



Hermeion

Leiderschap in de zorg

Een systemische analyse van richting,
professionele ruimte en verantwoordelijkheid

*Een praktisch handvest voor bestuurders en leidinggevenden
die onder toenemende druk richting willen geven aan professionele
verantwoordelijkheid, ontwikkeling en passende zorg.*

Inhoudsopgave



In het kort	4
Verantwoording.....	5
1. De leiderschapsopgave in de zorg.....	6
2. Niet één stijl, wel een positie	7
3. Van professionele ruimte naar professionele verantwoordelijkheid	10
4. Richting geven zonder verantwoordelijkheid over te nemen	12
5. Nabij blijven en samenhang organiseren onder druk	14
6. Veranderen en innoveren terwijl de zorg doorgaat.....	15
7. Organisatie-inrichting als onderdeel van de leiderschapsopgave	16
8. Handvest voor leiderschap in de zorg.....	17
9. Richtinggevende vragen.....	20
Tot slot	20
Bronnen en verwijzingen	22
Gebruik van deze analyse.....	24



In het kort

De Nederlandse zorg staat voor stevige opgaven. De vraag naar zorg groeit door vergrijzing en chronische aandoeningen. Tegelijkertijd blijft personeel schaars en is het ziekteverzuim blijvend hoog. ^[1,4] Terwijl de zorguitgaven stijgen, wordt van de sector verwacht dat zij sneller digitaliseert, anders samenwerkt en meer passende zorg organiseert. ^[2, 3]

De reactie hierop vraagt een andere manier van werken en organiseren. In beleid en beroepsvisies zien we een duidelijke beweging naar meer professionele zeggenschap, hybride zorg, netwerk- en ketensamenwerking, taakverschuiving en een sterkere rol van professionals in besluitvorming en innovatie. ^[6, 7, 8, 9]

Deze ontwikkeling vergroot het belang van leiderschap. Wanneer verantwoordelijkheid lager en breder in de organisatie komt te liggen, neemt het belang van richting, kaders, samenhang, aanspreekbaarheid en de kwaliteit van de organisatie-inrichting juist toe.

Kern van de analyse

De centrale vraag in deze publicatie luidt: welke leiderschapsopgave ontstaat uit de ontwikkelingen waarvoor de zorg staat, en hoe kunnen leiders richting geven aan de beweging die nodig is - zonder professionele verantwoordelijkheid over te nemen?

- Leiderschap doet ertoe. Onderzoek in de zorg laat vrij consistent zien dat relationeel en ondersteunend leiderschap samenhangt met gunstigere uitkomsten voor medewerkers en het werkklimaat. Tegelijk biedt het onderzoek geen grond voor de conclusie dat één leiderschapsstijl onder alle omstandigheden het beste werkt. ^[10, 13]
- Professionele autonomie vraagt meer dan ruimte. Professionals hebben ook informatie, bevoegdheden, vakbekwaamheid en ondersteuning nodig om verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Daarbij hoort de bereidheid om aanspreekbaar te zijn op keuzes en resultaten. ^[8, 16]
- Psychologische veiligheid is geen alternatief voor professionele aanspreekbaarheid. Mensen moeten twijfels, fouten en afwijkende inzichten kunnen delen. Daarvoor zijn onder meer ondersteunend leiderschap, vertrouwen binnen het team en een omgeving waarin leren mogelijk is van belang. Tegelijk vraagt professioneel samenwerken dat mensen feedback kunnen ontvangen en elkaar kunnen aanspreken. ^[14]
- Middenmanagers en teamleiders zijn cruciale schakels tussen strategie en dagelijks werk. De ruimte om werkelijk leiding te geven hangt daarbij mede samen met span of control, operationele druk, mandaat en beschikbare ondersteuning. ^[15, 19]
- Digitalisering levert niet vanzelf capaciteit op. Digitale toepassingen kunnen bijdragen aan toegankelijke en houdbare zorg, maar zorgprocessen en werkwijzen moeten mee veranderen. De RIVM-monitor laat zien dat veel professionals de effecten op werkdruk en kosten vooralsnog niet duidelijk ervaren. ^[9]



- Dienend leiderschap kan bijdragen wanneer leiders hun positie gebruiken om richting en samenhang te organiseren en professionals in staat te stellen verantwoordelijkheid te nemen. Dat vraagt soms ruimte, luisteren en gezamenlijk onderzoeken, maar op andere momenten juist duidelijke keuzes, begrenzing of direct ingrijpen.

Verantwoording

Deze analyse combineert gerichte deskresearch met praktijkgerichte duiding. Zij biedt geen volledig wetenschappelijk overzicht, maar brengt relevante kennis en inzichten samen rond leiderschap in de zorg.

Bij de selectie van bronnen is bewust onderscheid gemaakt:

- actuele Nederlandse beleids- en sectorbronnen zijn gebruikt om de zorgcontext en gekozen ontwikkelrichtingen te beschrijven;
- systematische reviews en relevante empirische studies zijn gebruikt om mechanismen rond leiderschap, autonomie, psychologische veiligheid, implementatie en organisatie-inrichting te onderzoeken.

Bij de bronselectie is voorrang gegeven aan publicaties van RIVM, NZa, CBS/AZW, Rijksoverheid, Zorginstituut Nederland en V&VN, aangevuld met wetenschappelijke overzichtsstudies. De analyse bouwt daarnaast voort op een aantal uitgangspunten die in eerdere Hermeion-publicaties zijn uitgewerkt. Deze dienen als conceptuele of historische verdieping en niet als vervanging van actueel onderzoek:

- de samenhang tussen richting, inrichting, leiderschap en dagelijks gedrag;
- eigenaarschap als wederkerig proces;
- ontwikkeling als onderdeel van het werk en
- dienend leiderschap als verantwoordelijkheid voor het geheel.

Deze uitgangspunten worden in de analyse getoetst. Waar onderzoek aanleiding geeft tot nuance, aanscherping of een andere uitleg, wordt dat benoemd.

Een belangrijk aandachtspunt is dat veel wetenschappelijk onderzoek naar leiderschap in de zorg stamt uit ziekenhuizen en de verpleegkunde. De uitkomsten zijn daardoor niet zonder meer toepasbaar op iedere zorgsector of organisatie.

Daarnaast is veel onderzoek gebaseerd op metingen op één moment en op wat deelnemers zelf rapporteren. Hierdoor kunnen verbanden zichtbaar worden, maar is niet altijd vast te stellen wat oorzaak en gevolg is. Ook kunnen verschillende leiderschapsconcepten inhoudelijk sterke overlap vertonen.

