijk iets oplevert, of dat het vooral extra complexiteit met zich meebrengt. Want samenwerking is uiteindelijk een middel, geen doel op zich. Tegelijkertijd denk ik dat er wél een gedeeld besef is dat het echt nodig en belangrijk is. Dat is eigenlijk de eerste gezamenlijke constatering die je met elkaar moet doen. Daarna begint pas het echte werk: met elkaar concretiseren waar je naartoe wilt, wat daarvoor nodig is en welke stappen je moet zetten. En op dat vlak hebben we volgens mij nog veel te doen." [A3]

Er wordt door alle bestuurders bevestigd dat er een grote bereidheid bestaat tot meer samenwerking tussen de grote GGZ-instellingen (in Amsterdam).

"Ik merk ook bij bestuurders van de grote GGZ-instellingen in de stad en in de regio Noord-Holland en Flevoland dat er een groeiende wens is om gezamenlijk plannen te maken en beter af te stemmen. Natuurlijk zijn er conflicterende belangen en ego's, dat hoort erbij. Maar ik proef ook veel bereidheid om samen iets neer te zetten waar we trots op kunnen zijn. Deels wordt dat pragmatisch ingegeven door schaarste aan personeel en middelen, maar ik zie ook een dieper zingevend niveau: iets opbouwen wat echt betekenis heeft, niet alleen binnen je eigen losse team, maar echt met een overkoepelend plan. Daar zet ik vol op in. Over een paar jaar zien we of dat een beetje is gelukt." [B3]

Samenwerking - Belangen

Maar net zoals de professionals aangeven dat het vaak een strijd is tussen de interne focus en de focus op (netwerk) samenwerking ervaren de bestuurders dat ook. Onderstaande citaat geeft mooi weer hoe een van de bestuurders kijkt naar de samenwerking ten opzichte van de interne focus.

"Ik denk dat dit vooral komt doordat we ons allemaal realiseren dat we de complexe vraagstukken waar we voor staan, niet in ons eentje kunnen oplossen. In tijden van overvloed, met genoeg personeel, kun je nog redelijk op je eigen eilandje blijven en proberen het goed te doen. Maar als die ruimte er niet is, word je juist ontzettend afhankelijk van goede samenwerking. De enige manier om dan vooruit te komen, is sámen. Tegelijkertijd herken ik ook wat jij beschrijft: juist wanneer het krap wordt, wordt samenwerken moeilijker. Er zit dus een soort spanningsveld in — een bijna catch-22: je hebt samenwerking het hardst nodig op de momenten dat die het moeilijkst is." [A3]

Binnen de wens om meer samen te werken en met de visie dat samenwerking een middel is om een gedeeld doel te bereiken ontstaat ook een nieuw dilemma. Hoe groot pakken we dit onderwerp aan? Wat is de juiste schaal waarop een samenwerking effectief is en je voldoende vaart kan maken met het onderwerp waaraan je werkt.

"Ik geloof er ook in dat het niet altijd helpt om dingen groter te maken. Soms is het juist beter om het wat kleiner te houden [...] Bepalen wat de schaal is waarop je echt stappen kunt zetten. Want als het te groot wordt, wordt het al snel te complex en dan kom je niet vooruit. Dus het helpt om pragmatisch te kijken: waar kunnen we nú impact maken? Tegelijkertijd moet je niet vergeten dat er ook een bredere context is die je in het oog moet houden." [A3]

De snelheid waarmee je in een samenwerking in een netwerk stappen kan zetten levert eveneens een dilemma op. Kan je ook te veel druk zetten op de snelheid waarmee je wil samenwerken? Hoe verhoudt je je tot andere belangen in de samenwerking?

"Ik zie ook dat iedereen al zijn handen vol heeft aan het draaiend houden van wat er nu is. En dat is voor mij ook echt een bestuurlijk dilemma: hoeveel druk zet je op vernieuwing, hoeveel gas geef je, zonder het risico te lopen dat je het bestaande systeem onder druk zet en misschien zelfs kapot drukt?" [C3]

Gedeeld leiderschap – Verdragen van imperfecties in de samenwerking

Een manier om met deze dilemma's om te gaan is het verdragen van zaken die niet lopen zoals gewenst of van tevoren bedacht.

"Het vraagt ook om het vermogen om te verdragen dat je het soms gewoon even niet weet — en dat dat oké is. Niet alles hoeft meteen helder of opgelost te zijn." [A3]

Gedeeld leiderschap - gelijkwaardigheid

Een ander belangrijk aspect om tot samenwerking te komen en dat alle bestuurders aandragen om goed om te gaan met samenwerkingsdynamieken tussen verschillende instellingen, is de open houding.

"Ik vind het leuk dat alles bevraagd mag worden. Als je nieuwsgierig bent – wat ik ben – mag je iedereen vragen: waarom doe je wat je doet? Wat gaat er goed? Wat kan beter?" [B3]

Het 'gevoeligheid' van afspraken

Als de onderzoeker naar voren brengt dat de (zorg)professionals veel waarde hechten aan duidelijke afspraken, structuur van overleggen en governance geven de bestuurders aan dat dit een spanningsveld is dat zij herkennen. Afspraken kunnen zoals onder de voorwaarden van gedeeld leiderschap bijdragen aan het vertrouwen, maar afspraken kunnen het vertrouwen ook ondermijnen. Het is daarmee een gevoelige kwestie, de roep om afspraken en structuur is groot maar de beperking die een niet passende afspraak met zich meebrengt is misschien nog wel groter. Een bestuurder zeggen hierover het volgende.

"In dit soort situaties vind ik het belangrijk om goed na te denken over wat écht helpend is. Soms is er de neiging om alles dicht te timmeren met protocollen en afspraken, maar dat maakt het vaak juist ingewikkelder. Tegelijkertijd, als er collectief een behoefte wordt uitgesproken, kun je die niet negeren—dat zou de samenwerking ook schaden. Het is dan aan het management en de directie om daar verantwoordelijkheid in te nemen. Maar wel met de juiste vragen: wat is precies de behoefte, wat moet er met structuur of beleid opgelost worden, en voor wie geldt dat eigenlijk? Zonder die verdieping loop je het risico dat je iets maakt, verzint of inricht wat uiteindelijk toch niet helpt." [A3]

Een andere bestuurder erkent eveneens deze behoefte en maakt een onderscheid tussen typen beleidsafspraken. Volgens de bestuurder is het daarom goed om te onderzoeken welke behoefte er daadwerkelijk ligt onder het maken van afspraken.

