



# Leiderschap in de zorg

Een onderzoek naar gewenst en waargenomen  
leiderschap in de zorg

**Emma Vos**

Datum: 07-01-2021

Studentnummer: S2411784

Scriptie begeleiders: Dr. J.E.T. Schmidt & Dr. S. van der Pas

Masterscriptie Management in de publieke sector



Universiteit  
Leiden

## **Voorwoord**

Over de afgelopen maanden heb ik met veel plezier aan mijn scriptie gewerkt. Door mijn ziekte ben ik afgelopen jaar heel wat zorg organisaties afgegaan, vandaar dat de zorgsector mij in het speciaal aantrok. Door de positieve ervaringen die ik heb gekregen tijdens mijn zorgtraject wil ik graag wat terug doen voor de zorg uit dank. Ik weet als geen ander hoe belangrijk goede kwaliteit van zorg kan zijn, dus met mijn onderzoek hoop ik een steentje bij te dragen aan empirische kennis over gewenst leiderschap in de zorg, om zo de kwaliteit van de patiëntenzorg hoog te houden. Ik ben altijd gefascineerd geweest door leiderschap en hoop ooit zelf een leider in een zorgorganisatie te worden om mijn opgedane kennis toe te passen. Ik hoop dat u als lezer mijn passie voor leiderschap in de zorg kan ervaren door dit onderzoek te lezen.

Dat gezegd hebbende, wil ik graag mijn begeleiders Eduard Schmidt en Suzan van der Pas bedanken voor hun prettige begeleiding tijdens dit afstudeerproces. En alle zorgmedewerkers die tijdens deze drukke tijd toch ruimte wilden maken om hun ervaringen te delen met mij.

## Abstract

Bij leiderschap draait het niet alleen maar om de waarneembare handelingen van een leider maar ook van percepties van medewerkers, die interpreteren wat er in organisaties gebeurt. Zo blijkt er uit een eerder onderzoek in het onderwijs dat er discrepantie was bij het bedoelde leiderschap en het waargenomen leiderschap door medewerkers. Dit onderzoek heeft zich specifiek op de zorgsector gericht. Het nieuwe en onbekende virus zorgt voor overvolle ziekenhuisafdelingen, uitgestelde zorg en vooral een hele hoge werkdruk op alle vlakken in de gezondheidszorg. Waar zorgorganisaties al kampten met personeelstekorten worden deze nu uitvergroot door de coronacrisis. Het belang van goede kwaliteit zorg en een lage uitstroom van personeel is groter dan tevoren. Door de aanzienlijk hoge druk op de zorg was er alleen de mogelijkheid om medewerkers in de zorg te ondervragen naar hun percepties over leiderschap in plaats van ook leiders naar hun intentie te vragen. Hierbij is het bedoelde leiderschap vervangen door het gewenste leiderschap te bevragen en dit af te zetten tegen het daadwerkelijk waargenomen leiderschap in de praktijk. Ook zijn hierbij de implicaties in kaart gebracht wanneer er sprake is van discrepantie tussen de twee. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

*“In hoeverre is er discrepantie tussen gewenst leiderschap en door de medewerker waargenomen leiderschap in de zorg en wat zijn de mogelijke implicaties hiervan?”*

In de literatuur over leiderschap in de zorg bevestigen verschillende onderzoeken de positieve bijdrage van leiderschap, zoals prestatie en motivatie van leidinggevendenden in de zorg. Met name bij leiders die gebruik maken van transformationele leiderschapspraktijken. Verder wordt er in de literatuur gekeken naar implicaties bij discrepantie tussen het gewenste en waargenomen leiderschap, zoals verminderde werktevredenheid of betrokkenheid bij de organisatie en zelfs burn-out.

Het doel van deze kwalitatieve studie was om het gewenste en waargenomen leiderschap door zorgmedewerkers te onderzoeken en de daarbij mogelijke nadelige gevolgen van discrepantie in kaart te brengen. De doelgroep van deze studie bestaat uit verschillende typen zorgverleners werkzaam bij verschillende typen zorgorganisaties. Door tien semigestructureerde interviews te houden is er een beeld geschetst van het gewenste en waargenomen leiderschap bij zorgmedewerkers. Het onderzoeksdesign van deze studie betreft een small-N studie, wat

inhoudt dat er een klein aantal casussen zijn waarbij er meer empirische observaties zijn opgeleverd per casus.

Uit de analyse bleek dat gewenst leiderschap door zorgmedewerkers wordt ervaren wanneer leiders een voorbeeldrol hebben, waarbij zowel belangen van het team worden meegenomen als persoonlijke interesses in de medewerkers, daarnaast zijn begeleiding en ondersteuning gewenst. Vervolgens werd het waargenomen leiderschap afgezet tegen het gewenste leiderschap, wat niet altijd overeen blijkt te komen. Medewerkers in de zorg hebben last van de ouderwets hiërarchische structuur waarbij vakkennis soms op een denigrerende toon en belerend wordt overgebracht. Zo blijkt dat als er sprake is van discrepantie zorgmedewerkers de organisatie verlaten. Ook heeft het effect op de werktevredenheid en de sfeer binnen het team.

De bevindingen van deze studie hebben een bijdrage aan de literatuur geboden door inzicht te bieden in het momenteel waargenomen leiderschap in de zorg en welke implicaties dit tot gevolg kan hebben. Daarbij is er bestuurskundige kennis over leiderschap meegenomen in dit onderzoek, in plaats van alleen medisch leiderschap te onderzoeken.

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inleiding .....                                                                                                            | 7  |
| 1.1 Relevantie van het onderzoek .....                                                                                        | 9  |
| 2. Theoretisch kader .....                                                                                                    | 10 |
| 2.1. Waarom is leiderschap in de zorg op dit moment zo belangrijk? .....                                                      | 10 |
| 2.2 Transformationeel leiderschap .....                                                                                       | 11 |
| 2.3 Mogelijke oorzaken van discrepantie tussen gewenst leiderschap en waargenomen<br>leiderschap door de zorgmedewerker ..... | 12 |
| 2.4 Organizational commitment .....                                                                                           | 14 |
| 2.5 Job Satisfaction .....                                                                                                    | 14 |
| 2.6 Burn-out .....                                                                                                            | 15 |
| 2.7 Synthese .....                                                                                                            | 16 |
| 3. Methode .....                                                                                                              | 17 |
| 3.1 Onderzoeksdesign .....                                                                                                    | 17 |
| 3.2 Respondenten .....                                                                                                        | 18 |
| 3.3 Methode van onderzoek .....                                                                                               | 20 |
| 3.4 Analyse van de data .....                                                                                                 | 21 |
| 3.5 Validiteit .....                                                                                                          | 22 |
| 3.6 Betrouwbaarheid .....                                                                                                     | 23 |
| 4. Analyse .....                                                                                                              | 24 |
| 4.1 Gewenst leiderschapsgedrag .....                                                                                          | 24 |
| 4.2 Waargenomen leiderschapsgedrag .....                                                                                      | 29 |
| 4.3 Implicaties bij discrepantie in het waargenomen leiderschapsgedrag .....                                                  | 32 |
| 5. Discussie .....                                                                                                            | 35 |
| 5.1 Theoretische reflectie op de resultaten .....                                                                             | 35 |
| 6. Conclusie .....                                                                                                            | 38 |
| 6.1 Beperkingen en toekomstig onderzoek .....                                                                                 | 38 |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 7. Referenties .....                                        | 40 |
| Appendix I. Topiclijst semigestructureerde interviews ..... | 45 |
| Appendix II. Codeboom .....                                 | 47 |

## 1. Inleiding

Leiderschap wordt als essentieel beschouwd om bij te dragen aan betere organisatorische resultaten (Oluseyi & Ayo, 2009). Leiderschap is niet alleen een kwestie van waarneembare handelingen maar ook van percepties van medewerkers, die interpreteren wat er in organisaties gebeurt (Atwater en Yammarino, 1992). Zo blijkt uit onderzoek van Jacobsen en Andersen (2015) naar de relatie tussen intended-leadership en employee-perceived-leadership, dat er geen relatie is gevonden in bedoeld leiderschap en de prestaties van de organisatie binnen het onderwijs. Alleen het waargenomen leiderschap door de medewerkers is positief gerelateerd aan de prestaties van de organisatie (Jacobsen & Andersen, 2015). Dat Jacobsen en Andersen geen relatie hebben kunnen vinden betekent niet dat dit voor elke sector geldt. Voor toekomstig onderzoek suggereren zij daarom dat er meer empirisch onderzoek nodig is binnen de publieke sector. Voor dit onderzoek is er gekozen voor de gezondheidszorg als sector. De uitbraak van het coronavirus (COVID-19) heeft een aanzienlijke inwerking op het zorgstelsel in Nederland. Het nieuwe en onbekende virus zorgt voor overvolle ziekenhuisafdelingen, uitgestelde zorg en vooral een hele hoge werkdruk op alle vlakken in de gezondheidszorg. Waar zorgorganisaties al kampten met personeelstekorten worden deze nu uitvergroot door de coronacrisis. Het belang van goede kwaliteit zorg en een lage uitstroom van personeel is groter dan tevoren.

Dat bedoeld leiderschap en door de medewerker ontvangen leiderschap niet altijd overeenkomen kan in het eerste geval wijzen op een gebrek aan afstemming tussen leiderschapspraktijken in de berichten die ze verzenden (Nishii & Wright, 2007). Factoren als toenemende diversiteit binnen de beroepsbevolking, de veranderende sociale context van de praktijk en ervaringen uit het verleden kunnen een rol spelen in hoe medewerkers leiderschapsgedrag ontvangen (Shaw, 1990; Rousseau, 2001; Bowen & Ostroff, 2004). Het is vervelend als er sprake is van discrepantie en dit kan nadelige gevolgen hebben, zoals de uitstroom van personeel en de kwaliteit van patiëntenzorg (Lavoie-Tremblay et al., 2016).

Net als een gat tussen bedoeld leiderschap en waargenomen leiderschap door de medewerker, kan er ook een gat zijn tussen gewenst leiderschap en waargenomen leiderschap. Het is om die reden belangrijk om de relatie tussen gewenst leiderschap en waargenomen leiderschap verder te onderzoeken door medewerkers in de zorg te ondervragen over wat ze graag zien in hun leidinggevende en wat zij daadwerkelijk waarnemen. De werkdruk in de zorg is op dit moment groot, waardoor het niet eenvoudig was respondenten te vinden en de voor het interview beschikbare tijd was gering. Om die reden is er gekozen alleen bij zorgmedewerkers het

gewenste en waargenomen leiderschap te onderzoeken. Gewenst leiderschap is anders dan bedoeld leiderschap, maar in deze huidige pandemie was er geen mogelijkheid om ook leidinggevend te bevragen naar hun intenties. Door medewerkers te vragen over gewenst leiderschap en vervolgens naar het waargenomen leiderschap is er gevonden wat tot discrepanties leidt. Deze zeggen niet iets over het bedoelde leiderschap, maar geven wel een goed beeld van wat medewerkers in de zorg als goed leiderschap beschouwen.

Hierdoor komt het onderzoek niet helemaal overeen met het eerdere onderzoek van Jacobsen & Andersen (2015) maar biedt het wel inzicht in welk leiderschap wenselijk is en daadwerkelijk wordt waargenomen door zorgmedewerkers. Om daarna een beschrijving te kunnen geven van mogelijke nadelige effecten van discrepantie tussen wat gewenst is en wat medewerkers daadwerkelijk ervaren.

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt transformationeel leiderschap om het ontvangen leiderschap bij medewerkers te onderzoeken. Onderzoek naar transformationeel leiderschap heeft veel inzicht opgeleverd in het effect van leiders op organisaties (Grant, 2012, Shamir et al., 1993). Een reeks empirische studies heeft de buitengewone effecten aangetoond van transformationeel leiderschapsgedrag op de positieve houding en prestaties van volgers (Bass en Avolio, 1990) evenals over organisatorische prestaties (Ensley et al., 2006, Jansen et al., 2009).