In deze analyse gebruiken we onderzoek daarom vooral om relevante patronen en samenhangen te begrijpen. We zoeken niet naar één leiderschapsmodel dat onder alle omstandigheden werkt. ^[10, 11, 13]



1. De leiderschapsopgave in de zorg

Een structurele druk, geen tijdelijke piek

De druk op de zorg is geen incident dat met een tijdelijk programma kan worden weggewerkt. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 benoemt vergrijzing als de belangrijkste demografische ontwikkeling richting 2050. Het aantal ouderen met onder meer dementie en chronische aandoeningen neemt toe, terwijl personeelstekorten maken dat niet alle gevraagde zorg vanzelf uitvoerbaar blijft. ^[1]

Ook financieel neemt de druk toe. In het trendscenario van het RIVM stijgen de zorguitgaven van 113 miljard euro in 2022 naar 202 miljard euro in 2050. Het aandeel van het bruto binnenlands product dat aan zorg wordt besteed loopt in dat scenario op naar 14,6 procent. Het RIVM benadrukt dat dit geen voorspelling is maar een doortrekking van bestaande trends. Juist om die reden is het beeld relevant als drukindicator. ^[2]

De arbeidsmarkt vergroot de spanning. In zorg en welzijn (breed) ervoer in 2025 41 procent van de medewerkers de werkdruk als veel te hoog, terwijl het ziekteverzuim structureel boven andere sectoren lag. ^[4] In de VVT - de grootste en sterk vergrijzende branche - lag het verzuim in het eerste kwartaal van 2025 op 9,7 procent en loopt het geraamde personeelstekort in het beleidsgerichte prognoses scenario op van 21.500 in 2025 naar 126.800 in 2035. ^[5]

Deze cijfers verdienen nuance. De zorg is geen homogeen systeem en tekorten, werkdruk en verzuim verschillen sterk per branche, regio, organisatie en team. Tegelijkertijd is de richting eenduidig genoeg om één conclusie te trekken: veel zorgorganisaties zullen hun maatschappelijke opdracht niet kunnen blijven uitvoeren door uitsluitend meer mensen aan te nemen en bestaande werkwijzen voort te zetten.

De sector kiest actief voor een andere manier van werken

De zorg reageert op de toenemende druk met een brede transformatieagenda. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, dat voortbouwt op het IZA, staan onder meer passende zorg, personeel, administratieve lasten, samenwerking, gegevensuitwisseling, digitalisering en kunstmatige intelligentie op de agenda. ^[6]

Voor deze analyse zijn drie ontwikkelingen in het bijzonder relevant:

- passende zorg,
- meer professionele zeggenschap en
- de verdere digitalisering van de zorg.

Passende zorg wordt door Zorginstituut Nederland uitgewerkt vanuit vier principes: waardegedreven en effectief, samen met de patiënt, dichtbij waar mogelijk en gericht op gezondheid in plaats van uitsluitend ziekte. ^[7]

Een tweede ontwikkeling is de groeiende aandacht voor professionele zeggenschap. V&VN onderscheidt daarbij drie samenhangende voorwaarden: vakbekwame professionals, een ondersteunende werkomgeving en besluitvorming waarin de expertise van professionals daadwerkelijk wordt benut.



Shared Governance gaat daarmee verder dan inspraak alleen: professionals, management en bestuur krijgen ieder een rol in de besluitvorming. ^[8]

Een derde ontwikkeling is de verdere digitalisering van de zorg. Het RIVM volgt de beweging naar hybride zorg en rapporteert in 2026 dat digitale toepassingen inmiddels breed worden aangeboden. Het gebruik ervan, de digitale vaardigheden en de ervaren effecten verschillen echter nog sterk. Veel zorgverleners ervaren vooralsnog geen duidelijke afname van werkdruk of kosten. ^[9]

Dat is relevant omdat digitalisering vooral kan bijdragen aan meer beschikbare capaciteit wanneer ook zorgprocessen en werkwijzen mee veranderen. Het RIVM benadrukt dat hybride zorg daarom fundamenteel herontwerp van zorgprocessen vraagt. ^[9]

Leiderschap staat niet naast deze ontwikkeling

De zorg ontwikkelt niet autonoom. Bestuurders, leidinggevend en professionals beïnvloeden mede welke ontwikkelingen worden ingezet, welke prioriteiten worden gesteld, hoe middelen worden verdeeld en welke werkwijzen worden ontwikkeld, gestopt of beschermd.

Leiderschap reageert daarmee niet alleen op ontwikkelingen in en rondom de zorg, maar initieert en stuurt mede die ontwikkelingen.

Wat deze ontwikkelingen vragen van leiderschap

Juist onder toenemende druk krijgt leiderschap een bredere betekenis. De dagelijkse continuïteit vraagt aandacht voor productie, personele inzet, roosters en incidenten. Tegelijkertijd vraagt een toekomstbestendige zorg om het vermogen vooruit te kijken, anders te organiseren, te leren, te digitaliseren, verantwoordelijkheden anders te beleggen en samenwerking over grenzen heen te ontwikkelen.

Leiders hebben daarmee een dubbele verantwoordelijkheid: zorgen dat de zorg vandaag doorgaat én samen met de organisatie werken aan een manier van functioneren die morgen houdbaar is. De uitdaging is dat beide bewegingen tegelijkertijd plaatsvinden. Het bestaande werk moet doorgaan, terwijl delen van de manier waarop dat werk is georganiseerd juist moeten veranderen.

De vraag is daarom niet alleen of leidinggevend goed leidinggeven. De scherpere vraag is of de manier waarop leiderschap wordt ingevuld én georganiseerd aansluit bij de ontwikkeling die de zorg nodig heeft.



2. Niet één stijl, wel een positie

Wat onderzoek wel en niet zegt over effectief leiderschap

Onderzoek naar leiderschap in de zorg is omvangrijk, maar levert geen eenvoudig recept op. Een systematische review van Cummings en collega's laat zien dat relationele vormen van leiderschap vaker samenhangen met gunstige uitkomsten voor verpleegkundigen en hun werkomgeving dan sterk taakgerichte of passieve vormen. Relationeel leiderschap legt onder meer nadruk op relaties, ontwikkeling, ondersteuning en participatie. ^[10]

Een latere review laat zien dat een breed scala aan individuele en organisatorische factoren samenhangt met de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap. Welke factoren daarbij doorslaggevend zijn, is op basis van het beschikbare onderzoek niet eenduidig vast te stellen. ^[11]

Een studie van Boamah en collega's laat bovendien zien dat de relatie tussen transformationeel leiderschap, werktevredenheid en patiëntveiligheid mede samenhangt met wat zij *structurele empowerment* noemen: de toegang die medewerkers ervaren tot informatie, middelen, ondersteuning en mogelijkheden om hun werk goed te doen. ^[12]

Dat is voor deze analyse relevant. Leiderschap werkt niet alleen via het gedrag van de leider, maar ook via de omstandigheden die leiders mede helpen creëren.

