

# Gedeeld leiderschap in de zorg

Prof.dr. Wilma van der Scheer

# Gedeeld leiderschap in de zorg

**Prof.dr. Wilma van der Scheer**

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Leiderschap en besturing in de gezondheidszorg' aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

## Colofon

### Gedeeld leiderschap in de zorg

Prof.dr. Wilma van der Scheer

### Oplage

350

### Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

### Vormgeving

PanArt communicatie en mediadesign

### Tekstredactie

Krista Kroon

### Druk

De Bink

Rotterdam, januari 2023

[www.eur.nl/eshpm](http://www.eur.nl/eshpm)

# Inhoudsopgave

Gedeeld leiderschap in de zorg .....	6
1 Inleiding .....	6
2 Leiderschap als spiegel van de tijdgeest.....	8
3 Verlangen naar gedeeld leiderschap .....	10
4 De praktijk van gedeeld leiderschap in de zorg .....	12
4.1 Teamwork in de zorgverlening.....	13
4.2 Zorg in netwerken .....	14
4.3 Leiderschap in de samenleving.....	16
5 Een blik in de spiegel en een blik vooruit .....	18
6 Voorwaarden voor gedeeld leiderschap.....	20
7 Onderzoek en onderwijs.....	21
8 Dankwoord.....	22
Referenties.....	25

# Gedeeld leiderschap in de zorg

**Geachte mevrouw de Rector Magnificus,  
gewaardeerde collega's, alumni en deelnemers aan de  
opleidingsprogramma's, lieve familie en vrienden, beste  
toehoorders,**

## 1 Inleiding

Mijn leerstoel heeft als thema 'leiderschap en besturing in de gezondheidszorg'. Ik houd mij nu twintig jaar bezig met dit thema. Een van de lastigste vragen in de bestuurskamers is in die tijd constant gebleven: hoe leveren we goede zorg met schaarse middelen? De idee dat de grenzen aan de gezondheidszorg zijn bereikt, is verre van nieuw. Anno 2023 haalt de werkelijkheid ons in. We botsen daadwerkelijk tegen die grenzen aan: het verwachte tekort aan zorgverleners is een feit, de versnelde groeiende zorgvraag eveneens. De bereidheid meer middelen vrij te maken is eindig. Dat brengt het vraagstuk van 'ontzorgen' prominent op de bestuurlijke agenda. De zorg is er weliswaar om u te verzorgen of ontzorgen als de nood aan de man is – we leven immers in een verzorgingsstaat – maar dat wordt hier niet bedoeld. Bedoeld wordt dat de zorg zelf moet worden ontzorgd. Hier kunt u denken aan het wegnemen van werkdruk en zware diensten. Maar het is vooral ook letterlijk bedoeld. Kort gezegd is de maatschappelijke opgave waar de sector voor staat meer gezondheid te genereren met minder formele zorg.

Na alle voorgaande pogingen het zorggebruik te beteugelen, is het besef van de complexiteit van deze opgave alom aanwezig. Een dergelijke opgave, waarvoor het lastig beleid maken is, wordt ook wel een wicked problem genoemd. Klimaatverandering is ook zo'n taai probleem. Wicked problems zijn vraagstukken die normatief omstreden zijn. Overeenstemming over hoe de vraagstukken te duiden en aan te pakken ontbreekt (Rittel & Webber, 1973; Boutellier, 2011). Tegenwoordig spreken we ook wel van transitievragen (Rotmans & Loorbach, 2006; Broerse & Grin (Eds.) 2017). De term transitie benadrukt dat deze vraagstukken niet zijn op te lossen binnen het bestaande beleidsparadigma dat uitgaat van maakbaarheid. Nog efficiënter en effectiever werken biedt geen soelaas (Tjeenk Willink, 2020; Frissen, 2022; Putters, 2022<sup>b</sup>). Het is zoeken naar een geheel nieuwe omgang met

het vraagstuk. Deze zoektocht naar een andere visie op, en verhouding tussen, formele en informele zorg vraagt betrokkenheid van vele partijen en personen (Meurs, 2022). Complexe zorgen zijn immers altijd gedeelde zorgen. Ze hebben niet één probleemeigenaar (Biesta, 2022). Niet voor niets werken zorgorganisaties intensief samen, met elkaar en steeds vaker ook met gemeenten en andere sociale partners, zoals woningbouwverenigingen en scholen. Al is het nog met veel hobbels en problemen. Niet voor niets ook claimen zorgprofessionals steeds vaker een plek in de besturing van de zorg en rammelen ervaringsdeskundigen aan de poorten van het beleid. Zij voelen allemaal de urgentie om bestaande patronen te veranderen. Zij wensen mee te zoeken naar een nieuwe benadering van de urgente vraagstukken waar de zorg en de samenleving voor staan.

Mijn stelling is dat gedeelde zorgen vragen om gedeeld leiderschap. Daarmee bedoel ik een vorm van leiderschap waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid. Dat vraagt wel dat partijen a. die verantwoordelijkheid voelen en b. erkennen dat er meerdere invalshoeken en kennisbronnen nodig zijn. Immers, juist voor dit type vraagstukken is het begin en einde van ieders verantwoordelijkheid niet gemakkelijk te bepalen. Paradoxaal genoeg is juist de aandacht voor deze grote gedeelde vraagstukken in belangrijke mate afhankelijk van de persoonlijke motivatie, betrokkenheid en inzet van mensen. Ik noem dit de paradox van de gedeelde opgaven. Ze gaan – net als het klimaat – iedereen aan, maar slechts weinigen zijn erop aanspreekbaar. Terwijl de gevolgen verstrekkend zijn – ze gaan over kwaliteit van leven en op termijn over overleven – vind je ze zelden beschreven in een functiebeschrijving, beroepsprofiel of richtlijn. Werken aan deze opgaven vraagt een persoonlijk moreel commitment van leiders. Dat wil zeggen dat leiders het gedeelde vraagstuk tot hun eigen vraagstuk maken. Wij mensen belichamen het systeem en dus zijn wij zelf aan zet (Biesta, 2022). Leiderschap bij gedeelde vraagstukken vraagt, kortom, ook altijd persoonlijk leiderschap. Gezien de urgentie van de kwesties hebben wij ons er zelf toe te verhouden. We kunnen dat niet weg-delegeren, aan anderen overlaten, er even 'niet van zijn'. Deze kwesties vragen – in de geest van filosofe Hannah Arendt (1958) – zelf denken en zelf doen. Wij zullen zelf de rebellen moeten zijn en tegen de bestaande structuren in een weg moeten zoeken.

Er is nog weinig onderzoek naar praktijken van gedeeld leiderschap en de voorwaarden en competenties die hiervoor nodig zijn<sup>1</sup>. Vandaag wil ik daarmee een begin maken. Daarvoor neem ik u mee in de theorie en praktijk van gedeeld

---

1 Met uitzondering van gedeeld leiderschap in de betekenis van shared governance door verpleegkundigen, geduid als de invloed van verpleegkundigen op de besluitvorming in ziekenhuizen (zie o.a. O'May and Buchan, 1999).

leiderschap en wat dat vraagt van ons allen. Ik begin deze verkenning met een kleine geschiedenis van leiderschap, een intermezzo waarin ik stil sta bij de ontologie (het wezenskenmerk) van leiderschap, de manier waarop het wordt onderzocht (de epistemologie) en de plaats van gedeeld leiderschap in het onderzoek.

## 2 Leiderschap als spiegel van de tijdgeest

Onderzoek naar leiderschap kent een rijke historie. Het is niet ongebruikelijk dat wetenschappers teruggrijpen op Bijbelse voorbeelden (zoals David en Mozes) en inzichten putten uit de vorming van de eerste stadsstaat. Er bestaan tal van overzichtsstudies (bijv. Schedlitzki & Edwards, 2018) en nog meer egodocumenten (Jackson, 2001). Alles bij elkaar is de theorievorming over leiderschap op zijn zachtst gezegd verwarrend te noemen. Elke discipline hanteert een eigen ingang tot het onderwerp. In de psychologie staat de persoon van de leider centraal, in de sociologie processen van machtsvorming en uitbuiting, in de managementwetenschappen gaat het over realisatiekracht, en zo kan ik nog wel even doorgaan. De verschillende theorieën en concepten bestaan eerder naast elkaar dan dat zij culminerend in nieuwe, gedeelde, inzichten waarmee we de werking en impact van leiderschap nog beter kunnen doorgronden dan voorheen (Stogdill, 1974). Opvallend genoeg heeft de verwarring niet geleid tot minder interesse in het onderwerp, binnen noch buiten de sociale wetenschappen. Volgens filosoof René ten Bos zijn we in de Westerse wereld geobsedeerd door leiderschap (ten Bos, 1997). Toch is het aantonen van de effectiviteit van leiderschap geen sinecure en zijn de resultaten van dit soort 'leader effectiveness studies' vaak teleurstellend (Thomas, 2003). De bijdrage van de leider is nu eenmaal moeilijk te onderscheiden van de bijdragen van andere elementen en personen. En beleid dat eerst positief lijkt, kan op lange termijn funest blijken – of omgekeerd. Wetenschappers die zich bezighouden met het ontleden van leiderschap, concluderen dat er geen eigenschappen of capaciteiten bestaan die uniek zijn voor leiders (Alvesson & Blom, 2015). Dit wordt wel "de grote verdwijning van leiderschap" genoemd: hoe preciezer je het bestudeert, hoe meer het je ontglipt (Alvesson & Svenigsson, 2003). Juist in de ongrijpbaarheid schuilt de magie en het mysterie van leiderschap, lijkt het (Yukl, 1989<sup>a</sup>).

