

Verpleegkundig leiderschap in de ziekenhuispraktijk

Een onderzoek naar de beleving, ervaringen en zelfbeoordeling van leiderschapscompetenties door verpleegkundigen in een topklinisch ziekenhuis

Margreet van der Cingel, Richtsje Andela en Hans Barf

Samenvatting

DOEL: Dit onderzoek heeft de beleving van ziekenhuisverpleegkundigen over betekenis en toepassing van leiderschapscompetenties in verpleegkundig handelen in kaart gebracht. Daarnaast was het onderzoek gericht op bewustwording van de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap.

METHODE: Het betreft een mixed-methods onderzoeksdesign met kwalitatieve data van 75 diepte-interviews en 24 focusgroepen over een periode van 2 jaar en kwantitatieve data van 430 verpleegkundigen.

RESULTATEN: Verpleegkundig leiderschap blijkt vooral gerelateerd aan opkomen voor patiënten vanuit expertise waarvan concrete voorbeelden werden gevonden. Tegelijk blijkt dat verpleegkundigen zich niet volledig bekwaam achten op bachelor niveau; op competenties zoals evidence based practice (EBP), zelfmanagement bevorderen en gezamenlijke besluitvorming is sprake van kennistekorten. Factoren die de ontwikkeling van leiderschap bevorderen zijn werkcultuur-gebonden.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE: Inzetten op vergroten van bewustwording van zowel onbewuste bekwaamheid als onbekwaamheid naast een veilige teamsfeer zijn belangrijke stappen in de ontwikkeling van klinisch leiderschap. Hierin zijn reflectie en uitwisseling van goede voorbeeldsituaties ondersteunend. Het onderzoek levert een model voor verpleegkundig leiderschap op dat laat zien hoe persoonlijke leiderschapscompetenties door alle verpleegkundigen, ongeacht het functieniveau, worden ingezet in combinatie met expertise die aan het functie- en opleidingsniveau is gekoppeld en waarbij gedeeld leiderschap als een gezamenlijke opdracht in teamverband wordt beoefend.

Trefwoorden: model verpleegkundig leiderschap, professionalisering, competenties, goede ziekenhuiszorg.

Wat is bekend?

- Verpleegkundig leiderschap is van invloed op goede kwaliteit van verpleegkundige zorg en behoud en empowerment van verpleegkundigen. De ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap vraagt echter bewustwording en eigenaarschap van verpleegkundigen zelf.

Wat is nieuw?

- Verpleegkundig leiderschap wordt beschreven zoals dit door verpleegkundigen zelf wordt ervaren en getoond in hun dagelijks handelen.
- Leiderschap, weergegeven in een empirisch model, bestaat volgens verpleegkundigen uit een basis van persoonlijke leiderschapscompetenties die gecombineerd met specifieke deskundigheid in een veilige teamsfeer als gezamenlijk leiderschap tot bloei kan komen.
- Verpleegkundig leiderschap uit zich in onbewuste bekwaamheid in dagelijks handelen volgens kernbegrippen van het BN2020 profiel die als voorbeeld en rolmodelsituaties kunnen dienen.

Wat is de relevantie?

- Het empirisch model verpleegkundig leiderschap biedt handvatten voor de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap in de dagelijkse praktijk, het onderwijs en vervolgonderzoek, hetgeen nodig is gezien het kunnen handhaven van goede verpleegkundige zorg en het behoud van verpleegkundigen voor het beroep.

Inleiding

Verpleegkundig leiderschap is een vaak genoemde term in vakliteratuur, opleidingsprogramma's en onderzoek. Een 'quick & dirty' zoeken in de database CINAHL laat zien dat sinds 2010 ruim 5000 publicaties zijn verschenen over verpleegkundig leiderschap, de meeste in de context van ziekenhuiscare. Leiderschap wordt gerelateerd aan verbeteringen in kwaliteit van zorg, verpleeg-sensitieve zorguitkomsten, niet-verrichte zorg, tekorten in de zorg en werktevredenheid van verpleegkundigen (1). Kortom, verpleegkundig leiderschap veronderstelt veel goeds te doen in de huidige, onder druk staande context (2). Verpleegkundige zorg is onderhevig aan medisch-technologische innovaties en de gemiddelde opnameduur in ziekenhuizen wordt steeds korter ondanks een hogere complexiteit van zorg van de ouder wordende patiëntenpopulatie (3). Tegelijkertijd willen verpleegkundigen graag vanuit hun motivatie om voor anderen van betekenis te zijn, zo optimaal mogelijk zorg verlenen (4). Dat goede zorg niet vanzelfsprekend is werd tijdens de COVID-19 crisis prangend duidelijk, waarmee de roep om verpleegkundig leiderschap alleen maar werd versterkt.

Opvattingen over verpleegkundig leiderschap

Verpleegkundig leiders kennen we sinds de moderne verpleegkunde bestaat. Meestal wordt gedacht aan historische boegbeelden, of verpleegkundigen in hogere posities. Hoewel zulke leiders goed leiderschap kunnen laten zien, zijn leiderschap en leidinggeven twee verschillende zaken. Met verpleegkundig leiderschap wordt niet langer het uitoefenen van invloed in een hiërarchische positie bedoeld, maar het doelbewust uitoefenen van invloed als professioneel zorgverlener. Verpleegkundigen zelf zijn aan zet om leiderschap uit te oefenen in de dagelijkse praktijk (5). Daarbij kan leiderschap zich richten op het verlenen van deskundige en goede patiëntenzorg maar ook op het opkomen voor een goede positie in de zorgorganisatie (6,7). Verpleegkundig leiderschap wordt in verschillende vormen beschreven. Een eerste vorm is gericht op het eigen handelen van verpleegkundigen, zoals leiderschap tonen bij preventie of gezamenlijke besluitvorming. Deze vorm wordt klinisch of vakinhoudelijk leiderschap genoemd. Daarnaast wordt een tweede vorm moreel-ethisch leiderschap genoemd, waarbij keuzes in uitvoer van zorg moeten leiden tot goede zorg. Een derde vorm is professioneel of beroepsmatig leiderschap, deze vorm wordt vaak met de term zeggenschap aangeduid (8).

De noodzaak voor verpleegkundig leiderschap

Verpleegkundig leiderschap wordt verondersteld zinvol te zijn in alle domeinen van verpleegkundige zorg (9). Maar wanneer patiënten zich in een afhankelijke zorgsituatie bevinden, is er zeker behoefte aan steun om op te komen, voor wat voor hen belangrijk is. Het is bekend dat mensen zodra ze in een ziekenhuis worden opgenomen, zich naar de afhankelijke patiëntrol gedragen; zelfs wanneer ze in het dagelijkse leven mondige mensen zijn (10). Dat betekent dat professionals er niet vanuit kunnen gaan dat patiënten aangeven wat hun wensen en behoeften zijn bij gezondheidsproblemen. Dat kan resulteren in minder goede of zelfs slechte zorg. Evidence based practice (EBP) en persoonsgericht handelen betekenen dat afwegingen worden gemaakt op basis van de best beschikbare (wetenschappelijke) kennis, ervaringskennis van professionals en wensen, voorkeuren en ervaringskennis van de zorgvrager (11). De noodzaak om patiënten vanuit deskundigheid te ondersteunen naar meer zelfregie, bij preventie van gezondheidsproblemen en het vormgeven van persoonsgerichte zorg zijn belangrijke redenen voor de opkomst van verpleegkundig leiderschap (12). Daarnaast geeft vroegtijdig vertrek van (student-)verpleegkundigen een zwaarwegend argument om in te zetten op verpleegkundig leiderschap. Redenen voor vertrek hangen samen met de mate waarin sprake is van de mogelijkheid verpleegkundig leiderschap te tonen of te ontwikkelen (13).  jonge (student-)verpleegkundigen hebben een beeld van het beroep waarin ze hun motivatie om van betekenis kunnen zijn voor mensen die zorg behoeven,

kwijt kunnen (14). Ze hebben de verwachting dat ze dat kunnen doen in een positieve werkcultuur. Wanneer deze verwachtingen door negatieve stage-ervaringen teniet worden gedaan, haakt een deel van hen af (15). Deze redenen doen zich ook na diplomering voor en leiden eveneens tot overwegingen te stoppen en uitval (16).

Onderzoek naar verpleegkundig leiderschap

Ondanks dat er inmiddels veel bekend is over de effecten van verpleegkundig leiderschap, is er opvallend weinig onderzoek gedaan naar wat verpleegkundigen zelf onder verpleegkundig leiderschap verstaan en hoe zij dit concreet vormgeven in de dagelijkse praktijk (9). Wanneer we verpleegkundigen willen aanmoedigen verpleegkundig leiderschap te laten zien en te ontwikkelen, is het zinvol hun eigen perspectief te erkennen en als aanknopingspunt voor verandering aan te grijpen. Daarom laten we verpleegkundigen in dit onderzoek zelf aan het woord en is er naar goede voorbeelden van leiderschap gezocht, die als rolmodelsituaties kunnen dienen. Het onderzoek is uitgevoerd onder verpleegkundigen in het STZ-ziekenhuis (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen) Medisch Centrum Leeuwarden door onderzoekers en student-onderzoekers verpleegkunde van het lectoraat Leiderschap & Identiteit in het verpleegkundig domein NHL Stenden/Medisch Centrum Leeuwarden.

Doel

Het onderzoek heeft als doel empirische kennis en hulpmiddelen voor leiderschapsontwikkeling te verwerven en bewustwording over verpleegkundig leiderschap onder ziekenhuisverpleegkundigen te bevorderen. Dit wordt ten eerste gedaan door leiderschap vanuit de beleving van ziekenhuis verpleegkundigen te beschrijven. Ten tweede volgen beschrijvingen van verpleegkundig leiderschap in concreet gedrag. Dit is gedaan door praktijksituaties uit te vragen over het handelen volgens de Canadian Medical Competency framework (Canmeds)-rollen zoals beschreven in het landelijk Bachelor of Nursing 2020 opleidingsprofiel (BN2020). Ten derde wordt, door een koppeling tussen zelfbeoordelingen van het dagelijks professioneel handelen en het BN2020 opleidingsprofiel, beschreven welk gedrag verpleegkundigen laten zien dat gerelateerd is aan leiderschap.

Uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd als actiegericht mixed-method meerjarig onderzoek met verschillende, deels gelijktijdig uitgevoerde deelstudies. Actieonderzoek kenmerkt zich door kennis te verzamelen en terug te geven in een cyclisch proces gericht op empowerment van de betrokken doelgroep. De actiegericht uitgevoerde werd gedaan door de toepassing van Practice Development (PD) methoden op de zogenoemde proeftuinafdelingen voor functiedifferentiatie. In het proces van functiedifferentiatie kunnen verpleegkundigen aangeven of zij zich tot het bachelor niveau willen ontwikkelen. In samenspraak met betrokken teams werd geprioriteerd welke competentie centraal zou staan en waaraan vervolgens gewerkt zou worden. Samen met deze actiegericht aanpak werd kwalitatieve dataverzameling gedaan. Het verloop van die aanpak per verpleegafdeling wordt omwille van de omvang van dit artikel niet beschreven. Daarnaast is voor de kwantitatieve studie gebruik gemaakt van geanonimiseerde data van zelfbeoordelingen door verpleegkundigen op verpleegkundige competenties in een nulmeting. Voorafgaand aan dataverzameling in de studies werd aan participanten toestemming gevraagd en verkregen voor zowel de focusgroepen als diepte-interviews. Toestemming voor het gebruik van de geanonimiseerde kwantitatieve gegevens op organisatieniveau was middels akkoordverklaring van respondenten in de zelfbeoordeling opgenomen.

Theoretisch raamwerk

Tabel 1. Overzicht indeling kernbegrippen in 3 vormen van leiderschap; gearceerde begrippen zijn onderzocht in deelstudies. De kleuren geven aan welke van die onderzochte kernbegrippen volgens experts in een vorm van leiderschap passen.

Kernbegrippen in Canmeds-rollen en competenties	Klinisch leiderschap	Professioneel leiderschap	Moreel-ethisch leiderschap
Klinisch redeneren 	9	2	5
Uitvoeren van zorg 	9	2	6
Zelfmanagement versterken 	9	3	6
Indiceren van zorg	9	5	5
Persoonsgerichte communicatie	7	5	7
Inzet informatie- en communicatietechnologie (ICT)	5	8	4
Professionele relatie  	7	8	9
Gezamenlijke besluitvorming  	8	3	9
Multidisciplinair samenwerken  	9	8	7
Continuïteit van zorg	8	3	4
Onderzoekend vermogen   	10	9	8
Inzet EBP	9	9	6
Deskundigheidsbevordering	2	10	3
Professionele reflectie  	5	10	10
Morele sensitiviteit	5	0	10
Preventie gericht analyseren	9	0	3
Gezond gedrag bevorderen	8	0	6
Verpleegkundig leiderschap   	8	10	9
Coördinatie van zorg	6	3	2
Veiligheid bevorderen	9	9	6
Verpleegkundig ondernemerschap	0	8	2
Kwaliteit van zorg leveren   	9	9	10
Participeren in kwaliteitszorg	6	9	4
Professioneel gedrag   	8	10	9

 kernbegrippen uit BN2020 zijn in het gehele onderzoek als uitgangspunt gebruikt. In BN2020 worden 7 Canmeds-rollen in competenties beschreven, die per rol in 24 kernbegrippen zijn uitgewerkt. Hiervoor is gekozen omdat de Canmeds-rollen landelijk en internationaal worden gehanteerd voor functie- en beroepsprofielen in de gezondheidszorg. Hierdoor is sprake van een herkenbaar referentiekader in zowel de verpleegkundige als interprofessionele samenwerking. Bovendien zijn de betreffende kernbegrippen uitgewerkt naar benodigde kennis, vaardigheden en attitude beschrijvingen en een verpleegkundige Body of Knowledge & Skills (BoKS). Hiermee bieden de kernbegrippen houvast voor concreet en in de dagelijkse praktijk herkenbaar verpleegkundig onderbouwd handelen zoals in de inzet van EBP, multidisciplinaire samenwerking of professioneel gedrag. Om de 24 kernbegrippen van het BN2020 profiel in te delen in 3 vormen van leiderschap werd een Delphistudie gedaan.

De Delphistudie is gedaan omdat de resultaten van de kwalitatieve studies met behulp van deze indeling theoretisch geordend en geduid kunnen worden en omdat deze indeling een praktisch hulpmiddel biedt aan verpleegkundigen om te herkennen waar ze in de dagelijkse praktijk specifiek leiderschap kunnen ontwikkelen en tonen (zie Tabel 1.).

Onderzoeksvragen

1. Wat is verpleegkundig leiderschap, beschreven in generieke leiderschapscompetenties (leiderschapsgedrag) volgens ziekenhuisverpleegkundigen?
2. Hoe ziet verpleegkundig leiderschap uitgevoerd door ziekenhuisverpleegkundigen er concreet uit in relatie tot de toepassing van verpleegkundig handelen volgens de kernbegrippen BN2020?
3. Hoe beoordelen ziekenhuisverpleegkundigen hun verpleeg-

Delphistudie indeling kernbegrippen in 3 vormen van leiderschap

Voor de studie werden 13 inhoudsexperts benaderd. Dit was een mix van verpleegkunde docenten en verplegingswetenschappers uit de onderzoeksgroep Zorg en Welzijn van de NHL Stenden Hogeschool, waarvan 10 experts bereid waren te participeren. In twee rondes werd hun gevraagd om een kernbegrip in te delen bij een vorm van leiderschap. Hiervoor werd de beschrijving van de kernbegrippen in BN2020 gebruikt en een beschrijving van de drie vormen van leiderschap (8). In de eerste ronde werd gevraagd om aan te geven of het kernbegrip wel of niet bij een vorm van leiderschap paste. De kernbegrippen waarover in de eerste ronde verdeeldheid bestond, namelijk die door minimaal drie en maximaal zeven experts was ingedeeld bij een vorm van leiderschap (tweede en derde kwartiel) werden in de tweede ronde opnieuw beoordeeld. In de tweede ronde werd gevraagd of een kernbegrip paste bij een vorm van leiderschap door te kiezen voor: past heel goed, past goed, past niet, past helemaal niet. Zo konden na twee rondes 22 van de 24 kernbegrippen worden ingedeeld. Over de kernbegrippen Persoonsgerichte communicatie en Coördinatie van zorg bleef verdeeldheid bestaan (zie tabel 1.).

kundig handelen vertaald naar de kernbegrippen BN2020 in 3 vormen van verpleegkundig leiderschap?

De eerste twee onderzoeksvragen werden in de kwalitatieve deelstudies beantwoord, de derde onderzoeksvraag in de kwantitatieve studie. Daarom worden eerst de dataverzameling, analyse en resultaten van de kwalitatieve deelstudies separaat beschreven, gevolgd door eveneens de dataverzameling, analyse en resultaten van de kwantitatieve studie als geheel. Daarna volgen de discussie en conclusie met de implicaties voor de praktijk over het gehele onderzoek.

KWALITATIEVE DEELSTUDIES

Dataverzameling

Dit betroffen 17 deelstudies in de periode 2018-2020 waarin verpleegkundigen in 34 diepte-interviews en 24 focusgroep-interviews zijn bevraagd over verpleegkundig leiderschap en concreet leiderschapsgedrag tijdens de toepassing van 11 van de 24 kernbegrippen (zie Tabel 1.). De participerende verpleegkundigen betroffen verpleegkundigen met diverse opleidingsachtergronden (in-service, mbo- en hbo-opleidingen). De 2^e onderzoeksvraag over de concrete uitvoering van leiderschap werd toegespitst door situaties uit te vragen over leiderschap bij het handelen in betreffend kernbegrip van de deelstudie. Daarnaast werden in 2020 ten tijde van de COVID-19 crisis 6 deelstudies verricht waarin 41 hbo-studentverpleegkundigen in diepte-interviews zijn bevraagd naar hun ervaringen tijdens praktijkstages met verpleegkundig leiderschap en concreet leiderschapsgedrag tijdens hun praktijkstage. Dataverzameling in het onderzoek werd onder begeleiding van lectoraatsonderzoekers gedaan door 4e-jaars hbo-verpleegkunde studenten op 4 verpleegafdelingen met de specialismen vaatchirurgie, oncologie, geriatrie en cardiologie gedurende 1 of 2 semesters op de proeftuinafdelingen voor functiedifferentiatie. De studenten ontvingen training in actieonderzoek, interviewtechniek en basale kwalitatieve data-analyse en werden intensief begeleid, o.a. door aanwezigheid van lectoraatsonderzoekers bij enkele focusgroepen of interviews en het bespreken van opnames en transcripten van diepte-interviews. In elke deelstudie werden in 3 focusgroepen per afdeling naar algemene competenties van verpleegkundig leiderschap gevraagd en werden vragen omtrent een specifiek, door betreffende afdeling gekozen kernbegrip, zoals klinisch redeneren of gezamenlijke besluitvorming geïnventariseerd, gethematiseerd en besproken. Dit werd gedaan door gebruik te maken van PD methoden zoals het houden van een 'claims, concerns, en issues'. Voor de verpleegkundige teams betekent dit dat onderzoek en ontwikkeltrajecten geïntegreerd werden en dat de besproken kernbegrippen in het functiedifferentiatie-traject vervolg kregen. Daarnaast werden diepte-interviews met 34 verpleegkundigen van diverse verpleegafdelingen gehouden, waarvoor per uit te vragen kernbegrip topicslijsten door studenten werden ontwikkeld, die door de onderzoekers werden gecontroleerd in relatie tot de hoofdvragen en betreffende kernbegrip zoals in BN2020 geformuleerd. De verpleegkundigen werden gerekruteerd via de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) van het ziekenhuis. Derde en vierdejaars hbo-verpleegkunde studenten werden via de opleiding verpleegkunde van de NHL Stenden hogeschool uitgenodigd, de interviews werden digitaal afgenomen.

Data-analyse

De kwalitatieve data werd getranscribeerd en geanalyseerd in Atlas-Ti, waarbij onafhankelijke codering van de deelstudies door studentonderzoekers werd gedaan. De studentonderzoekers werden daarbij geïnstrueerd om de systematiek van omgaan met de data en het open coderen op een eenduidige wijze in Atlas-Ti te hanteren (17). De deelstudies zijn vervolgens in Atlas-Ti samengevoegd door het onderzoeksteam. 'Affinity diagramming' werd als methode voor het vaststellen van codegroepen en thema's gehan-

teerd. Met de samengevoegde coderingen van de eerste 7 deelstudies ontstond een voorlopig empirisch model voor verpleegkundig leiderschap (18). Na toevoeging van 10 volgende deelstudies werd een codeboom ontwikkeld met 171 codes in 20 codegroepen. Dit werd inductief gedaan in een thematische analyse, wat betreft de codes die gerelateerd waren aan generieke leiderschapsaspecten, waarbij 'thick descriptions' ontstonden. De codes in de codegroepen voor de onderzochte kernbegrippen werden deductief op basis van de omschrijvingen van kernbegrippen in BN2020 ingedeeld. In het kader van het vergroten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden diverse stappen gezet. Studentonderzoekers volgden voor de deelstudies een gestructureerde methode waarbij onafhankelijke codering in duo's met elkaar vergeleken werd tot consensus over een codeboom ontstond en die steeds aan de lectoraatsonderzoekers werd voorgelegd (19). Voor de samengevoegde deelstudies werd de codering, codegroepen en thema's van de studenten door een onafhankelijk onderzoeker her-beoordeeld en in het onderzoeksteam op face-validiteit bekeken door opnieuw een 'affinity diagramming' uit te voeren. Ook de 'thick descriptions' van de generieke leiderschapsaspecten werden door de leden van het onderzoeksteam onafhankelijk van elkaar beoordeeld en aangevuld. Daarnaast werd in een aparte analyse door onderzoekers van het onderzoeksteam onafhankelijk van elkaar naar concrete voorbeelden van leiderschap gekoppeld aan kernbegrippen in de data gezocht.