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er sprake is van een discrepantie tussen het gewenste leiderschap en waargenomen leiderschap in de zorg en kennis te vergaren wat de mogelijke implicaties hiervan zijn. Dit zal niet met literatuur worden getest maar met empirisch onderzoek. Dit onderzoek zal een empirische bijdrage leveren aan kennis over het effect van waargenomen leiderschap binnen de zorg in Nederland.

Volgend op het bovenstaande is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

*‘‘In hoeverre is er discrepantie tussen gewenst leiderschap en door de medewerker waargenomen leiderschap in de zorg en wat zijn de mogelijke implicaties hiervan?’’*

## **1.1 Relevantie van het onderzoek**

Dit onderzoek is zowel maatschappelijk- als wetenschappelijk relevant. De maatschappelijk relevantie komt voort uit de kennis die dit onderzoek kan opleveren voor leiders om hun leiderschap op zo'n manier over te brengen dat het goed overkomt bij de medewerkers en zij hun werk hierdoor beter kunnen uitvoeren. De laatste tijd is er veel te zeggen over de kwaliteit van de zorg en het is van maatschappelijk belang dat de zorg zich blijft verbeteren. Met het oog op de toenemende complexiteit van zorg is kwaliteit van zorg een relevant en belangrijk onderwerp in ziekenhuizen en dient dit nader onderzocht te worden om de kwaliteit te behouden. Dit onderzoek zal zich richten op de zorgsector, omdat in de moderne zorgomgeving effectief leiderschap door zorgverleners van vitaal belang is en er vraag is naar meer empirisch onderzoek in deze context.

De wetenschappelijke relevantie vloeit voort uit de literatuur en eerder onderzoek naar leiderschap binnen de publieke sector. Zo deden Jacobsen & Andersen (2015) eerder onderzoek naar dit de discrepantie tussen intended en perceived leadership binnen een scholengemeenschap en benadrukte dat er meer onderzoek naar dit onderwerp moest worden gedaan binnen de publieke sector. De wetenschappelijke relevantie hierbij is om te weten of de resultaten van Jacobsen & Andersen sectorspecifiek zijn of dat ze ook voor andere sectoren opgaan. Hierbij wordt in dit onderzoek niet gekeken naar de intentie van de leidinggevende, maar naar het gewenste versus waargenomen leiderschap door zorgmedewerkers om op deze manier te onderzoeken of er sprake is van discrepantie in de zorgsector.

Uit literatuur onderzoek blijkt dat er nog geen onderzoek is gedaan naar de mogelijke implicaties bij discrepantie tussen gewenst en waargenomen leiderschap binnen de gezondheidszorg in Nederland. In het volgende hoofdstuk wordt er in het theoretisch kader dieper ingegaan op waarom leiderschap in de zorg belangrijk is, wat transformationeel leiderschap inhoudt en welke mogelijke oorzaken er zijn door discrepantie in gewenst en waargenomen leiderschap.

## **2. Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de wetenschappelijke literatuur een antwoord gegeven worden op de theoretische deelvragen zoals die geformuleerd zijn in de inleiding. Eerst zal ingegaan worden op de vraag waarom leiderschap in de zorg belangrijk is (2.1). Daarna zal aan bod komen wat er in de wetenschappelijke literatuur verstaan wordt onder transformationeel leiderschap (2.2). De laatste deelvraag gaat over welke mogelijke implicaties kunnen optreden bij een discrepantie tussen intended-leadership en employee-perceived leadership (2.3). Het hoofdstuk zal afgesloten worden met het formuleren van de verwachtingen voor dit onderzoek (2.4).

### **2.1. Waarom is leiderschap in de zorg op dit moment zo belangrijk?**

Begin vorig jaar dook er een onbekend virus op in Nederland, ook wel Covid-19 genoemd, waarbij mensen luchtwegklachten en koorts ervaren (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). Door deze onverwachte opkomst van het virus werd de samenleving, de economie, gezondheidssystemen en individuen ontwricht (Strumberg & Martin, 2020). Nu meer dan ooit is er de behoefte aan leiderschapsontwikkeling om vaardigheden te versterken en competenties van zorgprofessionals te verbeteren, waarbij de kwaliteit van zorg wordt benadrukt. Overheden, zorgprofessionals en beleidsmakers zijn steeds meer van mening dat leiderschap moet worden geïntegreerd in de dagelijkse praktijk om aan een hoge kwaliteit van zorg te voldoen (Zhang et al., 2014).

Leiderschap is het proces waarbij de leider en volgers interacteren op zo'n manier dat de leider tracht acties van de volgers te sturen en te beïnvloeden richting een bepaald doel (Rollinson, 1998). Omdat leiderschap lastig te meten is, wordt er vaak gevraagd naar de percepties van leiders, medewerkers en andere actoren (Avolio et al, 2009). De hedendaagse gezondheidszorg heeft behoefte aan goede leiders. Oplopende kosten, zorgen over de kwaliteit van de zorg en beperkte toegang voor sommige patiënten-populaties zijn een bedreiging voor de gezondheidszorg. Walston (2017) stelt dat meer concurrentie en regulering, in combinatie met eisen voor meer verantwoording, veelvoorkomende uitdagingen zijn, en leiderschap is hard nodig om bestaande structuren en processen te veranderen en aan te passen aan de nieuwe eisen en omstandigheden. Te vaak handhaven organisaties omslachtige bureaucratieën en ingebedde groepen met een eigen belang. Leiders zijn nodig om flexibele, patiëntgerichte en

kosteneffectieve zorgsystemen te creëren (Walston, 2017). Leiderschap is dus van groot belang bij het bieden van kosteneffectieve zorg van hoge kwaliteit (Zhang et al., 2014).

De aanzienlijke invloed van leidinggevers op het welzijn en functioneren van medewerkers in de zorg kunnen op meerdere manieren worden gezien, of het nu gaat om retentie van de verpleging of om de kwaliteit van de patiëntenzorg en verpleging op een eenheid te ondersteunen (Force, 2005; Eisler, 2009). De leiderschapspraktijken van leidinggevers in de zorg kunnen de uitkomsten voor organisaties, zorgverleners en uiteindelijk patiënten positief of negatief beïnvloeden (Cummings et al., 2008).

Verschillende onderzoeken hebben de positieve bijdrage van leiderschap beschreven, zoals prestatie en motivatie van leidinggevers in de zorg die gebruik maken van transformationele leiderschapspraktijken (bijvoorbeeld Bass, 1985; Cummings et al., 2010; Weberg 2010). Daarom zal er in de volgende paragraaf worden ingegaan op de invloed van transformationeel leiderschap.

## **2.2 Transformationeel leiderschap**

Transformationeel leiderschap blijft tot op de dag van vandaag de bekendste en meest bestudeerde leiderschapsbenadering (Antonakis et al., 2012). Deze manier van leiderschap wordt vaak gezien als tegenovergesteld van transactioneel leiderschap. Transformationeel leiderschap verwijst naar het aansturen en inspireren van individuele inspanningen door werknemers te transformeren met de waarden om deze in lijn te brengen met die van de organisatie en daarnaast te motiveren. Deze leiderschapsstrategie verwijst naar gedragingen die erop gericht zijn de hogere orde van medewerkers te bevredigen om hen te betrekken bij het bereiken van de organisatiedoelen (Bass, 1985).

Volgens Bass (1985) omvat de term transformationeel leiderschap vier dimensies. De eerste dimensie bestaat uit de geïdealiseerde invloed, waarbij de leider een voorbeeldfunctie heeft en de medewerkers hun ideale eigenschappen toeschrijven aan hun leider.

De tweede dimensie omvat een inspirerende motivatie waarbij het uitdrukken van een aantrekkelijke en inspirerende toekomstvisie en het motiveren, inspireren en binden van medewerkers centraal staat om dit na te streven. De derde dimensie is intellectuele stimulatie, dit treedt op wanneer leiders hun medewerkers aanmoedigen om innovatief en creatief te zijn. Tot slot is er de individuele aandacht als dimensie, waarbij de leider speciale aandacht heeft

voor de individuele behoeften van medewerkers door het coachen en begeleiden (Jacobsen & Andersen, 2015).

Er is afgelopen jaren veel kritiek geweest op het model van leiderschap van Bass (1985). Kritiek vloeit daarbij voort uit de zwakke punten met betrekking tot de concepten, mechanismen en het meten van leiderschap (Van Knippenberg & Sitkin, 2013). Ook zou er sprake zijn van een onduidelijke definitie van transformationeel leiderschap, het begrip is te vaag, de conceptuele grenzen van transformationeel leiderschap blijven te vaag. Van Knippenberg & Sitkin (2013) doen daarbij de aanbeveling gericht te blijven op de kern van transformationele leiderschapstheorie, namelijk visionair leiderschap. Visionair leiderschap is de verbale communicatie om anderen te overtuigen van een collectief toekomstbeeld en hier aan bij te dragen voor de realisatie van de toekomst. Dit onderzoek zal deze aanbeveling opvolgen en transformationeel leiderschap zien als een reeks gedragingen die een visie willen ontwikkelen, delen en ondersteunen om medewerkers aan te moedigen uit eigenbelang en om organisatorische doelen te behalen.

Er zijn verschillende reviews uitgevoerd over de impact van transformationeel leiderschap in verpleeg- of gezondheidszorgomgevingen. Cummings et al. (2010) concludeerden dat de leiderschapsliteratuur het idee ondersteunt dat het gebruik van transformationeel leiderschap onder verpleegkundig managers positief geassocieerd is met verbeterde resultaten van verplegend personeel, zoals werktevredenheid, productiviteit en retentie en verhoogde patiënttevredenheid.

In de volgende paragraaf wordt er middels gebruik van literatuur gekeken welke mogelijke oorzaken tot discrepantie leiden.

### **2.3 Mogelijke oorzaken van discrepantie tussen gewenst leiderschap en waargenomen leiderschap door de zorgmedewerker**

Werkelijke leiderschapspraktijken worden waargenomen door werknemers, die verschillende betekenissen aan die praktijken opleggen (Jacobsen & Andersen, 2015). Transformationeel leiderschap wordt door sommige gezien als het type leiderschap waarbij leiders zichzelf overschatten (Atwater & Yammarino, 1992). Medewerkers beoordelen het gedrag van een andere persoon, terwijl leiders hun eigen gedrag beoordelen en sterke verwachtingen hebben over de leiderschapsrol. Dit kan leiders onder druk zetten om hun niveau van transformationeel leiderschap te overschatten om aan de normen te voldoen (Jacobsen & Andersen, 2015).

Een andere verklaring voor een discrepantie tussen bedoeld en ontvangen leiderschap zou mogelijk komen doordat er op individueel niveau veel aandacht besteed wordt over hoe informatie wordt verwerkt. Bijvoorbeeld in de literatuur over psychologische contracten, stelt Rousseau (2001) dat ervaringen uit het verleden met leiderschapspraktijken van invloed kunnen zijn op de manier waarop leiderschapspraktijken worden waargenomen door medewerkers. Daarnaast hebben cultuur en achtergronden van mensen ook invloed op de manier waarop informatie wordt waargenomen door medewerkers (Shaw, 1990). En gezien dergelijke variatie in informatieverwerking kunnen de verschillen tussen individuen daardoor als belangrijk gezien worden, zeker met de toenemende culturele diversiteit van de beroepsbevolking. Daarom kan ook de sociale context van de leiderschapspraktijken volgens Salancik & Pfeffer (1977) de informatieverwerking verergeren of verminderen. Zij voeren aan dat de realiteit van individuen gedeeltelijk sociaal geconstrueerd is. Door de baankenmerken te onderzoeken als objectieve realiteit, los van de sociale context, kunnen belangrijke bepalende factoren ontbreken in de reacties van medewerkers.

