

MARC
VERSCHUEREN

FUTURE PROOF

LEIDERSCHAP IN DE ZORG

IN VIJF KRIJTLIJNEN

Lannoo
Campus

D/2026/45/246 – ISBN 978 90 599 6757 1 – NUR 808, 870

Vormgeving omslag en binnenwerk: Adept vormgeving

© Marc Verschueren & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2026.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij, de boeken- en multimediadivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.
Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining is niet toegestaan.

Uitgeverij LannooCampus
Vaartkom 41 bus 01.02
3000 Leuven
België

Postbus 23202
1100 DS Amsterdam
Nederland

www.lannoocampus.com

Inhoud

KLAAR VOOR MORGEN 11

DEEL 1 LEIDERSCHAP ALS RUGGENGRAAT VAN GOEDE ZORG 13

De eigenheid van de zorgcontext 15
Actuele spanningsvelden 18
Houvast bieden als het stormt 19

DEEL 2 HET NIEUWE LEIDERSCHAPSDENKEN 21

1. **'From heroic to humble'** 23
Gedeeld leiderschap 25

2. **Wat is gedeeld leiderschap?** 29
Informeel gedeeld leiderschap 29
Formeel gedeeld leiderschap 30
Empowerment 30
Hiërarchie 32
Implementatie van gedeeld leiderschap 35
Valkuilen 38

3. **Complexiteit omarmen: hoe leiderschap ontstaat in interactie** 41
CAS als fundament van de complexiteitstheorie 42
Lessen voor leiderschap vanuit de complexiteitstheorie 43
Tot besluit 53

4. Actuele invullingen van gedeeld leiderschap in Vlaanderen **55**
Duaal leiderschap op een spoedafdeling 55
Een driekoppig beleidsteam in een woonzorgcentrum 58
Multidisciplinair leiderschap in psychiatrie 61
Zelforganiserende teams in een wijkgezondheidscentrum 62
De kracht van klinisch leiderschap 64
Leiderschap in de gestructureerde equipe: de VVAZ 67

5. Individueel leiderschap **71**
De stijlendans 72
Futureproof leiderschap 74

DEEL 3 VIJF KRIJTLIJNEN VOOR TOEKOMSTBESTENDIGE LEIDERSCHAPSONTWIKKELING **79**

1. Voorleven en doorgeven **81**
Strategisch leiderschap en leiderschapsontwikkeling als strategie 81
Leiden vanuit integriteit 81
Een leiderschapscultuur 84
'Leading by example' 86
Leiderschapsontwikkeling als strategische keuze 87
Kerninzichten *89*

2. De kunst van het lippenbijten **91**
Coachend leiderschap 91
Link met motivatie 92
Coachend leiderschap scherpgesteld 94
Twee raakvlakken 96
'Beliefs' van de coachende leidinggevende 97
Vertrouwen 98
Coachingvaardigheden 99
Naar een 'coach the coach'-cultuur 103
'Coachability' 104
Over naar derden 105
Kerninzichten *107*

3. Zaaien voor de 70% 109
State-of-the-art leiderschapstrajecten 109
Het Clinical Leadership Development Programme (CLP): de gamechanger 110
Een stevige onderbouw voor maximale ROI 114
Tien succesfactoren voor een impactvolle cursus 118
Geen leren zonder actie, geen actie zonder leren 122
Kerninzichten *126*

4. De lijm die de start sterker maakt 129
Goed begonnen, half gewonnen 129
Het mijnenveld van de starter 130
De eerste honderd dagen 131
Welgekomen steun 133
Kerninzichten *136*

5. De veilige haven 139
Teams en 'teaming' 139
Fasen van teamontwikkeling 140
Onboarding 141
Teameffectiviteit, psychologische veiligheid en teamleren 142
Diversiteit omarmen 146
Teambuilding: what's in a name? 146
'Teams zijn fantastisch': de theorie in de praktijk 147
Rol van de organisatie 148
Kerninzichten *149*

SAMEN DE RIVIER VERLEGGEN 151
Stijgende aandacht voor leiderschapsontwikkeling 152
Investering in klinisch leiderschap 153
Omarmen van complexiteit 154

DE DRAGERS VAN DIT BOEK 157
EINDNOTEN 159

Klaar voor morgen

De zorg van de toekomst vraagt om sterk leiderschap. Succesvolle organisaties gedijen alleen als iedereen, van de werkvloer tot de directie, de krachten bundelt om het hoofd te bieden aan de complexe uitdagingen waarmee het systeem momenteel geconfronteerd wordt. Solistisch hiërarchisch leiderschap volstaat niet meer in een sector op het snijvlak van emotie en wetenschap, een sector onder voortdurende hoogspanning ook.