Resultaten

Generieke aspecten in verpleegkundig leiderschap

In antwoord op de vraag wat verpleegkundigen onder leiderschap verstaan komen 5 thema's naar voren, en worden bevorderende en belemmerende factoren aangegeven. Verpleegkundigen hebben een diverse kijk op verpleegkundig leiderschap. Men ziet verpleegkundig leiderschap als een breed begrip waaronder veel verschillende aspecten van het werk vallen. Daarbij denkt men aan het aansturen van patiëntenzorg, verantwoordelijkheid en initiatief nemen, knelpunten signaleren en oppakken, het monitoren en coördineren van de zorg, opkomen voor de patiënt, en een voorbeeld zijn voor collega's. Men koppelt verpleegkundig leiderschap vooral aan onderzoekend vermogen en de inzet van EBP en het kritisch kijken naar het eigen handelen. Verpleegkundigen vinden dat verpleegkundig leiderschap hoort bij het beroep en niet afhankelijk is van opleiding. Iedereen heeft verpleegkundig leiderschap of zou dat moeten hebben en het kan getoond worden door te laten zien voor welke deskundigheid je als verpleegkundige, en daarmee de professie, staat.

1. Persoonlijk leiderschap voor goede patiëntenzorg

Ziekenhuisverpleegkundigen noemen, wanneer gevraagd wordt naar wat leiderschap is, als eerste elementen van persoonlijke leiderschapskwaliteiten in professioneel gedrag die gericht zijn op 'het beste voor de patiënt' willen doen. Zo beschrijft men leiderschap als het laten zien van gedrag waarbij de verpleegkundige initiatief toont en het voortouw neemt om op te komen voor de (kwetsbare) patiënt en goede patiëntenzorg, daar verantwoordelijkheid voor neemt, niet wacht op een 'opdracht' en de moed toont die daarvoor nodig is. Vaak wordt aangegeven dat dit vanuit ervaring of deskundigheid wordt gedaan.

'...maar ook, hoeveel ruimte neem je (...) ik werk hier nu al langer en heb de ervaring wel, dus ik durf me wel te mengen in een gesprek (...) met de arts, familie en patiënt, dan bespreek ik wel wat ik heb gezien en wat ik heb ervaren. Ik denk dat je je moet laten horen'.

Concreet betekent verpleegkundig leiderschap volgens verpleegkundigen vooruitdenken vanuit deskundigheid over wat nodig is voor een patiënt, en waakzaam zijn voor wat voor de patiënt belangrijk is en ruimte nemen om bewust eigen deskundigheid

in te brengen in de samenwerking. Verpleegkundig leiderschap houdt tegelijkertijd opkomen voor 'jezelf als verpleegkundige' en de eigen professie in. Het gaat daarbij vooral om meedenken met de artsen, de eigen (professionele) mening verwoorden, ook als die afwijkt van wat bijvoorbeeld het team vindt. Wanneer op basis van deskundigheid bij patiënten gesignaleerd wordt dat actie nodig is, handelen verpleegkundigen daar naar en 'pakken' daarbij de autonomie. De voorbeelden die hierbij worden benoemd zijn ook voorbeelden van persoonsgerichte zorg en moreel-ethisch leiderschap: niet alleen de juiste verpleegtechnische zorg geven, maar ook het goede, gericht op het welbevinden van een patiënt, willen doen, moet centraal staan.

'...Gewoon echt op vrijdagmiddag een slechtnieuwsgesprek en iemand wil naar huis en dat we dan ... er alles aan doen in het weekend om alles te regelen.'

In deze uitspraak is te zien dat verpleegkundig leiderschap niet alleen als een persoonlijke kwaliteit wordt opgevat, maar expliciet als gezamenlijk te realiseren fenomeen.

2. Verpleegkundig Leiderschap als gezamenlijke opdracht in het team verpleegkundigen

Het is van belang te onderkennen dat verpleegkundig leiderschap vooral in samenwerking in een team tot bloei kan komen. Participanten beschrijven hoe samenwerking en collegiaal overleg voor hen verpleegkundig leiderschap betekent en hoe hen dit individueel ondersteunt om leiderschap te laten zien. Daarbij zijn de belangrijkste voorwaarden dat er voldoende veiligheid en een open transparante communicatie in het team is en respect voor ieders eigenheid en onderling verschillende kwaliteiten. De hbo-verpleegkunde studenten geven hierover aan dat zij, als afhankelijke van een goede stagebeoordeling, een kwetsbare positie hebben en dat een veilige werkcultuur in een team, waarin leden elkaar waarderen en helpen, hen helpt om aan leiderschapscompetenties te kunnen werken. Het is belangrijk teamsamenwerking te zien als een proces waarin teamleden van elkaar mogen leren om zich te kunnen ontwikkelen.

'Nou ik denk daarbij vooral, dat je samen zeg maar in het team als verpleegkundigen op zoek gaat naar hoe je het beste uit elkaar kunt halen en elkaars kwaliteiten eigenlijk maximaal ziet te benutten.'

Zo ontstaat er ruimte om elkaar te stimuleren, de moed om elkaar feedback te geven en te ontvangen, grenzen aan te geven, assertief te zijn en elkaar te ondersteunen. Oudere collega's of collega's met meer ervaring pakken mogelijk makkelijker de leiderschapsrol dan jongere collega's. Belangrijk is daarom jongere collega's te empoweren om leiderschap te tonen, onder andere door vraagstukken te bespreken zodat iedereen zijn mening kan delen.

3. Leiderschap in een voorbeeldrol naar collega's en aankomende collega's

Wanneer aan de orde komt hoe men verpleegkundig leiderschap concreet in de dagelijkse praktijk laat zien, geven verpleegkundigen aan dat ze leiderschap zien als 'breed' aanwezig in het functioneren. Het betekent dat in al het dagelijks gedrag te zien is dat men zich profileert en een voorbeeld voor anderen is. Ook hbo-verpleegkunde studenten zijn zich al bewust van een voorbeeldrol. Goede voorbeelden van verpleegkundig leiderschap worden ook van diverse collega's 'afgekeken'.

'Ik denk dat bijna elke verpleegkundige wel bepaalde eigenschappen heeft waarvan je denkt: o dat wil ik ook zo hebben.'

Men vindt dat het gaat om gedrag waarin de verpleegkundige opkomt voor de patiënt en diens naasten, overzicht en een sturende rol heeft in goede zorgverlening, positie inneemt in de zorg

rondom de patiënt naar collega's, patiënten en familie, artsen en andere disciplines en verantwoordelijkheid neemt voor het eigen handelen.

4. Inzetten van expertise bij het tonen van verpleegkundig (klinisch) leiderschap

Participanten geven aan hoe kennis en deskundigheid hen helpt in het tonen van leiderschap. Verpleegkundig leiderschap betekent volgens participanten heel expliciet bewust bekwaam handelen vanuit deskundigheid zoals in klinisch redeneren. Daarbij is nodig dat verpleegkundigen zorgsituaties goed kunnen inschatten en daarbij vooruit kunnen denken. Voorwaardelijk is dat verpleegkundige kennis wordt bijgehouden, dat elkaar kennis wordt aangereikt en men van elkaar leert, en dat keuzes in de directe beroepsuitoefening kunnen worden onderbouwd met argumenten. Ook wordt benoemd dat je niet iets doet waar je niet zeker over bent.

'Ik vind dat je alles moet kunnen onderbouwen. Waarom je iets doet, je hebt wel de verantwoording. Het gaat wel om mensenlevens.'

Daarbij wordt aangegeven dat men van elkaar leert, maar ook zelf verantwoordelijkheid heeft de vakkennis bij te houden en deze te gebruiken in de directe beroepsuitoefening.

5. Opvattingen huidige stand van zaken verpleegkundig leiderschap en beïnvloedende factoren

Een deel van verpleegkundigen geven aan dat ze verpleegkundig leiderschap opvatten als een aspect van hun werk waarvan men vindt dat het bij het vak hoort dat er mogelijk altijd al was, maar dat nu leiderschap wordt genoemd.

'...nu heeft dat dan weer een naam verpleegkundig leiderschap. En misschien over een paar jaar heet dat weer anders.'

Tegelijkertijd blijkt dat leiderschap toepassen vooral nog van de persoon van de verpleegkundige afhankelijk is en van verpleegkundigen in het team die zaken zoals onderzoek en kennis bijhouden oppakken. Leiderschap laten zien wordt met name in relatie tot senioriteit en ervaring genoemd, vooral wanneer het gaat om durf en zekerheid over eigen handelen. Ook de hbo-verpleegkunde studenten ervaren dat met meer kennis en werkervaring zij meer verpleegkundig leiderschap durven laten zien. Men noemt dat er een proces van bewustwording op gang gebracht is, o.a. onder invloed van functiedifferentiatie en landelijke ontwikkelingen. Men vond altijd wel dat leiderschap belangrijk was, maar er wordt meer opgekomen voor de eigen rol. Leiderschap is van belang voor iedere verpleegkundige, niet alleen voor leidinggevendenden of verpleegkundigen in bepaalde functies. Dit besef dringt door wanneer verpleegkundigen zich realiseren dat je met verpleegkundig leiderschap goede zorg voor de patiënt, veranderingen in de organisatie en verbeteringen voor de beroepsgroep kunt bereiken.

'...ik merk nu ook dat ik ook invloed kan hebben op natuurlijk mijn eigen doen en laten, hoe ik als verpleegkundige in mijn vak sta en hoe ik dat uitoefen en wat ik kan bereiken als verpleegkundige. Maar ook dat ik invloed heb op mijn unithoofd en ik heb invloed op de organisatie en ik heb invloed op de thuiszorg, die een patiënt moet krijgen als zij met ontslag gaan. Dus ik ben mij wel meer bewust geworden van het feit dat ik veel meer door mijn leiderschap, nog veel meer kan bereiken.'