Nishii en Wright (2008) suggereren dat de perceptie van werknemers van leiderschapspraktijken waarschijnlijk voorafgaat aan de attitudes en gedragsverbanden van werknemers in de causale keten. Dat wil zeggen, om leiderschapspraktijken het gewenste effect op de attitudes en het gedrag van medewerkers te laten uitoefenen, moeten ze eerst subjectief door medewerkers worden waargenomen en geïnterpreteerd op manieren die dergelijke attitudes en gedragsreacties teweegbrengen.

Maar zoals blijkt uit psychologisch onderzoek, kunnen mensen de werkelijkheid anders zien (Fiske & Taylor, 1991; Ichheiser, 1949). Daaruit kunnen we verwachten dat niet alle medewerkers leiderschapspraktijken op dezelfde manier zullen interpreteren. Dit suggereert dat het effect van leiderschapspraktijken waarschijnlijk niet automatisch is en altijd zoals verwacht; in plaats daarvan zal hun effect liggen in de betekenissen die werknemers aan die praktijken hechten.

Voor leidinggevendens suggereert dit dat het beoordelen van leiderschapspraktijken waardevolle informatie kan opleveren over waarom leiderschapspraktijken de organisatiedoelen wel of niet hebben bereikt zoals bedoeld. In plaats van uitsluitend te richten op beoordelingen door leidinggevendens, suggereren resultaten uit het onderzoek van Nishii en Wright (2008) de voordelen van een verschuiving van de aandacht naar de beoordeling van de

arbeidsprestaties. Hierdoor kunnen problematische gebieden worden belicht die door leidinggevendenden niet als problematisch worden beschouwd, maar wel door medewerkers.

## **2.4 Organizational commitment**

Een mogelijk gevolg van een discrepantie tussen intended-leadership en employee-perceived leadership kan zijn dat de zorgmedewerker zich minder betrokken voelt in de organisatie. Organisatorische betrokkenheid richt zich op de werknemer-werkgeverrelaties, een veel onderzochte relatie is die tussen organisatorische betrokkenheid en de vrijwillige intentie van werknemers om bij de organisatie te blijven (Allen & Meyer, 1996; Grusky, 1966, Porter et al., 1974). Porter et al. (1974) definieerden organisatorische betrokkenheid als de kracht van identificatie van het individu met de organisatie (of congruentie tussen beide) en de betrokkenheid bij de organisatie. Grusky (1966) operationaliseert vervolgens organisatorische betrokkenheid als bestaande uit 1) een sterk geloof in de waarden en doelen van de organisatie, 2) bereidheid om aanzienlijke inspanningen te leveren voor de organisatie, en 3) de wens om lid te blijven van de organisatie. Morita et al. (1989) zei dat er een wildgroei aan definities is, maar concludeerde dat het enige onderliggende concept tussen alles is de gehechtheid van een individu aan een organisatie of sociaal systeem. Een scherp onderscheid moet worden gemaakt tussen organisatorische inzet en inzet voor verandering, waarbij organisatiebetrokkenheid een breder concept is en niet zo specifiek gericht op het voorspellen van veranderingsgedrag als commitment tot verandering (Ford & Chan, 2003).

## **2.5 Job Satisfaction**

Een volgend mogelijk gevolg kan zijn dat er minder werktevredenheid heerst. Zo ontdekte Hawthorne dat meer aandacht voor de medewerkers zorgde voor een verhoging van de productiviteit. Het positieve effect door aandacht en interventie voor werknemers is nu bekend als het Hawthorne-effect (Wickström & Bendix, 2000). Sindsdien hebben onderzoekers zich gefocust op job design met concepten als jobverrijking en uitbreiding van banen om de tevredenheid en bijgevolg de productiviteit te verbeteren. Veel auteurs hebben sindsdien gestreefd om vast te leggen wat werktevredenheid inhoudt.

Locke (1969) beschreef werkplezier als de emotionele toestand die het gevolg is van de beoordeling van iemands baan als het bereiken of faciliteren van de prestaties van iemands functiewaarden.

Volgens Spector (1997) bestaat werkplezier uit de gevoelens die werknemers over hun baan hebben en de aspecten ervan, op basis van hun voorkeuren en antipathieën. Statt (2004) beschrijft werkplezier als een proces van tevredenheid met de beloningen van die baan, in het bijzonder de intrinsieke motivatie die men heeft. Volgens Mullins en Lineham (2006) is werkplezier een complex concept en afhankelijk van meerdere facetten en betekent dus verschillende dingen voor verschillende mensen. Aziri (2011) merkt op dat werktevredenheid betrekking heeft op de perceptie van het individu, in hoeverre de baan voldoet iemands materiële en psychologische behoeften.

## **2.6 Burn-out**

Een ander mogelijk gevolg van discrepantie tussen bedoeld en ontvangen leiderschap zou een burn-out kunnen zijn. In Nederland spreekt men over de term burn-out bij het horen opgebrand zijn (Schaufeli & Bakker, 2006). In deze toestand heeft men het gevoel helemaal “op” of “leeg” te zijn en een tekort aan energie te hebben, waarbij men niet in staat is om zichzelf nog op te laden (Bakker et al., 2000). Kenmerkend voor een burn-out zijn uitputting, spannings- en stressklachten, verminderde persoonlijke effectiviteit en verminderde motivatie. Vooral verminderde motivatie zorgt voor interesseverlies en plichtsverlies. De grondleggers van een burn-out zijn Maslach & Jackson (1986), die definiëren burn-out als een multidimensionaal construct van uitputting, cynisme en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Uitputting duidt hierbij op de mate waarin iemand vermoeid is. Cynisme duidt uiteindelijk op een afkerende houding richting de taken van het werk en andere mensen (bijvoorbeeld collega's en patiënten). Cynisme kan ook omschreven worden als een manier waarop een individu omgaat met werkdruk. Bijvoorbeeld in de sociale dienstverlening, bij zorgpersoneel, is dit een mogelijke omgangsvorm. De bekwaamheid van medewerkers in de zorg om de patiënt van zorg te voorzien kunnen tot gevolg hebben dat medewerkers uitgeput raken, naast de emotionele taken die het werk met zich meebrengt (Maslach et al., 2001). Daarnaast kan een verminderde persoonlijke bekwaamheid, op verminderde beroepsprestaties zorgen voor een burn-out (Schaufeli & Bakker, 2004). Burn-out geeft een individu een gevoel van onbekwaamheid, waardoor men zich minder in staat voelt om het werk goed uit te voeren. Het gevoel van onbekwaamheid lijkt te ontstaan door een tekort aan relevante hulpmiddelen (Maslach et al., 2001). De oorzaken van burn-out liggen volgens Schaufeli & Bakker (2006) dan ook bij werkbelasting in de vorm van ervaren werkdruk, tijdsdruk en interferentie tussen werk- en thuissituatie. Burn-out is gerelateerd aan gezondheidsproblemen en personeelsverloop (Schaufeli & Bakker, 2004). Tot slot heeft burn-out negatieve impact op de arbeidsprestaties,

arbeidsontevredenheid, een toenemende mate van ziekteverzuim en kan het zorgen voor meer conflicten tussen collega's stellen Schaufeli & Bakker (2006).

## **2.7 Synthese**

Naar aanleiding van literatuuronderzoek hierboven komt de assumptie van dit onderzoek naar boven dat intended-leadership en employee-perceived leiderschap niet overeenkomen. Het ideale leiderschap zal gebaseerd zijn op de karakteristieken van transformationeel leiderschap. De assumptie is dat medewerkers zich minder betrokken voelen binnen de organisatie door een discrepantie tussen bedoeld leiderschap en daadwerkelijk waargenomen leiderschap. Daarnaast heeft het ook invloed op de tevredenheid van de medewerker op het werk, waardoor de productiviteit van het werk afneemt. Tot slot kan een medewerker in de zorg een gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid hebben wanneer hij/zij zich minder gesteund voelt door de leidinggevende wat uiteindelijk kan resulteren in een burn-out.

### 3. Methode

In dit hoofdstuk wordt de methodiek uiteengezet die in dit onderzoek wordt gebruikt. In eerste instantie wordt de onderzoeksdesign uiteengezet (3.1). Opvolgend worden de respondenten toegelicht die mee hebben gedaan aan dit onderzoek (3.2). Dan wordt de methode van onderzoek besproken (3.3). Ten vierde komt de data-analysemethoden aan de orde (3.4). Dit hoofdstuk eindigt met het blootleggen van de mogelijke problemen en gevaren van dit onderzoek, waarbij de nadruk ligt op validiteit- en betrouwbaarheid (3.5).

#### 3.1 Onderzoeksdesign

Deze studie was erop gericht om te onderzoeken of er sprake is van een discrepantie tussen het gewenste leiderschap door de leidinggevende en het waargenomen leiderschap bij medewerkers in de zorg. Tevens werd er gekeken wat de mogelijke implicaties onder medewerkers in de zorg zijn bij een discrepantie. Dit onderzoek betrof een kwalitatieve small-N studie. Casestudies met een small-N onderscheiden zich van een large-N studie door een paar karakteristieken. Zo zijn er minder casussen en minder empirische observaties gedaan, maar is er wel dieper inzicht verkregen per case. Een kleine hoeveelheid aan casussen maakt het makkelijker voor de onderzoeker om meer de diepte in te gaan in de interviews (Blatter & Haverland, 2012). De doelgroep bestond uit medewerkers uit de zorg met een leidinggevende. De keuze voor deze doelgroep kwam door de pandemie in Nederland die er momenteel heerst, waarbij er niet één casus of organisatie beschikbaar was om dit onderzoek uit te voeren. Daarnaast kon er een globaler beeld geschetst worden wat medewerkers goed leiderschap vinden door uit verschillende segmenten (contexten) van de zorgmedewerkers te interviewen. Het onderzoek richt zich op medewerkers die primaire zorg verlenen binnen verschillende typen dienstverlening die de zorg kent, zoals ziekenhuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg etc. Het opnemen van verschillende contexten in de zorg past bij de verkennende doelstellingen van dit onderzoek. Deze studie moet worden gezien als een meervoudige case study (Yin, 2009).

Er is gekozen voor een kwalitatieve studie omdat kwalitatief onderzoek meer ruimte biedt voor het verkrijgen van diepgaande informatie. Middels deze diepgaande informatie kan worden onderzocht hoe leiderschap in de zorg wordt gegeven en ontvangen door medewerkers en welke mogelijke implicaties optreden als er sprake is van discrepantie. Interviews in een kwalitatief onderzoek definieert Boeije (2014, p.57) als volgt: *“een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer - zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen,*

*houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen.”* Kwalitatief onderzoek maakt het mogelijk aandacht te schenken aan specifieke omstandigheden van medewerkers in de zorg (Antonakis et al., 2004) en de manier waarop leiderschap wordt waargenomen (Bryman, 2004). Inzicht in ervaringen, perspectieven en het verleden van een medewerker kunnen door kwalitatieve interviews worden verkregen. Kwalitatief onderzoek is passend omdat de onderzoeksvraag een verkennend karakter heeft (Ritchie, Lewis, Nicholls, & Ormston, 2014). Kwalitatief onderzoek geeft daarnaast de respondent de mogelijkheid om zich verder toe te lichten. Toelichting van de medewerker wordt gecreeerd door het bieden van ruimte om veel te vertellen, waarbij er werd benadrukt dat de interviews anoniem zouden zijn en de respondent niet bang hoefde te zijn om gevoelige informatie vrij te geven (Verhoeven, 2011). Ruimte is belangrijk omdat respondenten de vraag dan kunnen laten bezinken, waardoor er mogelijk nieuwe inzichten aan bod komen. Verschillend van kwantitatief onderzoek staan de antwoorden niet vast en dat maakt dat er ruimte is voor eigen interpretatie van de onderzoeker. Daarnaast richt het zich niet op cijfers, maar meer op de gedachtes van medewerkers in de zorg (Verhoeven, 2011). De onderzoeksvraag *“In hoeverre is er discrepantie tussen intended-leiderschap en employee-perceived-leiderschap in de zorg en wat zijn de mogelijke implicaties hiervan?”* kan door middel van kwalitatief onderzoek worden beantwoordt. Hierbij staat de beleving van het leiderschap van medewerkers in de zorg centraal.