Ook servant leadership krijgt in de zorg veel aandacht. Een systematische review uit 2024 bracht 55 zorgspecifieke studies bijeen en vond overwegend positieve verbanden, onder meer met werktevredenheid, organisatiebetrokkenheid en proactief gedrag. Tegelijkertijd is nog onvoldoende bekend onder welke omstandigheden servant leadership vooral wel of niet werkt. ^[13]

De beschikbare onderzoeken geven daarmee geen grond om één leiderschapsstijl als de beste aan te wijzen. Leiderschapsconcepten overlappen, onderzoeken meten verschillende uitkomsten en de omgevingen waarin leiding wordt gegeven verschillen. Een voorzichtiger conclusie ligt daarom meer voor de hand: het gedrag van leiders doet ertoe, maar wat werkt hangt mede af van de mensen, de organisatie en de situatie.

Dienend als positie, niet als afwezigheid van sturing

Binnen Hermeion vatten we dienend leiderschap niet op als vriendelijk of afwachtend leiderschap. Dienend verwijst naar de positie die een leider inneemt. Leiders gebruiken hun formele positie om richting en samenhang te organiseren en om professionals in staat te stellen verantwoordelijkheid te nemen. Daarmee dienen zij niet primair individuele voorkeuren, maar het functioneren en de ontwikkeling van het geheel.

Die invulling sluit aan bij relationele kenmerken die in onderzoek naar leiderschap terugkomen, zoals luisteren, medewerkers ondersteunen in hun ontwikkeling, vertrouwen opbouwen en ruimte bieden. ^[10, 13] Tegelijkertijd heeft een leider een eigen verantwoordelijkheid voor continuïteit, kwaliteit, veiligheid en



betaalbaarheid. Dat kan ook betekenen dat hij soms besluiten moet nemen die niet voor iedereen prettig of populair zijn.

Dienend leiderschap kan daarom ook directief zijn wanneer de situatie dat vraagt. Een acute bedreiging van de patiëntveiligheid, een dreigend faillissement of een ernstige integriteitskwestie biedt een ander vertrekpunt dan een ontwikkelvraag waarvoor maanden beschikbaar zijn om te onderzoeken, af te stemmen en te leren.

Niet de hoeveelheid participatie bepaalt dan of leiderschap dienend is. De vraag is of het handelen van de leider past bij wat de situatie en het geheel nodig hebben.

De situationele gedachte blijft waardevol - maar vraagt nuance

Hersey en Blanchard werden bekend met de gedachte dat niet iedere medewerker of ieder team dezelfde vorm van leiding nodig heeft. Mensen die nog weinig ervaring hebben, kunnen meer richting en ondersteuning nodig hebben. Naarmate zij competentier en zelfstandiger worden, kan een leidinggevende meer verantwoordelijkheid bij hen laten.

Het model is in de praktijk populair geworden, maar de empirische ondersteuning voor de vaste koppeling tussen ontwikkelniveau en leiderschapsstijl is beperkt. ^[21] Een recente review laat zien dat situationeel leiderschap nog steeds breed wordt toegepast in het verpleegkundig management, maar dat de kwaliteit en transparantie van het beschikbare onderzoek beperkingen kennen. ^[22]

De achterliggende gedachte blijft wel degelijk relevant: goed leiderschap vraagt dat een leider kijkt naar wat mensen en de situatie op dat moment nodig hebben.

Nelson en Burns beschreven een vergelijkbare gedachte op organisatieniveau: verschillende fasen in de ontwikkeling van een organisatie vragen om een andere invulling van leiderschap. ^[23]

Voor deze analyse kijken we daarom niet alleen naar het ontwikkelniveau van mensen en organisaties. Ook de aard van het vraagstuk, de beschikbare tijd en de mogelijke gevolgen van een verkeerde beslissing bepalen welke invulling van leiderschap passend is.

Praktische afweging vóór je kiest hoe je leidt

- **Ontwikkelniveau**

Wat kunnen deze professionals, dit team en deze organisatie op dit moment zelfstandig dragen?

- **Aard van de opgave**

Wat moet er nog worden verkend en geleerd, of is voldoende duidelijk wat moet gebeuren?

- **Urgentie**

Hoeveel tijd is er werkelijk beschikbaar voor participatie, onderzoek en geleidelijke ontwikkeling?

- **Risico en impact**

Wat zijn de gevolgen als we wachten, experimenteren of een verkeerde keuze maken?



Bovengenoemde vragen bieden geen matrix met automatisch juiste antwoorden. Ze helpen wel voorkomen dat “ruimte geven” of “daadkracht tonen” tot vaste voorkeur wordt. Een ervaren team kan bij een ontwikkelopgave veel ruimte nodig hebben en bij een acute veiligheidskwestie juist onmiddellijke sturing. Een onervaren team kan onder geringe tijdsdruk juist gebaat zijn bij extra gezamenlijke reflectie, omdat daarmee het vermogen wordt ontwikkeld om later meer verantwoordelijkheid te dragen.

3. Van professionele ruimte naar professionele verantwoordelijkheid

Professionele zeggenschap is terecht een hoofdthema

Een ontwikkeling naar meer professionele zeggenschap is logisch. Zorgprofessionals beschikken over kennis die niet volledig centraal kan worden georganiseerd. Zij zien als eerste waar zorgprocessen niet werken, waar kwaliteit onder druk komt, welke handelingen weinig waarde toevoegen en wat patiënten of cliënten daadwerkelijk nodig hebben. Professionele autonomie is in de literatuur bovendien verbonden met deelname aan besluitvorming en de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de manier waarop het werk wordt uitgevoerd. ^[16]

V&VN verbindt professionele zeggenschap in haar visie uit 2026 nadrukkelijk aan de manier waarop besluitvorming wordt georganiseerd. Zeggenschap gaat volgens de beroepsvereniging verder dan advies of inspraak. Zij vraagt om duidelijke rollen en bevoegdheden, transparante besluitvorming en samenwerking tussen professionals, management en bestuur. ^[8] Dat is een wezenlijk andere benadering dan professionals “meer ruimte geven” binnen verder ongewijzigde structuren.

V&VN koppelt professionele zeggenschap ook aan verantwoordelijkheid voor proces en resultaat en aan aanspreekbaarheid op de eigen bijdrage. ^[8] Tegelijkertijd kan per situatie verschillen wie in de besluitvorming het voortouw heeft. Daaruit volgt voor deze analyse een belangrijk onderscheid: ruimte voor verschillende professionele perspectieven hoeft niet te betekenen dat onduidelijk wordt wie uiteindelijk waarvoor verantwoordelijk is.