"Die behoefte aan duidelijke afspraken kan je onderverdelen. Aan de ene kant heb je afspraken als: 'Als jij de opname-indicatie stelt, nemen we dat over en evalueren we achteraf.' Dat vind ik een goede, algemene afspraak. Maar aan de andere kant heb je ook micromanagement, zoals: 'Vijf uur is vijf uur.' Dat soort gedetailleerde regels kunnen juist ook belemmerend werken." [B3]

Gedeeld leiderschap - Responsiviteit

Door de bestuurders wordt samenwerking als een belangrijk middel gezien om aan de gezamenlijke doelstellingen in de stad te werken, in dit geval het benutten van schaarse klinische capaciteit. De wens om samen te werken wordt breed gedeeld en ook zo ervaren. Toch lijkt het in de praktijk van zorgprofessionals niet eenvoudig om deze wens om te zetten in constructieve samenwerking. Op de vraag hoe je als bestuurder omgaat met deze kloof tussen de visie van de bestuurder en de ervaring in de praktijk worden onderstaande voorbeelden aangedragen

"We moeten werken aan onderling vertrouwen, mijn rol als bestuurder is om te vragen aan de professional: wat heb je nodig om dat vol te houden? Waar zit de reële pijn? Kun jij dat zelf communiceren of moet ik het bestuursniveau laten weten?" [B3]

"Het is belangrijk dat management daarin een actieve rol speelt om de samenwerking echt van de grond te krijgen en samen vorm te geven. Blijkbaar is het toch niet vanzelfsprekend dat mensen die ruimte voelen of het eigenaarschap nemen om dat ook echt te doen." [A3]

Samenwerking - Organisatie

Als toevoeging geeft een van de bestuurders aan dat er ook een belangrijke randvoorwaarde is om tot meer transparantie in de samenwerking te komen: Het gebruik van data.

"Wat me hierbij te binnen schiet, is dat we echt goede sturingsinformatie nodig hebben. Waarom kunnen we wel een Uber bestellen en precies zien wanneer die komt, maar werken we in de GGZ nog met faxen? Het zou zoveel makkelijker zijn als we actuele en betrouwbare informatie zouden hebben over de capaciteit. Vaak moet je nu nog zeggen: 'Ik denk dat het zo zit,' zonder dat je het zeker weet, zelfs over je eigen kliniek." [B3]

Besturen met plezier en humor

In de interviews met bestuurders komt geregeld een glimlach op het gezicht van de bestuurder als er wordt doorgevraagd waarom bepaalde zaken in de samenwerking wel of niet lukken. De bestuurders geven aan dat sommige knelpunten in de samenwerking met wat meer luchtigheid behandeld mogen worden. Het kan volgens de bestuurder helpen om humor te gebruiken en met luchtigheid te reflecteren op het eigen gedrag.

"Ik gebruik humor graag om te laten zien hoe vreemd we soms eigenlijk handelen. Bijvoorbeeld door te zeggen: 'Het is toch grappig dat we allemaal direct naar boven kijken terwijl we de oplossing eigenlijk al zelf weten?' [B3]

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek naar samenwerking en gedeeld leiderschap binnen het netwerk van acute GGZ-instellingen in Amsterdam beschreven. De bevindingen laten zien dat samenwerking zich op meerdere niveaus afspeelt, variërend van het individuele cliëntniveau tot en met regionale beleidsafspraken. Professionals en bestuurders ervaren deze samenwerking als noodzakelijk, maar tegelijkertijd als complex en soms weerbarstig.

Uit de analyses komt naar voren dat samenwerking op cliëntniveau vaak als positief en pragmatisch wordt ervaren, vooral wanneer er sprake is van gedeelde urgentie of acute problemen. In deze situaties overheersen vertrouwen en wederzijds begrip, wat aansluit bij de theorie van samenwerken in netwerken (Kaats & Opheij, 2023). Echter, zodra de samenwerking verschuift naar logistiek of beleidsmatig niveau, ontstaan er gemakkelijk spanningen, gevoed door organisatorische verschillen, uiteenlopende belangen en de wens naar meer eenduidige afspraken.

De belemmeringen die professionals ervaren hangen veelal samen met interne gerichtheid, administratieve druk, personeelsswisselingen en onduidelijkheden rondom verantwoordelijkheden. Ook relationele aspecten zoals een gebrek aan vertrouwen, wederzijds respect en gelijkwaardigheid komen duidelijk naar voren als knelpunten, deze punten zorgen voor beeldvorming tussen de instellingen die niet constructief is. Deze belemmeringen sluiten aan bij de theoretische concepten van gedeeld leiderschap in netwerken, waarbij onderlinge verhoudingen en het kunnen omgaan met imperfecties en onzekerheid cruciaal zijn (van der Scheer, 2023).

Tegelijkertijd worden in het onderzoek verschillende kansen signaleerd om samenwerking te verbeteren. Professionals zien het belang van meer transparantie, duidelijke en gezamenlijke afspraken, en investeren in gezamenlijke overlegstructuren waarin functies en verantwoordelijkheden helder zijn. Ook wordt benadrukt dat leidinggevend en bestuurders een actieve rol dienen te nemen in het bevorderen van een cultuur waarin samenwerking als waardevol wordt gezien en gefaciliteerd. De perspectieven van bestuurders laten zien dat de wens tot samenwerking breed wordt gedeeld en gevoeld wordt door zowel pragmatische noodzaak (zoals personeels- en capaciteitsproblemen) als door een intrinsieke motivatie om gezamenlijk betere zorg te leveren. Bestuurders onderkennen echter de dilemma's en spanningsvelden die met deze netwerk-samenwerking gepaard gaan, en zien een belangrijke rol weggelegd voor het creëren van ruimte voor dialoog, flexibiliteit en het verdragen van imperfecties. Het gebruik van humor en relativering spelen hierin een belangrijke rol.

Samenvattend laat dit hoofdstuk zien dat succesvolle samenwerking binnen het netwerk van acute GGZ-instellingen vraagt om voortdurende aandacht voor zowel structuur als relatie. Het bouwen aan vertrouwen, gelijkwaardigheid en een gedeelde ambitie is daarbij essentieel. Door expliciet aandacht te besteden aan de belemmeringen en kansen die in dit hoofdstuk zijn benoemd, kan gewerkt worden aan een sterker, veerkrachtiger netwerk waarin professionals en bestuurders gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de best mogelijke zorg voor cliënten in de acute keten.

5.0 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is om een beeld te krijgen welke rol (gedeeld) leiderschap kan spelen in de samenwerking tussen drie organisaties die in de stad Amsterdam klinische acute psychiatrische zorg bieden. In dit hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de centrale vraagstelling. Om tot een antwoord te komen worden eerst de deelvragen beantwoord (5.1.1 t/m 5.1.4), waarna de hoofdvraag wordt beantwoord in 5.1.5. In de discussie (5.2) reflecteer ik op de bevindingen (5.2.1) en de sterktes en zwaktes van het onderzoek (5.2.2). Ik sluit af met aanbevelingen (5.3).

5.1 Beantwoording van de centrale vraag

Welke rol kan gedeeld leiderschap spelen in de samenwerking in het netwerk van acute (klinische) GGZ in Amsterdam?