Toch zijn er ook harde conclusies te trekken over het fenomeen leiderschap. Een eerste is dat leiderschap altijd lokaal en cultureel bepaald is (Stogdill, 1974; Yukl,

1989<sup>a,b</sup>; Goodwin, 2006). Het denken over leiders is een spiegel van de tijdgeest. Zo was vijftig jaar geleden in Nederland een vrouwelijke premier waarschijnlijk volkomen ondenkbaar (voor sommigen misschien nu nog steeds). Een tweede conclusie is dat iemands invloed en de waardering daarvoor – als we leiderschap zo maar even vertalen – altijd een attributie is, een toekenning (Runia, 1995; Thomas 2003; Alvesson & Blom, 2015). Leiderschap moet je ook gegund worden. De beoordeling van het leiderschap hangt af van de sociale positie die we zelf innemen. Ook 'goed leiderschap' is een kwestie van perspectief. En die perspectieven kunnen danig verschillen. Een medewerker zal het leiderschap van een bestuurder allicht anders ervaren dan de toezichhouder.

De meeste studies naar leiderschap richten zich op personen in formele leiderschapsposities, zoals ministers, bestuurders en managers. Ook ik heb mij in mijn onderzoek vaak op bestuurders gericht (Van Hout e.a., 2007; Van der Scheer, 2007; 2013; Van der Scheer e.a. 2007; 2008; 2011; 2017; De Koeijer-Gorissen e.a., 2022; De Koeijer-Gorissen & Van der Scheer, 2022). Zij hebben op grond van hun formele positie veel invloed. Maar er zijn meer bronnen van invloed, zoals kennis en geleverde prestaties (Lammers e.a., 2000). In de top-100 van meest machtigen in de zorg zien we terug wie de meeste invloed wordt toegedicht op grond van deze bronnen: positie (potentiële invloed), persoonlijk gezag (ervaren invloed), (unieke) kennis en prestaties, ingeschat door de samenstellers van de lijst.

Omdat leiderschap zo veranderlijk en subjectief is zijn veel hedendaagse leiderschapsstudies vooral beschrijvend en interpretatief van aard (Yukl, 1989<sup>a,b</sup>). Onderwerp van onderzoek zijn het denken en doen van leiders en de vraagstukken waarvoor zij staan in een specifieke context. Dat geldt ook voor veel van de studies waarmee ik mij zelf heb beziggehouden, zoals het langlopende onderzoek naar bestuurders in de zorg in samenwerking met de NVZD (Van der Scheer, 2013; Van der Scheer e.a., 2007; 2017; De Koeijer-Gorissen & Van der Scheer, 2022). Dergelijke 'stijlstudies' leiden tot typering van het werk en gedrag van bestuurders en vaak ook van het soort leiderschap dat nodig is. In het laatste geval is het onderzoek niet alleen beschrijvend, maar ook voorschrijvend van aard. Een duiding van de opgaven waar leiders voor staan leidt tot een ideaaltypische beschrijving – een interpretatie – van het benodigde c.q. gewenste leiderschap (Thomas, 2003). De interpretatie behelst altijd een moreel oordeel, of een morele intuïtie, van wat het goede is om te doen (Quinn, 1988; Thomas 2003). Voorbeelden van dit soort theorieën zijn er te over, denk aan dienend leiderschap of duurzaam leiderschap. Gedeeld leiderschap reken ik ook tot deze categorie. Waarbij ik opmerk, dat het verlangen naar een bepaald type leiderschap bij uitstek ontstaat door een ervaren gebrek eraan. Ook dat is op gedeeld leiderschap van toepassing.

In de zorg zijn overigens al mooie voorbeelden te vinden van gedeeld leiderschap. Ik kom daar straks op terug. Maar het spreekt zeker niet vanzelf. Het vraagt moed

en moeite om in te gaan tegen de bestaande regels, gebruiken en omgangsvormen, die lange tijd zo waardevol bleken. Denk aan de professionele hiërarchie in zorgorganisaties, procedurele manieren van besluitvorming voorzien van uitgebreide checks and balances, samenwerkingsrelaties gestoeld op contracten, uitgebreide risicoanalyses en een strakke monitoring op behaalde resultaten. Die zijn niet opeens overbodig of onzinnig. Het is verre van eenvoudig ze te vervangen, zoals de experimenten om de zorg te ont-regelen ons hebben geleerd (Meurs, 2014; Van de Bovenkamp e.a., 2020). Deze werkwijzen berusten op overtuigingen die inmiddels diep verankerd zitten in onze bestuurscultuur. We hebben ze geïnternaliseerd, gecultiveerd en opgenomen in wetten en regels. Ze ter discussie stellen is pas een eerste stap om tot werkelijke verandering te komen.

### 3 Verlangen naar gedeeld leiderschap

Ik sta, gelukkig, niet alleen in mijn verlangen naar gedeeld leiderschap. Gedeeld leiderschap – ook wel distributed leadership of collaborative governance genoemd – behoort tot een relatief jonge stroming in de wetenschappelijke literatuur. Hierin wordt leiderschap niet langer gezien als een individuele capaciteit en iets dat verticaal/top-down wordt uitgeoefend, maar als iets dat ook collectieve en horizontale vormen kan aannemen ('t Hart, 2014; Zhu e.a., 2018). Er is ruimte voor spontaan en alternerend leiderschap en voor wederzijdse beïnvloeding. Een ingewikkelde consequentie daarvan is dat gedeeld leiderschap moeilijk aantoonbaar is. Hoe valt het gedeelde leiderschap te onderscheiden van andere collectieve processen als samenwerking? Zeker waar mensen het met elkaar eens zijn en de besluitvorming in dialoog tot stand komt. Het gaat er dan om zicht te krijgen op het gewicht dat diverse stemmen in de schaal leggen. Als er sprake is van gedeeld leiderschap, zijn bij de besluitvorming meerdere mensen betrokken. In plaats van één herkenbare leider zijn er meerdere invloedrijke actoren. Deze benadering vraagt wel de bereidheid leiderschap niet langer te zien als een kenmerk van één actor die het denken en doen van anderen beïnvloedt.

De behoefte aan een nieuw concept van leiderschap, waarin ruimte is voor tweerichtingsverkeer en meerstemmigheid, kunnen we deels verklaren door de verdergaande democratisering van onze samenleving. Kennis is verspreid onder verschillende publieken en die hebben eigen ervaringen, die op hun beurt ook weer een bron van kennis zijn (Dewey, 1927; WRR, 2006). De verschillende kennisbronnen

en ervaringen krijgen in het besluitvormingsproces echter zelden eenzelfde gewicht toegekend, daarvoor zijn de machtsverschillen te groot. Dit fenomeen, waarbij de ene kennisbron boven de andere wordt gesteld, wordt ook wel epistemisch onrecht genoemd (Fricker, 2007). Een schrijnend voorbeeld is de toeslagenaffaire, waarin de ervaringen van ouders het lange tijd aflegden tegen de vooringenomenheid van ambtenaren. Een wethouder verwoordde het eigen gebrek aan voorstellingsvermogen treffend bij het programma Buitenhof. "Ik geloofde die mensen niet", zei ze, "ik had blind vertrouwen in de overheid". Zij kon zich simpelweg niet voorstellen dat het beleid zo verkeerd was.