### **3.2 Respondenten**

De respondenten die relevant zijn voor de studie heeft de onderzoeker middels haar eigen netwerk geworven (Lee, 2013). Eerst is er een lijst gemaakt met alle mogelijke potentiële respondenten, waarna vervolgens een selectie is gemaakt op type organisatie, geslacht, organisatie grootte, het aantal jaar werkzaam in de zorg. Om een zo divers mogelijke groep van respondenten te krijgen zijn, is er geselecteerd op typen organisatie. In de tabel op de volgende pagina is een uitgebreide lijst met de kenmerken van de respondenten te vinden.

**Tabel 1***Overzicht van de geïnterviewde zorgmedewerkers.*

| Respondent | Geslacht | Leeftijd | Werkervaring | Organisatie<br>type                        | Functie           |
|------------|----------|----------|--------------|--------------------------------------------|-------------------|
| 1          | Vrouw    | 28       | 2 jaar       | Ziekenhuis                                 | Arts in Opleiding |
| 2          | Vrouw    | 26       | 14 maanden   | Ziekenhuis                                 | Verpleegkundige   |
| 3          | Vrouw    | 43       | 16 jaar      | Verlos-<br>kundige<br>praktijk             | Gynaecoloog       |
| 4          | Vrouw    | 31       | 5 jaar       | Psycholog<br>enpraktijk                    | Psycholoog        |
| 5          | Man      | 57       | 31 jaar      | Oogkliniek                                 | Internist         |
| 6          | Vrouw    | 61       | 34 jaar      | Kliniek<br>voor<br>plastische<br>chirurgie | OK Assistent      |
| 7          | Vrouw    | 25       | 7 maanden    | Ziekenhuis                                 | Arts in Opleiding |
| 8          | Man      | 34       | 7 jaar       | Gehandi-<br>captenzorg                     | Verzorger         |
| 9          | Man      | 29       | 3 jaar       | Fysio-<br>therapie                         | Fysiotherapeut    |
| 10         | Vrouw    | 66       | 36 jaar      | Ziekenhuis                                 | Huisarts          |

Er hebben zeven vrouwen (70%) en drie mannen (30%) deelgenomen aan de interviews. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar. De gemiddelde ervaring in de zorg sector is 13,45 jaar. Er hebben twee verpleegkundigen, twee artsen in opleiding, één OK-assistent, één huisarts, één verzorger, één fysiotherapeut, één kinderpsycholoog en één gynaecoloog deelgenomen aan het onderzoek.

### **3.3 Methode van onderzoek**

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er tien diepte-interviews worden gehouden. Diepte-interviews waren geschikt voor dit onderzoek omdat er gevraagd werd naar de beleving van ontvangen leiderschap bij medewerkers in de zorg in Nederland. De interviews waren semi-gestructureerd van aard, zodat er ruimte was om door te vragen op interessante onderwerpen. Vaak worden volgens Boeije (2014) vooraf voorbereidingen getroffen die geleid hebben tot een lijst van onderwerpen of vragen die aan bod moeten komen. Om richting te geven aan de interviews voor de beantwoording van de opgestelde onderzoeksvraag en deelvragen zijn er voorafgaand aan de interviews centrale topics opgesteld. Centrale topics binnen de interviews zijn transformationeel leiderschap, organizational commitment, job-satisfaction en burn-out. De interviewvragen zijn naar aanleiding van de topiclijst in tabel 2 hieronder opgesteld en zijn terug te vinden in appendix I. 'topiclijst semigestructureerde interviews'.

Aangezien leiderschap lastig te meten is (Avolio et al, 2009), is aan de respondenten gevraagd om een definitie te geven en daarna gevraagd om te beschrijven wat ze onder goed leiderschap verstaan en wat ze belangrijk vinden aan een leider. Op deze manier werden de respondenten gestimuleerd na te denken over wat zij onder gewenst leiderschap verstaan, zodat er een beter beeld geschetst kon worden van gewenst leiderschap in de zorg.

Tijdens de interviews heeft de respondent de kans gekregen om zich vrij uit te spreken en indien de respondent vragen had, deze te stellen. Dit werd mogelijk gemaakt door de medewerker open vragen te stellen en ruimte te bieden door het laten vallen van stiltes (Neuman, 2013). De interviews zijn via de telefoon gehouden tussen de interviewer en de respondent. Een interview heeft ongeveer 30 minuten geduurd door de geringe tijd die er beschikbaar was. Met toestemming van de respondent zijn de interviews opgenomen. Dit is gebaseerd op de overtuiging dat de onderzoeker op deze manier volledig zou kunnen focussen op het gesprek en word niet afgeleid door aantekeningen te maken. Bovendien zijn gegevens nauwkeurig en volledig gereproduceerd. Hierdoor zijn de gegevens van hogere kwaliteit. Het doel hiervan was

om interviews letterlijk te kunnen transcriberen. Deze methode heeft ervoor gezorgd dat interviews geen vertekend beeld zullen kregen of verkeerd geïnterpreteerd zijn, want hierbij hoeft er niet op het geheugen vertrouwd te worden dat het de belangrijkste dingen wel weet. Daarnaast zijn de interviews anoniem gemaakt en werd dit benadrukt bij de respondent. Dit heeft het voor de respondent makkelijker gemaakt om vrijuit te spreken over gevoelige informatie.

**Tabel 2**

*Topics*

| <b>Thema's</b>              | <b>Sub-thema's</b>                                                                              |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gewenst leiderschap         | Voorbeeldrol<br>Belangen van het team<br>Begeleiding en ondersteuning<br>Persoonlijke interesse |
| Waargenomen leiderschap     | Overeenstemming<br>Discrepantie                                                                 |
| Implicatie bij discrepantie | Uitstroom<br>Werksfeer<br>Organizational-Commitment<br>Job-satisfaction<br>Burn-out             |

### **3.4 Analyse van de data**

Kwalitatief onderzoek doen is een cyclisch proces. Dit betekent dat het verzamelen en analyseren van gegevens elkaar constant af wisselt. Eerst is er een proefinterview gedaan om eventuele fouten te voorkomen en aan te passen voor de interviews begonnen. Hier kwam naar voren dat termen als gewenst en daadwerkelijk ontvangen leiderschapsgedrag door elkaar werden gehaald en dat de onderzoeker meer moest doorvragen naar het gewenste leiderschapsgedrag. Dit is relevant voor deze studie om een helder beeld van gewenst leiderschap in de zorg te krijgen. Bij tussentijdse analyses kan worden bepaald wat de

onderzoeker nog wil weten en dat zorgt voor gerichte dataverzameling (Boeije, 2014). Daarom is er halverwege gereflecteerd op de vier gehouden interviews, door te kijken welke informatie duidelijk was aan de hand van de vooraf gestelde topics en waar nodig nog meer informatie nodig over was. Hier bleek dat er meer op implicaties van ontvangen leiderschap gestuurd moest worden. Dit is relevante informatie om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden van deze studie. Na elk interview werd het interview direct getranscribeerd, zodat de informatie nog vers in het geheugen zat en niet anders geïnterpreteerd werd.

Bij kwalitatief onderzoek worden data gelabeld en voorzien van een specifieke code (Migchelbrink, 2016). De data wordt geanalyseerd door middel van een coderingsprocedure. Dit is van toepassing op dit onderzoek omdat er meerdere concepten besproken worden. Er is voor het coderen gebruik gemaakt van het software programma Atlas.ti. De coderingsprocedure omvatte verschillende fasen. Als eerste werden de interviews open gecodeerd met als doel empirisch materiaal van deze studie te verkennen. In deze fase kregen datasegmenten hun eerste codes, wat resulteerde in een lange lijst met codes. Dit is van toepassing op deze studie omdat er meerdere topics worden behandeld. Open codering is toegepast om de gegevens van de deelnemers te begrijpen bij de eerste concepten (Strauss & Corbin, 1998). Oorspronkelijke termen zijn gebruikt zonder vooraf gedefinieerde categorieën (Gioia et al., 2013). Ten tweede heeft de onderzoeker axiale codering gebruikt om overlap en verschillen tussen de fragmenten die binnen elke code vallen. Op deze manier werden sommige codes opgesplitst in meerdere sub-codes, terwijl andere codes werden samengevoegd tot een enkele code. De definitieve codes die in dit onderzoek zijn gebruikt, zijn opgenomen in de appendix.

### **3.5 Validiteit**

De term validiteit is omvattend voor de geldigheid en juistheid van de gepresenteerde onderzoeksresultaten, en de mate waarin de onderzoeksmethode de vastgestelde concepten geldig meet (Neuman, 2013 p. 212). Om de zekerheid van interne validiteit te waarborgen is er een test-interview gehouden met een medewerker in de zorg. Deze medewerker viel binnen de doelgroep van het onderzoek. De keuze voor een test-interview was bedoeld om onduidelijkheden en fouten voorafgaand de interviews te ontdekken. Aan het einde van het test-interview heeft er een feedbackmoment plaatsgevonden waarbij de test-respondent de mogelijkheid kreeg om vragen te stellen en onduidelijkheden aan te geven. Fouten of onduidelijkheden zijn aangepast. De interviews zijn aan de hand van een topic-list gehouden die gebaseerd zijn op theorie uit het theoretisch kader. Door de topic-list kon de onderzoeker

doorvragen of specifieke onderwerpen wanneer dit nodig was. Verder werden alle interviews opgenomen met behulp van een spraakrecorder en vervolgens direct getranscribeerd. Pas nadat alle data is verwerkt worden er verbanden gelegd en conclusies getrokken. Doordat de interviews anoniem waren is de kans voor sociaal wenselijke antwoorden verlaagd. Met de externe validiteit wordt de generalisatie of ook wel de representativiteit van het onderzoek bedoeld. Ook wel in welke mate resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar andere situaties die deel uitmaken van een specifieke onderzoeksopzet. Omdat dit onderzoek een small-N casestudy betreft kunnen de onderzoeksresultaten niet in hoge mate gegeneraliseerd worden. Echter is deze studie niet uit op generalisatie. Om de externe validiteit toch te waarborgen zijn de interviews onder medewerkers werkzaam binnen verschillende types zorgorganisaties binnen Nederland gehouden. Diversiteit door de grote hoeveelheid vergaarde informatie heeft gezorgd voor verhoogde externe validiteit (Neuman, 2013).

### **3.6 Betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid gaat over de consistentie van het onderzoek en betreft de mate waarin de onderzoeksmethoden bij reproductie onder vergelijkbare omstandigheden leiden tot dezelfde resultaten, en de mate waarin het onderzoek vrij is van fouten die op toeval zijn berust (Neuman, 2013, p. 212). Met de betrouwbaarheid wordt de afwezigheid van toeval fouten bedoeld en hoe er voor gezorgd wordt dat het onderzoek steeds hetzelfde resultaat heeft met de gebruikte instrumenten. Om de interne betrouwbaarheid te verhogen werden de interviews door één persoon afgenomen. En doordat gebruik is gemaakt van een topiclist zijn de interviews op dezelfde manier gehouden en heeft de methode niet afgeweken van een ander interview. Dit zorgde voor een versterking van de interne betrouwbaarheid bij de vergelijking van de antwoorden. Om de externe betrouwbaarheid te waarborgen is er een apart document gemaakt waarin alle getranscribeerde interviews terug zijn te lezen. In appendix 1 zijn de topiclijst en bijbehorende voorbeeldvragen terug te vinden. Persoonlijke ervaringen van de doelgroep staan in dit onderzoek centraal. Bij eventuele herhaling van het onderzoek kan er de mogelijkheid ontstaan dat er andere informatie naar boven komt (Ritchie et al., 2014; Verhoeven, 2011).