'Complexiteit versla je met complexiteit', vandaar de keuze voor *gedeeld leiderschap*. Gedeeld leiderschap is een uitnodiging om hiërarchie te herdefiniëren en de collectieve intelligentie van de hele organisatie te benutten. Het biedt de kans om creatieve antwoorden te formuleren op de existentiële vragen en om met alle betrokkenen te werken aan solide oplossingen voor de taaie problemen die iedereen verontrusten.

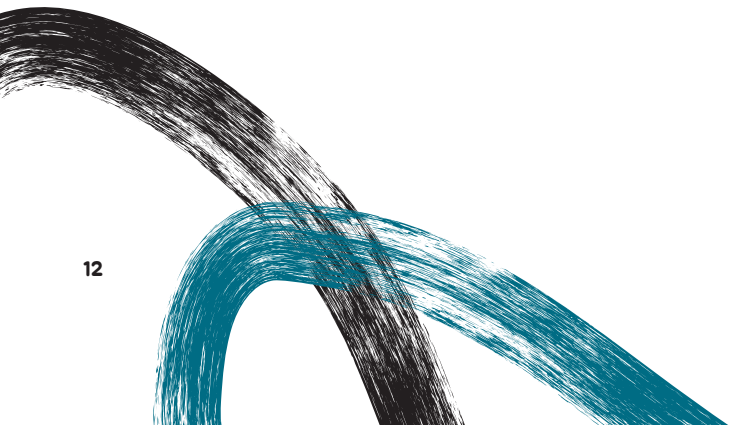
Dit boek bundelt wetenschappelijke inzichten met ervaringen uit de praktijk. Het eerste deel beschrijft de eigenheid van de zorgsector alsook de actuele spanningsvelden die er heersen. Deze gegevenheden stellen de noodzaak van een paradigmashift op het vlak van leiderschap in de zorg scherp. Het tweede deel legt uit hoe gedeeld leiderschap de tekortkomingen van oude leiderschapspraktijken kan compenseren. We bekijken het vanuit historisch, wetenschappelijk en praktisch perspectief. Voorbeelden uit verschillende sectoren tonen aan hoe organisaties dit gedeelde leiderschap vormgeven. We belichten ook de rol van de hiërarchisch leidinggevenden in deze nieuwe benadering. Het derde deel focust op de ontwikkeling van leiderschap. Leiderschapsontwikkeling is, meer dan cursussen of lezingen organiseren, streven naar een collectieve leiderschapscultuur. Vijf krijtlijnen bieden een kompas om hiertoe te komen. Ze illustreren hoe iedereen, medewerkers, leidinggevenden,

directieleden maar ook coaches en facilitators een bijdrage kunnen leveren aan zo'n cultuuromslag. Een beknopte bloemlezing van enkele tendensen leert ons ten slotte dat er op het terrein veel beweegt om het leiderschap futureproof te maken.

Ik heb dit boek geschreven omdat, na 25 jaar werken met en voor leidinggevenden, mijn ontzag alleen maar gegroeid is. Ik zie van nabij hoe jullie met engagement en veerkracht, ondanks de constante druk, het verschil proberen te maken. Ik zie van nabij welke twijfels en hindernissen jullie moeten trotseren. Dat maakt mij bewust van hoe overweldigend jullie realiteit is en dat stemt mij vaak heel nederig. Met dit boek wil ik een bescheiden bijdrage leveren aan jullie lovenswaardig werk. Ik hoop dat de achtergronden jullie de noodzaak van verandering helpen inzien en ik moedig jullie aan om de kerninzichten toe te passen. Met zijn allen maken we ons klaar voor morgen. De zorg wacht niet …

Veel lees- en durfplezier

Marc Verschueren



Deel 1
Leiderschap als ruggengraat van goede zorg

De effectiviteit van leiderschap hangt volgens de contingentiebenadering af van drie groepen van factoren: eigenschappen van de leider, kenmerken van de medewerkers en aspecten van de context.[1] Zoals te zien op figuur 1, zijn de drie groepen van factoren nauw met elkaar verweven. In dit eerste deel zetten we het vergrootglas op de context van de gezondheidszorg, enerzijds omdat die door zijn eigenheid bepalend is voor het soort leiderschap dat nodig is, anderzijds omdat een aantal spanningsvelden dat leiderschap momenteel sterk uitdagen.