De deelvragen bij deze centrale vraagstellen zijn:

1. Wat is gedeeld leiderschap, en hoe verhoudt zich dat tot samenwerking in zorgnetwerken? (Literatuurstudie)
2. Hoe ervaart de professional de samenwerking en het eigen leiderschap binnen het netwerk van acute GGZ en waar zitten volgens de professional de beperkingen? (Interviews)
3. Hoe geven de bestuurders leiding aan deze samenwerking?
4. Is het netwerk van acute klinische GGZ een kansrijke omgeving om (vormen van) gedeeld leiderschap toe te passen, en welke voorwaarden zouden aangepast moeten worden om hier (meer) ruimte voor te maken? (Interviews, observaties)

5.1.1 Samenwerken in netwerken en gedeeld leiderschap in netwerken, de onderlinge verhoudingen tussen deze concepten

Gedeeld leiderschap in netwerken verwijst naar het samen vormgeven aan sturing, waarbij leiderschap niet centraal vanuit één persoon of partij plaatsvindt, maar wordt gedeeld tussen de betrokken actoren. Het kenmerkt zich door vertrouwen, gelijkwaardigheid, responsiviteit, het verdragen van imperfecties, en het investeren in elkaars competenties (van der Scheer, 2023).

Samenwerken in netwerken draait om het creëren van condities waarin betrokken organisaties samen kunnen werken aan een betekenisvolle ambitie. Kaats en Opheij (2023) onderscheiden hierbij vijf cruciale elementen: een gedeelde ambitie, het expliciteren van belangen, professionele governance, een goed ingericht proces en het ontwikkelen van betekenisvolle relaties.

Deze voorwaarden voor gedeeld leiderschap en condities voor samenwerken in netwerken leveren overlap op, maar laten ook verschillen zien.

Aanvullend op de literatuurstudie zijn er in het empirisch onderzoek een aantal aanvullingen gevonden die de literatuurstudie bevestigen binnen deze deelvraag. Als eerste onder voorwaarde 1 van gedeeld leiderschap (van der Scheer, 2023): respect voor en vertrouwen in de competenties en intenties van de ander. Het maken van beleidsafspraken kan ondersteunend zijn aan het vergroten van het vertrouwen. De professionals geven in de interviews een duidelijke behoefte aan af ten aanzien van dit soort afspraken. Dit past in het model van Geurtsen & Opheij (2024) onder professioneel organiseren.

De bestuurders in dit onderzoek spreken over een nieuwsgierige houding die goed past bij voorwaarde 2 van gedeeld leiderschap (van der Scheer, 2023), Geurtsen & Opheij (2024) scharen dit bij condities voor samenwerking onder: belangen. Deze voorbeelden geven weer hoe de concepten op bepaalde aspecten overlappen en elkaar aanvullen.

Waar de respondenten duidelijk aangeven dat er een grote behoefte is om steun vanuit de leidinggevende te krijgen om tot betere samenwerking te komen, is dit in het model van Geurtsen en Opheij (2024) beperkt tot de conditie 'relatie' waaronder leiderschap staat. Hier laat een van de voorwaarden van gedeeld leiderschap: responsiviteit zien dat deze iets anders weergeeft dan de

condities voor samenwerking. Waar de theorie over samenwerking in netwerken vooral ingaat op het *wat*— zoals gezamenlijke opgaven, belangen en structuur — beschrijft de theorie van gedeeld leiderschap vooral het *hoe*: de manier waarop mensen zich tot elkaar verhouden, omgaan met complexiteit en ruimte geven aan elkaars inbreng. Gedeeld leiderschap maakt het mogelijk om de samenwerking in netwerken niet alleen te organiseren, maar ook duurzaam te laten functioneren.

5.1.2 Ervaringen binnen de samenwerking en mogelijkheden tot verbetering van deze samenwerking

De (zorg)professionals geven aan dat er zowel positieve en als minder positieve ervaringen zijn binnen de samenwerking tussen de onderzochte instellingen. Dit onderzoek laat zien dat samenwerking verder gaat dan de uitkomsten van de samenwerking maar dat de beleving en de ervaring van de deelnemers een groot effect hebben op het netwerk. Opvallend is dat de positieve ervaringen vaak client gerelateerde ervaringen zijn. Als er sprake is van een clientgericht contact is er vaak ook minder ruis, minder last van beeldvorming en constructiever overleg mogelijk, je kan stellen dat er op clientniveau al sprake is van gedeeld leiderschap. De samenwerking wordt dan als efficiënt ervaren. Elkaar ‘kennen’ speelt in dit soort samenwerkingsvormen vaak ook een belangrijke rol. Er lijkt in de client gerelateerde samenwerking sneller consensus gevonden te worden over wat ‘goede zorg’ of ‘goede samenwerking’ is, een van de belemmeringen die door van der Woerd et al. (2021) worden benoemd.

Als het over beleid of groepen cliënten gaat wordt ervaren dat de samenwerking moeizamer verloopt, men geeft aan dat er angst ontstaat dat een beslissing een negatief effect heeft op een grote groep cliënten. Ook is het in deze gevallen moeizamer om vanuit de eigen expertise te spreken. De beeldvorming speelt dan al snel een rol. Kleine partijen voelen zich minder serieus genomen en de grote partij geeft aan dat er de andere partijen minder verantwoordelijkheid nemen, Kaats & Opheij (2023) spreken hier van spanning tussen de organisatie en de samenwerking. Naast dat de verschillende schaalgrote en de inbreng van de partijen spanning oplevert. Is ook de verschillende cultuur van de organisaties een spanning. De beeldvorming die de respondenten benoemen gaat echter niet alleen over cultuurverschillen maar ook over een ‘cultuur’ tussen de verschillende instellingen, deze cultuur is opgebouwd in alle jaren dat er met elkaar wordt (samen) gewerkt.

De meeste respondenten zien het vraagstuk klinische capaciteit als een gedeelde zorg. Dat blijkt niet uit de geobserveerde momenten. De samenwerking verloopt doorgaans goed als er voldoende capaciteit is, maar het probleem is dat er vaak niet voldoende capaciteit is en dan lijkt deze gedeelde zorg (in het preventief beddenoverleg) niet meer een verantwoordelijkheid van iedereen maar van de voorzitter van het overleg. Extra opvallend hierbij is dat een crisis als COVID-19 wel wordt ervaren als een periode van saamhorigheid en gedeelde zorgen. Juist als het deze complexiteit kent is gedeeld leiderschap een geschikte oplossingsrichting (van der Scheer, 2023). Het vraagt dan wel competenties, vertrouwen, een open houding en responsiviteit, zoals in hoofdstuk 2 van dit onderzoek beschreven.

Er worden door de (zorg) professionals verschillende belemmeringen en kansen gezien om de samenwerking te verbeteren. Het is opvallend dat zowel de belemmeringen als de kansen volgens de professionals vooral op het stuk organisatie en proces vanuit het kernmodel voor kansrijke samenwerking (Kaats & Opheij, 2023) worden aangedragen. Zo is het maken van helpende beleidsafspraken een belangrijke kans om de samenwerking te versterken. Daarmee werk je volgens de professionals aan een basis van vertrouwen om tot betere samenwerking te komen. Daarnaast is er behoefte aan het inrichten van overleggen op functieniveau. De professionals geven daarnaast aan dat een duidelijke governance bijdraagt aan een betere samenwerking zoals ook door Provan & Milward (2001) wordt beschreven.