Herman Tjeenk Willink (2022) signaleert een vergelijkbare blindheid op het niveau van de politiek. Door niet inhoudelijk te debatteren over argumenten, feiten en waarden, maar slechts een economisch debat te voeren over hoe de BV Nederland te runnen (zoals oud-collega Kim Putters het verwoordt), delven andere waarden dan de economische het onderspit. Volgens Kim Putters (2022<sup>a</sup>) overschatten politici en andere besluitvormers het eigen inlevingsvermogen. Zij denken andere zienswijzen voldoende te betrekken, zonder dat zij de levens van die anderen werkelijk kennen. En zonder die anderen zelf een stem te gunnen in het toch al gebrekkige debat. Hannah Arendt (1958) geeft als verklaring hiervoor dat het resultaat van meerstemmigheid inherent onvoorspelbaar is. Zeker in complexe, onzekere tijden als de onze lijkt die onvoorspelbaarheid niet welkom. Gevolg van de onbenutte kennis en ervaring – in mijn woorden het onbenutte leiderschapspotentieel – is dat mensen zich afkeren van het beleid en hun handen aftrekken van het proces. Meedoen zonder als gelijkwaardig geaccepteerd te worden, en dus zonder verschil te kunnen maken, is een voedingsbron voor frustratie. Dat gaat verder dan je niet gerepresenteerd voelen. Hannah Arendt haalt op dit punt John Adams aan: "Het feit dat je geheel over het hoofd wordt gezien en dat je dat weet, is ondraaglijk" (Tijmes, 1999; Arendt, 2012). Richard Sennett beschrijft in zijn boek *Samen (2016)* hoe de ervaring niet erkend te worden door de hogere macht leidt tot ressentiment, tot wrok. Het is belangrijk te beseffen dat dit niet betekent dat de bijzondere verantwoordelijkheid van die hogere macht (bijvoorbeeld politici, bestuurders of medici) wordt betwist. De wrok komt voort uit een ervaren onmacht, een gebrek aan ruimte voor andere perspectieven die er ook toe doen. Perspectieven die het beleid, de besluitvorming of de behandeling mogelijk beter kunnen maken.

Deze diepgewortelde ongelijkheid heeft grote consequenties, waarschuwen denkers als Hans Boutellier, Herman Tjeenk Willink en Kim Putters. Ze leidt niet alleen tot verharding en polarisatie, maar tast ook de bereidheid en het vermogen aan om kritisch met elkaar te spreken. Filosofe Daan Roovers (2019) verwoordde het mooi toen zij Denker des Vaderlands was: "Ik zou willen dat mensen minstens evenveel waarde zouden hechten aan meningsvorming als aan meningsuiting." Terwijl er een enorme diversiteit bestaat in manieren van leven en denken, wordt

het vermogen en de bereidheid om hier goede gesprekken over te voeren met elkaar node gemist. Meningsvorming verloopt via twijfel, heeft tegenspraak nodig en inzicht in eigen onvolkomen- en tegenstrijdigheden, omdat juist daardoor er meer begrip ontstaat voor de verscheidenheid aan stemmen, meningen en ervaringen (Boutellier, 2021). Meerstemmigheid toelaten draagt bij aan samenhang en gemeenschappelijkheid. Dat de samenhang en gemeenschappelijkheid op zoveel plekken wordt gemist, toont aan dat meerstemmigheid en gedeeld leiderschap nog lang geen gemeengoed zijn.

Grote maatschappelijke vraagstukken, zoals ontzorgen, zijn wat mij betreft bij uitstek gebaat bij gedeeld leiderschap. Bij gelijkwaardige gesprekken tussen verschillende disciplines en over organisatiegrenzen heen, voorbij ons eigen kortetermijnbelang waarin we bij gebrek aan moed, voorstellingsvermogen en/of inspanning zo vaak blijven hangen. Boutellier (2011) omschrijft dit leiderschap als een scheppend samenspel van vele individuen – professionals, bestuurders en burgers – die verder dan hun eigen beperkte waarneming durven te denken. Erkenning van de gefragmenteerde werkelijkheid biedt ruimte om nieuwe wegen te verkennen, met nieuwe/andere (kennis)partners. Weg van de verstarring, het wegstijven en de piramideachtige besluitvormingsstructuren. Weg ook van het cynisme dat op de loer ligt als mensen consequent niet worden gehoord.

Na deze korte uiteenzetting van de noodzaak voor gedeeld leiderschap, is het de hoogste tijd voor de praktijk van gedeeld leiderschap in de zorg.

## 4 De praktijk van gedeeld leiderschap in de zorg

Er zijn in de zorg, wanneer je eenmaal de bril van het gedeelde leiderschap opzet, mooie voorbeelden te vinden van plekken waar dit in de praktijk vorm krijgt. Daar worden nieuwe vormen van besturing en coördinatie ontwikkeld en toegepast, die beter passen bij de uitdagingen waar de zorg voor staat. In de komende paragrafen bespreek ik hoe gedeeld leiderschap al dan niet te vinden is op drie niveaus: in de dagelijkse zorgverlening, in netwerken van organisaties en in de samenleving. Hiervoor put ik onder meer uit verschillende onderzoeken waarbij ikzelf betrokken was, altijd samen met mensen uit de praktijk. Rode draad daarin is hoe mensen zelf sturing geven aan de zorg, vanuit hun eigen positie en in samenwerking met vele anderen.

### 4.1 Teamwork in de zorgverlening

Ik begin met gedeeld leiderschap op de werkvloer. Goede zorg vraagt een soepele samenwerking tussen (zorg)professionals, informele zorgverleners en patiënten zelf, zeker als de zorgvraag chronisch en complex is. Bij netwerkzorg wordt een multidisciplinair hulpnetwerk gevormd op maat voor de cliënt. Dit kan ook naast en andere informele zorg- en hulpverleners omvatten (RVS, 2020; 2022). Bij netwerkpsychiatrie, geïntegreerde zorg voor mensen met complexe psychiatrische problemen, stelt de cliënt zelf een steungroep samen (Mulder e.a. (red.), 2020). Het zijn goede voorbeelden van gedeeld leiderschap.

Ook een een-op-een relatie tussen zorgverlener en cliënt vraagt om gedeeld leiderschap. De cliënt en de zorgverlener zijn van elkaar afhankelijk. Beide hebben kennis en ervaring in te brengen die elkaar aanvullen. Dat gaat een stapje verder dan shared decision making. Het gaat uit van radicale gelijkwaardigheid van zorgvrager en zorgverlener, waarbij uiteraard de posities wel verschillen. Cliënten hoeven geen verantwoording af te leggen aan een leidinggevende, zorgorganisatie of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Daarentegen moeten zij letterlijk kunnen leven met de genomen besluiten. Cliënt en zorgverlener zijn kortom gelijkwaardig, maar niet gelijk. Dat geldt ook voor de diverse betrokken zorg- en hulpverleners. Iedereen heeft een eigen relevante inbreng. Hiervan gebruik maken vraagt respect voor elkaars expertise en inzet en de vaardigheid om ieders inbreng te wegen. Het begint echter met de veronderstelling dat al deze mensen – de patiënt inclusief – goed hun eigen perspectief kunnen vertolken, daarop kunnen reflecteren en ook goed kunnen luisteren naar wat anderen te berde brengen. Het vraagt leiderschap van alle betrokkenen.

Uit onderzoek dat ik samen met Petra Cremers (2020) uitvoerde naar het leiderschap van mbo-geschoolde verzorgenden en verpleegkundigen in de ouderenzorg, leerden wij dat dit niet voor zich spreekt. Deze medewerkers missen vaak het zelfvertrouwen en de communicatievaardigheden voor gelijkwaardig overleg met de cliënt, met naasten, maar ook met hun collega's. Daarnaast ervoeren zij weinig collegialiteit. Zij voelden zich onvoldoende gesteund in hun leiderschap. Ditzelfde zien wij bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur terug in onze leiderschap-sprogramma's voor artsen. Ook artsen voelen zich niet altijd voldoende toegerust om op een goede manier hun mening in te brengen en het kritische, collegiale gesprek met elkaar te voeren. Ook zij snakken naar de steun van hun collega's. Helaas staan collega's zelden te klappen als iemand spontaan het voortouw neemt. De gunfactor en ruimhartigheid ontbreken vaak. Dat geldt extra sterk als mensen geen directe collega's van elkaar zijn en verschillende functies vervullen (Berghout e.a., 2020).