Figuur 1: factoren die de effectiviteit van leiderschap beïnvloeden

De eigenheid van de zorgcontext

Zoals elke andere sector, heeft gezondheidszorg zijn onderscheidende eigenheid, die onmiskenbare invloed uitoefent op het leiderschap. De belangrijkste specifieke kenmerken van gezondheidszorg zijn de morele dimensie, de multidisciplinariteit en de continuïteit.

Morele dimensie van de zorg. Zorgverleners komen in aanraking met de mens in zijn meest kwetsbare vorm, of het nu op het bevallingskwartier is of op de palliatieve eenheid. Elke dag opnieuw is het de kunst oog en oor te hebben voor de unieke vragen van de zorgvrager en gepaste antwoorden erop te vinden. Die vragen zijn een reflectie van wat de zorgvrager belangrijk vindt, van de waarden die hij koestert. Zorgverlening gaat per definitie van oorsprong gepaard met ethische dilemma's zoals het maken van keuzes en het waarborgen van privacy in een hoe langer hoe meer gedigitaliseerde wereld. Elke dag opnieuw is er de confrontatie met pijn en verlies, maar ook met hoop en moed. Dat is telkens opnieuw schakelen om gepast te kunnen reageren.

Sinds het rapport *To err is human* in 2000 is er wereldwijd toegenomen aandacht voor de kwaliteit van zorg en het monitoren ervan.[2] Normen op het vlak van veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, gelijkheid en persoonsgerichtheid vormen de richtsnoeren voor het handelen van alle betrokkenen. Met initiatieven zoals *shared decision making* en *patient empowerment* wil men de patiënt steeds meer de regie over zijn eigen behandeling laten voeren.

Een bijkomend element op het vlak van moraliteit is dat gezondheidszorginstellingen met een andere commerciële insteek werken dan andere organisaties. Ze zijn wettelijk georganiseerd als publieke instellingen of instellingen zonder winstoogmerk, vzw's. Klassieke commerciële doelstellingen zoals een zo hoog mogelijke verkoop zijn er niet aan de orde. Toch moeten de instellingen alles doen om financieel overeind te blijven, om te kunnen investeren ook, en dat vraagt gedrag dat lijkt op commercieel gedrag. Vele zorgverleners vinden dit stresserend.

Dit alles eist van hen een grote mate van empathie en mededogen. De constante blootstelling aan menselijk leed, de emotionele betrokkenheid op patiënten kan *compassion fatigue*, compassiemoeheid, veroorzaken: het vermogen om empathie te blijven opbrengen, raakt uitgeput. De zorgverlener voelt zich leeg en kan afstandelijker worden. Wanneer contextfactoren, zoals tijdsgebrek, ertoe leiden dat iemand niet de zorg kan bieden die hij wil bieden, kan *moral distress*, morele nood, ontstaan.

De zorgverlener voelt zich gefrustreerd, machteloos, geschonden in zijn integriteit. Deze fenomenen kunnen bijdragen tot het ontstaan van burn-out. Uit de Welzijnsbarometer van 2025 blijkt dat 12,5% van de zorgverleners in Vlaanderen een hoog tot zeer hoog risico op burn-out oploopt.[3] Het betreft vooral jongere mensen (25 tot 44 jaar) en dan vooral verpleegkundigen en artsen in opleiding.