Dit kan bijvoorbeeld door werkprocessen anders te organiseren zoals een patiënt inbrengen in de bespreking. Daarvoor is reflectie nodig, en het meer bewust kijken naar je handelen en het effect daarvan. Ook geven verpleegkundigen aan hoe ze denken dat de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd door leiderschap te tonen. Bewustwording ten aanzien van verpleegkundig leiderschap begint door in het team er over te praten. Door mee te doen aan het onderzoek is men zich meer bewust geworden.

Bevorderende en belemmerende factoren

Verpleegkundigen noemen zowel bevorderende als belemmerende factoren in het verder ontwikkelen van verpleegkundig leiderschap. Als positief beïnvloedende factoren wordt door verpleegkundigen aangegeven dat het van belang is over het dagelijks werk na te denken. Reflectie, door vragen van stagiaires en door onderwerpen en gebeurtenissen in het dagelijks werk te bespreken met elkaar is helpend.

‘Dat je evalueert hoe het gegaan is. Als je een moeilijke casus hebt gehad, dat je dan ook feedback over jezelf durft te geven. Dat je dingen anders had kunnen doen.’ 

Belangrijk is dat de sfeer goed is in het team. Wanneer collega's elkaar steunen en er een goede sfeer is in het team is er ruimte om vragen te stellen, om hulp te vragen en feedback te geven. Complimentjes geven werkt daarbij goed. Veel verpleegkundigen noemen het belang van een goede relatie met alle disciplines, zoals artsen die naar verpleegkundigen luisteren, helpend. Het is belangrijk om bewust na te denken over hoe dingen gaan, daarover samen te evalueren en in staat te zijn kritisch naar jezelf te kijken. Zo kunnen nieuwe ideeën ontstaan. Belangrijke aspecten in de werkcultuur en werksfeer zijn voldoende veiligheid in het team, het elkaar inspireren en motiveren en in zijn algemeenheid een positieve sfeer in het team en het werken met elkaar.

‘Nou als de sfeer goed is, iedereen lekker in z'n vel zit en het goed op de afdeling loopt. Ik denk dat iedereen dan heel gemotiveerd blijft, omdat het dan een geoliede machine is.’

Omgekeerd worden als negatief beïnvloedende factoren een onveilige samenwerking en onprettige werksfeer genoemd, of te weinig afstemming onderling in de samenwerking. Veel verpleegkundigen geven aan het soms lastig te vinden om leiderschap te tonen. Daarbij geeft men tijds- en werkdruk en interpersoonlijke eigenschappen aan als reden voor het tonen van te weinig leiderschap. Wanneer er sprake is van te weinig zelfvertrouwen of zelfwaardering van verpleegkundigen is ontwikkeling van leiderschap moeilijk. Dat geldt ook voor een team waarin onveiligheid in de samenwerking heerst. Wanneer verpleegkundigen zich overbluft voelen en angstig zijn te zeggen wat men denkt in een team of in relatie tot de samenwerking met artsen ontstaat er in dagelijkse sleur een negatieve spiraal.

‘Voor een deel denk ik: we doen niet anders, aan de andere kant is het nog steeds eh ... wordt het nog negatief beïnvloed door ofwel hoe wij ons opstellen naar de artsen in de zin van dat we onszelf lager wegzetten ofwel dat we ons overbluft voelen of angst (hebben).’

Ook wanneer er te weinig afstemming onderling is en bij werk- en tijdsdruk geen ruimte is om uit te zoeken en te bespreken wat goede zorg inhoudt, kan leiderschap moeilijk van de grond komen. Wanneer niet wordt voldaan aan voorwaarden zoals kennis en deskundigheidsontwikkeling ontstaat gebrek aan kennis, zo geven verpleegkundigen aan.

‘Bij belemmerend zou ik ook nog gebrek aan kennis noemen, mensen die overtuigd zijn van wat zij denken en daardoor kun je ook moeilijk met elkaar een juiste beslissing maken, want alles is gebaseerd op wat ze denken en hun eigen beleving...’

Verpleegkundig leiderschap in concreet handelen Canmeds-rollen

Naast de vraag wat verpleegkundigen onder leiderschap verstaan stond in elk van de 17 deelstudies met verpleegkundigen en de 6 deelstudies met student verpleegkundigen een aantal kernbegrippen centraal. In deze deelstudies is in focusgroepen en diepte-interviews doorgevraagd over de concretisering van leiderschap

in het handelen (tabel 1). Een weergave van deze resultaten wordt hier voor enkele kernbegrippen illustratief beschreven. In de data werden bovendien voor de meeste competenties goede voorbeelden van leiderschapsgedrag of kenmerkende voorbeeldsituaties gevonden. Deze zijn door de onderzoekers aangevuld met de daarvoor benodigde generieke aspecten van leiderschap en de specifiek daarvoor benodigde kennis vanuit de kernbegrippen van de Canmeds-competenties van het bachelor profiel. Deze voorbeeldsituaties vormen eveneens het basismateriaal voor de hulpmiddelen om verpleegkundig leiderschap verder te ontwikkelen.

Ondersteunen van zelfmanagement

Het ondersteunen van zelfmanagement wordt gezien als het wel of niet overnemen van de zorg en eigen regie van de patiënt. Uit ander onderzoek bleek dat zelfmanagement bevorderen als begrip nog vaak verward wordt met zelfredzaamheid (20). Verpleegkundigen realiseren zich dat ze soms onvoldoende inventariseren wat de patiënt zelf gewend is te doen, waardoor ze minder goed kunnen aansluiten bij de behoeften van de patiënt. Soms is het nodig om tijdelijk de regie van de patiënt over te nemen om het genezingsproces te bespoedigen. Men vindt het wel van belang om daarbij de patiënt te stimuleren en te motiveren.

“Wij zijn geneigd om alles over te nemen, maar het is de bedoeling dat als de mensen weer naar huis gaan dat ze hun regie over zichzelf kunnen houden.”

De samenwerking met de patiënt is niet altijd op gelijkwaardige basis volgens verpleegkundigen. Patiënten stellen zich snel afhankelijk op, kennisoverdracht en informatievoorziening kan soms beter. Lastig is dat wensen van de patiënt niet altijd overeenkomen met wat als goed wordt gezien in de behandeling, herstel of het protocol. De patiënten in hun waarde laten, inzichtelijk krijgen van wensen en betrekken in besluitvorming, is belangrijk, naast geduld hebben en niet te snel handelingen van de patiënt overnemen.

Multidisciplinaire samenwerking

Ten aanzien van de multidisciplinaire samenwerking vinden verpleegkundigen een proactieve houding belangrijk, alsook initiatief nemen en elkaar feedback geven. Ze geven aan dat het belangrijk is dat de ander open staat voor de samenwerking. Daarnaast noemt men vertrouwen en een veilige sfeer waarbij ondersteunen van elkaar nodig is. Verpleegkundigen geven ook aan dat ze zich soms overrompeld voelen door artsen die hen onderbreken en geen andere oplossing willen horen. Men vindt het belangrijk om verschillende perspectieven van alle betrokken zorgverleners mee te laten wegen in de patiëntenzorg, met name wanneer patiënten minder goed in staat zijn dit zelf te doen.

“Dat je als verpleegkundige ook meetelt, dat jouw inbreng ook telt. Dat je dat zo ervaart. Dan kun je leiderschap ook laten zien. Zo van, deze patiënt is psychisch niet helemaal goed, ik noem maar iets, dat je als verpleegkundige toch soms meer boven water krijgt dan een arts en dat je dat in kunt brengen en dat daar naar geluisterd wordt. Ze hoeven er niet altijd wat mee, maar dat er naar geluisterd wordt.”

Onderzoekend vermogen

Het vakgebied bijhouden vinden verpleegkundigen nodig, omdat de zorg zich continu ontwikkelt. Daarbij is een kritische houding onmisbaar. Belangrijk is het om zich te verdiepen in het achterliggende onderzoek of bewijs van hun handelen, zodat je keuzes kan onderbouwen. Als verpleegkundigen afwijken van protocollen, gebeurt dit voornamelijk op basis van de eigen klinische expertise. Verpleegkundigen willen wel weten waar ze mee te maken hebben en zoeken dingen op die ze niet begrijpen. Daarbij wordt weinig gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen. Wel wordt middels evaluatie, reflectie en soms moreel beraad gekeken

Delphistudie indeling items Frenetti-Professionaliteitscan in kernbegrippen

In de Delphistudie hebben drie experts onafhankelijk van elkaar de items ingedeeld bij een kernbegrip, waarbij een eerste en soms tweede of derde keus kernbegrip werd aangegeven (zie Tabel 3.). Hierbij werd gekeken naar het label van het item, het domein waar het item bij was ingedeeld en de bij het item behorende vier gedragsbeschrijvingen. In BN2020 werd gekeken naar de beschrijving van de kernbegrippen met de bijbehorende kennis, vaardigheden en attitude en de Body of Knowledge and Skills (22). De items waarbij in de eerste ronde geen overeenstemming was bereikt werden in een tweede ronde opnieuw bekeken waarbij argumenten voor een keus werden uitgewisseld met als doel om tot consensus te komen. Uiteindelijk resulteerde dit in een definitieve indeling van alle items per domein.

naar ingrijpende gebeurtenissen of het eigen handelen. Stimulerend voor het onderzoekend vermogen is het werken met stagiaires maar ook het samenwerken met collega's. Daarin vinden verpleegkundigen dat je kritisch mag zijn naar collega's, door collega's aan te sporen om na te denken waarom bepaalde dingen op die manier gedaan worden.

"Ik denk dat je collega's, dat je die kunt motiveren. Dat jezelf enthousiast bent dan kun je collega's ook motiveren, maar daar moet je je

wel voor inzetten, je moet wel durven. Je moet wel zeggen van [vuist op tafel] laten we het eens op deze manier proberen... dus je hebt ook feedback nodig van je collega's, maar je moet ook enthousiasme uitstralen denk ik."

Te weinig tijd en werkdruk op de afdeling wordt als belemmering ervaren om vraagstukken op de afdeling uit te zoeken. Er is behoefte aan meer kennis en duidelijke handvatten. Ook vinden verpleegkundigen het belangrijk het gevoel te hebben dat het verpleegkundige beroep serieus wordt genomen.

"In mijn opleiding is dat natuurlijk wel aangeleerd om ook kritisch te kijken, evidence based zijn en daar ook onderzoek naar doen, maar heel eerlijk gebruiken wij dat op de afdeling nog te weinig en ik zelf ook. Ja, ik vind het moeilijk. Onderzoeker: Om die houding aan te nemen? Participant: Ik vind het moeilijk om die artikelen te zoeken en te vinden. Daar gaat zoveel tijd in zitten en die tijd is dan niet op de afdeling beschikbaar, dus dan wordt dat eigen tijd en dan ben ik daar zo lang mee bezig dat daardoor het nieuwsgierige gevoel om op die manier te gaan zoeken weg eb."