De roep van de professionals om steun van de leidinggevende is een belangrijke bevinding, samenwerking kan op bestuursniveau wel worden nagestreefd maar de professional heeft het nodig

om echt te voelen dat de leidinggevende de samenwerking steunt en de professional ondersteunt om leiderschap te tonen in de samenwerking. Het gaat hier dus over responsiviteit (van der Scheer, 2023) van de leidinggevende, om aan te sluiten bij deze vraag van de (zorg)professional.

Tot slot kan worden geconcludeerd dat het gebruik van humor en relativering helpt om te gaan met de complexe vraagstukken waaraan wordt gewerkt.

5.1.3 Het besturen van een netwerksamenwerking

En hoewel het niet gek is dat er verschillende zienswijzen bestaan over hoe de samenwerking verbeterd kan worden is het wel interessant om weer te geven hoe dit verschil overbrugd kan worden. Dit vraagt responsief bestuur, juist als het complex wordt is het van belang dat de bestuurders open staat voor wederzijdse beïnvloeding en dit stimuleert en uitstraalt naar de (zorg)professional. In de aanbevelingen voor de praktijk wordt hier verder op in gegaan. De bestuurders zien de samenwerking tussen de aanbieders van klinische acute GGZ als essentieel. Tegelijkertijd erkennen zij dat deze samenwerking zich nog in een beginstadium bevindt en dat er tijd en ruimte nodig zijn om het netwerk verder te ontwikkelen. Daarbij benadrukken zij het belang van het zorgvuldig bepalen van de schaal waarop de samenwerking wordt aangegaan, evenals het tempo waarin gezamenlijke stappen gezet kunnen worden, passend bij de spanningen tussen de organisatie en de opgave (Kaats & Opheij, 2023).

De verbetering van de samenwerking wordt door bestuurders met name gezocht in de dimensies ambitie, belangen en (gedeeld) leiderschap (Kaats & Opheij, 2023). Zij benoemen het belang van het werken aan een gedeelde ambitie, het creëren van waarde voor alle betrokken partners en, in het bijzonder, het benutten van meervoudigheid: het responsief omgaan met de diversiteit (Ji et al., 2024) en expertise van de verschillende aanbieders. Bestuurders pleiten ervoor om niet te vervallen in gedetailleerde afspraken, maar om juist afspraken te maken die het onderlinge vertrouwen versterken. Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat deze onderscheidende manier van afspraken maken voor zorgprofessionals nog onvoldoende duidelijk is, wat wijst op een verschil in perspectief tussen de bestuurders en de professionals.

De bestuurders geven richting aan het proces van samenwerking door vertrouwen te geven, te investeren in de competenties van betrokkenen, nieuwsgierigheid te tonen en transparant te handelen—allemaal elementen die aansluiten bij de voorwaarden voor gedeeld leiderschap (Van der Scheer, 2023). Bovendien zetten zij relativering en humor in om te reflecteren op de samenwerking, wat eveneens bijdraagt aan een sfeer van vertrouwen.

Toch wordt de realisatie van de gezamenlijke ambities bemoeilijkt door factoren zoals personele wisselingen. Deze leiden tot verstoringen in continuïteit en doelgerichtheid, doordat relaties en wederzijds vertrouwen telkens opnieuw opgebouwd moeten worden. Dit heeft direct invloed op het vermogen van het netwerk om gezamenlijk richting te geven aan de samenwerking.

Hoewel het niet onverwacht is dat er verschillende zienswijzen bestaan over hoe de samenwerking verbeterd kan worden, is het wel van belang om te onderzoeken hoe deze verschillen kunnen worden overbrugd. Dit vraagt om responsief bestuur: juist wanneer de context complex is, is het van belang dat bestuurders openstaan voor wederzijdse beïnvloeding en deze houding actief uitdragen richting professionals. In de aanbevelingen voor de praktijk wordt hier verder op ingegaan.

5.1.4 De samenwerking tussen aanbieders van klinische acute GGZ in Amsterdam, een kansrijke omgeving voor gedeeld leiderschap?

Vanuit de onderzoeksresultaten overzien is de samenwerking een kansrijke omgeving om gedeeld leiderschap toe te passen. De urgentie van de toegankelijkheid van zorg en het gedeelde speelveld draagt hieraan bij. Daarnaast zijn ook de betaalbaarheid en kwaliteit belangrijke vraagstukken voor de verschillende organisaties in Amsterdam. Samenwerking op deze thema's zorgt voor een groter aantal

samenwerkingsvormen, en dat heeft weer een positief effect op de sterkte van de samenwerkingsrelaties (Provan & Milward, 2001). Zoals in de resultaten is beschreven, dragen de bestuurders met hun visie op samenwerking en op leiderschap voor een groot deel uit dat er gedeelde zorgen zijn die ook gezamenlijk moeten worden aangegaan. Men is bereid om aanpassingen te doen (responsief) om te werken aan het vertrouwen en uit te gaan van **gelijkwaardigheid**. De leiders van deze organisaties zetten daarmee een belangrijke eerste stap. Er is verschil in expertise tussen de verschillende instellingen wat de meervoudigheid ten goede kan komen (van der Scheer 2023; Peters, 2016). Het delen van data (over klinische capaciteit), zoals door een van de bestuurders als belangrijke pijler aangemerkt draagt bij aan het door Provan & Milward (2001) beschreven netwerkcohesie en integratie.

Door naast de beschreven kansen ook te werken aan de belemmeringen die door de professionals worden beschreven zoals: het bespreken van 'beeldvorming' en de positie die men ervaart in de samenwerking (klein of groot) wordt de kans op slagen groter. Er dient hier echt actief gewerkt te worden aan het doorbreken van de 'cultuur', hier worden in de aanbevelingen suggesties voor gedaan. Gezegd moet worden dat er onder de professionals mogelijk in eerste instantie een andere behoefte ligt. Een behoefte aan kennisuitwisseling tussen professionals van verschillende instellingen met dezelfde functie/ expertisegebied. Dit vraagt om responsiviteit van de bestuurder (van der Scheer, 2023). Daarnaast zal geïnvesteerd moeten worden in eerste kennismaking en afspraken maken en beleid ontwikkelen dat de professional helpt om het werk efficiënter, leuker en zinvoller te maken.. Naast dat de zorgprofessional meer in het leiderschap kan groeien is er ook nog geen sprake van *coproduction*, waarbij de gebruiker (client en / of naasten) mee deelt in het leiderschap (Palmer et al., 2018). Hier ligt een belangrijke kans.