## **4. Analyse**

Dit hoofdstuk gaat in op de analyse van de interviews met zorgmedewerkers. Relevante literatuur die in hoofdstuk 2 werd gepresenteerd, zal worden gebruikt om te onderzoeken wat medewerkers in de zorg als goed leiderschap ervaren en welke mogelijke implicaties die het met zich meebrengt wanneer dit niet waargenomen wordt. De zorg kenmerkt zich door een hoge mate van professionaliteit van de medewerkers, ze zijn opgeleid om autonoom, specialistische taken te verrichten. Daarnaast is de leidinggevende veelal niet aanwezig bij het uitoefenen van de taken, deels omdat dit ook 24 uur per dag in roosters wordt verricht, deels omdat de taken een op een op een patiënt/client worden uitgeoefend. De hiërarchie is soms complex omdat naast een teamleider soms ook een arts/behandelaar sturing aan de uitoefening van de functie geeft. Tot slot is er een grote administratieve druk om declaraties te verantwoorden en behandeldossiers bij te houden. Dit werkt bureaucratie en ouderwetse hiërarchie in de hand. Er is een spanningsveld te verwachten tussen invloed van andere zorgprofessionals (op basis van expertise) en sturing vanuit de hiërarchisch leidinggevende (gericht op het naleven van protocollen en vastleggen van informatie). Allereerst komen leiderschapskennmerken die de voorkeur hebben van zorgmedewerkers aan bod in deze analyse. Vervolgens zal het daadwerkelijk waargenomen gedrag door medewerkers van hun leiders in de zorg worden besproken. En tot slot zullen de mogelijke implicaties bij discrepantie worden besproken tussen gewenst en waargenomen. Dit hoofdstuk bevat drie segmenten. Dit betekent dat de drie segmenten mogelijk een antwoord geven op de sub vragen op basis van interviews en literatuur.

### **4.1 Gewenst leiderschapsgedrag**

Omdat in de literatuur al aangegeven wordt dat leiderschap lastig te meten is (Avolio et al., 2009), is er aan de medewerkers gevraagd om te beschrijven wat ze onder goed leiderschap verstaan. Interessant was dat het niet gezien werd als de manier van het managen maar dat de antwoorden vooral over de sociale omgang van de leiders ging. Er is geen letterlijke beschrijving van het begrip leiderschap gegeven door geen een van de medewerkers.

De volgende leiderschapsthema's zijn voortgekomen uit de interviews met de tien zorgmedewerkers: 1) Voorbeeldrol 2) Belangen van het team 3) Begeleiding & ondersteuning 4) Persoonlijke interesse. Hieronder worden elk van de thema's nader toegelicht.

## Voorbeeldrol

De eerste gevonden dimensie die naar voren komt bij het vragen naar de perceptie van leiderschap binnen de zorg is het hebben van een voorbeeldrol. Verschillende respondenten benoemden het hebben van een leidinggevende met een voorbeeldrol gewenst zou zijn. De reden waarom dit belangrijk wordt geacht komt voor uit dat ze zich willen ontwikkelen en het prettig ervaren om daar bij een rolmodel te hebben. Doordat zorgmedewerkers een beroep uitoefenen waarbij veel specifieke deskundigheid voor het verrichten van handelingen nodig is, is het typerend voor leiderschap in de zorg dat zij een voorbeeldrol wensen. De volgende respondent benoemt daarover het volgende:

*‘Ik vind het hebben van een voorbeeld ook wel fijn, in de zin van een voorbeeldfunctie. Soms is het leuk om te zien hoe sommige artsen te werk gaan en ook bijvoorbeeld aan andere leiding geven op de OK. Hoe zij iemand iets leren. En dat is vind ik wel een streven voor mij om dat ook te halen.’* (Respondent 1)

Andere respondenten geven daarbij aan dat door het geven van een voorbeeld door de leidinggevende zij het gevoel krijgen van begrip en verbondenheid, doordat de respondenten zich beter kan verplaatsen in de voorbeeldrol van de leidinggevende. Dit is iets wat past bij zorgmedewerkers omdat het mensgerichte mensen zijn en mensgerichte mensen vaak waarden hechten aan verbondenheid met andere mensen.

Verschillende respondenten geven aan dat als zij medische vragen hebben dat de leidinggevende met eigen voorbeelden komt hoe hij dit in het verleden heeft gedaan of opgelost. Het idee dat ze een beroep op hem/haar konden doen ervaren ze als zeer prettig. Dit is een goed voorbeeld van hoe de zorgsector verschilt van andere sectoren. Zo is het in de zorg van groot belang om expertise en zorgkennis te hebben omdat je handelt met levens van patienten.

*‘Wij krijgen nu een nieuwe leidinggevende die op de IC heeft gewerkt heel lang al en die heeft dus ook echt kennis, meer kennis dan ik en kan ik ook met medische vragen naar haar toe van; waarom is dit met deze patient aan de hand? Dus ik kijk tegen haar wel op.’* (Respondent 2)

Daarnaast benoemden verschillende respondenten dat zij het prettig vinden dat ze kunnen zien aan de leidinggevende hoe hij/zij handelt want dat geeft een duidelijke visie over hoe er gewerkt moet worden op de afdeling en wat er van hun verwacht wordt. Doordat er duidelijke sturing wordt gegeven vanuit hun leidinggevende en ze weten waarom dit nodig is, kunnen zij beter

volgen hoe hun leidinggevende dit aanpakt. Doordat de leidinggevende een visie uitstraalt is het makkelijker voor medewerkers om hier op te anticiperen. Een belangrijk aspect hierbij is dat de medewerker zich gesteund voelt door de leidinggevende zodat zij samen die visie kunnen uitdragen. Dit zorgt voor meer verbondenheid tussen de leidinggevende en zorgmedewerkers doordat zij gezamenlijk iets uitdragen.

Verder benoemen respondenten dat ze het wenselijk vinden dat de leider management capaciteiten bezit met een zorg achtergrond en dat hij/zij zijn leidinggevende positie uitvoert op basis van ervaring die hij/zij heeft opgedaan. Hierdoor kunnen de respondenten zien hoe hun leidinggevende fungeert als voorbeeldrol. In de zorg is expertise en vakkennis erg belangrijk doordat er gewerkt wordt met mensen levens. De volgende respondent benoemt het volgende:

*“Ik denk dat het heel belangrijk is dat die zijn leidinggevende positie uitvoert door ervaring die die heeft opgelopen. En ik denk dat een leidinggevende die op grond van managementcapaciteiten alleen leiding gaat geven in de zorg, ik denk toch dat die altijd toch op een bepaalde manier achterlopen.”* (Respondent 10).

De reden hiervoor is dat er meer waardering voor een leidinggevende zou zijn als hij/zij echt vanuit de zorg zou komen is omdat deze beter gewaardeerd zou worden omdat de leidinggevende fungeert als voorbeeld.

*“Ik heb er even over nagedacht, ik heb in dit ziekenhuis vier leidinggevendens gehad, en ja dat het altijd heel fijn was en de meeste die ik heel erg waardeerde, waren de leidinggevendens die echt vanuit de zorg op een leidinggevende positie waren gekomen omdat ik dan meer tegen hun opkijk.”* (Respondent 10)

Ook geven respondenten aan zelfreflectie vanuit de leider daarbij belangrijk te vinden. Reflecteren op gedrag zou als voorbeeldrol kunnen fungeren voor andere zorgmedewerkers in het team en daardoor de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren. Door het hebben van een open, toegankelijke houding kan dit bijdragen aan de werksfeer in het team door open te communiceren en elkaar met respect te behandelen.

Deze kenmerken komen overeen met de theorie die gegeven wordt in het theoretisch kader over de dimensie van een voorbeeldrol. Volgens Bass (1985) omvat de term transformationeel leiderschap vier dimensies. De eerste dimensie bestaat uit de geïdealiseerde invloed, waarbij de

leider een voorbeeldfunctie heeft en de medewerkers hun ideale eigenschappen toeschrijven aan hun leider.

### **Belangen van het team**

Als tweede dimensie van leiderschap wordt gewenst door de zorgmedewerkers dat de leider de belangen van het team nastreeft. Zo geven vier respondenten aan dit belangrijk te vinden.

*“Ik vind het belangrijk dat de leidinggevende heel erg zeg maar staat voor de groep mensen waar bij wijze de leidinggevende leiding aan geeft.”* (Respondent 3)

Diverse respondenten geven daarbij aan dat eerlijke communicatie naar het team daarbij wenselijk is, omdat dan duidelijk wordt of de leidinggevende duidelijk de belangen van het team meeneemt in de beslissing. Doordat de leidinggevende open communiceert over waarom bepaalde keuzes noodzakelijk zijn en hun belangen in overweging neemt krijgen respondenten het gevoel dat ze gehoord worden. Een respondent geeft aan zich meer betrokken hierdoor te voelen bij de organisatie omdat het ook over hun toekomst gaat. Hieruit blijkt dat zorgmedewerkers het belangrijk vinden om gehoord te worden en dit positief effect heeft op de organisatie betrokkenheid. Dit is kenmerkend voor professionele werkomgevingen zoals de zorg waarbij specialistische deskundigheid in complexe situaties moet worden toegepast die niet repeterend zijn maar telkens individuele kenmerken hebben. Daarnaast vinden respondenten het belangrijk dat hun leidinggevendens ook aangeven als er dingen niet goed gaan. Respondenten geven aan een daadkrachtige leider prettig te vinden. Een daadkrachtige leidinggevende wordt omschreven als de leidinggevende niet alleen luistert naar de belangen van medewerkers in het team maar deze ook omzet in acties. Hierdoor wordt de bereidheid in het team vergroot en heeft dit positief effect op de betrokkenheid binnen het team.

*“Ja en kijk soms is er gewoon iemand nodig van we gaan het zo en zo doen, en als jij mij uitlegt waarom iets moet dan, dan ben ik daar best bereid in mee te gaan.”* (Respondent 6)

### **Begeleiden en ondersteunen**

Als derde dimensie die door verschillende respondenten als wenselijk leiderschap wordt gegeven is het begeleiden en steunen van medewerkers. Respondent 1 geeft hierbij het volgende aan: *“Het is vooral fijn om gewoon af en toe met iemand te overleggen in plaats van dat iemand zegt wat je moet doen. Dus meer dat stukje ondersteuning en begeleiding.”* (Respondent 1)

Een respondent benoemt dat het samen willen doen ook als wenselijk wordt geacht om zo meer begeleiding te hebben. Dit is iets kenmerkend voor de zorg waarbij mensen graag samenwerken om zo de kwaliteit van leven voor de patient te kunnen verhogen. Immers zijn bij een behandeling vaak meerdere specialismen nodig om het beste resultaat te bereiken.

*“Toch een beetje een samenwerkingspartner. En dat hoor ik bij de covid zorgmanager, die collega’s werken veel meer samen met hun zorgmanagers. Maar bij ons staat aan de top van de pyramide de zorgmanager en wij staan er allemaal onder. Ik zou het wel prettig vinden als ik dat met een leidinggevende zou hebben.” (Respondent 7)*

Ook procesmatig geven twee respondenten aan als wenselijk te zien in hun leidinggevende. Door procesmatig te werk te gaan, begeleidt en ondersteunt de leidinggevende de zorgmedewerkers als zij tegen dingen aanlopen. Door de stappen in het proces te volgen kan de leidinggevende hun zorgen uit handen nemen zodat ze zich op de zorg van de patient kunnen richten. Doordat in de zorgsector naast primaire zorg ook steeds meer administratieve taken nodig zijn is dit wel iets typisch voor de zorg sector, omdat zij naast het helpen van de patient ook administratief veel moeten noteren in de systemen.

### **Persoonlijke interesse**

Naast het begeleiden en ondersteunen van een leidinggevende hebben zorgmedewerkers behoefte in een stukje persoonlijke interesse. Zorgmedewerkers zijn mensgerichte mensen die behoefte hebben aan sociale aspecten in hun leidinggevende blijkt uit de antwoorden van de respondenten. Diverse respondenten geven aan gevoelig te zijn voor wanneer de leidinggevende persoonlijke interesse toont, naast werkgerelateerde onderwerpen. Persoonlijke interesse in de respondenten wordt gedaan door te luisteren naar de medewerker haar persoonlijke belangen maar ook door empathisch te zijn door zich in de zorgmedewerker in te leven.