Maatregelen zoals zorgzwaartemonitoring, maar ook psycho-educatie en intervisie, kunnen helpen het groeiende probleem in te dammen. Het uitvallen van medewerkers als gevolg van burn-out is tussen 2018 en 2024 immers verdubbeld.[4] Gelukkig is sinds de covidcrisis het thema welzijn in de zorginstellingen meer bespreekbaar geworden en hoger op de agenda geraakt. Maar de emotionele kwetsbaarheid van zorgverleners moet een prioriteit blijven voor elke leidinggevende, op welk niveau in de organisatie ook. Zorgverleners kunnen maar goede zorg geven als ze zichzelf gezien, gehoord, gesteund voelen. Uit de Welzijnsbarometer van 2025 blijkt bijvoorbeeld dat 25% van het zorgpersoneel zich niet gewaardeerd voelt, dat blijft dus een aandachtspunt.

Multidisciplinariteit. Van oorsprong is gezondheidszorg een multidisciplinair proces. Naast de arts als medico-legaal eindbevoegde, leveren verschillende andere beroepsgroepen een belangrijke bijdrage aan de zorg. In een ziekenhuis werken gemakkelijk meer dan honderd verschillende beroepen: meer dan de helft zijn zorg- en zorgondersteunende beroepen, het andere deel zijn administratieve, facilitaire en logistieke beroepen. In de geneeskunde alleen al zijn bovendien in ons land 45 specialismen erkend.[5] De inbreng van ieders deskundigheid is uiteraard een grote meerwaarde voor het behandelplan van de patiënt maar samenwerking loopt in de praktijk niet zonder slag of stoot. Hyperspecialisatie leidt tot steeds meer versnippering. Verschillen in opleiding, eigen denk- en werkwijzen, eigen subculturen maken multidisciplinair samenwerken uitdagend.

Daarnaast spelen status- en machtsverschillen een rol, niet enkel tussen artsen en andere beroepen, maar ook tussen andere beroepen onderling. Een goed voorbeeld is de gestructureerde zorgequipe. Ook al zijn er sinds 2024 wettelijke bepalingen over de bevoegdheden van verpleegkundigen, basisverpleegkundigen en zorgkundigen,[6] toch heerst nog steeds veel verwarring en ontevredenheid op het vlak van samenwerking tussen deze groepen.

Gemiddeld heeft een patiënt tijdens een verblijf in het ziekenhuis rechtstreeks contact met vijftien soorten zorgverleners.[7] De patiënt rekent en heeft recht op een goed georganiseerd, goed afgestemd pakket. Het is per definitie al geen sinecure om die vijftien soorten professionals op één lijn te krijgen zodat ze een en dezelfde boodschap brengen, buiten beeld zijn er nog talloze anderen die bijdragen aan de totaalervaring van de patiënt. Bovendien krijgt de patiënt, zoals al gezegd, in het huidige denken over zorg een actiever aandeel in zijn behandeling en noemt men hem hoe langer hoe meer een volwaardig teamlid, wat uiteraard een bijkomend aandachtspunt vormt. Dé opdracht voor elkeen, leidinggevenden én medewerkers, luidt dus: hoe krijgen we iedereen op de nodige momenten om de tafel, hoe maken we het overleg effectief en efficiënt, hoe krijgen we de veelheid aan informatie gedeeld bij alle teamleden?

Continuïteit. Zorg is meestal geen eenmalig product. De zorgverstrekker bouwt een relatie uit met de zorgvrager, die een cruciale pijler in het behandelplan van de patiënt vormt. Het gaat in zorg immers over zeer persoonlijke en existentiële zaken. Daarom is een klimaat van vertrouwen en discretie absoluut nodig.

Het zorgvuldig overbrengen van informatie tussen de verschillende onderzoeks- en behandelentiteiten moet over de verschillende momenten gewaarborgd worden. De patiënt mag op geen enkel moment in een vacuüm terechtkomen. Digitale systemen hebben dit proces sterk verbeterd, maar toch blijft adequate overdracht, zowel mondeling als schriftelijk, uitdagend.

En last but not least is er de 24 uurs-continuïteit: dag of nacht, zondag of weekdag, steeds moet permanente aanwezigheid verzekerd zijn. Buitenstaanders kunnen nauwelijks vatten hoe complex de planning in een zorgorganisatie kan zijn. Hoe zorg je ervoor dat er altijd, 24 uur op 24, de nodige competentie in huis is? Hoe verzoen je dit bovendien met de verschillende tewerkstellingsstatuten en de persoonlijke voorkeuren van alle medewerkers? En wat gedaan als ziekte in het team toeslaat?