KWANTITATIEVE DEELSTUDIE

Dataverzameling

Dit betrof een nulmeting van geanonimiseerde kwantitatieve gegevens van zelfbeoordelingen van 430 verpleegkundigen op 10 verpleegafdelingen, in de Frenetti- Professionaliteitscan, ontwikkeld door F. Vasse (2013-2015)(21). Deze afdelingen waren in de periode 2018-2020 proeftuinafdelingen functiedifferentiatie waar bij de start de zelfbeoordeling afgenomen werd om de competentieontwikkeling van verpleegkundigen in de teams te kunnen volgen. Van deze gegevens is geanonimiseerd gebruik gemaakt om de eigen inschatting van verpleegkundigen over hun functioneren inhoudelijk te koppelen aan de kwalitatieve beleving en uitspraken over hun functioneren op de competenties. De Frenetti-Professionaliteitscan werd echter ontwikkeld voordat het landelijk opleidingsprofiel BN2020 tot stand kwam, maar werd echter wel op de algemene CanMeds-rollen gebaseerd (zie ook: www.frenetti.com). De Professionaliteitscan is psychometrisch gevalideerd op verschillende data sets waarvan de laatste met een n van 3841 (Cronbach's alpha gelijk of >.60 en gelijk of > 40% verklaarde variantie). De 96 items van de Frenetti Professionaliteitscan zijn onderverdeeld in 3 domeinen: Verplegen & Verzorgen (43 items), Samenwerken & Communiceren (24 items) en Managen & Verbeteren (29 items). Ieder item is opgebouwd uit een vaardighedenhiërarchie waarbij de antwoord categorieën specifiek vertaald zijn naar verifieerbare kennis, houding en gedrag passend bij dat item (zie Tabel 2.). Dat wil zeggen dat 4 gedragsbeschrijvingen oplopen in complexiteit van beroepsuitoefening: 1. Beginner, 2. Competent, 3. Volleerd en 4. Expert. Het is een cumulatieve schaal waarbij elke gedragsbeschrijving een vervolg is op de kennis, vaardigheden en attitude van de vorige. De respondent wordt gevraagd om aan te geven welke gedragsbeschrijving het best passend voor zijn huidige werk. Vanaf antwoordcategorie 3 worden gedragsbeschrijvingen van het bachelor niveau beschreven met meer complexe situaties. Gedragsbeschrijvingen in antwoordcategorie 4 beschrij-

Tabel 2. Enkele items van de Frenetti-professionaliteitscan met de vier gedragsbeschrijvingen.

Complicaties signaleren	
1	Ik beschik over basale kennis om in standaardsituaties complicaties te herkennen en kan dit met hulp doorgeven aan artsen
2	Ik beschik over voldoende kennis om in standaardsituaties tijdig patiënten met een verhoogd risico op complicaties te identificeren
3	Ik kan dat ook in complexe situaties, daarnaast kan ik adequaat het optreden van complicaties en het handelen inbrengen in multidisciplinair overleg
4	Ik deel actuele kennis, bewaak het kennisniveau in het team, onderneem actie als blijkt dat er collega's zijn waarbij het niet toereikend is
Evidence Based werken	
1	Ik heb beperkte kennis van de mate waarin mijn handelingen Evidence Based zijn en vraag om hulp aan collega's
2	Ik houd uitkomsten van Evidence Based onderzoek op het terrein van mijn zorg gebied(en) bij, waarbij ik mij laat leiden door anderen wat te doen
3	Waar mogelijk werk ik Evidence Based, monitor en beoordeel ik resultaten, op het niveau van individuele zorgverlening, en deel dit multidisciplinair
4	Daarnaast monitor en beoordeel ik resultaten ook van groepen patiënten, volg kritisch wat werkt, stuur bij waar nodig en ondersteun collega's hierin
Verpleegkundig diagnostiek	
1	Met hulp van anderen kan ik in standaardsituaties een verpleegkundige diagnose opstellen als leidraad voor mijn handelen/interventies
2	Ik kan zelfstandig een verpleegkundige diagnose opstellen aan de hand van voorgeschreven standaarden.
3	Ik kan in complexe situaties zelfstandig aan de hand van standaarden een verpleegkundige diagnose opstellen en tijdig zo nodig bijstellen
4	Ik ondersteun collega's bij het opstellen van verpleegkundige diagnoses, waarbij rekening wordt gehouden met potentiële problemen en risico's



Tabel 3. Indeling (deel van de) items in het domein Verplegen en verzorgen van de Frenetti-professionaliteitsscan in kernbegrippen.

domein	aspect	item	1e kernbegrip	2e kernbegrip	3e kernbegrip
Verplegen en verzorgen	Verpleegkundig proces	Principes verpleegkundig proces	klinisch redeneren		
		Opname, zorgvraag en indicatie	klinisch redeneren	indiceren van zorg	
		Verpleeg- of zorgplan opstellen	continuïteit van zorg	klinisch redeneren	inzet ICT
		Verpleegkundig diagnostiek	klinisch redeneren		
		Zorgresultaten verpleeg-/zorgplan	klinisch redeneren	continuïteit van zorg	uitvoer van zorg
		Overdracht en verslaglegging (zorgdocumentatie)	continuïteit van zorg	indiceren van zorg	inzet ICT
	Verpleegtechnisch en risicobewust handelen	Voorbehouden-/risicovolle handelingen	uitvoer van zorg		
		Verpleegtechnische handelingen	uitvoer van zorg		
		Medische hulp- en ondersteuningsapparatuur	uitvoer van zorg		
	Veiligheid en preventie	Hygiëne voorschriften voor preventie	veiligheid bevorderen	uitvoer van zorg	
		Omgaan met eigen veiligheid en met die van anderen	veiligheid bevorderen		
		Omgaan met ziekenhuisafval	veiligheid bevorderen		
		Hygiënisch werken tijdens verzorging / ADL	veiligheid bevorderen	uitvoer van zorg	
	Medische kennis	Anatomie - fysiologie	klinisch redeneren		
		Somatische ziektebeelden, aandoeningen of beperkingen	klinisch redeneren		
		Farmacologie - farmacotherapie	klinisch redeneren		
		Psychiatrische ziektebeelden, aandoeningen of beperkingen	klinisch redeneren		
		Psychogeriatrische ziektebeelden, aandoeningen of beperkingen	klinisch redeneren		
	Identificeren zorgurgentie	Symptomen herkennen	klinisch redeneren		
		Complicaties signaleren	klinisch redeneren		
		Klinisch redeneren	klinisch redeneren		continuïteit van zorg
		Onverwachte en instabiele situaties (crisisinterventie)	uitvoer van zorg		
		Begeleiden en ondersteuning bij psychosomatiek	persoonsgerichte communicatie	zelfmanagement versterken	
		Identificeren (over)belasting mantelzorgers	zelfmanagement versterken		
	Verpleegkundig kritisch handelen	Beslissen en verpleegkundig handelen	uitvoer van zorg	inzet EBP	gezamenlijke besluitvorming
		Beschrijven en verantwoorden van verpleegkundig handelen	indiceren van zorg	inzet EBP	gezamenlijke besluitvorming
		Evalueren en reflecteren met patiënten en/of naasten	gezamenlijke besluitvorming	professionele relatie	persoonsgerichte communicatie
	Patiënt-/ cliëntgerichtheid	Hospitality (de patiënt welkom doen voelen)	professionele relatie	persoonsgerichte communicatie	
		Relatie met de patiënt en/of naasten	professionele relatie	persoonsgerichte communicatie	
		Patiëntinformatie en voorlichting	gezond gedrag bevorderen		
		Interculturele omgang	persoonsgerichte communicatie	professionele relatie	
	Dienstverlening zorg	Afstemming van de zorg met de patiënt (continuïteit)	persoonsgerichte communicatie	continuïteit van zorg	gezamenlijke besluitvorming

Tabel 4. Kenmerken respondenten Frenetti-professionaliteitscan & Tree-analyse

Kenmerk	Categorie	N	(%)
Gender	man	36	(8,4%)
	vrouw	394	(91,6%)
Leeftijdscategorie	18 tot 25 jaar	75	(17,4%)
	25 tot 30 jaar	95	(22,1%)
	30 tot 35 jaar	52	(12,1%)
	35 tot 40 jaar	46	(10,7%)
	40 tot 45 jaar	34	(7,9%)
	45 tot 50 jaar	40	(9,3%)
	50 tot 55 jaar	35	(8,1%)
	55 tot 60 jaar	34	(7,9%)
	60 tot 65+ jaar	19	(4,4%)
Functie	Verpleegkundig consultant	4	(0,9%)
	Verpleegkundige	277	(64,4%)
	Specialistische verpleegkundige (CZO)	26	(6%)
	Senior verpleegkundige	123	(28,6%)
Contract type	0-16 uur	5	(1,1%)
	17-28 uur	229	(53,2%)
	29-36 uur	196	(45,5%)
Vak-ervaring	0 tot 5 jaar	140	(32,6%)
	5 tot 10 jaar	69	(16,1%)
	10 tot 15 jaar	39	(9,1%)
	15 tot 20 jaar	51	(11,9%)
	20 tot 25 jaar	38	(8,9%)
	25 tot 30 jaar	36	(8,4%)
	30 tot 35 jaar	20	(4,7%)
Initiële opleiding	35 tot 40 jaar	26	(6,1%)
	40 tot >45 jaar	10	(2,3%)
	Inservice-A	85	(19,8%)
	MBO-V	122	(28,4%)
	HBO-V	223	(51,9%)

ven tenslotte vooral aspecten van verpleegkundig leiderschap, beleidsontwikkeling en kwaliteitsverbetering.

Ondanks dat de Frenetti- Professionaliteitscan een andere indeling volgt, beschrijft deze zelfbeoordeling het verpleegkundig handelen zodanig dat de items goed vergelijkbaar zijn met de beschrijving van de 24 kernbegrippen uit BN2020. Om een verantwoorde koppeling te maken werd een tweede Delphistudie gedaan voorafgaand aan de totaalanalyse, omdat de 24 kernbegrippen werden gekoppeld aan de 3 vormen van leiderschap (zie tabel 1), was het daardoor ook mogelijk de data van de Frenetti-Professionaliteitscan aan de drie vormen van leiderschap te relateren.

Data-analyse

De kwantitatieve data zijn geanalyseerd in SPSS Statistics 25. Van de aanvankelijk 435 respondenten werden 5 respondenten uit de analyse uitgesloten, omdat ze op een specifieke polikliniek werkten en niet op een verpleegafdeling. De kenmerken van de respondenten (zie Tabel 4.), data van de 96 items van de Frenetti-Professionaliteitscan en hoe respondenten zichzelf daarop in de nulmeting bij de start van de proeftuin scores zijn opgenomen in SPSS.

naliteitscan en hoe respondenten zichzelf daarop in de nulmeting bij de start van de proeftuin scores zijn opgenomen in SPSS.