5.1.5 Beantwoording centrale vraagstelling

Gedeeld leiderschap kan binnen het netwerk van acute klinische GGZ in Amsterdam een verbindende en versterkende rol spelen, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. De samenwerking tussen de betrokken organisaties wordt door zowel bestuurders als professionals als essentieel gezien, hiermee is de start van een gedeeld ambitie (Kaats & Opheij, 2023) gemaakt, maar kent uitdagingen die vragen om een leiderschapsstijl die ruimte biedt voor wederzijdse beïnvloeding, gelijkwaardigheid en vertrouwen.

belemmerende factoren zoals personele wisselingen, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en culturele verschillen tussen instellingen de ontwikkeling van duurzaam gedeeld leiderschap. Relaties en vertrouwen moeten telkens opnieuw worden opgebouwd, wat ten koste gaat van continuïteit en doelgerichtheid.

De analyse laat zien dat gedeeld leiderschap vooral van meerwaarde is wanneer er sprake is van complexiteit, wederzijdse afhankelijkheid en behoefte aan gezamenlijke doelgerichtheid. Kenmerken die nadrukkelijk aanwezig zijn in dit netwerk. Bestuurders spreken de wens uit om te bouwen aan een gedeelde ambitie en zijn bereid om te investeren in de competenties van de betrokkenen, ook zijn zij bereid om responsief om te gaan met expertise verschillen tussen de instellingen en hierin concessies te doen. De professional ziet kansen in het verbeteren van de samenwerking op structuur, governance, steun en cultuur. Hier ontstaat dus een kloof die overbrugd moet worden.

Gedeeld leiderschap biedt een kansrijk perspectief voor het versterken van de samenwerking binnen het netwerk van acute GGZ in Amsterdam als een voortdurende aandacht en afstemming is tussen de relatie en structuur.

De samenwerking op clientniveau laat zien dat gedeeld leiderschap een belangrijke positieve rol speelt op de samenwerking tussen het Amsterdam UMC, GGZ InGeest en Arkin.

Door als organisatie, bestuurders, leidinggevende en zorgprofessionals verder te werken aan de gedeelde zorgen kan gedeeld leiderschap ook op andere niveaus binnen de samenwerking een grote positieve uitwerking hebben. Dit vraagt van alle betrokkenen constante afstemming tussen structuur en relatie met hierin aandacht voor de toon waarop met elkaar wordt gesproken.

5.2 Discussie

In dit onderzoek is een begin gemaakt met onderzoek naar hoe gedeeld leiderschap een rol kan spelen in netwerksamenwerking in het netwerk voor acute klinische GGZ in Amsterdam. In deze paragraaf reflecteer ik op de bevindingen (5.2.1) en worden de sterktes en zwaktes van de onderzoeksopzet weergegeven (5.2.2).

5.2.1 Reflectie op de bevindingen

Wat opvalt in het onderzoek is dat de respondenten zich wel uitspreken over een gedeelde verantwoordelijkheid om de schaarse klinische capaciteit te verdelen, maar dat dit in de praktijk zoals geobserveerd in het preventief beddenoverleg en in de praktijk waarin de onderzoeker zelf participeert niet zo wordt uitgevoerd (Delden, 2009). De bestuurders geven allemaal aan dat er grote behoefte en urgentie is om samen te werken op onder andere dit vraagstuk van toegankelijkheid, echter geven zij ook aan dat er wel goed moet worden nagedacht over de schaal waarop deze samenwerking wordt ingezet en de snelheid waarmee je stappen kan maken (Kaats & Opheij, 2023) Maar de inrichting zoals deze nu is gemaakt met 1 dominante partij in het overleg, geen onderscheid in expertise per instelling, en beleidsafspraken zoals regiobinding, zorgen ervoor dat instellingen capaciteitsvraagstukken en/of overleggen rondom capaciteit zien als een moment waarop zij zich moeten verantwoorden aan anderen. Er is hier nog geen sprake van netwerkcohesie (Provan & Milward, 2001) In plaats van een moment van samen werken aan hetzelfde doel verwordt het overleg zo tot een moment waarop iedereen angstig is om aangesproken te worden op onvoldoende inzet, slechte bedrijfsvoering of het niet houden aan afspraken.

Deze afspraken zijn ook belangrijk om verder op in te zoomen. Van der Scheer (2023) beschrijft onder voorwaarde 1 van gedeeld leiderschap dat het maken van afspraken ondersteunend kan werken in een context van weinig vertrouwen. De (zorg)professional lijkt ook hier echter een andere behoefte te hebben dan de bestuurder. Een strak kader van beleidsafspraken (zoals de postcoderegeling) schept voor de professional duidelijkheid terwijl de bestuurders meer vanuit het expertise van de verschillende instellingen willen sturen. Dit vraagt om responsief bestuur waarbij een afspraak dienend is aan de samenwerking maar waar ook gericht van afgeweken kan worden. De (zorg)professional mag hierin echt meer leiderschap nemen en de leidinggevende mag het leiderschap meer verdelen: steun geven.

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat de (negatieve) beeldvorming die tussen de partijen speelt groot is en daarmee erg bepalend voor de samenwerking (Kaats & Opheij, 2023). De ene instellingen neemt hierdoor (te) veel ruimte in en de andere partij voelt zich daardoor niet voldoende tot haar recht komen en neemt een afwachtende houding aan, we kunnen spreken van cultuur tussen de instellingen. Dat is iets wat in de praktijk voelbaar is maar in bijvoorbeeld de preventief bedden overleggen niet expliciet wordt uitgesproken. Werken aan het verbeteren van deze cultuur kan op verschillende manieren worden aangepakt maar kost tijd en ruimte (Schalk et al., 2021). Dit onderzoek heeft een start gemaakt met het in kaart brengen van deze beeldvorming en doet een aantal aanbevelingen om hier aan te werken.

Daarnaast is een belangrijke bevinding dat er door de professionals een grote behoefte tot steun vanuit de leidinggevende wordt ervaren. De professionals geven aan dat deze steun kan zitten in het professioneel organiseren van het netwerk (Geurtsen & Opheij, 2024). Maar ook in de ondersteuning om tot meer en betere samenwerking te komen. Deze steun kan zitten in het regelmatig bespreken van

de acties in het netwerk, het reflecteren op het leiderschap in de samenwerking maar ook bereid zijn om de samenwerking boven soms vitale en primaire (financiële) resultaten te plaatsen. Het vraagt zoals van der Scheer (2023) moed om in te gaan tegen bestaande structuren, regels en afspraken om tot gedeeld leiderschap te komen. Moed van de professional om leiderschap te tonen en moed van de bestuurder om het leiderschap te delen. Ook vraagt het de professionals om te leren om te gaan met imperfecties in de samenwerking. In dit onderzoek komt sterk naar voren dat de imperfecties in de samenwerking nu voortdurend bijdragen aan de negatieve beeldvorming, dit vraagt een andere houding van de professional. Het gaat hier ook over het bewust kunnen verdragen van de complexiteit die gedeeld leiderschap met zich mee brengt en de spanningen die het oproept te benutten (van der Scheer, 2023).