De hier opgesomde karakteristieken van de gezondheidszorg vragen bijzondere aandacht van al wie verantwoordelijkheid draagt in de sector. De belangrijkste reden om over een nieuw leiderschapsparadigma na te denken, zit hem echter in de huidige context.

Actuele spanningsvelden

De zorgsector moet de laatste jaren door hevig stormweer laveren. Een aantal uitdagingen stellen het systeem en zijn leiderschap zwaar op de proef. De uitdagingen zijn grosso modo samen te vatten in vier groepen, die op een vicieuze manier op elkaar inspelen: de veroudering van de bevolking, de toenemende complexiteit van de zorg en de zorgorganisatie, de financiële druk op het gezondheidszorgsysteem en een fel gewijzigde arbeidsmarkt.

Veroudering van de bevolking. In 2000 was de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Vlaanderen 78,5 jaar. In 2024 bedroeg ze al 83,3 jaar.[8] Ons land neemt daarmee de negende plaats in van de EU-lidstaten. Alle voorspellingen wijzen erop dat dit cijfer richting 90 jaar zal evolueren tegen het einde van de eeuw. Tegen 2070 zal ongeveer 25% van de bevolking ouder zijn dan 67 jaar, vergeleken met zo'n 18% in 2020.[9] Door deze vergrijzing zal de globale zorgvraag alleen maar groter worden.

Toenemende complexiteit van de zorg. Door de vooruitgang van de geneeskunde kunnen meer mensen ouder worden of een ernstige ziekte overleven, maar vaak met een of meer chronische ziekten in de plaats. Het aantal chronische zieken neemt aanzienlijk toe, vaak met veel multipathologie, wat de zorgvragen complexer maakt. Digitalisatie en artificiële intelligentie maken kwantumsprongen en bieden veel nieuwe mogelijkheden, maar deze ontwikkelingen veroorzaken ook bijkomende complexiteit. Die wordt bovendien nog in de hand gewerkt door ingewikkelde regelgeving en beleidsopties zoals extramurale samenwerking, lokale en regionale netwerking.

Financiële druk op het gezondheidszorgsysteem. Op dit moment verkeert meer dan de helft van de Belgische ziekenhuizen in financiële moeilijkheden.[10] Eén groep van oorzaken zijn de algemene stijging van de levensduurte en de energieprijzen en de alsmaar duurder wordende loonkosten. De overheid treft in de context van het oplopende begrotingstekort besparingsmaatregelen, die niet enkel de instellingen maar ook de individuele patiënt treffen.

Maar ondertussen moet de geneeskunde blijven evolueren. Het systeem moet zich wapenen tegen nieuwe ziekten zoals beschavings- en klimaatziekten. Dat vereist veel geld voor onderzoek en ontwikkeling en nadien voor nieuwe ingrepen en behandelingen die vaak peperdure apparatuur en infrastructuur vereisen. De financiering vanuit de overheid dekt vaak onvoldoende de reële kosten.

Fel gewijzigde arbeidsmarkt. De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelt tegen 2030 een tekort van tien miljoen gezondheidswerkers, van wie negen miljoen verpleegkundigen en vroedkundigen.[11] Ook in Vlaanderen voert verpleegkunde al een aantal jaren de top 10 van de knelpuntberoepen aan.[12] Maar ook sommige soorten artsen-specialisten, ziekenhuisapothekers, kinesitherapeuten en ergotherapeuten zijn, weliswaar afhankelijk van regio en sector, moeilijk te vinden. Dat betekent dat de personeelsbezetting soms ontoereikend is, wat dan weer de werkdruk en hieraan gelinkt het ziekteverzuim in de hand werkt. Begin 2026 bereikte het langdurige absenteïsme (langer dan een jaar afwezig) in de zorg met 3,51% uitval een recordniveau.[13] Het totale ziekteverzuim, lang en kort, is in de zorg 36% hoger dan in andere sectoren.[14] Ook de vraag naar deeltijds werken is in de zorg veel hoger dan in andere sectoren en het ziekteverzuim stijgt bij deeltijdsen vier keer sneller dan bij voltijds werkenden.[15]

Bijkomende uitdagingen zijn onder andere de generatieverschillen, de cultuurverschillen die zich voordoen bij tewerkstelling van arbeidsmigranten, en de inclusie van anders opgeleiden in de zorgequipes.