Omdat verpleegkundigen niet altijd alles doen in elke situatie of op het hoogst denkbare niveau, is het niet realistisch te veronderstellen dat een verpleegkundige maximaal scoort op alle 96 items van de Frenetti-Professionaliteitscan. Om toch een streef-norm te hebben is gekozen voor een afkappunt van een (gemiddelde) score van 3,5 of hoger voor het bachelor niveau en een (gemiddelde) score onder de 2,5 als ondergrens voor ontwikkeling van het bachelor niveau. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de, op basis van de Delphistudie vastgestelde, herindeling van de 96 items uit de Frenetti-Professionaliteitscan naar de 24 kernbegrippen om deze te kunnen matchen met de kernbegrippen (zie Tabel 3.). Daarbij werden gemiddelde scores berekend per kernbegrip. Voor de analyse op de drie vormen van leiderschap, werden op basis van de 96 items gemiddelde scores berekend over de gezamenlijke items op betreffende vorm van leiderschap. Dit werd gedaan om kernbegrippen met meer items ook zwaarder te laten meewegen in het gemiddelde voor een vorm van leiderschap. Tenslotte zijn zogenoemde tree-analyses gedaan om te bezien in hoeverre er sprake was van samenhang tussen kenmerken van respondenten en de ervaren bekwaamheid op de 3 vormen van leiderschap. Dit paste goed bij het exploratieve karakter van de analyse. Bovendien bleek uit verkennende analyses dat er een grote samenhang was tussen de variabelen leeftijd, vak-ervaring en ervaring op de afdeling. Ook bleek dat bij deze variabelen er geen lineair verband was met de uitkomstvariabelen. Met een tree-analyse worden ook non-lineaire verbanden goed inzichtelijk. Voor deze analyse is gebruik gemaakt van de CHAID-methode, met zowel nominale als ordinale variabelen, inclusief missende waarden, minimum groeps-grootte van $n=25$, Bonferroni posthoc toets en $\alpha = 0.05$.

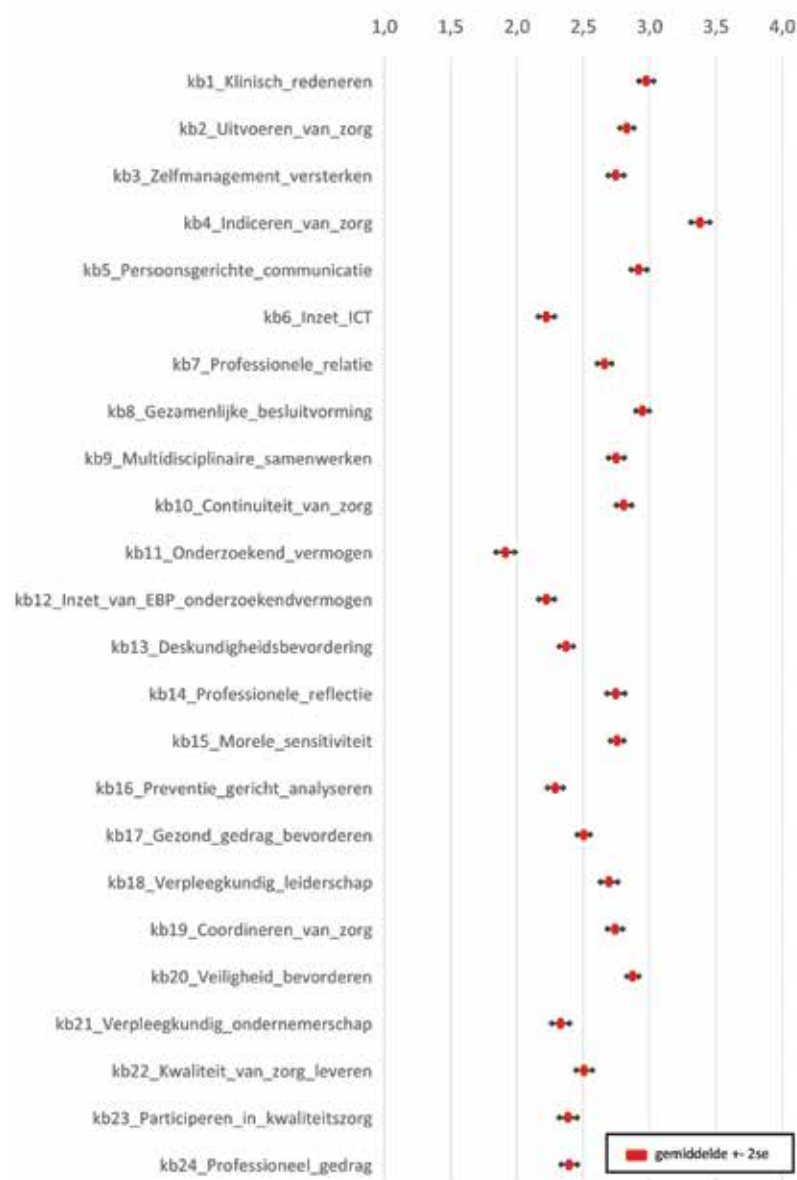
Resultaten van de Frenetti-professionaliteitscan

Onder de 430 respondenten blijken er grote verschillen te zijn in de mate waarin men zich bekwaam voelt op bachelor niveau. De gemiddelde scores per kernbegrip variërend tussen 1,91 en 3,38 (zie Tabel 5. en Tabel 6.). Uitgedrukt in de 24 kernbegrippen bleek dat de respondenten op 16 kernbegrippen boven de ondergrens voor het bachelor niveau ($> 2,5$) aangeven te functioneren. Met andere woorden: zij geven aan zich daar competent tot bekwaam in te voelen. Echter, de gemiddelde scores geven ook aan dat men niet functioneert op het bachelor niveau zoals door de streef-norm ($>3,5$) aangegeven. Op kernbegrippen zoals 'klinisch redeneren' (gem. 2,98) en 'indiceren van zorg' (gem. 3,38), 'persoonsgerichte communicatie' (gem. 2,91) en 'gezamenlijke besluitvorming' (gem. 2,95) voelt men zich het meest bekwaam. Op acht kernbegrippen zoals de kernbegrippen 'inzet ICT' (gem. 2,22), 'inzet EBP' (gem. 2,22) en 'preventiegericht analyseren' (gem. 2,29), maar met name op het kernbegrip van de Canmeds-rol Reflectieve EBP-professionaal 'onderzoekend vermogen' (gem. 1,91) voelt men zich het minst bekwaam. Vertaald naar de drie vormen van leiderschap laten de resultaten zien dat de respondenten zich met name meer bekwaam voelen op de onderdelen van klinisch leiderschap (gem. 2,74; SD = 0,474) en moreel-ethisch leiderschap (gem. 2,60; SD = 0,463) (zie Tabel 7.). Op professioneel leiderschap geeft men aan minder bekwaam te zijn (gem. 2,50; SD = 0,456). Dit correspondeert met de resultaten op de kernbegrippen waarop men zich het minst bekwaam voelt die onderdeel uitmaken van deze vorm van leiderschap.

Samenhang typen leiderschap en kenmerken van respondenten

Uit de tree-analyses blijkt dat type functie het meest bepalend is voor de onderverdeling van mate van bekwaamheid op de 3 typen verpleegkundig leiderschap. De groep verpleegkundigen scoort consequent lager dan de groep verpleegkundig consultants, spe-

Tabel 5. Gemiddelde score Frenetti-professionaliteitscan per kernbegrip



cialistische verpleegkundige en senior verpleegkundigen samen. Binnen de groep verpleegkundigen lijkt verder een onderscheidend kenmerk te zijn het hebben van weinig of juist erg veel vak-ervaring bij klinisch leiderschap en een relatief jonge of juist hoge leeftijd bij moreel-ethisch leiderschap (zie Tabel 7.). Bij professioneel leiderschap laat de groep verpleegkundig consultants, specialistische verpleegkundige en senior verpleegkundigen zich nog onderscheiden in de omvang van het contract, echter zonder duidelijke richting. Met name type functie en in mindere mate ook vak-ervaring blijken in de tree-analyses het meest bepalend te zijn voor de onderverdeling van mate van bekwaamheid op de 24 kernbegrippen. Vaak is type functie de meest onderscheidende factor. Verpleegkundigen scoren zichzelf als groep gemiddeld vaker minder bekwaam dan de functies van specialistische verpleegkundigen, senior verpleegkundigen en verpleegkundig consultants. De groep verpleegkundigen met een vak-ervaring tussen 10 en 25 jaar laten in de regel de hoogste mate van bekwaamheid zien. Wanneer vak-ervaring geen rol speelt, speelt vaak leeftijd of afdelingservaring een onderscheidende rol. Voor de mate van bekwaamheid op de kernbegrippen inzet EBP en onderzoekend vermogen laten verpleegkundigen met een hbo-vooropleiding een hogere mate van bekwaamheid zien.

Discussie

Dit onderzoek laat zien hoe verpleegkundigen verpleegkundig leiderschap associëren met goede zorg en patiënten vooropstellen. Het door hen beschreven gedrag laat kenmerken zien van wat persoonlijk leiderschap wordt genoemd, zoals proactief handelen, initiatief nemen, assertiviteit of moed tonen en het gericht zijn op goede samenwerking (23). Dit gedrag wordt als passend bij het beroep gezien maar wordt niet direct benoemd als verpleegkundig leiderschap. In voorbeelden laten verpleegkundigen bewust, maar vaak ook onbewust, zien dat ze leiderschap tonen en bekwaam zijn op basis van deskundigheid en 'up to date' kennis. Tegelijkertijd is te zien dat kennis, zoals omschreven in de BoKS van BN2020, niet optimaal wordt ingezet in het dagelijks handelen. Dit kan zijn omdat ofwel deze kennis ontbreekt, ofwel dat men handelingsverlegen is hoe deze kennis toe te passen. Deze conclusie wordt onderschreven door de resultaten van de Frenetti-Professionaliteitscan waarin verpleegkundigen aangeven (nog) niet op het bachelor niveau te functioneren op diverse kernbegrippen. Zo associëren verpleegkundigen de inzet van EBP en onderzoekend vermogen duidelijk met verpleegkundig leiderschap maar komt dit gedrag, gezien de lage score in de Frenetti-Professionaliteitscan, weinig naar voren. Daarmee handelen zij in hun huidige functies deels onbewust op basis van niet-verifieerbare kennisbronnen. Een verklaring daarvoor kan zijn dat er tot voor kort geen verwachtingen naar een dergelijk bachelor niveau in het functioneren van algemene ziekenhuisverpleegkundigen waren. Eerder wordt verwacht dat zij zorg gericht op productie en doorstroom van patiënten leveren. De wens van individuele verpleegkundigen om hun zorg wel volgens het bachelor profiel in te vullen komt daarmee in het gedrag.