Om tot goede samenwerking te komen moet een bestuurder, manager, zorgprofessional bereid zijn om concessies te doen, zeker in het geval van de samenwerking in Amsterdam waar ook gericht gekeken moet worden naar de verschillende expertisegebieden gaat dit op bepaalde plekken wringen en wellicht pijn doen. Ook dit vraagt om responsiviteit (van der Scheer, 2023)

De professionals geven in de interviews aan dat er een grote behoefte bestaat om kennis uit te wisselen met dezelfde functies, ook kan het spanningen opleveren in de samenwerking als er niet dezelfde 'taal' wordt gesproken. Ji (2024) schrijft dat het gedeeld leiderschap juist ten goede komt als een grote mate van diversiteit aan functies aanwezig is. Het kan daarom goed zijn om het belang hiervan duidelijk te maken aan de deelnemers en ook de successen van diversiteit expliciet te maken binnen de samenwerking.

Het onderzoek van BE-grip (kenniscentrum Phrenos, 2024) laat zien dat de inzet van ervaringsdeskundigheid in het samenwerking die werden onderzocht nog onvoldoende worden benut. Dat geldt ook voor dit onderzoek. De rol van cliënten en of naasten in de samenwerking aan het vraagstuk toegankelijkheid wordt door de respondenten niet benoemd en ook in de observaties niet waargenomen. Om tot gedeeld leiderschap te komen met hier echt actief op worden ingezet. Als we zien dat clientgerichte samenwerking zo goed gaat, waarom betrekken we deze groep dan niet veel meer in alle grote vraagstukken zodat we echt werken vanuit *coproductie* (Palmer et al., 2018)

Tot slot een korte reflectie op de inzet van humor en luchtigheid in overleggen. In de verschillende geobserveerde momenten wordt regelmatig op luchtige wijze met elkaar gesproken, er ontstaat op die manier verbinding tussen de verschillende deelnemers. De toon kan volgens geïnterviewde echter ook omslaan naar negatief. Deelnemers in de samenwerking hoeven niet altijd 'lief' voor elkaar te zijn maar wees je bewust dat de toon waarop we met elkaar spreken en de manier hoe we met elkaar omgaan kan bijdragen aan het verdragen van de complexiteit waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat (van der Scheer, 2023).

5.2.2 Sterktes en zwaktes van de onderzoeksofzet

De manier waarop het onderzoek is vormgegeven kent een aantal sterke punten en een aantal zwaktes. Door het combineren van observaties en semigestructureerde interviews worden de perspectieven op verschillende manieren weergegeven waardoor een rijker beeld ontstond. De in de interviews beschreven belemmeringen werden niet direct waargenomen in de observaties. Door beide op elkaar te betrekken bleek, dat het vooral aan de orde was als de druk hoog was. Wat werd bevestigd in de interviews. De observaties vulde de interviews ook aan. De humor die duidelijk zichtbaar was in de observaties werd in de interviews niet genoemd als een helpend element. Daarnaast is de onderzoeker in eerste instantie op zoek gegaan naar de ervaringen van de (zorg)professionals en heeft deze data gebruikt om met de bestuurders in gesprek te gaan, deze manier voegt waarde toe omdat het hielp de 'kloof' tussen de praktijk van de bestuurder en de praktijk van de professional te onderzoeken.

De kennis van de onderzoeker, werkzaam als manager bedrijfsvoering van een van de acute opname klinieken in deze samenwerking, van het thema heeft een verdieping gegeven aan de interviews en de manier waarop de data is geïnterpreteerd. De positie van de onderzoeker in de sector heeft gezorgd voor gemakkelijke toegang tot de respondenten en de geobserveerde overleggen. Tegelijkertijd was het voor de onderzoeker van belang om sterk bewust te zijn van eigen perspectieven en hier kritisch op te reflecteren met collega's en de onderzoeksbegeleider. Ook is de context van de Amsterdamse klinische acute GGZ een beperkte context, dat maakt dat dit onderzoek niet een-op-een overdraagbaar is naar andere netwerken of sectoren. Wel zijn er in de zorg veel overleggen die met dezelfde omstandigheden van schaarste, urgentie en gedeelde belangen te maken hebben. De inzichten die in dit onderzoek zijn opgedaan, zijn in dat geval waardevol om kennis van te nemen. Als laatste zwakte kan worden benoemd dat er door de onderzoeker nu niet specifiek is ingezoomd op clientperspectief of dat van naasten.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen bevinden zich op twee domeinen, aanbevelingen voor vervolgonderzoek en aanbevelingen voor de praktijk.

5.3.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit onderzoek heeft een inkijk gegeven in wat de rol van gedeeld leiderschap kan zijn in de netwerksamenwerking binnen de Amsterdam klinische acute GGZ. Het zou interessant zijn om dit onderzoek naar gedeeld leiderschap te vergroten buiten de muren van de klinische GGZ en hierbij ook te kijken naar de samenwerking met andere stakeholders zoals het sociaal domein. Ook geeft dit onderzoek aanleiding om verder in te gaan op hoe bestuurders de visie op gedeeld leiderschap binnen de organisaties en tussen de organisaties verder brengen in de praktijk bijvoorbeeld in de vorm van een actieonderzoek zoals BE-grip. Mocht er een meer gestructureerde vorm van netwerksamenwerking ontstaan tussen de onderzochte instellingen kan het van meerwaarde zijn om te onderzoeken en te reflecteren op vormen van gedeeld leiderschap binnen deze samenwerking.

5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de onderzoeksresultaten, de conclusie en de discussie worden onderstaande aanbevelingen voor de praktijk gedaan, er wordt onderscheid gemaakt in aanbevelingen voor de organisatie, de (zorg)professional en de bestuurders.

Aanbevelingen voor de organisaties

1. Formuleer een gezamenlijke visie op acute GGZ in Amsterdam

Breng de verschillende partijen bij elkaar om gezamenlijk te bepalen wat de opgave van het netwerk is, waar de samenwerking over gaat en wie hierbij betrokken moeten zijn. Professionals hebben deze duidelijkheid nodig.

2. Ga als organisatie staan voor je expertisegebied

Durf als organisatie te gaan staan voor je expertisegebied en bespreek met elkaar hoe je dit in de regio goed kan verdelen.

3. Durf concessies te doen en wees hier transparant over

Als instelling A beter is in het organiseren van repatriëringen en instelling B beter is in de jongvolwassenen doelgroep, wees dan bereid dit over te dragen of samen in op te trekken en wees hier transparant over naar de professionals en cliënten en hun naasten.

4. Investeer in structurele overlegvormen

Organiseer structurele overlegvormen die verder gaan dan alleen het bespreken van de klinische capaciteit, verbind professionals aan elkaar maar zorg ook dat verschillende functies en rollen met elkaar in gesprek blijven om ieders expertise te benutten. Vergeet hierbij niet om client en naastenvertegenwoordiging te organiseren.