Ruimte is een voorwaarde, geen garantie

Meer autonomie kan gunstig uitwerken, maar leidt niet automatisch tot eigenaarschap. De review van Pursio en collega's laat zien dat professionele autonomie verschillende vormen kent en samenhangt met onder meer besluitvorming, professionele competentie en invloed op het werk. ^[16] Nederlandse arbeidsmarktdata laten daarnaast zien dat het hoge ziekteverzuim in zorg en welzijn onder meer samenhangt met beperkte autonomie. Dat betekent niet dat beperkte autonomie op zichzelf het hogere verzuim veroorzaakt. ^[4]



Voor leiders begint daarom na het geven van ruimte een volgende vraag: zijn mensen ook in staat die ruimte verantwoord te gebruiken?

- Is duidelijk waarover zij zelfstandig mogen beslissen?
- Hebben zij toegang tot de informatie die zij daarvoor nodig hebben?
- Zijn rollen en verantwoordelijkheden helder?
- Kunnen zij de bredere gevolgen van hun keuzes overzien?
- Beschikt het team over voldoende kennis en ervaring?
- Zijn mensen bereid aanspreekbaar te zijn wanneer een gekozen werkwijze niet het gewenste resultaat oplevert?

Juist dat laatste verdient aandacht. In discussies over zeggenschap ligt het accent begrijpelijkerwijs vaak op de ruimte die organisaties en leidinggevendenden beschikbaar moeten maken. Professionele ruimte vraagt echter ook dat professionals verantwoordelijkheid willen en kunnen dragen voor de manier waarop zij die ruimte gebruiken. Dat betekent niet dat iedere medewerker bestuurder moet worden. Wel dat professionals hun eigen aandeel serieus nemen, voorstellen doen, afspraken nakomen, elkaar aanspreken en naast het directe professionele belang ook het gezamenlijke resultaat meewegen.

Historische verdieping: autonomie, toerusting en verantwoordelijkheid

In onderzoek uit 1994 en 1995 naar zelfbeheer/autonomie en resultaatverantwoordelijkheid werd onderscheid gemaakt tussen ruimte en de organisatorische toerusting die nodig is om die ruimte productief te benutten. In tien installatiebedrijven hingen verschillende vormen van autonomie samen met onderdelen van resultaatverantwoordelijkheid. Opvallend was ook dat autonomie die een team ervoer niet automatisch samenviel met de autonomie die individuele teamleden ervoeren. In een onderzoek bij de politie werd toerusting opgevat als organisatiekenmerken die zelfbeheer moesten helpen vertalen naar resultaatverantwoordelijkheid. ^[25]

De onderzoeken waren beperkt van omvang en vormen geen zelfstandige bewijsbasis voor deze analyse. Wel maken zij een vraag zichtbaar die nog altijd actueel is: welke voorwaarden zijn nodig om professionele ruimte daadwerkelijk te laten leiden tot verantwoordelijkheid? ^[25]

Toerusting heeft een organisatorische én menselijke kant

Het begrip toerusting helpt om die voorwaarden concreet te maken. Aan de organisatorische kant gaat het bijvoorbeeld om bevoegdheden, informatie, middelen, systemen, feedback en ondersteuning. Aan de kant van professionals en teams gaat het om vakbekwaamheid, samenwerking, reflectievermogen en het vermogen om verschillende belangen te wegen.



V&VN beschrijft een vergelijkbare samenhang door professionele zeggenschap te verbinden aan vakbekwame professionals, een ondersteunende werkomgeving en besluitvorming waarin hun expertise daadwerkelijk wordt benut. ^[8] Zeggenschap raakt daarmee niet alleen aan cultuur of houding, maar ook aan de inrichting van het werk.

Voor leiders betekent dit dat ruimte geven samengaat met aandacht voor de voorwaarden waaronder mensen verantwoordelijkheid kunnen dragen. Wanneer kennis, informatie of afstemming nog versterking vragen, ligt daar ook een leiderschapsopgave. En wanneer professionals voldoende zijn toegerust, helpt leiderschap juist door verantwoordelijkheid daadwerkelijk bij hen te laten en niet onnodig besluiten over te nemen.

Gedeeld leiderschap vraagt om duidelijke afspraken over verantwoordelijkheid

Gedeeld leiderschap en gedeelde besluitvorming krijgen veel aandacht in de zorg. Onderzoek laat een gemengd beeld zien. Een systematische review vond nog relatief weinig studies waarin de effecten goed konden worden onderzocht. ^[17] Een recentere review laat zien dat de werking onder meer samenhangt met hiërarchische verhoudingen, professionele identiteit, de complexiteit van het werk en de mate waarin teamleden vertrouwd zijn met elkaar. ^[18]

Leiderschap delen betekent niet dat alle verantwoordelijkheid collectief wordt. Juist in complexe zorg helpt het om expliciet te maken wie adviseert, wie besluit, wie uitvoert, wie de voortgang bewaakt en wie uiteindelijk aanspreekbaar is op het resultaat. Gedeeld leiderschap vraagt daarom om duidelijke afspraken over hoe verantwoordelijkheden zijn verdeeld.

4. Richting geven zonder verantwoordelijkheid over te nemen

De paradox van modern leiderschap

Meer professionele ruimte verandert wat van de formele leider wordt gevraagd. Wanneer professionals meer verantwoordelijkheid krijgen voor hun werk en de inhoud van de zorg, hoeft een leider niet iedere keuze voor te schrijven. Juist dan wordt het belangrijk om duidelijk te zijn over richting, grenzen, resultaten en de manier waarop verantwoordelijkheden samenhangen.

Meer professionele ruimte vraagt dus niet minder leiderschap, maar een andere invulling ervan. De leider hoeft niet alle inhoudelijke keuzes te sturen, maar blijft verantwoordelijk voor richting, samenhang en de voorwaarden waaronder anderen verantwoordelijkheid kunnen dragen. Dat vraagt om goed waarnemen: wat kan een team zelfstandig dragen, waar ontstaat onduidelijkheid, wanneer helpt verschil om tot betere keuzes te komen en wanneer is ingrijpen nodig?



Psychologische veiligheid én aanspreekbaarheid

Psychologische veiligheid wordt door meerdere factoren beïnvloed. Onderzoek in zorgteams wijst onder meer op het belang van aandacht voor patiëntveiligheid, een omgeving waarin leren en verbeteren wordt gestimuleerd, steun van collega's en leidinggevenden, vertrouwdsheid binnen het team en de manier waarop wordt omgegaan met hiërarchie en verschillen in status. ^[14] Dat is een nuttige correctie op het idee dat een leidinggevende veiligheid simpelweg “maakt” door aardig of uitnodigend gedrag.

Psychologische veiligheid heeft een belangrijke professionele functie. Mensen moeten twijfels, fouten, risico's en afwijkende inzichten kunnen benoemen voordat problemen groter worden of de kwaliteit van zorg raken.