Houvast bieden als het stormt

> *'Wij worden alsmaar meer geconfronteerd met complexere problematieken, vaak bij mensen uit benarde sociale contexten. Het niet aanslaan van verschillende benaderwijzen maakt de situatie soms uitzichtloos. Dat veroorzaakt bij onszelf, maar ook bij onze teamleden gevoelens van machteloosheid en morele stress. Generatieverschillen bij de teamleden en uiteenlopende perspectieven van de verschillende disciplines leiden bovendien soms tot spanning, zeker in situaties van onderbezetting. Bijkomend ervaren we druk van buitenaf in termen van ingewikkelde regelgeving en juridische beperkingen. We willen voorkomen dat "leiden" "lijden" wordt.'*

Dit is de letterlijke weergave van een intakegesprek met de coördinator van een artsenvereniging die een leiderschapscursus voor hun leden wilde organiseren. Ze is een reflectie van de hiervoor aangehaalde specifieke en actuele kenmerken van de zorgcontext en de zware last op de schouders van zijn leiders. De situatie is op zijn minst zorgwekkend te noemen. In hun recente boek *Grenzen aan genezen* waarschuwen Greet De Cock en Philippe Meersseman voor een dreigend zorginfarct.[16] De zorgvraag neemt gestaag toe, het zorgaanbod neemt af. Niet iedereen is zich bewust van de ernst van de situatie en de zorgverleners kunnen niet altijd op het respect van de bevolking rekenen dat ze verdienen. Het is de collectieve maatschappelijke verant-

woordelijkheid om verwachtingen over welzijn en gezondheid bij te stellen en zo een bijdrage te leveren aan uitwegen voor deze crisis.

Het is de verantwoordelijkheid van het leiderschap in de zorgsector om innovatieve oplossingen te bedenken die houvast bieden in de storm. De ambitie om de *quadruple aim* van het toonaangevende Institute for Healthcare Improvement (IHI) te halen, is torenhoog. Deze viervoudige doelstelling luidt: streven naar een betere volksgezondheid, een optimale patiëntervaring, lagere kosten en een beter welzijn van de zorgverleners.[17] Talloze, soms schrijnende getuigenissen van zowel patiënten als zorgverleners, tonen de gap tussen de doelstellingen en de praktijk aan. In het volgende deel probeer ik aan te geven hoe andere accenten in het leiderschapsdenken nodig zijn om deze ambitie waar te maken. Leiderschap is echter geen toverformule. Het is met zijn allen, *from bedside to boardroom*, de rug rechten en samen, door vallen en opstaan, de toekomst van ons zorgsysteem veiligstellen.

Het is de verantwoordelijkheid van het leiderschap in de zorgsector om innovatieve oplossingen te bedenken die houvast bieden in de storm.

Deel 2
Het nieuwe leiderschapsdenken

Klassieke opvattingen over leiderschap staan haaks op hedendaagse inzichten over medewerkersbeleid. Het belangrijkste voorbeeld daarvan is de sterk geëvolueerde kijk op motivatie. Vroeger was men ervan overtuigd dat je medewerkers moest belonen als ze het goed deden en bestraffen als ze het niet goed deden. Vandaag meent men dat medewerkers zichzelf autonoom kunnen motiveren en dat de leidinggevende een context creëert die deze autonome motivatie faciliteert. Bovendien zijn de uitdagingen die ik in deel 1 beschreef, van die aard dat ze te complex zijn om opgelost te worden door enkelingen. Om deze redenen komt gedeeld leiderschap steeds meer op de voorgrond, zeker ook in gezondheidszorg. De recente overheidsverplichting tot meer geïntegreerde zorg accentueert het belang van zo'n collectieve kijk op leiderschap nog meer. Ik geef eerst wat historische achtergrond over de evolutie in de leiderschapstheorie en reik je enkele principes uit de complexiteitstheorie aan die een interessant kader bieden om het nieuwe leiderschap te begrijpen en vorm te geven. Daarna illustreer ik hoe in een aantal organisaties in Vlaanderen invulling gegeven wordt aan gedeeld leiderschap. Tot slot bekijken we wat deze evolutie betekent voor de individuele leidinggevenden.