Dit is in de zorg ook relevant omdat het soms gaat over het welzijn voor mensen op langere termijn of zelfs de dood. Dit zijn onderwerpen die meer impact op medewerkers hebben dan waar andere sectoren mee te maken hebben.

*“Nou ja, gewoon dat je gewoon ja ook ook belangstelling hebben voor de andere dingen die aan het werk gerelateerd zijn. Ik vind het zelf ook omdat dat zelf denk ik ook wel eens voor iemand ben dat ik. Daar ben ik wel gevoelig voor. Dus dat het niet alleen maar is van nou hè,*

*het lijstje afwerken van wat de leidinggevende met iemand moet doen, maar dat je gewoon ook of dat je tussendoor vraagt van goh. Hoe gaat het of dit, weet je dus daar ben ik wel gevoelig voor.” (Respondent 10)*

In de volgende paragraaf wordt er dieper ingegaan op het waargenomen leiderschapsgedrag door de zorgmedewerker.

#### **4.2 Waargenomen leiderschapsgedrag**

In deze paragraaf wordt er gekeken naar het waargenomen leiderschap door de zorgmedewerkers. Vier respondenten gaven aan dat het gewenste leiderschap niet overeenkwam met het daadwerkelijk ontvangen leiderschap in de praktijk. Bij zes is er momenteel geen sprake van discrepantie, maar twee respondenten hebben het wel meegemaakt in het verleden dat er sprake was van een discrepantie tussen het gewenste en waargenomen leiderschap. Eerst zal er worden ingegaan op de respondenten die geen discrepantie ervaren op dit moment en daarna zal er dieper in worden gegaan op de uitkomsten van de respondenten met waargenomen discrepantie.

##### **Overeenstemming tussen gewenst en waargenomen leiderschap**

Bij de meerderheid van de respondenten blijkt uit de interviews dat ze tevreden zijn met het leiderschap. Zo geven verschillende respondenten aan dat zij het belangrijk vinden dat de leidinggevende een visie uitstraalt en dit ook uitdraagt naar buiten. Verschillende respondenten geven aan zich daarbij meer gesteund te voelen.

*“Dat merk ik weer terug naar mijn leidinggevende die ons steunt ons daar heel erg in en die vindt dat ook belangrijk, dus op die manier dragen we samen die visie.” (Respondent 3)*

Ook blijkt bij alle zes respondenten dat de leidinggevende persoonlijke interesse toont en zich regelmatig op de vloer laat zien. Door regelmatig contact met de leidinggevende te hebben krijgen respondenten het gevoel dat er naar hun wordt geluisterd en dus de belangen van het team behartigt en persoonlijk betrokken is.

*“Ik vind dat hij het wel heel goed doet. Hij laat heel regelmatig zijn neus zien ja op de vloer bijvoorbeeld. Informeert even hoe het gaat ook, hoe druk het ook is dat ie wel goed op de hoogte is van wat er speelt op de afdeling. Ja en hij heeft goede voelsprietten en is heel toegankelijk. En als zet dingen op poten al vrij snel.” (Respondent 5)*

## **Discrepantie tussen gewenst en waargenomen leiderschap**

Verschillende respondenten geven duidelijk aan dat zij de manier van leiderschap in de huidige situatie niet overeenkomen met hun gewenste leiderschap. In de volgende drie sub-thema's is een discrepantie gevonden tussen het gewenste en waargenomen leiderschap van hun leidinggevende: 1) voorbeeldrol 2) begeleiding en ondersteuning 3) persoonlijke interesse.

### **Voorbeeldrol**

Zo stellen twee van de vier respondenten dat ondanks dat ze een voorbeeldrol willen vanuit de leider dit in de praktijk niet zo ervaren. Bij hulp en begeleiding vinden ze vaak dat de leider niet ze bij staat maar belerend en autoritair opstelt in plaats van het delen van bijvoorbeeld vakkennis. Hier uit blijkt dat in de zorg sector op sommige plekken sprake is van ouderwetse hiërarchie. Waarbij zorgmedewerkers gevoelig zijn voor hiërarchie. De volgende respondent benoemt hierover het volgende:

*“Ja bij ons gaat het soms een beetje bijna te belerend en dat vind ik dan irritant worden want ik heb ook gewoon mijn studie gedaan.”* ( Respondent 1)

Daarnaast werd communicatie door drie respondenten belangrijk geacht in hun leidinggevende. Twee respondenten gaven aan dat de communicatie die zij wensen in hun leidinggevende niet overeenkwamen met het waargenomen gedrag door de respondent. Doordat de leidinggevende op een denigrerende toon communiceert naar de medewerkers ervaren zorgmedewerkers last hiervan. Hieruit blijkt dat er sprake is van hiërarchie binnen de zorgsector wat het onderscheid van andere sectoren. Het is blijkbaar lastig de leidinggevende hier op aan te spreken, er is wellicht geen veilige werkomgeving waar dit besproken kan worden

*“Haar manier van communicatie is heel erg denigrerend en daar hebben meerdere mensen last van. Zowel leerlingen als gediplomeerde verpleegkundigen.”* (Respondent 7)

### **Begeleiding en ondersteuning**

Begeleiding en ondersteuning gaven respondenten aan als gewenst leiderschap. Doordat zorgmedewerkers soms diverse zorg moeten verlenen is het logisch dat respondenten dit als een wenselijk leiderschap in de zorg noemen. Daarbij benoemt één respondent dat zij behoefte zou hebben om wat meer begeleiding te krijgen van de leidinggevende, zodat de motivatie van de

zorgmedewerker wordt verhoogd omdat hij zich meer begeleid voelt in plaats van dat de respondent alleen maar hoort als het niet goed gaat. Als de leidinggevende alleen maar zegt wat er gedaan moet worden heeft de respondent het gevoel dat ze op de rem schiet.

*“Ja het zit wel een beetje in hun wereldje waarbij je eigenlijk alleen maar te horen krijgt wat niet goed gaat en ja ik denk dat hij mij meer kan motiveren als ik voor mijzelf iets meer keuzes kan maken, meer van maar wel begeleid. En je moet niet zeggen wat ik moet doen want dan schiet ik een beetje op de rem.” (Respondent 1)*

Één van de vier respondenten gaf aan dat er niet naar de belangen van het team werd geluisterd. De respondent laat blijken dat hij niet het gevoel heeft dat er naar de belangen van het team wordt geluisterd, maar dat de organisatie belangen voor gaan.

*“De kritiek vind ik wel dat ze erg in het belang van de organisatie handelde. En hierdoor heerste in het team een sfeer van minder het gevoel gehoord en gesteund te worden.” (Respondent 5)*

### **Persoonlijke Interesse**

Twee respondenten geven aan het stukje persoonlijke interesse te missen in hun leidinggevende. Doordat er niet naar de respondent geluisterd wordt heeft de respondent het gevoel dat zij niet gehoord wordt en vind het daardoor lastig om haar grenzen aan te geven omdat er het gevoel wordt gecreëerd dat de respondent niet gehoord wordt met haar probleem. Dit blijkt uit één van de respondenten haar antwoord:

*“Ik zou liever een zorgmanager hebben die aan mij vraagt hoe het gaat, en dat ik dan zeg: - ik vind het moeilijk om mijn grenzen aan te geven vanwege de hoge werkdruk – dat ik het wel wil maar het is zo druk, maar ik kan eigenlijk niet meer. En dat ik dan met haar ga zitten van oke hoe kunnen we dat aanpakken samen. Hoe kan ik jou daarbij helpen en wie kunnen we wellicht daar bij betrekken, maar dat heb ik nu niet.” (Respondent 7)*

Één van de drie respondenten gaf aan te weinig daadkracht in haar leidinggevende te ervaren. Hierdoor heeft de respondent het gevoel dat er te weinig doelgericht wordt gewerkt om dingen voor elkaar te krijgen.

*“Ik merk bij mijn leidinggevende dat zij zich meer op de empathische hoek richt en te weinig ja daadkracht om doelgericht, dus te weinig van dit moet je verbeteren, dit moet je anders doen, het helpt om dit te doen om meer voor elkaar te krijgen.” (Respondent 5)*

#### **4.3 Implicaties bij discrepantie in het waargenomen leiderschapsgedrag**

##### **Uitstroom**

Bij twee van de respondenten is de reden tot vertrek gekomen door de overduidelijk hiërarchische houding die de leidinggevende aannam. Hieruit blijkt dat respondenten het gebruik van een autoritaire houding in hun leidinggevende niet als prettig ervaren en dit zorgt voor een discrepantie in het gewenste leiderschap. Hierbij stond de leidinggevende boven aan de piramide.

Daarbij geeft één van de respondenten met discrepantie aan dat zij door het leiderschapsgedrag van de leidinggevende genoodzaakt is om naar een vertrouwenspersoon te stappen. Hieruit blijkt dat de respondent eerst probeert het intern op te lossen met het team voordat er andere acties ondernomen worden.

*“En wij zitten toevallig nu met ons clubje leerlingen of we misschien naar een vertrouwenspersoon kunnen gaan om te praten wat we het beste kunnen doen. Omdat zij heel erg denigerend naar ons praat en ook een beetje met een vingertje wijzen. Alsof zij de baas is, maar dat is niet de bedoeling.” (Respondent 7)*

Twee van de respondenten geeft aan in het verleden de organisatie te hebben verlaten vanwege discrepantie tussen het gewenste leiderschap en het waargenomen leiderschap. Hieruit blijkt wanneer een leidinggevende niet over de gewenste management capaciteiten beschikt, zij een reden zien om de organisatie te verlaten. Zo kan het effect zich uitbreiden op team niveau.

*“Ja mijn leidinggevende is echt de reden waarom ik weg ben gegaan. Echt omdat ik het ja he nogmaals, zij had eigenlijk helemaal geen leiding moeten geven aan onze groep mensen want daar was ze gewoon helemaal niet geschikt voor of tijd voor.” (Respondent 3)*

*“Want zij vond het allemaal ook niet zo belangrijk de persoonlijke interesse ja dan krijg je het, wij hebben echt een leegloop gehad van verloskundige in het ziekenhuis, waar we jarenlang*

*volgens een vast en ervaren stabiel toegewijd team gewerkt en dat team is helemaal weg. Voor mij persoonlijk was ja was zij echte reden om weg te gaan ja.” (Respondent 7)*

## **Werksfeer**

Een niet eerder genoemde implicatie van discrepantie tussen gewenst en waargenomen leiderschap is dat het invloed heeft op de werksfeer. Drie respondenten benoemen dit als een uitkomst bij een discrepantie met een leidinggevende. Hieruit blijkt dat communicatie wat twee keer is aangegeven als belangrijk te worden gezien in een leidinggevende ook effect kan hebben op de manier waarop medewerkers leiderschap ontvangen. De volgende twee respondenten benoemen hierbij een voorbeeld:

*“Er heerst op de afdeling een hele gespannen sfeer rondom de zorgmanager. Iedereen loopt eigenlijk heel erg op zijn of haar tenen als zij er is.” (Respondent 7)*

## **Organizational commitment**

Opvallend was dat alle twee respondenten die als arts in opleiding zitten, zich door discrepantie tussen het gewenste en waargenomen leiderschap zich daardoor niet verbonden voelde met de leidinggevende en de organisatie zelfs willen verlaten als zij klaar zijn met hun opleiding binnen die afdeling. Hierbij komt de rol van hiërarchie binnen zorg organisaties kijken en wat voor effect het heeft op zorgmedewerkers. Organisatorische betrokkenheid richt zich op de werknemer-werkgeverrelaties, en de vrijwillige intentie om bij de organisatie te blijven. Hieronder blijkt uit het antwoord van de respondent dat de vrijwillige intentie om bij de organisatie te blijven afwezig is.