Psychologische veiligheid betekent echter niet dat spanning moet worden vermeden. In een professioneel team moeten mensen zich kunnen uitspreken, feedback kunnen ontvangen, elkaar kunnen aanspreken en verantwoordelijkheid kunnen nemen wanneer iets niet goed is gegaan.

Voor leiders betekent dit dat zij ruimte moeten maken voor openheid en tegelijkertijd duidelijk blijven over verwachtingen, afspraken en grenzen. Een team waarin mensen niets durven zeggen, laat staan elkaar durven aanspreken, kan niet goed functioneren.

Tijd: vertragen waar het kan, versnellen waar het moet

Tijdsdruk verandert de leiderschapsopgave. In een vijf-voor-twaalfsituatie - bijvoorbeeld acute financiële discontinuïteit, een ernstig kwaliteitsincident of directe veiligheidsdreiging - kan lang gezamenlijk verkennen onverantwoord zijn. Dan vraagt leiderschap om besluitvaardigheid, prioritering en soms directieve interventie.

Maar niet iedere vorm van druk vraagt om onmiddellijke actie. Wanneer ontwikkeling voortdurend als urgent wordt behandeld, blijft weinig ruimte over om te onderzoeken, te leren en oorzaken werkelijk te begrijpen. Juist bij structurele vraagstukken kan tijd nemen voor reflectie en afstemming voorkomen dat problemen steeds opnieuw pragmatisch worden opgelost.

Slow management - bewust tijd nemen om te kijken, af te stemmen en betekenis te geven - staat daarom niet tegenover daadkracht. Wanneer de situatie die ruimte biedt, kan vertraging juist helpen om sneller tot een betere keuze te komen.

Besluitvorming onder onzekerheid

Digitalisering, regionale samenwerking en passende zorg brengen vraagstukken mee waarvan de uitkomst niet volledig vooraf bekend is. Leiderschap vraagt dan om richting kiezen op basis van het beste beschikbare inzicht, ruimte organiseren om te leren en besluiten kunnen herzien wanneer nieuwe informatie daar aanleiding toe geeft.



Ook onder complexe omstandigheden houden leiders een eigen verantwoordelijkheid. Niet alles kan worden verklaard vanuit 'het systeem'. Leiders hebben zelf invloed op prioriteiten, overlegstructuren, besluitvorming, teaminrichting en de manier waarop signalen uit de organisatie worden gehoord en opgepakt. De omstandigheden bepalen mede hoeveel ruimte zij hebben, maar binnen die ruimte blijven zij verantwoordelijk voor hun eigen handelen.

5. Nabij blijven en samenhang organiseren onder druk

De cruciale positie van het middenmanagement

Veel veranderingen in de zorg komen uiteindelijk terecht bij teamleiders, afdelingshoofden en andere middenmanagers. Zij verbinden strategische keuzes met roosters, personele inzet, kwaliteit, werkprocessen en dagelijkse besluiten. Onderzoek van Birken en collega's laat zien dat middenmanagers bij veranderingen een belangrijke rol spelen in het informeren van medewerkers, het vertalen en aanpassen van plannen en het verbinden van verschillende belangen. ^[15]

Middenmanagers hebben te maken met verwachtingen vanuit bestuur en hoger management én met signalen uit het dagelijkse werk. Wanneer prioriteiten botsen, systemen niet goed aansluiten of capaciteit ontbreekt, komen die spanningen vaak bij hen samen. Het is belangrijk ervoor te waken dat structurele tegenstrijdigheden vervolgens worden behandeld als een individueel leiderschapsprobleem.

Span of control is meer dan een getal

De discussie over span of control wordt vaak teruggebracht tot het aantal medewerkers per leidinggevende. Dat zegt echter maar een deel. Ruffin en collega's laten zien dat een grotere span of control samenhangt met overbelasting en burn-out bij verpleegkundig managers. Tegelijkertijd kan het aantal medewerkers niet los worden gezien van de complexiteit van het werk, de belasting van de leidinggevende en de omstandigheden waarin teams functioneren. ^[19]

Voor de praktijk betekent dit dat er geen universeel juist aantal medewerkers per leidinggevende bestaat. Een stabiel en ervaren team op één locatie vraagt iets anders dan meerdere teams met veel verloop, complexe roosters, veranderopgaven en kwaliteitsproblemen. De relevante vraag is niet hoeveel medewerkers formeel onder een leidinggevende vallen, maar hoeveel relationele en organisatorische aandacht de opdracht werkelijk vraagt.

Leiderschap als arbeidsconditie

In de eerdere Hermeion-analyse van ziekteverzuim in de VVT is leiderschap daarom benaderd als arbeidsconditie: niet alleen de kwaliteit van een gesprek telt, maar ook de mogelijkheid van leidinggevendenden om oorzaken in het werk daadwerkelijk te beïnvloeden. Daarbij werden span of control, operationele belasting, mandaat, beslisruimte en ondersteuning als relevante factoren benoemd. ^[26]



Die gedachte is breder toepasbaar. Wanneer van leidinggevend wordt verwacht dat zij nabij zijn, medewerkers ontwikkelen, bijdragen aan het terugdringen van verzuim, innovatie begeleiden, psychologische veiligheid bevorderen, samenwerking organiseren en resultaten bewaken, dient hun functie ook zo te zijn ingericht dat zij daar voldoende tijd, informatie, ondersteuning en mandaat voor hebben.

Het is verleidelijk om gesprekken, afstemming en begeleiding als overhead te beschouwen. Digitale workflows, dashboards en selfservice kunnen administratieve processen vereenvoudigen, maar zij mogen het gesprek over spanning, ontwikkeling en verantwoordelijkheid niet vervangen. Naarmate zorgprocessen complexer en onderling afhankelijker worden, neemt de betekenis van menselijke afstemming juist toe.

Praktische toets: is leiderschap uitvoerbaar?

- Heeft de leidinggevende voldoende tijd voor teams en ontwikkeling naast operationele continuïteit?
- Is duidelijk welke besluiten lokaal genomen kunnen worden en voor welke besluiten afstemming of besluitvorming elders in de organisatie nodig is?
- Kan de leidinggevende oorzaken beïnvloeden waarop hij of zij wordt aangesproken?
- Zijn informatie, HR, bedrijfsvoering en digitale ondersteuning werkelijk ondersteunend aan de leiderschapsopgave?
- Wordt span of control beoordeeld op complexiteit en ontwikkelopgave, of vooral op formatie en overhead?