Samenwerken vanuit gedeeld leiderschap vraagt kortom om uiteenlopende vaardigheden die niet zorginhoudelijk van aard zijn en waar zorgverleners niet

per se in getraind zijn. Dat kan leiden tot Babylonische spraakverwarring, zoals promovendus Hugo Peeters constateert in zijn onderzoek naar preventiepraktijken. Elke professional spreekt een eigen specifieke taal en hanteert een eigen referentiekader over wat het goede is om te doen. Ditzelfde zagen collega's van de sectie health care governance van Erasmus School of Health Policy & Management ook in hun onderzoek naar personen met verward gedrag (Petit-Steeghs e.a., 2021). ZuidOostZorg, de ouderenorganisatie waar Petra Cremers en ik het onderzoek deden, besloot een grootschalig post-mbo-opleidingsprogramma te ontwikkelen om medewerkers toe te rusten voor hun veranderde taken. Het programma focuste op persoonlijk leiderschap. Door vertrouwen in zichzelf en de ander te ontwikkelen, wederzijds respect te vergroten en in dialoogvaardigheden te oefenen lukte het de deelnemers tot gedeeld leiderschap te komen.

#### 4.2 Zorg in netwerken

Ik stap over naar gedeeld leiderschap binnen netwerken. Veel organisaties werken samen met andere partijen, bijvoorbeeld rond ketenzorg of kennisuitwisseling. Belangrijke redenen hiervoor zijn een tekort aan arbeidskrachten, dwingende kwaliteitskaders en sturing door de overheid op regionale samenwerking (Schuurmans e.a., 2022; Integraal Zorgakkoord, 2022). Binnen de sectie health care governance vindt uitgebreid onderzoek plaats naar de nieuwe sturingsarrangementen en werkpraktijken die daarbij ontstaan. Daaruit blijkt dat, hoewel de urgentie groot is, netwerkvorming moeilijk afdwingbaar is. En waar netwerken wél tot stand komen, is samenwerken geen sinecure. Individuele, organisatie- en netwerkbelangen zijn niet altijd gelijkgericht, wet- en regelgeving en financiering sluiten onvoldoende aan op de gewenste praktijk, de veelheid aan samenwerkingsvragen kan leiden tot versnippering en de grenzen van het netwerk of de regio zijn soms onduidelijk (Schuurmans e.a., 2022). Gevolg is dat er in veel netwerken een voortdurende onderhandeling plaatsvindt over doelen, grenzen en prioriteiten. Er ontstaan instabiele kluwens van netwerken waarin leiderschap node gemist lijkt te worden. Niemand wordt het leiderschap gegund, noch claimt het.

Dat is wat je zou kunnen concluderen als je leiderschap definieert op de conventionele manier: aansturing van de samenwerking door een dominante partij. Kenmerkend voor dit type netwerken is nu juist dat daar geen sprake van is. Geen van de partijen kan de samenwerking afdwingen ('t Hart, 2014). Tegelijkertijd is het niet zo dat alle partijen gelijk zijn. Er zijn status- en machtsverschillen en die hebben reële consequenties. Dit maakt de samenwerking tot een subtiel spel van wederzijdse beïnvloeding, van onderhandeling én samenwerking tegelijkertijd, van voortdurende afstemming en peiling van het vertrouwen.

Promovendus Oemar Van der Woerd besteedt in zijn onderzoek aandacht aan de consequenties van netwerkvorming voor bestuurders en professionals. Zijn studie naar de Rotterdamse regio laat zien dat netwerken niet meer weg te

denken zijn (Van der Woerd e.a., 2021). Het Erasmus Medisch Centrum nam op het moment van de studie deel aan 141 netwerken in de regio. Het merendeel daarvan is spontaan geboren uit een samenwerking tussen professionals. Ze hebben vaak een informeel karakter. Andere komen voort uit de strategische keuzes van het ziekenhuis. Deze netwerken zijn veelal geformaliseerd en hebben een eigen governancestructuur, zoals het in de regio bekende Beter Keten. Het BK-bestuur wordt gevormd door een bestuurder en een medisch specialist van elk ziekenhuis. Het voorzitterschap rouleert. Het bestuur bepaalt welke projecten ondersteuning krijgen vanuit de middelen die de ziekenhuizen samen inbrengen.

Voor zorgbestuurders betekent de verregaande 'vernetwerking' dat een steeds groter deel van hun organisatie wordt bestuurd via netwerken, maar dat hun eigen rol in die netwerken kan wisselen (Van der Woerd e.a., 2022). Het besturen via netwerken bestaat uit verschillende typen dialogen. Ten eerste is er de interne dialoog, die plaatsvindt in eigen huis. Deze gaat onder meer over de positionering van de eigen organisatie ten opzichte van de diverse netwerken, beperking van risico's en de rolverdeling in het netwerk. Bestuurders voeren deze dialoog om draagvlak onder professionals te creëren en de organisatie- en netwerkdoelen af te wegen. Omgekeerd is het voor professionals belangrijk te weten dat het bestuur hun activiteiten steunt. De professionals in het Rotterdamse onderzoek zien het netwerk vooral als een leergemeenschap. Een kans voor onderzoek, voor doorontwikkeling van zorgprocessen en raadpleging van andermans expertise. Nadeel voor hen is dat deze ontmoetingen grotendeels in eigen tijd plaatsvinden, omdat de organisatie van de zorg er niet op is afgestemd.

Naast de interne dialoog is er een externe dialoog met de netwerkpartners over visie, gedeelde doelen en de afspraken die nodig zijn, mede met het oog op de ongelijkheid tussen partijen. De een brengt meer in dan de ander, is groter/kleiner, heeft meer/minder middelen, loopt meer/minder risico. Daar moet recht aan worden gedaan, zonder de gelijkwaardigheid aan te tasten. Volgens Boutellier (2011) kan dit op twee manieren: hetzij door heldere afspraken te maken of door vertrouwen. Formeel of informeel dus. Op het eerste gezicht kan de tweede methode kwetsbaar lijken. Socioloog Richard Sennett stelt echter in zijn boek *Samen* (2016) dat juist op momenten dat het erop aankomt, zoals in een crisis, formele structuren kwetsbaar kunnen blijken en de kracht van informele ontmoetingen naar voren komt. In de rommeligheid van de informele ontmoeting kan vaak meer creativiteit ontstaan dan in het formele overleg, waarin belangen het denken vaak beperken. In de praktijk zien we een strategie van én-én. De vele informele bestuurlijke ontmoetingen die met netwerkvorming gepaard gaan faciliteren een continu afstemmen en maken het mogelijk veranderingen in het onderlinge vertrouwen en commitment vroegtijdig te signaleren en adresseren. De formele netwerkmomenten zijn er voor de gezamenlijke prioriteitenstelling en de (tussentijdse) evaluatie van de voortgang.



Net als in zorgteams vraagt ook gedeeld leiderschap tussen organisaties nieuwe vaardigheden van betrokkenen. Zij moeten naast het leidinggeven aan de organisatie kunnen werken in en met netwerken. Zij moeten de doelen van de organisatie en de netwerken met elkaar verenigen in een verhaal dat beide recht doet. Openheid over de weging van beide doelen kan veel onrust wegnemen, een heldere besluitvormingsstructuur ook. Desondanks leidt netwerken ook tot veel bestuurlijke en professionele drukte waar in beroepsprofielen, organisatie en financiering van de zorg geen rekening mee wordt gehouden.

### 4.3 Leiderschap in de samenleving

Met het derde niveau, dat van de samenleving, bedoel ik gedeeld leiderschap in de relatie tussen overheid, maatschappelijk middenveld en burgers. Ik put uit de onderzoeken van anderen en mijzelf naar besturen in tijden van corona. En uit mijn eigen ervaringen met de totstandkoming van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het gaat hier dus om een staaltje participatieve observatie<sup>2</sup>. Ik begin met een kleine introductie op hoe de zorg in Nederland bestuurd wordt.

De Nederlandse gezondheidszorg kent een lange traditie van zelfstandig opererende zorgorganisaties. De overheid is verantwoordelijk voor kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg, maar de uitvoering daarvan is in handen van private organisaties. De afstemming tussen beide komt tot stand via beleid (wetten en regels), financiering en afspraken over kwaliteit. Dat kan verschillende vormen aannemen. Tot het eind van de vorige eeuw voerden regulering, budgettering en normering de boventoon. Daarna deden delegeren, concurreren en standaardiseren hun intrede, passend bij gereguleerde marktwerking. Het recente decentraliseren, experimenteren en participeren is een poging tot meer gesitueerde oplossingen te komen. In antwoord op deze uitdaging zien we nieuwe financiële arrangementen ontstaan, zoals gebiedsgerichte financieringsvormen en de inzet van transitie-instrumenten. Het beeld van de rol van burgers verandert mee: van rechthebbende naar klant, van klant naar participant (soms optimistisch regisseur). In het recente essay *Bestuurlijke deling en gedeeld bestuur*, beschrijven Kim Putters, Tom van der Grinten en Iris Wallenburg (2022) hoe met deze verschuivingen ook de omgang en het samenspel tussen overheid en veldpartijen in de zorg is veranderd. Van een veelstemmige kakafonie van overlegmomenten (het polderen) tot een afstandelijke sturing via toezicht en controle, met een belangrijke regisseursrol voor zorgverzekeraars. Een vanzelfsprekende directe afstemming tussen overheid en veldpartijen is er niet, anders dan via de geforceerde bestuurlijke akkoorden. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021) heeft in zijn advies over een passende

---

2 Wat – eerlijk is eerlijk – ook impliceert dat een andere deelnemer het mogelijk anders heeft ervaren.

inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg de keerzijde omschreven van deze vorm van samenwerken. Afspraken worden vaak te algemeen geformuleerd, wat alle ruimte laat voor interpretatieverschillen. Of ze zijn juist te specifiek, wat geslaagde, maar afwijkende praktijken in de weg staat. Afspraken spelen onvoldoende in op onderliggende, tegengestelde belangen, of bevestigen vooral de status quo. Het Integraal Zorgakkoord is daar mijns inziens geen uitzondering op. Ik was hierbij betrokken als voorzitter van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Ik vertegenwoordigde de stem van mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten. Ondanks alle goede intenties slaagden we er niet in een werkelijke dialoog te voeren, op basis van gedeelde zorgen maar met oog voor de verschillende belangen.