*“En ik had toevallig met een collega zaterdag erover gehad, dat zolang zij hier zorgmanager is, wij nooit zouden solliciteren voor een vaste baan hier als we klaar met onze studie zijn. En dat zijn zoveel andere leerlingen, terwijl de afdeling is geweldig, we hebben leuke patienten en collega’s. Maar de zorgmanager zorgt voor zo’n rotsfeer. En ze haalt allemaal gemene streken uit. Zij is wel echt een van de redenen waarom ik niet zou solliciteren hier na mijn opleiding.” (Respondent 7)*

## **Job-satisfaction & Burn-out**

Een van de respondenten gaf aan bang te zijn voor een burn-out doordat de leidinggevende het stukje persoonlijke betrokkenheid miste en voor zichzelf de keuze heeft gemaakt om de

organisatie te verlaten. Door de te weinig betrokkenheid vanuit de leidinggevende kunnen zorgmedewerkers het gevoel krijgen controle te verliezen. Dit geeft aan dat respondenten die zich niet gehoord voelen door hun leidinggevende en daardoor niet de controle hebben zichzelf in bescherming nemen om de organisatie te verlaten voordat ze thuis komen te zitten met een burn-out. Burn-out is gerelateerd aan gezondheidsproblemen en personeelsverloop. Daarnaast heeft het effect op de werktevredenheid van de medewerker, ondanks dat zij het de allerleukste baan van de wereld vind. Iets wat kenmerkend is voor medewerkers in de zorgsector is hun hoge intrinsieke motivatie om mensen te helpen. De volgende respondent benoemt het volgende:

*“Want in het (naam) ziekenhuis daar merkte ik aan mijzelf dat als ik daar niet weg ga dan ga ik een burn-out krijgen volgens mij want ik heb zo weinig controle en ik heb zo weinig voldoening alhoewel het werk inhoudelijk nog steeds heel leuk was ja ja want dat werk wat ik doe is de allerleukste baan van de hele wereld.”*(Respondent 3)

## **5. Discussie**

Het doel van deze verkennende studie was om te onderzoeken of er sprake is van een discrepantie tussen het gewenste leiderschap en het waargenomen leiderschap bij medewerkers in de zorg. Daarnaast werd er gekeken wat de mogelijke implicaties onder medewerkers in de zorg zijn bij een discrepantie tussen de twee. Bij een voorgaande studie naar bedoeld en waargenomen leiderschap was er sprake van een discrepantie binnen leiders in het onderwijs. Deze studie toont aan dat er op dit moment sprake is van discrepantie in de zorg sector met betrekking tot het gewenste en waargenomen leiderschap. Deze studie bevatte specifiek alleen medewerkers in de zorg en niet hun leiders, waardoor niet in kaart gebracht is wat het bedoelde leiderschap door de leidinggevende is. Wel is er inzichtelijk gemaakt wat zorgmedewerkers als gewenst leiderschap zien en welk leiderschap er daadwerkelijk is waargenomen door de zorgmedewerkers. Er kon een globaler beeld geschetst worden wat medewerkers goed leiderschap vinden door uit verschillende segmenten (contexten) van de zorgmedewerkers te interviewen. Het onderzoek richtte zich op medewerkers die primaire zorg verlenen binnen verschillende typen dienstverlening die de zorg kent, zoals ziekenhuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg etc. Waargenomen leiderschap is in dit onderzoek op een ietswat afstandelijke manier bestudeerd: door middel van interviews in plaats van door 'erbij te zijn' (van Dorp, 2018). Interviews zijn een handige methode om vast te leggen waarom leiders in de zorg bepaalde gedragingen vertonen, maar alleen leiders zelf kunnen uitleggen hoe ze handelden en waarom ze dat deden. In de volgende paragraaf wordt er kritisch gereflecteerd op de resultaten met behulp van de theorie.

### **5.1 Theoretische reflectie op de resultaten**

In dit onderzoek is er onderzocht of er sprake is van discrepantie en waar deze discrepantie vandaan komt. Uit eerder onderzoek van Jacobsen & Andersen (2015) blijkt dat er sprake is van discrepantie tussen bedoeld leiderschap door de leidinggevende en waargenomen leiderschap door de medewerker. Doordat het bedoelde leiderschap niet ondervraagd kon worden in dit onderzoek is het waargenomen afgezet tegen het gewenste leiderschap om op die manier te onderzoeken of er sprake was van discrepantie. Dit onderzoek bevestigt dat er sprake is van discrepantie in de zorgsector tussen het gewenste en waargenomen leiderschap bij medewerkers in de zorg. Daarnaast toont dit onderzoek aan dat leiderschap zowel positieve als negatieve effecten met zich meebrengt bij het leiden van zorgmedewerkers. Zo benoemen Cummings et al. (2008) in hun onderzoek ook dat leiderschapspraktijken van leidinggevend in

de zorg uitkomsten voor organisaties, zorgverleners en uiteindelijk patiënten positief of negatief beïnvloeden (Cummings et al., 2008). In de syntheses werd verwacht dat transformationeel leiderschap wenselijk zou zijn voor zorgmedewerkers. Uit de analyse hiervoor blijken de vier hoofdthema's overeen te komen met de concepten die geschetst worden in het theoretisch kader onder transformationeel leiderschap. Zorgmedewerkers vinden het over het algemeen gewenst als hun leidinggevende fungeert als voorbeeldrol, waarbij het belangrijk wordt geacht dat de leidinggevende een visie uitdraagt zodat zorgmedewerkers zich gesteund en betrokken voelen. Daarnaast worden begeleiding en persoonlijke interesse genoemd door de respondenten als gewenste leiderschapspraktijken. Zorgmedewerkers vinden het belangrijk dat de leidinggevende persoonlijk betrokken is en hun ondersteund als zij tegen dingen aanlopen. Dit komt overeen met het concept aandacht voor individuele behoefte en persoonlijke begeleiding, een genoemd concept is in de literatuur over transformationeel leiderschap. Daarnaast ontdekte Hawthorne dat meer aandacht voor de medewerkers zorgde voor een verhoging van de productiviteit. Het positieve effect door aandacht en interventie voor werknemers is nu bekend als het Hawthorne-effect (Wickström & Bendix, 2000).

Uit de analyse van dit onderzoek blijkt dat verschillende respondenten geen voorbeeldrol ervaren zoals ze dat zouden willen zien. Aangezien er in de zorg vaak nog een ouderwetse hiërarchische structuur heerst, merken medewerkers in de zorg dat leiders vaak belerend zijn als het gaat om een voorbeeld rol, daarbij wordt er niet gecoacht in het ontwikkelen van hun capaciteiten. Terwijl juist verschillende meta-analyses en recensies de positieve effecten hebben gedocumenteerd van transformationeel leiderschap op het gebied van productiviteit, effectiviteit van de medewerkers, werktevredenheid en groepsprestaties wanneer dit wel gebeurde (Richter et al., 2015). Juist door het fungeren als voorbeeldrol en coachen kunnen zorgmedewerkers hun capaciteiten verder ontwikkelen en hiermee de kwaliteit van zorg verbeteren.

Daarnaast wordt er door de respondenten aangegeven dat ze persoonlijke interesse als gewenste leiderschap praktijk in hun leidinggevende willen zien. Uit literatuur blijkt dat als er een goede werkrelatie is, dit voor zowel de organisatie, zorgmedewerkers, leiders en patiënten een positief effect heeft op de resultaten (Priebe & McCabe, 2008). Als volgende synthese werd verwacht dat medewerkers in de zorg een verminderde persoonlijke bekwaamheid ervaarde als zij zich niet gesteund voelde door hun leidinggevende, wat kon resulteren in een burn-out. Het niet steunen van de medewerkers wordt dus gezien als ongewenst leiderschap. Deze verwachting wordt bevestigd door een respondent die aangeeft in het verleden de organisatie te hebben

verlaten om bang te zijn voor een burn-out. Dit is uiterst onwenselijk doordat naast het welzijn van de zorgmedewerker het ook negatieve impact heeft op de arbeidsprestaties, arbeidsontevredenheid, een toenemende mate van ziekteverzuim en kan het zorgen voor meer conflicten tussen collega's stellen Schaufeli & Bakker (2006). Daarnaast is burn-out gerelateerd aan personeelsverloop (Schaufeli & Bakker, 2004).

Ook worden positieve ervaringen van leiderschap genoemd. Zo geven verschillende respondenten aan bij gewenst leiderschap dat zij het belangrijk vinden dat de leidinggevende een visie uitstraalt en dit ook uitdraagt naar buiten. Het effect is dat zorgmedewerkers zich daarbij meer gesteund te voelen om ook deze visie uit te dragen. Dit is in lijn met het werk van bijvoorbeeld van Knippenberg & Sitkin (2013), die bevestigen dat visionair leiderschap inderdaad bij kan dragen aan een collectief toekomstbeeld en hierdoor bijdraagt aan de realisatie van de toekomst.

## 6. Conclusie

Het doel van deze studie was om te onderzoeken hoe leiderschap door medewerkers in de zorg wordt ervaren en in hoeverre hierin discrepantie zit met het gewenste leiderschap. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag:

*“In hoeverre is er discrepantie tussen gewenst leiderschap en door de medewerker waargenomen leiderschap in de zorg en wat zijn de mogelijke implicaties hiervan?”*

Uit de analyse blijkt dat er op dit moment sprake is tussen een discrepantie in het gewenste leiderschap en het waargenomen leiderschap door de zorgmedewerker doordat verschillende respondenten dit beamen. Daarnaast zijn de implicaties ontdekt in deze studie die optreden wanneer er een discrepantie wordt ervaren door de zorgmedewerker. Zo blijken zorgmedewerkers last te hebben van een autoritaire houding van hun leidinggevende, waarbij de aandacht voor persoonlijke interesse en team belangen niet aan bod komen. Hierdoor gaan medewerkers op de rem staan of gaan zich recalcitrant gedragen. Verder heeft het een negatief effect op de werktevredenheid en de sfeer in het team. Zorgmedewerkers zullen het eerst intern met het team proberen op te lossen of door middel van een vertrouwenspersoon voordat zij de organisatie willen verlaten. Echter heeft dit niet met de aard van het werk zelf te maken maar met de relatie van de leidinggevende. Als medewerkers zich niet gehoord voelen en zij het gevoel van controle kwijt zijn kan het gebeuren dat de zorgmedewerker overspannen raakt. Dit is tevens ook een reden voor medewerkers om de organisatie te verlaten om zichzelf hiertegen te beschermen. Het onderzoek bevestigt daarmee dat investeren in bestuurlijke leiderschapsvaardigheden in de zorg loont

### 6.1 Beperkingen en toekomstig onderzoek

Er zijn enkele beperkingen die kans bieden voor toekomstig onderzoek. De eerste belangrijke beperking van dit onderzoek is het verkennende en kwalitatieve karakter van het onderzoek. Dit onderzoek heeft zijn proposities gebaseerd op uitsluitend kwalitatief onderzoek. Kwantitatieve resultaten werden in deze studie daarom niet gegeven. In toekomst zal een studie in de vorm van kwantitatief onderzoek nodig zijn om een generaliserend beeld te kunnen schetsen van gewenst leiderschap in de zorg. Als tweede methodologische beperking is de kans voor mogelijke terugroep bias. Betrouwbaarheid zou kunnen worden geoptimaliseerd bij het toepassen van een longitudinale benadering in toekomstig onderzoek.

Een derde beperking van deze studie is dat het alleen gebaseerd is op waargenomen leiderschap door medewerkers in de zorg. In toekomstig onderzoek zal er ook naar het bedoelde leiderschap van de leidinggevende worden gekeken om te onderzoeken of leiders hun leiderschapspraktijken overschatten. Door deze onderzoeksmethode is er wel meer kennis over de perceptie van medewerkers in de zorg over leiderschap en hoe de medewerker denkt over zaken als leiderschap.