6. Veranderen en innoveren terwijl de zorg doorgaat

Innovatie maakt deel uit van het werk

Digitalisering en innovatie worden vaak genoemd als noodzakelijke antwoorden op arbeidsmarktkrapte en stijgende zorgvraag. Die verwachting is begrijpelijk, maar de huidige cijfers rechtvaardigen geen simpele aanname dat digitale toepassingen vanzelf werkdruk of kosten verlagen. In de RIVM-monitor van 2026 zijn veel zorgverleners neutraal over die effecten. ^[9]

Het RIVM benadrukt bovendien dat de ontwikkeling naar hybride zorg vraagt om fundamenteel herontwerp van zorgprocessen. Dat raakt aan de kern van organisatieontwikkeling. Nieuwe technologie kan pas structureel iets opleveren wanneer ook zorgprocessen en werkwijzen mee veranderen. Daarbij zijn ook voldoende digitale vaardigheden en ondersteuning van medewerkers en zorggebruikers van belang. ^[9]

Wanneer digitalisering of innovatie vooral als extra activiteit wordt toegevoegd - een nieuw portaal naast het oude kanaal, een nieuwe manier van registratie naast de bestaande administratie of de inzet van AI zonder aanpassing van het bestaande werkproces - kan de belasting juist toenemen. De leiderschapsvraag is daarom niet alleen hoe een vernieuwing wordt ingevoerd, maar ook: welk bestaand werk stoppen of veranderen we wanneer we iets nieuws toevoegen?

Ontwikkeling vraagt tijd in het werk

Een terugkerende gedachte in organisatieontwikkeling is dat verandering pas werkelijkheid wordt in het dagelijkse werk. Dat is in de zorg extra scherp omdat directe patiënt- en cliënttijd zichtbaar en schaars is. Tijd voor reflectie, verbeteren, overleg en leren wordt gemakkelijk behandeld als indirecte tijd, terwijl juist daar nieuwe werkwijzen worden ontwikkeld en geborgd.

Het gevolg kan een vicieuze cirkel zijn. Hoge druk verkleint de tijd om te ontwikkelen. Daardoor krijgen nieuwe en betere werkwijzen minder kans om vorm te krijgen en blijft de bestaande manier van werken langer in stand. Leiders hebben hier een concrete verantwoordelijkheid: ontwikkeling vraagt niet alleen motivatie, maar ook tijd, prioriteit en soms het stoppen van andere activiteiten.

Van implementeren naar leren en bijsturen

Onderzoek naar leiderschapsontwikkeling ondersteunt het belang van praktijkgericht leren. Een review van programma's voor zorgonderzoekers laat zien dat projectwerk, coaching en mentoring vaker samenhangen met organisatorische uitkomsten. ^[20]

Leiderschapsontwikkeling en organisatieontwikkeling krijgen meer kans wanneer leren en handelen met elkaar verbonden blijven. Voor leiders betekent dit dat zij een ritme organiseren waarin ervaringen uit het werk worden besproken en gebruikt om bij te sturen: wat werkt, wat vraagt aanpassing en waarmee kunnen we stoppen? Daarvoor zijn tijd, openheid en duidelijke momenten voor feedback en besluitvorming nodig.

7. Organisatie-inrichting onderdeel van leiderschapsopgave

Structuur conditioneert gedrag

Een organisatie kan autonomie, samenwerking en eigenaarschap uitspreken en tegelijk processen in stand houden die precies het tegenovergestelde stimuleren. Individuele targets kunnen ketensamenwerking ondergraven. Centrale toestemming voor kleine besluiten kan lokale verantwoordelijkheid uithollen. Een dashboard kan gedrag naar meetbare productie trekken terwijl de strategie nadruk legt op preventie, leren of kwaliteit.



Mastenbroek beschrijft dit als een balans tussen sturing en zelforganisatie: niet kiezen voor óf centrale sturing óf autonomie, maar beide bewust organiseren en aandacht houden voor de verhouding tussen autonomie en verantwoordelijkheid. ^[24] Die gedachte sluit aan bij wat ook in onderzoek naar empowerment, professionele zeggenschap en implementatie naar voren komt. ^[8, 12, 15]

Organisatie-inrichting is daarmee niet alleen een gegeven waar leiders mee te maken hebben. Afhankelijk van hun positie kunnen zij die inrichting mede beïnvloeden. Bestuurders hebben bijvoorbeeld meer invloed op governance, prioriteiten en middelen, managers op verantwoordelijkheden, overlegstructuren en besluitvorming en teamleiders op routines en werkafspraken. Die verantwoordelijkheden verschillen, maar kunnen niet los van elkaar worden gezien. Juist waar inrichting verandering vraagt, is samenwerking tussen de verschillende leiderschapsniveaus noodzakelijk.

Sturing en zelforganisatie versterken elkaar wanneer de basis helder is

Meer zelforganisatie hoeft daarom niet te betekenen dat de organisatie minder stuurt. De sturing verschuift. Minder voorschriften over iedere professionele handeling kunnen samengaan met meer helderheid over bedoeling, kwaliteit, budget, resultaten en grenzen. Dat geeft professionals ruimte zonder dat het gezamenlijke resultaat uit beeld raakt.

Hier raken leiderschap en organisatieontwikkeling elkaar direct. Eigenaarschap vragen zonder werkelijke invloed over te dragen houdt afhankelijkheid in stand. Veel autonomie geven zonder rollen, resultaten of informatie te verduidelijken creëert onzekerheid. En verantwoordelijkheid dragen voor uitkomsten waarop je nauwelijks invloed hebt, leidt gemakkelijk tot frustratie.

Leiderschapsontwikkeling en organisatieontwikkeling horen bij elkaar

Training en coaching kunnen leiders helpen scherper waar te nemen, beter te communiceren, conflicten te hanteren en verantwoordelijkheid te delen. Onderzoek laat zien dat leiderschap en leiderschapsontwikkeling niet losstaan van de omgeving waarin leiders werken. ^[11, 12, 15, 20] De toepassing van het geleerde vraagt daarom ook aandacht voor de inrichting van de organisatie.

Voor leiderschapsontwikkeling in de zorg betekent dit dat leren bij voorkeur wordt verbonden met echte organisatievraagstukken. Leiders ontwikkelen dan niet alleen hun eigen handelen, maar onderzoeken tegelijkertijd welke inrichting, routines en verantwoordelijkheden nodig zijn om de gewenste ontwikkeling mogelijk te maken.



8. Handvest voor leiderschap in de zorg

De voorgaande analyse laat zich vertalen naar tien principes voor leiderschap in de zorg. Ze helpen om richting, professionele ruimte, verantwoordelijkheid, ontwikkeling en organisatie-inrichting in samenhang te organiseren.

1. **Dien de opgave en het geheel**

Gebruik je formele positie om goede, toegankelijke en houdbare zorg mogelijk te maken. Maak zichtbaar welke belangen je afweegt.

2. **Geef richting en maak ruimte**

Maak bedoeling, prioriteiten en grenzen helder. Zo weten professionals waarbinnen zij zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen.

3. **Koppel autonomie aan verantwoordelijkheid**

Geef professionals echte invloed en wees duidelijk over resultaten, afspraken en aanspreekbaarheid.