Achteraf bekeken zie ik overeenkomsten tussen de totstandkoming van het IZA en het coronabeleid van de overheid, zoals onder andere onderzocht door de Onderzoeksraad voor Veiligheid (2020) en ook door collega's van de sectie health care governance (o.a. De Graaff e.a., 2022). Hoewel de urgentie hoog was, lukte het niet goed de benodigde meerstemmigheid te organiseren en productief te maken. Sterker nog: juist omdat de belangen groot waren, de urgentie en tijdsdruk hoog, en 'falen' geen optie was, werd ervoor gekozen geen tijd te verdoen aan een al te democratisch proces. Ook voor reflectie op deze keuze was in beide gevallen weinig ruimte. Aan het IZA konden minder partijen deelnemen dan aan de eerdere hoofdlijnenakkoorden. Veel beroepsgroepen – zo hard nodig voor de uitvoering – stonden buitenspel. In het Outbreak Management Team, dat de regering adviseerde tijdens de coronapandemie, domineerde het perspectief van de virologen en epidemiologen (OVV, 2020). De expertise, ervaring en het oplossend vermogen van vele anderen (zoals jongeren) werden onvoldoende benut. Er was in het beleidsproces weinig ruimte voor wederkerigheid: voor inspraak, tegenspraak, en responsiviteit (afstemming) (De Graaff e.a., 2022; De Koeijer-Gorissen e.a., 2022). Hoewel de toekomst van de zorg en de omgang met corona bijzonder belangrijke publieke kwesties zijn, mocht alleen een select gezelschap erover meedenken. Door de gekozen afbakening – je kunt het ook uitsluiting noemen – worden andere groepen van hun leiderschap beroofd.

Terugkijkend heeft de coronapandemie bij uitstek het belang laten zien van leiderschap buiten de overheid. Zonder de bereidheid van zorgprofessionals en -bestuurders om af te wijken van het landelijke beleid waren veel kwetsbare mensen tijdens de coronaperiode verstoken gebleven van hulp (De Koeijer-Gorissen e.a., 2022; Kuijper e.a., 2022). Een bestuurder van een jeugdzorgorganisatie vertelde in ons onderzoek naar besturen in tijden van corona hoe zij al na twee weken lockdown besloot tegen het toen geldende beleid in toch huisbezoeken te doen. Andere zorgbestuurders vertelden hoe zij in korte tijd tot een heel ander besluitvormingsproces kwamen in hun organisatie, waarbij het 'gewone' managementteam plaats maakte voor mensen uit de uitvoering van de

zorg, aangevuld met bijvoorbeeld een psycholoog en een ethicus. Weer een andere bestuurder besloot tropenartsen een belangrijke stem te geven in de beleidsvorming, omdat zij gewend zijn met pandemieën om te gaan (De Koeijer-Gorissen e.a., 2022). In deze praktijken zagen we wel de noodzakelijke verbreding van het debat. Dit gebeurde echter niet overal en in dezelfde mate. Waar de besmettingen hoog waren en veel cliënten overleden, was een vergelijkbare respons te zien als landelijk: een eenzijdige gerichtheid op het stoppen van besmettingen, ten koste van veel, waaronder de inspraak van bewoners, familie en naasten.

## 5 Een blik in de spiegel en een blik vooruit

In het begin van mijn rede vertelde ik dat leiderschap altijd een spiegel van de tijdgeest is. De voorbeelden die ik heb behandeld geven een indruk van waar we nu staan. Deze blik op de praktijk leert ons dat er al inspirerende voorbeelden zijn van dappere professionals en bestuurders die tot nieuwe zorgconcepten en samenwerkingsvormen komen. Tegelijkertijd is er ook sprake van hiërarchie, status, machtsverschillen en 'oude' patronen, die het gedeelde leiderschap in de weg kunnen staan. Gedeeld leiderschap is dan ook zeker geen vanzelfsprekendheid, de goede voorbeelden ten spijt. Ook op landelijk niveau is er een groot besef van urgentie. Urgentiebesef alleen leidt echter niet tot verandering. We zien wat Greenhalgh & Papoutsis al in 2018 beschreven: "[T]hat we embrace the theme of complexity in name, but often fail to engage with its underlying logic." De logica van complexiteit is dat de oplossing niet simpel te vinden is. Zolang we controle willen houden over de oplossingsrichting, en de kring van partijen en personen die daarover mogen meedenken niet vergroten, zullen we de bestaande status quo niet doorbreken en het oplossend vermogen dwarsbomen. Hoe we omgaan met een probleem, wordt onderdeel van het probleem (Beenen & Damhof, 2022). Er vinden wel beleidsexperimenten en pilots plaats met bijvoorbeeld burgerinitiatieven en jongerenraden, maar veelal naast de bestaande structuren. Er is een strikte afbakening van de ruimte om te experimenteren en van de groep die mag deelnemen (Felder, 2020; Oldenhof e.a., 2020). Om alternatieve perspectieven en kennisbronnen te benutten is een fundamenteel andere houding ten opzichte van kennis vereist. Die begint met de erkenning van de tijdelijkheid en begrensdheid van wat men zelf weet. En de wil zich te bekwamen in het omgaan met het onbekende, in plaats van nog langer en dieper door te gaan op bekende sporen.

Van zorgverleners vraagt dit een groter respect voor wat zij niet weten. Weten tot waar de eigen professionele kennis reikt, waar deze kan bijdragen en waar ze tekortschiet of niet behulpzaam is. Een terughoudendheid in het uitdragen van de eigen kennis ten gunste van het bevragen van de ander (Schein, 2013). Die bescheiden houding zie ik terug bij baanbrekende initiatieven zoals in Proeftuin Ruwaard. Waar wijkbewoners eerst en vooral zelf aan zet zijn en zorgverleners getraind zijn een gesprek te voeren dat niet alleen gaat over de directe hulpvraag, maar ook over oorzaken of behoeften die daarachter liggen. Het mooiste voorbeeld dat ik daar hoorde is dat jonge delinquenten zelf werd gevraagd welke straf het beste aan hen opgelegd zou kunnen worden. Deze benadering vraagt een vorm van **re-professionalisering** die niet gericht is op verdere specialisatie maar op een grotere bekwaamheid in het omgaan met niet-weten en in het meewegen van andere kennisbronnen en ervaringen. Let wel: ik bedoel met re-professionalisering niet de-professionalisering of de-institutionalisering. Niet de ontmanteling van geïnstitutionaliseerde kennis (of kennisorganisaties) is het doel, maar een preciezere inzet ervan. Dat kan het respect ervoor uiteindelijk alleen maar vergroten.

Bestuurders en andere mensen op leidinggevende posities wens ik eenzelfde bescheidenheid toe. Een terughoudende omgang met de eigen macht, met regels en controle, zodat er ruimte kan ontstaan voor nieuwe ideeën en meer energie en enthousiasme om de grote vraagstukken in de zorg aan te gaan. We kunnen al het oplossingsvermogen goed gebruiken. **Responsief besturen** – mogelijk maken dat mensen kunnen bijdragen en hierover in contact zijn – geeft wederkerigheid en gezamenlijkheid een kans naast individualiteit. Gemeenschappelijkheid wordt belangrijker dan mensen wijzen op de eigen verantwoordelijkheid voor de eigen problemen, zoals nu zo vaak gebeurt. In plaats van naar binnen gericht, naar de bekende partijen, wordt het leiderschap meer naar buiten gericht. Ruimte creërend voor groepen die nu nog weinig meedoen. Een goed voorbeeld hiervan is de Herstelplek in de gemeente Almere voor gedupeerden van de toeslagenaffaire. De gemeente ondersteunt het initiatief, maar heeft niet de leiding, daarvoor ontbeert zij de noodzakelijke kennis, namelijk die van de gedupeerden zelf.