Aanbevelingen voor de (zorg)professional (en bestuurders)

Deze aanbevelingen kunnen direct in de praktijk worden toegepast (quick wins)

1. Werk aan de kwaliteit van het netwerk

Bouw ruimte in om op de samenwerking (van verschillende overleggen) te reflecteren en ondersteun de professional om zich hierin reflectief op te stellen.

2. Stimuleer informele samenwerking

Stimuleer en faciliteer informele contacten tussen de verschillende instellingen. Faciliteer ontmoeting.

3. Werk aan vertrouwen door het te geven

Geef vertrouwen aan de (zorg)professionals, geef ze de ruimte om te beslissen en fouten te maken. Biedt professionals de mogelijkheid om te handelen vanuit het eigen expertise en draag uit dat beleidsafspraken een richtlijn zijn waar onderbouwt van afgeweken kan worden.

4. Beoordeel en maak opnieuw beleidsafspraken die bijdragen aan vertrouwen

Onderzoek of de bestaande afspraken het vertrouwen bevorderen en of ze bijdragen aan betere zorg.

5. Werk (negatieve) beeldvorming tegen

Door successen binnen de samenwerking breed te communiceren en mensen aan te spreken op het verspreiden van deze uitingen.

Aanbevelingen voor de bestuurders

1. Investeer in de competenties van je leidinggevendenden

Bied leiderschapsprogramma's aan waarin men de leiderschapsvisie van de organisatie mee krijgt. Stimuleer hierin (zelf)reflectie en omgaan met onzekerheid.

2. Werk aan de organisatie van het netwerk

Organiseer het netwerk op professionele wijze, zorg dat deelnemers deze structuur kennen en dat duidelijk is wat er van hen wordt verwacht. Wees hierin ook helder over de governance.

3. Investeer in stuurinformatie

Laat deze data de basis zijn voor een goed gesprek tussen de verschillende partijen, maak geld, ruimte en tijd vrij om deze data kloppend te krijgen en goed te onderhouden. Vraag als leidinggevende door naar de verhalen achter de cijfers.

Een belangrijke opmerking, niet alle aanbevelingen hoeven geïmplementeerd te worden om verder te komen, alle kleine beetjes helpen om beter met elkaar samen te werken.

Referenties

- Boutellier, H. (2011) *De improvisatiemaatschappij. Over de sociologie van een onbegrensde wereld* (tweede, uitgebreide druk). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bowers, L. (2014). *Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Carson, J. B., Tesluk, P. E., & Marrone, J. A. (2007). *Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance*. *Academy of Management Journal*, 50(5), 1217–1234. <https://doi.org/10.2307/20159921>
- CCAF. (z.d.). *Wat is HIC*. Geraadpleegd op 12 januari 2025, van <https://ccaf.nl/wat-is-hic/>
- Chrobot-Mason, D., Gerbasi, A., & Cullen-Lester, K. L. (2016). Predicting leadership relationships: The importance of collective identity. *The Leadership Quarterly*, 27(2), 298–311. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.02.003>
- Drath, W. H., McCauley, C. D., Palus, C. J., Van Velsor, E., O'Connor, P. M. G., & McGuire, J. B. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership. *The Leadership Quarterly*, 19(6), 635–653. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2008.09.003>
- De Nederlandse GGZ. (2023). *Actie is nu echt nodig, de GGZ zakt financieel door de bodem*. Geraadpleegd op 18-09-2024 van, <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2023/actie-is-nu-echt-nodig-de-ggz-zakt-financieel-door-de-bodem>
- Delden. P. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Uitgeverij Eburon. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1111121/SAMENWERKING_IN_DE_PUBLIEKE_DIENSTVERLENING_DEFINITIEF_6_aug.pdf
- Endres, S., & Weibler, J. (2020). Understanding (non)leadership phenomena in collaborative interorganizational networks and advancing shared leadership theory: An interpretive grounded theory study. *Business Research*, 13(2), 275–309. <https://doi.org/10.1007/s40685-019-0086-6>
- GGZ Standaarden. (2019). *Zorgstandaard Acute Psychiatrie*. Geraadpleegd op 12-01-2025, van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/0d2b14c83635d9046bdd9ffa4d5ff7d8.pdf
- GGZ Standaarden. (2019). *Zorgstandaard Acute Psychiatrie*. Geraadpleegd op 12-01-2025, van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_c99d6f96-012c-4934-a376-deb57b698e7f_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf
- GGZ Standaarden. (2024). *Zorgstandaard EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen)*. Geraadpleegd op 03-01-2025 van, https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_0b94c1c5-7710-4646-9de6-cdc118ce2da2_ernstige-psychische-aandoeningen_authorized-at_02-11-2017.pdf
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*, 13(4), 423–451. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00120-0](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00120-0)
- Gupta. (2022). *Uitweg uit de schaarste*. Geraadpleegd op 18-09-2024 van, <https://gupta-strategists.nl/storage/files/220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf>
- Hunt, J. G., & Ropo, A. (1995). Multi-level leadership: grounded theory and mainstream theory applied to the case of General Motors. *Leadership Quarterly*, 6(3), 379 – 412. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90015-2](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90015-2)
- Informatiepunt Dwang in de Zorg. (z.d.). *Zorgmachtiging in de Wet verplichte ggz*. Geraadpleegd op 12 januari 2025, van <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz/zorgmachtiging>

Ji, H., Wu, S. & Xie, XY. When shared leadership backfires in new venture teams: the roles of power struggles and functional background diversity. *Asia Pac J Manag* (2024).

<https://doi.org/10.1007/s10490-024-10008-y>

Kaats E., Opheij, W., (2023). *Leren samenwerken*. Boom Uitgeverij Amsterdam.

Kaats, E., Opheij, W., & Vakmedianet. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*.

Vakmedianet. <https://www.boompsychologie.nl/media/22/9789013094879-leren-samenwerken-tussen-organisaties-inkijkex.pdf>

Miller, E. J. (1998). The leader with the vision: is time running out? In E. B. Klein, F. Gabelnick, & P. Herr (Eds.), *The psychodynamics of leadership* (pp. 3 – 25). Madison, CT: Psychosocial Press.

<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021989012488>

MIND (2022). *Programma Herstel dichterbij*. geraadpleegd op 4-12-2024 van,

https://mindplatform.nl/project/programma-herstel-dichterbij?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAjeW6BhBAEiwAdKltMnoCd8akzA4ezOHNM8iZGxQNNH8IA_uK8tL9TtUfGm1bDrViqyrO6RoC06wQAvD_BwE

Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (5e druk). Leuven/Den Haag: Acco.