Recente studies naar de relatie tussen werklust, werk-gerelateerde stress en kwaliteit van zorg laten een negatief verband zien, evenals tussen morele stress, burn-out en vertrek van verpleegkundigen uit het beroep (24,25). De realiteit van de ziekenhuiszorg nu en in de nabije toekomst houdt in dat hoogwaardige specialistische zorg binnen een korte opnameduur gerealiseerd moet worden. De vraag hoe goede zorg meer in de zorgketen en als netwerkzorg kan worden weggezet, is daarbij zeer relevant. In dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen in specifieke situaties daartoe wel verantwoordelijkheid voelen, maar nog aan het begin staan van het bewustzijn dat hen gevraagd wordt hierop sterk te handelen. In die zin is verdere ontwikkeling op moreel-ethisch leiderschap nodig. Wat betreft het opkomen voor zichzelf als verpleegkundige in samenwerking en als vertegenwoordiger van het beroep geldt hetzelfde. Verpleegkundigen geven aan dit vooral te doen in relatie tot goede zorg willen leveren. Het 'sec' opkomen voor de professie wordt minder aangegeven, net als meer autonomie vragen voor het eigen handelen. Dat deze beide vormen van leiderschap ontwikkeling behoeven verklaart mogelijk ook dat de nadruk in de voorbeelden die verpleegkundigen over leiderschap geven vooral aan klinisch leiderschap gerelateerd lijken te zijn. Bekend is dat er een relatie bestaat tussen autonomie, werkplezier en behoud en het leveren van goede zorg (26,27). Hiervan lijkt men zich in dit onderzoek minder bewust, wanneer hiernaar verwezen wordt geeft men vooral aan dat de beroepsgroep zich hierin nog beter kan ontwikkelen, zonder specifiek te duiden hoe dit gedaan kan worden. Ook deze conclusie correspondeert met de

Tabel 6. Kernbegrippen in relatie tot leiderschap & gemiddelde score professionaliteitsscan

Kernbegrippen in Canmeds- rollen en competenties	Onderdeel van leiderschap			Uitkomst professionaliteitsscan				
	L1	L2	L3	n	Gemiddelde	SD	min.	max.
Klinisch redeneren	X	-	-	396	2,98	0,547	1,15	4,00
Uitvoeren van zorg	X	-	-	409	2,83	0,530	1,00	4,00
Zelfmanagement versterken	X	-	-	389	2,75	0,566	1,20	4,00
Indiceren van zorg	X	-	-	413	3,38	0,720	1,00	4,00
Persoonsgerichte communicatie	-	-	-	398	2,92	0,593	1,13	4,00
Inzet informatie- en communicatietechnologie (ICT)	-	X	-	342	2,22	0,556	1,17	3,67
Professionele relatie	-	X	X	413	2,66	0,541	1,33	4,00
Gezamenlijke besluitvorming	X	-	-	405	2,95	0,499	1,33	4,00
Multidisciplinair samenwerken	X	X	-	387	2,75	0,572	1,29	4,00
Continuïteit van zorg	X	-	-	401	2,81	0,566	1,40	4,00
Onderzoekend vermogen	X	X	X	403	1,91	0,719	1,00	4,00
Inzet EBP	X	X	X	391	2,22	0,586	1,00	4,00
Deskundigheidsbevordering	-	X	-	403	2,37	0,529	1,17	4,00
Professionele reflectie	-	X	X	414	2,75	0,672	1,00	4,00
Morele sensitiviteit	-	-	X	403	2,75	0,501	1,20	4,00
Preventie gericht analyseren	X	-	-	410	2,29	0,592	1,00	4,00
Gezond gedrag bevorderen	X	-	-	408	2,50	0,483	1,33	4,00
Verpleegkundig leiderschap	X	X	X	406	2,69	0,650	1,00	4,00
Coördinatie van zorg	-	-	-	397	2,74	0,565	1,60	4,00
Veiligheid bevorderen	-	X	-	414	2,87	0,443	1,67	4,00
Verpleegkundig ondernemerschap	X	-	-	409	2,33	0,670	1,00	4,00
Kwaliteit van zorg leveren	X	X	X	402	2,51	0,603	1,25	4,00
Participeren in kwaliteitszorg	-	X	-	399	2,39	0,656	1,00	4,00
Professioneel gedrag	X	X	X	404	2,40	0,609	1,00	4,00
L1 = Klinisch leiderschap								
L2 = Professioneel leiderschap								
L3 = Moreel-ethisch leiderschap								

uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek waarin verpleegkundigen zichzelf op zeggenschap minder bekwaam achten. Mogelijk dat de eigen beeldvorming over het beroep, waarin meer autonomie vragen niet vanzelfsprekend is, hierin een rol speelt (28).

Het onderzoek heeft bijgedragen aan een groter bewustzijn van de eigen invloed op diverse aspecten van het verpleegkundig handelen. Hiermee wordt overigens ook impliciet onderschreven hoezeer verpleegkundig leiderschap een construct is dat vooral goed verpleegkundig handelen moet stimuleren. Verdere ontwikkeling blijkt volgens verpleegkundigen het meest gebaat bij het kunnen reflecteren op concrete situaties in het werk in een veilige, open teamsfeer waarin men elkaar steunt, analoog aan uitkomsten in andere studies (29,30). Het tonen van leiderschap wordt nog wel afhankelijk gezien van individuen, wat tegenstrijdig lijkt met de conclusie dat verpleegkundig leiderschap juist in gezamenlijkheid ontwikkeld moet worden.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo kan er sprake zijn van selectiebias in de kwalitatieve studies. Mogelijk stonden sommige participerende verpleegkundigen, die opteeden voor een functie waarin het bachelor niveau expliciet gevraagd wordt, al positief tegenover verpleegkundig leiderschap. De onderzoekspe-

riode van 2 jaar en hoeveelheid data relativeren dit bezwaar en de uitkomsten van de deelstudies van de studentverpleegkundigen en de kwantitatieve studie ondersteunen de conclusies over de mate van ervaren bekwaamheid of onbekwaamheid op het bachelor opleidingsprofiel.

Daarnaast voldoen de beide Delphistudies niet overal aan het principe van wederzijdse uitsluiting. Hierdoor zijn deze indelingen enigszins arbitrair. Ook de aanvullende kwalitatieve codering door onderzoekers op leiderschapskenmerken en kenniscomponenten zijn onderhevig aan de interpretatie van de onderzoekers. Het gekozen afkappunt voor het bachelor niveau in de kwantitatieve analyse zou beter in teamverband beoordeeld kunnen worden. Immers, niet iedereen kan altijd alle competenties op een hoogste niveau laten zien, met name wanneer leiderschap, zoals uit de kwalitatieve analyse bleek, opgevat wordt als gedeeld leiderschap dat vooral in teamverband tot bloei kan komen. Er bleek bij de Professionaliteitsscan bovendien dat sommige items van de scan relatief veel missende waarden hadden, mogelijk omdat de handeling bij een specifieke persoon of functie binnen het team is belegd. Daarnaast betreft het een zelfbeoordeling van de eigen competenties.

Een sterk punt daarentegen betreft de maatregelen die zijn genomen om de interbeoordelaars-betrouwbaarheid in de kwalita-

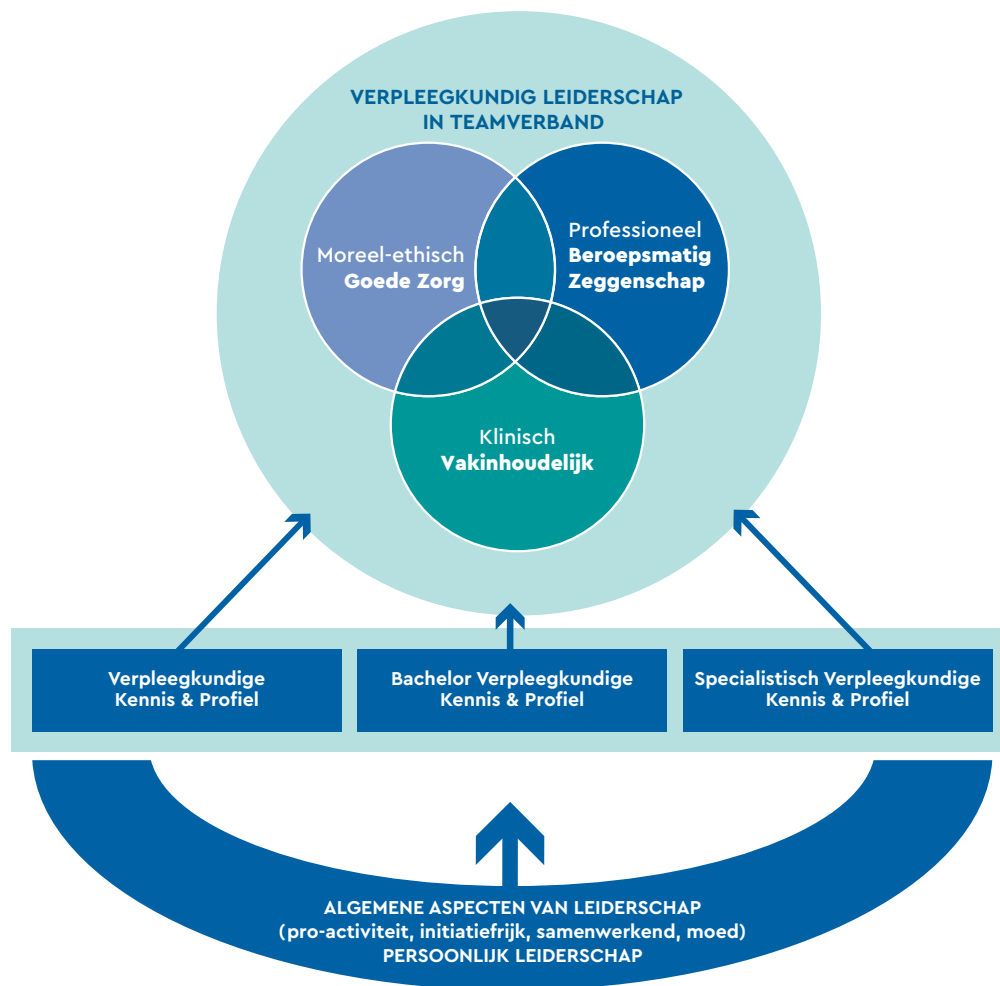


Tabel 7. Leiderschap in relatie tot kenmerken verpleegkundigen (tree-analyse)