Naast de doorleefde ingewijden (zoals ervaringsdeskundigen) kunnen ook betrokken buitenstaanders relevante kennis hebben. Annemiek Stoopendaal (2022) en ook ikzelf (2022) pleitte al eerder voor het inschakelen van mensen met een andere professionele bagage en met diverse culturele achtergronden: kunstenaars, jongeren, mensen uit andere maatschappelijke sectoren. Zij bezien en beleven de vraagstukken van dit moment vanzelfsprekend 'anders'. Zij kunnen wijzen op wegen die 'gevestigde ordes' nog niet bewandelen, omdat die ze nog niet herkenden als zinvolle routes naar nieuwe antwoorden. Inspiratie vinden zij juist in het menselijke bewijs – het narratief, het eigen verhaal – en niet per se in het algemene wetenschappelijke bewijs. Het is vooral deze open houding die gedeeld leiderschap tussen mensen mogelijk maakt.

# 6 Voorwaarden voor gedeeld leiderschap

Ik heb een begin van een antwoord geschetst op de vraag welk leiderschap nodig is in het licht van de grote opgaven waar we nu in de zorg en de samenleving voor staan. Het zijn gedeelde zorgen, waarop slechts weinigen aanspreekbaar zijn. Ik noemde dit de paradox van de gedeelde opgaven. Werken aan deze opgaven vraagt om te beginnen persoonlijk commitment van leiders: de keuze het vraagstuk aan te pakken, ook als dat niet in hun functieomschrijving staat. Tegelijkertijd heb ik laten zien dat complexe opgaven de bereidheid vragen ruimte te maken voor leiderschap van anderen, in het bijzonder diegenen die nu vaak geen rol spelen in de beleids- en besluitvorming. Dit gedeelde leiderschap vraagt met andere woorden een meer democratisch proces van besluitvorming, waarin meerstemmigheid vorm krijgt en machtsongelijkheid wordt erkend. Dat geeft een bredere blik op het vraagstuk, wat de besluitvorming verrijkt.

De meerstemmigheid productief maken is echter geen lichte opgave, zo is gebleken. De voorbeelden van gedeeld leiderschap in de zorg laten zien dat samenwerken niet vanzelf gaat. Richard Sennett (2016) wijst ons erop dat er regels voor de interactie nodig zijn, een ethisch kader met helder geformuleerde omgangsvormen. Op basis van de hier verzamelde inzichten noteer ik de volgende voorwaarden voor gedeeld leiderschap.

Als eerste: **respect voor en vertrouwen in de competenties en intenties van de ander**. Vertrouwen vraagt altijd een sprong. Het wordt verkregen door het te geven. Het maken van ondersteunende afspraken en structuren kan als waarborg dienen als het vertrouwen nog pril is of onder druk staat.

Als tweede: **het vermogen en de intentie in gesprek te gaan vanuit gelijkwaardigheid**. Zonder voorbij te gaan aan verschillen in inbreng, mogelijkheden en visie. Ook deze verschillen horen een plek te krijgen in het gesprek. Hierbij past een open houding, met nieuwsgierigheid naar andere invalshoeken en gezichtspunten – en aandachtig luisteren. Als er geen werkelijke interesse is in wat er wordt gezegd verdwijnt de behoefte tot meedenken.

Als derde: **responsiviteit. Openstaan voor wederzijdse beïnvloeding en voor wederkerigheid (geven en nemen)**. Dit behelst toestaan dat de ander op jouw expertisegebied komt en dat de eigen functie, werkwijze en organisatie erdoor kan veranderen. Het behelst ook openheid over eigen doelen en verwachtingen en de bereidheid kennis en informatie te delen.

Als vierde: **kunnen omgaan met en verdragen van de imperfecties in de samenwerking**. Van tegenstrijdige belangen tot botsende persoonlijkheden en hinderlijke wetten en regels. Dezelfde imperfecties kunnen een bron zijn van creativiteit en onverwachte oplossingen.

Als vijfde: **investeren in de competenties van betrokkenen** – zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en dialoogvaardigheden – om tot andere productieve omgangsvormen te komen. Door elkaar daarin tot voorbeeld te zijn, groeit de collegialiteit tussen zorgverleners en organisaties. In plaats van controle ervaart men steun van collega's, managers en samenwerkingspartners.

En als laatste: **het vermogen de onzekerheid en complexiteit te verduren waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat**. Ons ongemak met onvoorspelbaarheid niet weg-organiseren – via controle en inperking van de ruimte – maar het erkennen en onderzoeken. Dat vraagt een andere benadering van kennis, met meer respect voor wat we niet weten, wat anderen weten en hoe we al die kennisbronnen kunnen benutten. Waaronder de kennis hoe om te gaan met het onbekende.

# 7 Onderzoek en onderwijs

Tot slot. Dit alles vraagt natuurlijk ook iets van de manier waarop wij onderzoek doen hiernaar. Het vraagt bij uitstek dat we wegblijven van lineaire oorzaak-gevolg-redeneringen, veelstemmigheid omarmen (epistemische diversiteit) en gevoelig zijn voor de samenhang tussen fenomenen. De onderzoekers van de sectie health care governance, met wie ik samenwerk, zijn hier gelukkig heel goed in. Voor de inhoudelijke onderzoeksagenda moge duidelijk zijn dat de interactieve processen tussen actoren een plek krijgen in het onderzoek, zoals al het geval is in de lopende PhD-onderzoeken van Tessa van Dijk, Oemar van der Woerd, Hanneke Beijer en Hugo Peeters.

Ik zal het werk van bestuurders en andere leiders in de zorg blijven onderzoeken in het licht van de vraagstukken waar we in de zorg en de samenleving voor staan. Ik wil daarbij niet alleen kijken naar formele posities – het bestuur en management – maar ook naar de manier waarop anderen leiderschap omarmen en omzetten in actie. Dit vraagt om gericht onderzoek naar 'game changers'. Naar plekken waar de spelers patronen doorbreken en nieuwe duurzame vormen van zorgen en ontzorgen realiseren, die helpen echt anders te denken en doen. Diversiteit en inclusiviteit is een nieuw thema dat zich aandient na deze lezing: wie mag er meepraten over vraagstukken en oplossingen? Welke processen en mechanismen

spelen daarin een rol? Hierin is nog veel meer inzicht nodig. Al te gemakkelijk wordt gedacht dat meepraten gelijkstaat aan meedoen en dat meer diversiteit alleen maar een kwestie van tijd is.

Mijn verkenning hier is deels gestoeld op theorie, deels op bestaande praktijken en deels mijn eigen visie op de voorwaarden en vaardigheden die nodig zijn. Het verdient kortom nog veel meer onderzoek en onderbouwing. Vooral op het gebied van re-professionaliseren en responsief besturen is nog veel werk te doen. Het zijn benaderingen die ingaan tegen bestaande tradities, regels en omgangsvormen die lange tijd zo waardevol bleken. Hoe kan dit in de praktijk vorm krijgen? In de opleidingsprogramma's van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur stoeien we er volop mee. Ook wij zijn nog aan het leren hoe dit een plek te geven. We willen ons ook meer richten op de benodigde toekomst-geletterdheid (futures literacy): de bekwaamheid om te gaan met de onzekerheid en onbegrensdsheid van hedendaagse vraagstukken. In onze onderwijsprogramma's beogen we de wetenschap over en de praktijk van de zorg samen te brengen. Via het gesprek met elkaar en met docenten beogen we bij deelnemers zowel het zelfinzicht te vergroten als het inzicht in de positie van anderen. We verkennen nieuwe invalshoeken voor bestaande vraagstukken en doen dit soms op ongebruikelijke of zelfs ongemakkelijke wijze. Zelden pretenderen we de waarheid in pacht te hebben. Dat zou de complexiteit van de zorg en de eigen deskundigheid en creativiteit van deelnemers geen recht doen. Ik hoop dat de deelnemers en alumni hier aanwezig dat herkennen. Zo niet, hebben wij ook daarin nog werk te doen!

## 8 Dankwoord

Aan het einde van mijn verhaal gekomen wil ik een aantal mensen bedanken die een belangrijke rol hebben gespeeld bij de instelling van deze leerstoel en mijn benoeming. Vier mannen en een vrouw speelden een bijzondere rol in het kronkelige pad dat ik heb afgelegd.