Nederlandse Zorg Autoriteit. (2024). *Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024*. geraadpleegd op 31-12-2024 van, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/

Pearce, C. L., & Sims, H. P., Jr. (2002). *Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 172–197. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.6.2.172>

Peters, F. (2016). Een nieuwe generatie leiderschap: veerkracht in een complexe wereld. *Holland Management Review*, 168, 14-23. geraadpleegd op 01-02-2025 van,

<https://www.freekpeters.eu/uploads/VEERKRACHT%20IN%20EEN%20COMPLEXE%20WERELD%20-%20HMR%202016.pdf>

Powell, W.W. (1990), Neither market nor hierarchy: network forms of organization, in: *Research in Organizational Behavior*, vol.12 (1990), p.295-336.

https://web.stanford.edu/~woody/powell_neither.pdf

Provan, K.G. and Milward, H.B. (2001), Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, 61: 414-

423. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00045>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). *Regiobeeld Amsterdam 2023*. Geraadpleegd op 11-12-2024 van, <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/sites/default/files/2023-04/Regiobeeld%20Amsterdam%202023.pdf>

Rittel, H.W. & M.M. Webber (1973) Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169. <http://www.jstor.org/stable/4531523>

Rotmans, J., & Loorbach, D. (2008). Transition management: reflexive governance of societal complexity through searching, learning and experimenting. <http://hdl.handle.net/1765/37236>

Schalk, J., Schmidt, E., Ridder, M., & Van Der Pas, S. (2021). SAMENWERKEN ALS HET SPANNEND WORDT. In *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (Vol. 30, Nummer 5, pp. 54–55)

[Journal-article]. Rotterdam University of Applied

Sciences. <https://journalsi.org/articles/708/files/submission/proof/708-1-2410-1-10-20211105.pdf>

Scheer, W. van der. (2023). Gedeeld leiderschap in de zorg [oratie]. Geraadpleegd op 18-09-2024 van, https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/wp-content/uploads/2023/12/Oratieboekje_Wilma_van_der_Scheer_GedeeldLeiderschap.pdf

Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. (2020). *Postcodetabel teams SPA*. Geraadpleegd op 12 januari 2025, van <https://spoedeisendepsychiatrieamsterdam.nl/documents/2020/05/postcodes-teams-SPA.pdf>

Termeer, C. J. A. M., Dewulf, A., & Biesbroek, R. (2019). A critical assessment of the wicked problem concept: relevance and usefulness for policy science and practice. *Policy and Society*, 38(2), 167–179. <https://doi.org/10.1080/14494035.2019.1617971>

van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., van der Meijs, J., Mulder, C. L., & Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and policy in mental health*, 46(1), 34–43. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0890-x>

Woerd, O. van der, Veen-Berkx, L. van, Schouten, M., Boonstra, J. & W. van der Scheer (2021) Zorgnetwerken vergen bestuurlijke lenigheid. *Skipr*, 2021 (2). https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/wp-content/uploads/2024/07/2021_Skipr-03_72_Perspectief-Zorgnetwerken.pdf

Zhu, J., Liao, Z., Chi Yam, K. & R.E. Johnson (2018) *Shared leadership: A state-of-the-art review and future research agenda*, *Journal of Organizational Behavior*, 39, 834-852. <https://doi.org/10.1002/job.2296>

Bijlage 1 Topiclijst interview (zorg)professionals

Deze topiclijst bevat voorbeeldvragen om voldoende diepgang op de verschillende onderwerpen aan te brengen.

Rol en ervaring

- Kun je kort iets vertellen over jouw rol en ervaring binnen de acute GGZ?
- Wat typeert jou als manager? Wat zijn je sterke punten?
- Kan je een voorbeeld geven van iets waar je trots op bent als manager?
- Wat heb jij nodig om leiding te kunnen geven?
- Op welke manieren werk jij samen met deze netwerkpartners? AMC, Arkin, InGeest.
- Voor welke opgaven staan we als netwerk van HIC-aanbieders? Wat is voor jou de belangrijkste opgave?
- Wat zou jij omschrijven als het gemeenschappelijk doel?

Deelvraag 2: Hoe ervaart de professional de samenwerking en het eigen leiderschap binnen het netwerk van acute GGZ en waar zitten volgens de professional de beperkingen? (interview)

Hoe ervaar jij de samenwerking binnen het netwerk van de acute GGZ in Amsterdam?

Doorvragen op antwoorden

- Zijn er momenten waarop samenwerking juist goed of minder goed verloopt? Kun je daar een concreet voorbeeld van geven?
- Kan je een moment beschrijven dat je heel tevreden was over de samenwerking met een van beide partijen?

Doorvragen op onderlinge relaties, gedeelde ambitie, besluitvorming, proces, afspraken?

- Wat gebeurde er toen de spanning toe nam? Bijvoorbeeld bij een tekort aan klinische capaciteit
- Als je het netwerk van aanbieders acute zorg in Amsterdam zou mogen inrichten, hoe zou dat er dan uit zien?

(Gedeeld) leiderschap

- Wat heb je als leider nodig om te gaan met complexe vraagstukken in deze tijd?
- Waar zit jouw invloed als professional in je eigen werk?
- Waar zit volgens jou de meeste beïnvloedingsruimte om de samenwerking te verbeteren?
- Waar zit jouw invloed in de samenwerking met GGZ Ingeest en Arkin?
- Zijn er verantwoordelijkheden die je samen deelt? Kan je hier een voorbeeld van geven?
- Zie jij vormen van gedeeld leiderschap en draagt dit bij aan de samenwerking? Kan je een concreet voorbeeld geven?

Zijn er overlegvormen waar jij onderdeel van bent in deze samenwerking?

Specifieke processen: Beddenoverleg

- Hoe ervaar je het beddenoverleg? Hoe ervaar je de samenwerking in dit overleg?
- Welke factoren maken dit overleg waardevol of juist lastig?
- Wanneer ben jij tevreden over hoe het beddenoverleg verloopt?
- Als je het zelf zou mogen inrichten, hoe zou het er dan uit zien?

Afronding

- Is er iets dat we nog niet hebben besproken, maar wat je belangrijk vindt om te benoemen?

Bijlage 2 Topiclijst semigestructureerde interviews met bestuurders

Deze topiclijst bevat voorbeeldvragen om voldoende diepgang op de verschillende onderwerpen aan te brengen.

Visie en Leiderschap binnen de Acute GGZ

- Hoe kijk je naar de gezamenlijke uitdagingen van acute zorg in de regio?

Samenwerking tussen Instellingen

- Wat vind je van de huidige samenwerking tussen Arkin, InGeest en Amsterdam UMC?
- Waar ligt er ruimte voor verbetering?
- Wat is volgens jou de rol van managers en bestuurders in het ondersteunen van professionals bij complexe beslissingen rondom opname en ontslag?

Cultuurverschillen en Gelijkwaardigheid

- Verschillende zorgprofessionals benoemen dat er cultuurverschillen bestaan tussen instellingen, wat soms leidt tot wantrouwen en misverstanden. Hoe zie jij dat?

Leiderschap

- Welke rol kan gedeeld leiderschap spelen?
- Welke kwaliteiten hebben de leiders dan nodig?
- Hoe kun je hier als bestuurder leiding aan geven?

Afronding

- Is er iets dat we nog niet hebben besproken, maar wat je belangrijk vindt om te benoemen?

Bijlage 3: Codeboom selectief coderen