4. **Rust toe vóór je eigenaarschap verwacht**

Zorg voor informatie, bevoegdheden, vaardigheden, tijd, feedback en ondersteuning. Kijk ook of het team de ruimte kan en wil dragen.

5. **Stem je leiderschap af op wat de situatie vraagt**

Kijk naar ontwikkelniveau, aard van het vraagstuk, urgentie en risico. Niet iedere situatie vraagt dezelfde manier van leidinggeven.

6. **Bescherm tijd voor ontwikkeling**

Behandel leren, verbeteren en herontwerpen als onderdeel van het werk. Maak ook keuzes over wat minder kan of moet stoppen.

7. **Organiseer veiligheid én aanspreekbaarheid**

Maak twijfel, fouten en afwijkende perspectieven bespreekbaar. Blijf tegelijk duidelijk over professionele normen, afspraken en verantwoordelijkheid.

8. **Maak leiderschap uitvoerbaar**

Beoordeel span of control, mandaat, informatie en ondersteuning in relatie tot de werkelijke complexiteit en ontwikkelopgave.

9. **Vertaal ontwikkeling naar het dagelijkse werk**

Laat strategie en innovatie doorwerken in processen, systemen, verantwoordelijkheden en routines. Pas bestaande werkwijzen aan wanneer de ontwikkeling daarom vraagt.

10. **Onderzoek ook je eigen aandeel**

Vraag jezelf welke patronen je zelf in stand houdt, welke informatie je mogelijk mist en waar je te snel duwt of juist te lang wacht.



Een leider hoeft niet altijd hetzelfde te doen

Soms vraagt leiderschap om luisteren en ruimte maken, op andere momenten om duidelijke keuzes of direct ingrijpen. Wat passend is, hangt af van de mensen, het vraagstuk, de beschikbare tijd en de mogelijke gevolgen.

De professionele vraag is steeds: wat vraagt deze situatie, in dit team, deze afdeling of organisatie, van mijn leiderschap?



9. Richtinggevende vragen

De volgende vragen kunnen worden gebruikt in directie- of managementteams, in leiderschapsontwikkeling of bij de analyse van een organisatieonderdeel. Ze helpen om de eigen situatie te onderzoeken voordat keuzes over ontwikkeling of interventies worden gemaakt.

- Welke ontwikkeling proberen wij als organisatie daadwerkelijk te realiseren en welke keuzes maken wij daarin zelf?
- Welke externe druk is werkelijk gegeven en welke urgentie creëren wij zelf door te veel tegelijk te prioriteren?
- Waar vragen wij professionals om eigenaarschap terwijl zij onvoldoende invloed, informatie of middelen hebben?
- Waar geven wij ruimte zonder voldoende duidelijk te zijn over resultaten, rollen en grenzen?
- Welke verantwoordelijkheid noemen wij 'gedeeld', terwijl onvoldoende duidelijk is wie uiteindelijk waarvoor aanspreekbaar is?
- Waar neemt de leiding verantwoordelijkheid over die een team zelf kan dragen, en waar verwachten we juist te veel zelforganisatie?
- Welke signalen uit het werk bereiken bestuur en management te laat, en wat zegt dat over de manier waarop informatie en overleg zijn georganiseerd?
- Hebben leidinggevers voldoende tijd, mandaat en ondersteuning om waar te maken wat van hen wordt verwacht?
- Welke innovatie of nieuwe werkwijze is aan het bestaande werk toegevoegd zonder dat iets anders is aangepast of gestopt?
- Welke spanning blijft onbesproken omdat het gesprek ongemakkelijk is?
- Waar is meer tijd nodig om te begrijpen en te leren, en waar vraagt de situatie juist om sneller of directiever handelen?
- Waar gebruiken wij 'het systeem' als verklaring terwijl wij zelf invloed hebben op de manier waarop het functioneert?
- Wat mogen professionals van leiders verwachten en wat mogen leiders redelijkerwijs van professionals verwachten?



Tot slot

De ontwikkeling van de zorg vraagt van leiders dat zij de continuïteit van vandaag verbinden met de ontwikkeling van morgen. Leidinggeven aan die ontwikkeling is maatwerk. Het vraagt van leiders om per situatie te beoordelen welke combinatie van richting, ruimte, ondersteuning en ingrijpen passend is.

Verantwoordelijkheid is daarbij wederkerig. Leiders zorgen voor richting, samenhang en de voorwaarden waaronder professionals verantwoordelijkheid kunnen nemen. Professionals dragen verantwoordelijkheid voor hun vak, hun bijdrage en de manier waarop zij de geboden ruimte gebruiken. Processen, structuren en middelen dienen zo ingericht te zijn dat zij het gewenste gedrag in het dagelijkse werk mogelijk maken.

Ook goed leiderschap vraagt om passende voorwaarden. Een werkbare span of control, voldoende tijd voor begeleiding en ruimte om naast de dagelijkse operatie aan ontwikkeling te werken, zijn nodig om leidinggevendenden hun rol goed te laten vervullen. Juist onder kosten- en capaciteitsdruk is het belangrijk deze voorwaarden bewust te bewaken.

De opgave in de zorg is niet om minder te leiden zodat professionals meer ruimte krijgen, maar om leiderschap zo te organiseren dat vooral gericht leiding kan worden gegeven. Dat betekent minder overnemen wat professionals zelf kunnen doen en meer aandacht voor richting, samenhang en de voorwaarden die nodig zijn om het werk goed te kunnen uitvoeren. Die duidelijkheid maakt het bovendien makkelijker om gericht te interveniëren wanneer de situatie daarom vraagt.



Bronnen en verwijzingen

De nummers in de tekst verwijzen naar onderstaande bronnen. Webbronnen zijn geraadpleegd op 18 augustus 2026.

1. RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. Kiezen voor een gezonde toekomst*. Bilthoven: RIVM, 27 november 2024. <https://www.rivm.nl/publicaties/keuzes-en-kansen-hoofdrapport-vtv-2024>
2. Van der Lucht F, den Boer G, Buijs M, Deuning C, Hilderink H, Plasmans M, Poos R, Zwakhals L, Couwenbergh C. *Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. Bilthoven: RIVM, 2024. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/zorggebruik-zorguitgaven>
3. Nederlandse Zorgautoriteit. *Stand van de zorg 2025 - Gezondheidszorg in beweging*. Utrecht, 2025. <https://www.nza.nl/onderwerpen/s/stand-van-de-zorg-2025/gezondheidszorg-in-beweging>
4. AZW. *De staat van de arbeidsmarkt zorg en welzijn 2025 - trendrapportage*. 14 januari 2026. <https://www.azwinfo.nl/longread/de-staat-van-de-arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2025-trendrapportage/>
5. AZW. *De staat van de arbeidsmarkt verpleging, verzorging en thuiszorg 2025 – trendrapportage*. 14 januari 2026. <https://www.azwinfo.nl/longread/de-staat-van-de-arbeidsmarkt-verpleging-verzorging-en-thuiszorg-2025-trendrapportage/>
6. Rijksoverheid. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief). 31 augustus 2025. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa>
7. Zorginstituut Nederland. *Monitor - Passende zorg als norm*. 23 mei 2025. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/05/23/monitor-passende-zorg-als-norm>
8. V & VN. *Van meepraten naar meebeslissen: samen sturen op de toekomst van de zorg*. Professionele zeggenschap: visie en koers V & VN. Mei 2026.. https://www.venvn.nl/media/imxf0pl4/260605_v-vn_professionele-zeggenschap.pdf
9. Alblas EE, Vugts MAP, Vermeij J, Van Tuyl LHD, Leenaars KEF. IZA-deelmonitor Naar meer hybride zorg; 2-meting. RIVM-rapport 2026-0078. DOI 10.21945/RIVM-2026-0078. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2026-0078.pdf>
10. Cummings GG, Tate K, Lee S, et al. *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies. 2018;85:19-60. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29807190/>
11. Cummings GG, Lee S, Tate K, et al. *The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership*. International Journal of Nursing Studies. 2021;115:103842. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2020.103842. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33383271/>
12. Boamah SA, Laschinger HKS, Wong C, Clarke S. *Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes*. Nursing Outlook. 2018;66(2):180-189. DOI 10.1016/j.outlook.2017.10.004. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174629/>
13. Demeke GW, van Engen ML, Markos S. *Servant Leadership in the Healthcare Literature: A Systematic Review*. Journal of Healthcare Leadership. 2024;16:1-14. DOI 10.2147/JHL.S440160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38192640/>
14. O'Donovan R, McAuliffe E. *A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams*. International Journal for Quality in Health Care. 2020;32(4):240-250. DOI 10.1093/intqhc/mzaa025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32232323/>
15. Birken S, Clary A, Alishahi Tabriz A, et al. *Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review*. Implementation Science. 2018;13:149. DOI 10.1186/s13012-018-0843-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30541596/>
16. Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. *Professional autonomy in nursing: An integrative review*. Journal of Nursing Management. 2021;29(6):1565-1577. DOI 10.1111/jonm.13282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33548098/>
17. Janssens S, Simon R, Beckmann M, Marshall S. *Shared Leadership in Healthcare Action Teams: A Systematic Review*. Journal of Patient Safety. 2021;17(8):e1441-e1451. DOI 10.1097/PTS.0000000000000503. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29870514/>
18. Curşeu PL, van Rijswijk J, Schruijer SGL. *Collaborative and Shared Leadership Dynamics in Healthcare Action Teams: A Systematic Literature Review*. Journal of Healthcare Leadership. 2025;17:877–899. DOI 10.2147/JHL.S520534. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JHL.S520534>



19. Ruffin A, Shirey MR, Dick T, Fazeli PL, Patrician PA. *Understanding the Impact of Span of Control on Nurse Managers and Hospital Outcomes*. Journal of Healthcare Management. 2023;68(3):158-173. DOI 10.1097/JHM-D-22-00191. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37159015/>
20. Kingsley-Smith H, Farrier CE, Foran D, et al. *Leadership development programmes in healthcare research: a systematic review, meta-analysis and meta-aggregation*. BMJ Leader. 2024;8(4):283-292. DOI 10.1136/leader-2024-000976. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38991736/>
21. Thompson G, Vecchio RP. *Situational leadership theory: A test of three versions*. The Leadership Quarterly. 2009;20(5):837-848. DOI 10.1016/j.leaqua.2009.06.014. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1048984309001507>
22. Wang X, Liu Y, Peng Z, et al. *Situational leadership theory in nursing management: a scoping review*. BMC Nursing. 2024;23:930. DOI 10.1186/s12912-024-02582-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39702117/>
23. Nelson L, Burns FL. *High Performance Programming: A Framework for Transforming Organizations*. In: Adams JD (ed.). *Transforming Work: A Collection of Organizational Transformation Readings*. Alexandria, VA: Miles River Press; 1984.
24. Mastenbroek W. *Organisatieontwerp & organisatieinrichting in 1A4tje*. ManagementSite, 5 oktober 2021. <https://www.managementsite.nl/organisatieontwerp-organisatieinrichting-in-1a4tje>
25. Hollestelle E. e.a. *Samenvattingen onderzoek Autonomie in de installatiebranche (1995) en Z&R-DS / Zelfbeheer & Resultaatverantwoordelijkheid bij de politie (1994)*. Niet-gepubliceerd onderzoeks- en scriptiemateriaal.
26. Hollestelle E. *Ziekteverzuim in de VVT - Een systemische analyse van ontwikkeling, mechanismen en ruimte voor herstel*. Hermeion, juli 2026. <https://www.hermeion.nl/organisatieontwikkeling/ziekteverzuim-zorg>

Hermeion-achtergrond

Voor de interpretatieve lijn in deze analyse is ook gebruikgemaakt van eerder door de auteur uitgewerkte essays, waaronder:

- Hedendaags leiderschap is vooral dienend
- Organisatieontwikkeling vraagt betrokken leiderschap
- Hart voor de zorg vraagt meer zorg voor het werk
- De bestuursparadox
- De veranderkracht van de lerende organisatie (I en II)
- Strategieontwikkeling in organisaties: van plannen naar praktijk
- “Culture eats strategy for breakfast”
- Waarom organisaties niet bewegen door harder duwen maar door zien, verstaan en afstemmen
- Leiderschap en het meereizend bezwaar
- Stewardship in organisatieontwikkeling



Gebruik van deze analyse

Deze analyse vormt geen diagnose van een individuele zorgorganisatie en schrijft geen universele leiderschapsstijl voor. De beschreven patronen kunnen per sector, organisatie, locatie en team verschillen. Een zorgvuldige vertaling vraagt onderzoek van de eigen opgave, ontwikkelfase, urgentie, risico's, organisatie-inrichting, professionele context en lokale geschiedenis.

De waarde van de analyse ligt in het samenbrengen van actuele zorgontwikkelingen en onderzoek naar leiderschap, en in het openen van het gesprek over de verhouding tussen richting, professionele ruimte, verantwoordelijkheid en organisatie-inrichting.

Colofon

Uitgave: Hermeion | Organisatieontwikkeling, leiderschap, interim-management

Auteur: Erwin Hollestelle

E-mail: info@hermeion.nl

Internet: www.hermeion.nl

Augustus 2026

Bij de redactionele uitwerking, structurering en bronverwerking is gebruikgemaakt van AI. De inhoudelijke verantwoordelijkheid berust bij de auteur.

V