1



‘From heroic to humble’

Zowel het denken over leiderschap, het onderzoeken alsook het toepassen ervan, kennen een lange geschiedenis. Ik doe een poging om in het doolhof van theorie en praktijk een tijdlijn te trekken, beginnend bij de *great man theory* en eindigend bij de huidige inzichten en toepassingen. De shift die leiderschap door de tijd heen heeft doorgemaakt wordt soms omschreven als ‘from heroic to humble’.[18]

We beginnen bij de *great man theory.* Ze ontstond in de negentiende eeuw en stelde dat grote leiders niet gemaakt werden, maar over een aantal aangeboren kenmerken beschikten die hen tot heroïsche daden in staat stelden.[19] Men beschreef hun ongebreidelde heldhaftige moed, hun aanstekelijk charisma, hun uitgesproken dominantie en zelfs fysieke kenmerken zoals lichaamslengte. Volgens deze theorie was de wereldgeschiedenis gebaseerd op de biografieën van een aantal ‘grote mannen’ zoals Hannibal, Caesar, Napoleon en vele anderen die via hun macht hun stempel onuitwisbaar op het wereldbeeld en de geschiedenis drukten.

Het wetenschappelijk onderzoek over leiderschap is sinds de jaren 1920 op gang gekomen. De *trait theory*, of kenmerktheorie, bouwde verder op de *great man theory* door te proberen achterhalen welke nu juist de exclusieve kenmerken van die grote leiders waren. De meest genoemde kenmerken waren intelligentie, zelfverzekerdheid, doorzettingsvermogen, integriteit en sociale vaardigheid.[20] Deze theorie erkende verder dat naast de aangeboren eigenschappen, een aantal eigenschappen ook door opleiding ontwikkeld konden worden.

Geleidelijk aan ontstond vervolgens het inzicht dat er geen unieke set aan kwaliteiten bestond om leiderschap in elke situatie te verklaren en dat bovendien de verklaring voor het succes van leiders te maken had met hun gedragingen. Deze inzichten uit de jaren 1940 en 1950 vormden de *behavioral theory*, de gedragstheorie.[21] Hierin werden gedragingen van leiders bestudeerd, wat resulteerde in het omschrijven van leiderschapsstijlen, zoals de democratische versus de autocratische stijl en de taakgerichte versus de relatiegerichte stijl.

Het duurde tot 1960 toen de *contingency theory* stelde dat leiderschap afhankelijk (contingent) is van de situatie en de context.[22] Een variant hierop is de *situational leadership theory* waarin vier stijlen worden omschreven die de leider moet toepassen al naargelang de fase van ontwikkeling waarin de medewerker zich bevindt.[23] Deze, overigens weinig empirisch onderbouwde theorie, is eerder reactief van ingesteldheid: welke stijl pas je toe wanneer je wát vaststelt?

Het tegenwicht kwam in 1978 van *transformationeel leiderschap*, waarbij de leider door zijn visie, maar ook door zijn persoonlijkheid, medewerkers probeert te stimuleren tot het veranderen (transformatie) van de situatie: een meer proactieve benadering dus.[24] Sindsdien wordt leiderschap gedefinieerd als 'een proces waarbij een individu invloed uitoefent op een groep mensen om gemeenschappelijke doelen te bereiken'.[25]

Leiderschap gaat in deze definitie in de eerste plaats en in essentie over *invloed*, over impact. Een leider probeert dingen in beweging te krijgen, te veranderen, te verbeteren. Dat doet hij via een aantal *gedragingen*, zoals inspireren, aanmoedigen, faciliteren. Transformationeel leiderschap omvat vier gedragsstrategieën, alom bekend als 'de 4 I's': inspirerend motiveren, invloed uitoefenen vanuit idealen, mensen individueel begeleiden en intellectueel stimuleren. Via deze 4 I's doet de leider mensen hun eigenbelang overstijgen voor een hoger gemeenschappelijk doel en bevordert hij de persoonlijke groei van de medewerkers én de groei van het team of de organisatie. In deze theorie wordt leiderschap nog steeds toegeschreven aan een individu, en persoonlijkheid speelt net als in de kenmerktheorie nog altijd een rol. Daarnaast is er sprake van teamleden, in wetenschappelijke termen 'volgers' genoemd. Als we verderop over dienend leiderschap zullen spreken, nemen die een nog prominentere plek in.