Ik begin bij de vier mannen. Frans van der Meché, voorzitter van de raad van commissarissen van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Werner Brouwer, toenmalig pro-decaan van Erasmus School of Health Policy & Management, Roland Bal, sectieleider van de sectie health care governance, en Paul 't Hart, hoogleraar bestuurskunde en lid van de selectiecommissies. Dank voor jullie vertrouwen en steun.

Frans, jij hebt mij altijd gesteund in mijn ambities voor het centrum en voor mijzelf en bewoog flexibel mee als omstandigheden om een nieuw plan vroegen. Werner, jij was onmisbaar en onvermoeibaar in het vinden van wegen om deze leerstoel mogelijk te maken. Roland, jij hebt altijd het belang van het postacademisch onderwijs voor de zorg onderkend, ook toen het elders nog geen prioriteit had. Je leidt een heel mooie sectie met allemaal bijzondere en talentvolle mensen, van wie ik trots ben ze mijn collega's te mogen noemen. Paul, jij bent de vriend van buiten, zorgvuldig en zorgzaam was je in je steun aan mij tijdens de weg naar deze benoeming. Ik heb het zeer gewaardeerd. Dank jullie wel.

Dan kom ik bij die ene vrouw. Pauline, ook jij speelde een belangrijke rol bij de totstandkoming van deze leerstoel. Maar jij hebt natuurlijk veel meer voor mij betekend dan dat. Twintig jaar hebben wij samengewerkt in onderwijs en onderzoek. Toen wij elkaar voor het eerst ontmoetten was de herkenning er meteen: wij kijken tegen heel veel dingen hetzelfde aan. Wij hebben aan weinig woorden genoeg en verdoen geen tijd aan prietpraat, wat goed uitkomt als je beide zo druk bent. Pauline, je was en bent me op vele manieren tot voorbeeld. Je eruditie, gevoel voor taal en omgangsvormen, de manier van jezelf present stellen op de momenten dat het ertoe doet, je prettige dominantie... ik heb er zoveel van geleerd. Je werkhethos deelde ik al, als ook de ongezonde neiging tegen te veel dingen ja te zeggen en eigen grenzen niet in acht te nemen. Vaak voorzag je mij van advies en tips. Vaak ging het dan zo dat ik sprak – ratelde eerder – en jij luisterde. Ook op dat laatste vlak kan ik nog steeds van je leren. Tegenwoordig verbeeld ik me dat het gesprek meer in evenwicht is en komen we zelfs aan andere onderwerpen toe dan de gezondheidszorg waarbij we beide zo betrokken zijn.

Lieve collega's van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Jullie zijn mijn professionele thuisbasis. Wat ooit begon met Pauline, Ruud (vandaag online aanwezig) en mijzelf, is nu een kring van bijna dertig professionals die toegewijd werken aan de vorming van leiders in de zorg, door onderzoek, onderwijs en wat we nog maar meer vinden dat er nodig is. Ik kan mij geen betere collega's wensen. Sommige gaan al lang terug – Petra, Joost, Claire en Joke – anderen zijn nog maar vers geland – Simone, Martijn, Oscar en Frank. Tezamen houden jullie mij scherp en soms uit de wind als dat nodig is. Dank jullie wel voor de fijne samenwerking, elke dag weer.

Beste Ruud, ooit gingen Pieter en ik als studenten samen met jou en Marga op studiereis naar Indonesië. Later studeerde ik bij jou af en weer later haalde je mij naar Rotterdam terug. Je bent al een tijd met emeritaat, maar je betrokkenheid is gebleven. Bij mij en mijn gezin, bij Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en bij Erasmus School of Health Policy & Management. Het is een eer jouw toga te mogen dragen.

Beste Tessa, Oemar, Hanneke en Hugo, het is een plezier en voorrecht jullie te mogen begeleiden bij jullie onderzoek. Het beloven stuk voor stuk bijzonder mooie proefschriften te worden.

Beste Petra, zonder jouw inzet was deze dag niet geworden wat die nu is. Wat ben jij toch een geweldige vakvrouw en ontzettend lieve collega.

Beste Krista, zonder jouw ingrijpen was dit verhaal minder mooi en langer geweest.

Natuurlijk is er meer in het leven dan werk. Gelukkig maar. Zo zijn daar lieve vrienden en familie, op alle belangrijke momenten van het leven – zoals vandaag – en gelukkig ook op zoveel andere momenten. In voor- en tegenspoed. Ik ben heel blij dat jullie er vandaag bij zijn. In het bijzonder papa en mama, en Jaap en Nel.

Lieve Jacob en Noa-ell, wat zou het leven saai zijn zonder jullie. Wat zijn jullie bijzonder mooie mensen met elk je heel eigen talenten. Ik ben zo trots op hoe jullie in het leven staan!

Liefste Pieter, wat zijn wij een goed team! Zo verschillend, maar ook zo eensgezind. Als iets zo goed is zijn er weinig woorden nodig. Dankjewel, voor zoveel!

Ik heb gezegd.

## Referenties

Alvesson, M. & M. Blom (2015) Less followership, less leadership? An inquiry into the basic but seemingly forgotten downsides of leadership. *M@n@gement*, 18 (3), 266-282.

Alvesson, M. & S. Svenigsson (2003) The great disappearing act: difficulties in doing "leadership". *The Leadership Quarterly*, 14, 359-381.

Arendt, H. (1958) *The human condition* (second edition). Chicago: The University of Chicago Press.

Arendt, H. (2021) Het leven van de Geest. Utrecht: Ten Have (Nederlandse vertaling van drie boeken van Hannah Arendt *Denken* (2012), *Willen* (2014) en *Oordelen* (2016), door Dirk de Schutter en Remi Peeters).

Beenen, P. & L. Damhof (2022) *From healthcare to the care of health: a learning path in complexity and futures literacy*. <https://ecolah.eu/futures-literacy/> (geraadpleegd 16-11-2022).

Berghout, M., Oldenhof, L., Scheer, W., van der & C. Hilders (2020) From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development program. *Sociology of Health and Illness*, 42 (2), 359-378.

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

Bijloos, S., Scheer, W. van der & E. van Veen-Berkx (2017) *Bestuurders in beeld. Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.

Boin, A., Fahy, L.A. & P. 't Hart (Eds.) (2021) *Guardians of Public Value. How Public Organizations become and Remain Institutions*. Cham: Palgrave Macmillan.

Bos, R. ten (1997) *Strategisch denken*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.

Bovenkamp, H. van de, Stoopendaal, A., Bochove, M. van & R. Bal (2020) Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: the need for recoupling to establish functional rules. *Health Policy* 124 (3), 275-281.

Boutellier, H. (2011) *De improvisatiemaatschappij. Over de sociologie van een onbegrensde wereld* (tweede, uitgebreide druk). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Boutellier, H. (2021) *Het nieuwe westen. De identitaire strijd om de sociale verbeelding*. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.

Broerse, J.E.W. & J. Grin (Eds.) (2017) *Towards Sustainable Transitions in Healthcare Systems*. Abingdon and New York: Routledge.

Cremers, P. & W. van der Scheer (2020) *Leiderschap in ontwikkeling*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Dewey, J. (1927) *The public and its problems*. Athens: Swallow Press (reprint).

Dijk, van M. (2019) *Wij zijn de politiek. Het denken van Daan Roovers*. Amsterdam: Ambo|Anthos.

Felder, M. (2020) *Together alone: An analysis of policy experimentation in Dutch healthcare governance* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Fricker, M. (2007) *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Frissen, P. (2022) *De volle plek van de macht. De versplinterde staat voorbij (afscheidsrede)*. Tilburg University.

Goodwin, N. (2006) *Leadership in healthcare. A European perspective*. Abingdon and New York: Routledge.

Graaff, B. de, Rahmawan-Huizenga, S., Bal, J., Kuijper, S., Felder, M., Zwart, L., Kalhoff, K., Bovenkamp, H. van de, Wallenburg, I. & R. Bal (2022) *Leren dansen met een virus: Sturen van een meervoudige crisis in de zorg*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management.

Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018) Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16 (1), 4–9.

Hart, P. 't (2014) *Understanding Public Leadership*. London: Palgrave.

Hout, E. van, Scheer, W. van der & K. Putters (2007) Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde* 16 (4) pp 16-24.

Integraal Zorgakkoord (IZA). *Samenwerken aan gezonde zorg* (2022).

Jackson, B. (2001) *Management gurus and management fashions*. London and New York: Routledge.