Het was een uitdaging door COVID-19 om zorgmedewerkers te werven, maar door zo'n divers mogelijke groep aan respondenten te verzamelen is er geprobeerd een algemeen beeld te schetsen van het waargenomen leiderschap en gewenste leiderschap in de zorg. Doordat zorgmedewerkers door covid-19 niet in staat waren face tot face af te spreken zijn alle interviews telefonisch gedaan. Dit maakte het uitdagend om soms empathie te tonen, wat de vierde beperking voor dit onderzoek was. Voor vervolg onderzoek is het belangrijk om deze interviews wel face to face te doen zodat hier beter empathie kan worden getoond wat maakt dat de respondenten zich meer begrepen voelen in hun antwoorden.

Ook al waren sekseverschillen geen onderwerp van interesse in deze studie, waren zeven van de tien respondenten vrouwelijk. Dit kan een beperking zijn omdat vrouwen mogelijk een andere perceptie hebben van leiderschap. Een beperking en / of suggestie voor toekomstig onderzoek van deze studie is om te analyseren of er verschil is in het waarnemen van leiderschap tussen mannen en vrouwen. Of teamgrootte en organisatie grootte mee te nemen in toekomstig onderzoek. Daarnaast kan het interessant zijn om dieper op de jonge zorgmedewerkers in te gaan wat zij nodig hebben in een leider om binnen de organisatie te blijven en te binden. Uit bevindingen van dit onderzoek komt namelijk naar voren dat artsen in opleiding vaak denigrerend en/of belerend gedrag ervaren van hun leidinggevende, waardoor ze zich niet verbonden voelen met de organisatie wat leidt tot uitstroom. Voor die reden is het relevant om te onderzoeken welk leiderschapsgedrag wenselijk is bij het binden en behouden van artsen in opleiding.

Door proposities te formuleren, bied ik andere onderzoekers nieuwe vragen aan. De externe validiteit van mijn studie probeer ik te vergroten door theoretische generalisatie (Toshkov, 2016). Deze kleine verkenning heeft een uitgebreid onderzoeksveld blootgelegd om dieper in te graven naar goed leiderschap in de zorg, want leiderschap in tijden als deze is noodzakelijk.

## 7. Referenties

Allen, N.J., & Meyer, J.P. (1996). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: An Examination of Construct Validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49(3), 252-276.

Antonakis, J., Schriesheim, C.A., Donovan, J.A., Gopalakrishna-Pilla, K., Pellegrini, E.K. & Rossomme, J.L. (2004). Methods for Studying Leadership. In *The Nature of Leadership*, edited by J. Antonakis, A.T. Cianociolo, and R.J. Sternberg, 48–70. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Atwater, L.E. & Yammarino, F.J. (1992). Does self-other agreement on leadership perceptions moderate the validity of leadership and performance predictions?. *Personnel Psychology*, 45(1), 141-164.

Avolio, B. J., Reichard, R. J., Hannah, S. T., Walumbwa, F. O., & Chan, A. (2009). A meta-analytic review of leadership impact research: Experimental and quasi-experimental studies. *The Leadership Quarterly*, 20(5), 764–784.

Aziri, B. (2011). "Job Satisfaction, A Literature Review," Management Research and Practice, Research Centre in Public Administration and Public Services, Bucharest, Romania, vol. 3(4), pages 77-86, December.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H.J., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 425–441.

Bass, B.M., Avolio, B.J., Jung, D.I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 207–218.

Bass, B.M. & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications*. Simon & Schuster, Inc., New York, NY (2008)

Blatter, J. & Haverland, M. (2012). *Designing Case Studies: Explanatory Approaches in Small-N Research (ECPR Research Methods)* (1<sup>st</sup> ed. 2012 ed.). Palgrave Macmillan.

- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma uitgevers.
- Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–Firm Performance Linkages: The Role of the “Strength” of the HRM System. *Academy of Management Review*, 29(2), 203–221.
- Bryman, A. (2004). “Qualitative Research on Leadership: A Critical but Appreciative Review.” *Leadership Quarterly* 15 (6): 729–769.
- Cummings G., MacGregor T., Davey M., Wong C., Paul L. & Stafford E. (2008) Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 13(4), 240– 248.
- Eisler K. (2009). *The leadership practices of nurse managers and the association with nursing staff retention and the promotion of quality care in two Saskatchewan hospitals*. Diss. University of Toronto.
- Ensley, M.D., Hmieleski, K.M., & Pearce, C.L. (2006). The importance of vertical and shared leadership within new venture top management teams: Implications for the performance of startups. *The Leadership Quarterly*, 17(3), 217–231.
- Fiske, S.T. & E.Taylor, S. (2014). *Cognition sociale*. Mardaga.
- Force M.V. (2005) The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration* 35(7–8), 336– 341.
- Ford, D.P., & Chan, Y.E. (2003). Knowledge sharing in a multi-cultural setting: a case study. *Knowledge Management Research & Practice*, 1(1), 11–27.
- Grant, A.M. (2012). *Leading with meaning: Beneficiary contact, prosocial impact, and the performance effects of transformational leadership*. *Academy of Management Journal*, 55 (2012), pp. 458-476
- Grusky, O. (1966). Career Mobility and Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 10(4), 488-503.
- House, R.J. (1977). *A 1976 theory of charismatic leadership*. *Leadership: The cutting edge*, Southern Illinois University Press, Carbondale, IL (1977), pp. 189-207

Ichheiser, G. (1949). Misunderstandings in human relations: a study in false social perception. *American Journal of Sociology*, 55, Part 2, viii, 70.

Jacobsen, C.B., & Bøgh Andersen, L. (2015). Is Leadership in the Eye of the Beholder? A Study of Intended and Perceived Leadership Practices and Organizational Performance. *Public Administration Review*, 75(6), 829–841.

Jacobsen, C.B.Ø., & Staniok, C.D. (2018). Sharing the Fire? The Moderating Role of Transformational Leadership Congruence on the Relationship between Managers' and Employees' Organizational Commitment. *International Public Management Journal*, 23(4), 564–588

Jansen, B. J., Zhang, M., Sobel, K., & Chowdury, A. (2009). Twitter power: Tweets as electronic word of mouth. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 60(11), 2169–2188.

Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G.L. & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582-592.

Lee, N. & Lings, I. (2013). Doing business research: A guide to theory and practice. London: Sage Publications.

Locke, E.A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309–336.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.

Migchelbrink, F.G.H.M. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. SWP.

Morita, J.G., Lee, T.W., & Mowday, R.T. (1989). Introducing survival analysis to organizational researchers: A selected application to turnover research. *Journal of Applied Psychology*, 74(2), 280–292.

Neuman, W.L. (2013). *Social Research Methods*. Pearson Education.

Oluseyi, S.A. & Ayo, H.T. (2009). *Influence of work motivation, leadership effectiveness and time management on employees' performance in some selected industries in Ibadan, Oyo State, Nigeria*. European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences (16) (2009)

Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R. T., & Boulian, P.V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5).

Priebe, S. & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20, 521-526

Richter, A., von Thiele Schwarz, U., Lornudd, C., Lundmark, R., Mosson, R. & Hasson, H. (2015). iLead—a transformational leadership intervention to train healthcare managers' implementation leadership. *Implementation Science*, 11(1), 1–39.

Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. & Ormston, R. (2014). *Qualitative research practice* (2nd ed.). Londen: SAGE Publications.

Robin, D.C. & Kumar, N.K. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. Vol. 17, No 1.

Rollinson, D. (2008). *Organisational behaviour and analysis: An integrated approach*. Pearson Education.

Rousseau, D.M. (2001). Schema, promise and mutuality: The building blocks of the psychological contract. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(4), 511–541.

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315.

Schmidt, J.E.T., Kuipers, B.S., Groeneveld, S.M., Fraussen, B., Ashikali, T., Laterveer, H. & Slooff, A. (2019). Publiek leiderschap en maatschappelijke meerwaarde.

Seltzer, J. & Bass, B.M. (1990). *Transformational leadership: Beyond initiation and consideration*. *Journal of Management*, 16 (1990), pp. 693-703

Shamir, B., House, R. J., & Arthur, M. B. (1993). The Motivational Effects of Charismatic Leadership: A Self-Concept Based Theory. *Organization Science*, 4(4), 577–594. ]

Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences (Advanced Topics in Organizational Behavior)* (1ste editie). SAGE Publications, Inc.

Van Knippenberg, D. & Sitkin, S.B. (2013). A critical assessment of charismatic transformational leadership research: Back to the drawing board?. *The Academy of Management Annals*, 7(1), 1-60.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? (4th ed.). Den Haag: Boom Lemma.

Walston, S. (2017). *Organizational Behavior and Theory in Healthcare: Leadership.Perspectives and Management Applications* (AUPHA/HAP Book) (None ed.). Health Administration Press.

Wickström, G. & Bendix, T. (2000). The "Hawthorne effect" — what did the original Hawthorne studies actually show? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 26(4), 363-367. Retrieved January 7, 2021.

Wright, P. M. & Nishii, L. H. (2007). Strategic HRM and organizational behavior: Integrating multiple levels of analysis.

Yin, R. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed., Applied social research methods series ; vol. 5 851144993). Los Angeles, CA [etc.]: Sage.

Zhang, W., Wang, H. & Pearce, C.L. (2014). *Consideration for future consequences as an antecedent of transformational leadership behavior*: The moderating effects of perceived dynamic work environment. *The Leadership Quarterly*, 25(2), 329–343.

## **Appendix I. Topiclijst semigestructureerde interviews**

### **Vooraf (5 minuten)**

Introductie van het onderzoek, thema's.

Aangeven dat ik het gesprek wil opnemen en de vertrouwelijkheid garanderen. Geen namen in de publicaties en alleen het onderzoeksteam kan de resultaten inzien.

### **Introductie respondent (5 minuten)**

1. Kunt u iets vertellen over uw functie binnen uw organisatie?
2. Hoelang bent u al werkzaam binnen uw organisatie?

### **Gewenste situatie (15 minuten)**

- Leiderschap
  3. Wat is leiderschap (in de zorg) volgens u ideeën? Kunt u twee voorbeelden geven?
  4. Wat heeft u nodig van je leider/supervisor om uw werk goed te kunnen doen? Kunt u twee voorbeelden geven?
- Organizational commitment
  5. Wat is volgens u organisatie betrokkenheid? Kunt u twee voorbeelden hiervan noemen? Wat, waarom, wie?
- Job Satisfaction
  6. Wat is volgens u werkplezier? Kunt u twee voorbeelden hiervan geven? Wat, waarom, wie?
- Burn-Out
  7. Wat is volgens u een burn-out? Kunt u twee voorbeelden hiervan geven?

### **Employee-perceived leadership[ (25 minuten)**

- Leiderschap
  8. Wordt u geïnspireerd door uw leidinggevende? Zo ja, kunt u hiervan een voorbeeld geven?
  9. Straalt uw leidinggevende een visie uit? En zo ja, kunt u hier een voorbeeld van

geven?

10. In hoeverre vind u dat uw leidinggevende uw aanmoedigd om innovatief en creatief te zijn? Zo ja, kunt u hiervan een voorbeeld geven?

11. In hoeverre wordt u door uw leidinggevende gecoacht en begeleidt? Zo ja, kunt u hiervan een voorbeeld geven?

- Job Satisfaction

12. Hoe beïnvloedt leiderschap uw werktevredenheid? Kunt u hiervan twee voorbeelden geven?

- Organizational Commitment

13. Hoe beïnvloedt leiderschap uw betrokkenheid binnen de organisatie? Kunt u hiervan twee voorbeelden geven?

- Burn-Out

14. Hoe beïnvloedt leiderschap de mate van werkdruk? Zo ja, kunt u hier twee voorbeelden van geven?

### **Afsluiting (5 minuten)**

Welke onderwerpen zijn nog niet aan bod gekomen die u wel graag zou willen noemen over dit thema?

Wilt u de resultaten van het onderzoek ontvangen?

## Appendix II. Codeboom gewenst leiderschap