Koeijer-Gorissen, R.J. de & W. van der Scheer (2022) *Bestuurders in beeld. Twintig jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Koeijer-Gorissen, R.J. de, Wüst, H. & W. van der Scheer (2022) *Goed besturen in crisistijd*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Kuijper, S., Felder, M., Bal, R. & I. Wallenburg (2022) Assembling care: How nurses organise care in uncharted territory and in times of pandemic. *Sociology of Health & Illness*, 44 (8), 1305-1323.

Lammers, C.J., Mijs, A.A. & W.J. van Noort (2000) *Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties* (achtste druk). Utrecht: Het Spectrum.

Meurs, P. (2014) *Van regeldruk naar passende regels: vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid en vrijheid* (essay op verzoek van het Ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P. (2022). *Zorgen over grenzen* (afscheidsrede). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Mulder, N., Weeghel, J. van, Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Mirlo, T. van & G. Kienhorst (red.) (2020) *Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.

Oldenhof, L., Rahmawan-Huizenga, S., Bovenkamp, H. van de & R. Bal (2020) The Governance Challenge of Urban Living Laboratories: Using Liminal 'In-Between' Space to Create Livable Cities, in Montfort, C. van de & A. Michels (Eds.), *Partnerships for Livable Cities*, 293-315. Cham: Palgrave MacMillan.

O'May, F. & J. Buchan (1999) Shared governance: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.

Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) (2020) *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*. Den Haag: OVV.

Petit-Steeghs, V., Muijden, T. van, Aspria, M., Bovenkamp, H. van de, Vollaard, H. & R. Bal (2021) *Vertrouwen door leren(d) spelen. Centrale Evaluatie ZonMw Actieprogramma Verward Gedrag*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.

Putters, K. (2017) *Was getekend: op weg naar een nieuw sociaal contract in de zorg* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2022<sup>a</sup>) *De menselijke staat. Burgerperspectief als voorwaarde voor een toekomstbestendig sociaal contract*. Den Haag: SCP.

Putters, K. (2022<sup>b</sup>) *Het einde van de BV Nederland. Over de noodzaak van een verhaal voor onze samenleving*. Amsterdam: Prometheus.

Putters, K., Grinten, T. van der & I. Wallenburg (2022) Bestuurlijke deling en gedeeld bestuur: hoe staat het met de 'boedelscheiding?', in W. van der Scheer e.a. (red.) *Jonge meesters en oude leerlingen: nobele wilden in de zorg*. Rotterdam: ESHPM en Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Quinn, R.E. (1988) *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performances*. San Francisco: Jossey-Bass.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2021) *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022<sup>a</sup>) *Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij Complexe Zorgvragen*. Den Haag: RVS.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022<sup>b</sup>) *Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten*. Den Haag: RVS.

Rittel, H.W. & M.M. Webber (1973) Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.

Rotmans, J. & D.A. Loorbach (2008) *Transition Management: reflexive governance of societal complexity*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Runia, E. (1995) *De pathologie van de veldslag: Geschiedenis en geschiedschrijving in Tolstoj's Oorlog en vrede*. Amsterdam: Meulenhoff.

Schedlitzki, D. & G. Edwards (2018) *Studying Leadership*. London: SAGE Publications.

Scheer, W.K. van der (2007) Is the new health-care executive an entrepreneur? *Public Management Review*, 9 (1), pp 49-65.

Scheer, W.K. van der (2013) *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg* (dissertatie). Amsterdam: Reed Business Elsevier.

Scheer, W. van der (2022) Verlangen naar licht leiderschap. Een visie op toekomstig leiderschap, in W. van der Scheer e.a. (red.) *Jonge meesters en oude leerlingen: nobele wilden in de zorg*. Rotterdam: ESHPM en Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Scheer, W. van der (2023) Healthcare leadership on the front line: meanings, value and potential, in N. Chambers (Ed.), *Research Handbook on Leadership in Healthcare* (forthcoming 2023). Cheltenham UK: Edward Elgar.

Scheer, W. van der, Meurs, P. & D. Ngo (2007) *Bestuurders in beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus CMDz.

Scheer, W.K. van der, Noordegraaf M. & P. Meurs (2011) Innovating Entrepreneurship in Health Care: How Health Care Executives perceive Innovation and retain Legitimacy, in V. Bekkers (Ed.) *Innovation in the Public Sector. Linking Capacity and Leadership*, 176-194. Hampshire: Palgrave.

Scheer, W. van der, Putters, K., & P. Meurs (2008) *Besturen tussen kunst en kunde. De geneeskundige bestuurder in het ziekenhuis gewaardeerd*. Utrecht: NVZD-GV.

Schein, E.H. (2013) *Humble Inquiry: The Gentle Art of Asking instead of Telling*. Broadway: Berrett-Koehler Publishers.

Schuurmans, J., Woerd, van der. O., Bal, R. & I. Wallenburg (2022) Regionalisering in de ouderenzorg: een beleidssociologisch perspectief op grootschalige verandering. *Beleid & Maatschappij*, 49 (3), 220-239.

Sennett, R. (2016) *Samen. Een pleidooi voor samenwerken en solidariteit*. Amsterdam: Meulenhoff.

Stogdill, R.M. (1974) *Handbook of Leadership: A Survey of Theory and Research*. New York: Free Press.

Stoopendaal, A. (2022) Goede zorg en de waarde van de blik van de buitenstaander (essay), in W. van der Scheer e.a. (red.) *Jonge meesters en oude leerlingen: nobele wilden in de zorg*. Rotterdam: ESHPM en Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Thomas, A.B. (2003) *Controversies in management. Issues, debates, answers* (second edition). Abingdon: Routledge.

Tijmes, P. (1999) Vita activa: arbeid, werk en handelen. *Filosofie Magazine*.

Tjeenk Willink, H. (2020) *Groter denken, kleiner doen. Een oproep*. Amsterdam: Prometheus.

Tjeenk Willink, H.D. (2022) *Dankwoord bij de uitreiking van de Prinsjes Prijs 2022*, woensdag 14 september 2022.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006) *Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Woerd, O. van der, Veen-Berkx, E. van, Scheer, W. van der & R. Bal (2022) How does a Network Platform Work for Participating Actors Towards Integrated Care Governance? A Case Study of a Dutch Hospital Region. *International Journal of Integrated Care* 22(4) 20, 1-11.

Woerd, O. van der, Veen-Berkx, L. van, Schouten, M., Boonstra, J. & W. van der Scheer (2021) Zorgnetwerken vergen bestuurlijke lenigheid. *Skipr*, 2021 (2).

Yukl, G. (1989<sup>a</sup>) Managerial Leadership: A Review of Theory and Research. *Journal of Management*, 19, 251-289.

Yukl, G. (1989<sup>b</sup>) *Leadership in Organizations* (second edition). NJ: Prentice Hall.

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







**Prof.dr. Wilma van der Scheer (1974) is bijzonder hoogleraar Leiderschap en besturing in de zorg aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij promoveerde in 2013 aan dezelfde faculteit en universiteit. Wilma van der Scheer is directeur van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, dat onder andere postacademisch onderwijs verzorgt voor leiders in de zorg, en geeft leiding aan de academische werkplaats zorgbestuur. Daarnaast is zij voorzitter van MIND, belangenbehartiger van mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten.**

De idee dat de grenzen aan de gezondheidszorg zijn bereikt, is verre van nieuw. Anno 2023 botsen we daadwerkelijk tegen die grenzen aan. De zorgsector staat voor de maatschappelijke opgave meer gezondheid te genereren met minder formele zorg. Een veelomvattende taak die velen aangaat, maar waarop niet één persoon of instantie aanspreekbaar is. Volgens Wilma van der Scheer is het tijd voor gedeeld leiderschap. In haar inaugurele rede pleit zij voor leiders die verder kijken dan het kortetermijnbelang en de eigen organisatie, en die ruimte maken voor leiderschap van anderen – juist ook van diegenen die nu zelden meepraten en – beslissen. In een democratischer besluitvormingsproces krijgt meerstemmigheid vorm en wordt machtsongelijkheid erkend. De interactie productief maken is echter niet makkelijk. Het vergt onder andere bescheidenheid over de eigen kennis en inzichten en nieuwsgierigheid naar die van de ander. En de wil zich te bekwamen in het omgaan met het onbekende, in plaats van nog langer en dieper door te gaan op bekende sporen. In haar oratie belicht Van der Scheer de vereisten voor gedeeld leiderschap in de zorg, aan de hand van theorie en praktijk.

**Erasmus University Rotterdam**  
**Erasmus School of Health Policy & Management**  
Bayle Building  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam, the Netherlands  
T +31 10 408 8555  
E [communicatie@eshpm.eur.nl](mailto:communicatie@eshpm.eur.nl)  
W [www.eur.nl/eshpm](http://www.eur.nl/eshpm)