		gemid. (SD)	n			gemid. (SD)	n
Klinisch leiderschap		2,74 (0,474)	341				
Functie	Verpleegkundig consulent	3,00 (0,338)	122				
	Specialistische verpleegkundige (CZO)						
	Senior verpleegkundige						
	Verpleegkundige	2,59 (0,477)	219	Vakervaring	10 tot 20 jaar	2,88 (0,430)	33
					5 tot 10 jaar	2,67 (0,432)	76
					20 tot 40 jaar		
					0 tot 5 jaar	2,46 (0,473)	110
					40 jaar of meer		
	(F = 70,56; df = 1/339; p < 0,001)				(F = 12,87; df = 2/216; p = 0,016)		
Professioneel leiderschap		2,50 (0,456)	317				
Functie	Verpleegkundig consulent	2,75 (0,365)	105	Omvang contract	25-28 uur	2,93 (0,369)	33
	Specialistische verpleegkundige (CZO)				33-36 uur		
	Senior verpleegkundige				0-24 uur	2,67 (0,336)	72
					29-32 uur		
	Verpleegkundige	2,38 (0,446)	212				
	(F = 54,62; df = 1/315; p < 0,001)				(F = 12,64; df = 1/103; p = 0,018)		
Moreel-ethisch leiderschap		2,60 (0,463)	377				
Functie	Verpleegkundig consulent	2,83 (0,376)	132				
	Specialistische verpleegkundige (CZO)						
	Senior verpleegkundige						
	Verpleegkundige	2,47 (0,457)	245	Leeftijd	30 tot 45 jaar	2,66 (0,466)	75
					50 tot 55 jaar		
					65 jaar of ouder		
					25 tot 30 jaar	2,46 (0,436)	91
					45 tot 50 jaar		
					60 tot 65 jaar		
					18 tot 25 jaar	2,30 (0,407)	79
					55 tot 60 jaar		
	(F = 60,41; df = 1/375; p < 0,001)				(F = 12,83; df = 2/242; p = 0,047)		

tieve analyses te vergroten, zoals 'affinity diagramming' door onafhankelijke lectoraatsonderzoekers. Door gebruik te maken van de exploratieve tree-analyses was het mogelijk non-lineaire verbanden te onderzoeken tussen de kenmerken van de verpleegkun-

digen en de uitkomsten op de vormen van leiderschap. Ondanks dat de kenmerken onderling samenhangen werden toch ook verwachte verbanden gevonden tussen bijvoorbeeld aspecten die meer recent aandacht krijgen in de opleiding, zoals Inzet ICT en



Model Verpleegkundig Leiderschap

EBP en kenmerken als type opleiding en verpleegkundigen die redelijk recent de opleiding hebben afgerond. Tot slot bleek het emancipatoire karakter van de actiegericht aanpak op de afdelingen in aansluiting op al bestaande ontwikkelingen eveneens een sterk punt in de uitvoer. Hierdoor is ingezet op bewustwording van participanten en eigenaarschap op de onderzochte thema's. In dit onderzoek is dat bij uitstek gebleken.

Conclusie

Ziekenhuisverpleegkundigen geven aan dat leiderschapscompetenties voor hen bestaan uit de inzet van moed, proactiviteit en autonomie vanuit deskundigheid ten gunste van goede zorg. Verpleegkundig leiderschap is een gezamenlijke opdracht en leerproces in het team waarbij het goede voorbeeld laten zien onderdeel is. Reflectie en veiligheid in het team zijn factoren die het tonen van leiderschap ondersteunen, onvoldoende zelfvertrouwen en zelfwaardering, kennistekort en werkdruk zijn belemmerend. Aanvullend daarop laten de deelstudies onder studenten ook specifiek zien hoe de teamcultuur de ontwikkeling van leiderschap als onderdeel van de verpleegkundige identiteit beïnvloedt. Leiderschap blijkt deels getoond te worden in verpleegkundig handelen zoals omschreven in de kernbegrippen van het landelijk BN2020 profiel. De meeste verpleegkundigen voelen zich op diverse onderdelen zoals de inzet van EBP of het onderzoekend vermogen onvoldoende bekwaam, hoewel hbo-opgeleide verpleegkundigen zich daar iets meer bekwaam in voelen. Inzet van EBP en onderzoekend vermogen worden duidelijk wel geassocieerd met verpleegkundig leiderschap. Verpleegkundigen functioneren naar eigen zeggen nog niet op het bachelor niveau in relatie tot kennistekorten vanuit de BoKS van het BN2020-profiel. Het hebben van een specifieke verpleegkundige functie is het meest bepalend voor de mate van ervaren bekwaamheid, al gaat deze functie ook

vaak gepaard met veel vak-ervaring. Uit de kwalitatieve studies blijkt dan ook dat onbewuste bekwaamheid in leiderschap vanuit ervaringskennis wordt getoond, hetgeen tot uiting komt in voorbeelden waarin men ervoor kiest klinisch en moreel-ethisch goede zorg voor patiënten te realiseren. Inzet van ervaringskennis in aspecten van beroepsmatig leiderschap, zoals in participeren in kwaliteitszorg of het belang van het beroep vertegenwoordigen komt minder expliciet naar voren. Verpleegkundig leiderschap zoals in dit onderzoek naar voren komt, wordt omschreven in een empirisch geladen model (zie illustratie 1.). Dit model is geconstrueerd op basis van de beschreven thema's die in het onderzoek naar voren komen, en dient nader op o.a. bruikbaarheid onderzocht te worden. Daarin vormen de persoonlijke leiderschapscompetenties de basis, welke vervolgens in samenhang met specifieke expertise worden ingezet. Deze deskundigheid wordt bepaald door verschillen in initiële opleiding en ervaringskennis. Daarbij is sprake van overlap in de kennisgebieden. Verpleegkundig leiderschap wordt tot slot opgevat als gedeeld leiderschap in teamverband en komt tot uiting in vakinhoudelijk, moreel-ethisch en professioneel leiderschap wanneer dit is ingebed in een veilig en stimulerend werkklimaat. In de praktijk kan het model als visualisatie helpen om begrip over de verschillende aspecten van verpleegkundig leiderschap te vergroten. Uit het model wordt duidelijk dat iedere verpleegkundige ongeacht initiële vooropleiding, verpleegkundig leiderschap kan ontwikkelen vanuit persoonlijke leiderschapscompetenties in samenhang met de eigen specifieke expertise die door opleiding, bij en nascholing en ervaringsdeskundigheid wordt bepaald. Ook wordt in het model duidelijk hoezeer verpleegkundig leiderschap vooral mogelijk wordt als gedeeld leiderschap in de context van een goed werkklimaat. In theorieontwikkeling en onderwijs over verpleegkundig leiderschap, is het model verhelderend omdat daarmee duidelijk wordt dat leider-

schapsontwikkeling zich dient te richten op te onderscheiden deelgebieden.

Implicaties voor de praktijk

- Bewustwording over wat verpleegkundig leiderschap inhoudt in concrete situaties kan worden vergroot door goede voorbeelden, zoals de empirisch geladen voorbeeldsituaties, te delen en te gebruiken als lesmateriaal, in praktijkscholingen en teambijeenkomsten.
- Het is van belang leiderschapscompetenties positief te labelen en rolmodelgedrag expliciet te benoemen en een veilige teamcultuur te versterken door met structurele reflectiemomenten in dagelijkse werkprocessen in te bouwen.
- Het is nodig onbewuste onbekwaamheid op professioneel handelen vanuit kennistekorten (BoKS) bespreekbaar te maken. Structurele bijscholingsmomenten kunnen worden ingebed in team- en patiënten-casüistiek besprekingen, daar waar deze kennis direct relevant is. Door hiervoor tijd te claimen vanuit het belang van goede patiëntenzorg kan bovendien zeggenschap worden geoefend.

• Samenwerking met patiënten en hun naasten, zowel in de directe zorg als bijvoorbeeld met een cliëntenraad, kan versterkt worden zodat verpleegkundig leiderschap expliciet onderbouwd wordt vanuit het patiëntbelang, zoals in meer aandacht voor persoonsgerichte zorg en gezamenlijke besluitvorming. Hiermee kan ook de aandacht voor netwerk- en continuïteit van zorg concreter invulling krijgen.

- Het leerwerkklimaat voor studenten kan worden geoptimaliseerd door ruimte en veiligheid te bieden om persoonlijke leiderschapscompetenties zoals moed tonen, initiatief nemen, proactiviteit laten zien, te oefenen in concrete leerwerksituaties.

Summary

Nursing Leadership in hospital practice. A research program into perceptions, experiences, and self-assessment of leadership competencies of nurses in a top-clinical hospital in the Netherlands.

AIM

Nursing Leadership is an important competence to develop in order to provide quality of care and prevent attrition of nurses. This research program looked into the perceptions and experiences of nurses with practising leadership. Also, awareness of the development of nursing leadership was addressed.

METHOD

The program has a mixed-method design in which 75 in-depth interviews, 24 focus group interviews and quantitative data from 430 nurses form the backbone.

FINDINGS

According to hospital nurses, nursing leadership is related to

proactiveness and voicing expertise in order to deliver good nursing care. Nevertheless, they do not feel fully competent and knowledge deficits were detected concerning aspects of the bachelor nursing profile, such as evidence-based practice. Working-culture factors can either inhibit or encourage nursing leadership.

DISCUSSION/CONCLUSION

The further awareness of unconsciously using expertise and knowledge deficits as well as team development towards a continuous safe learning environment are necessary steps for the enhancement of nursing leadership. A Nursing Leadership Model was developed in which generic personal leadership competencies combined with expertise of the nurses' level of education and degrees form the essence of shared leadership in teams focussed on the realisation of good nursing care.

Keywords: model nursing leadership, professional competencies, good hospital care.

Literatuur

1. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. Vol. 85, International Journal of Nursing Studies, 2018. p. 19–60.
2. Lacasse C. Leadership & Professional Development. Oncol Nurs Forum. 2013;40(5):431–4.
3. UWV. Factsheet arbeidsmarkt Zorg. 2019; Available from: www.s-bb.nl/feiten-en-cijfers
4. Van der Cingel M. Compassion: The missing link in quality of care. Nurse Education Today, 2014. 34 (9) p. 1253-1257.
5. Buurman B. Niets over ons, zonder ons, Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://www.venvn.nl/nieuws/advies-bianca-buurman-over-zeggenschap-niets-over-ons-zonder-ons/>
6. Lamb A, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Latimer M. Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. Nurs Open [Internet]. 2018 Jul [cited 2019 Jan 3];5(3):400–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nop2.150>
7. Shapira-Lishchinsky O. Simulations in nursing practice: toward authentic leadership. J Nurs Manag [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 3]; Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy-ub.rug.nl/doi/pdf/10.1111/j.1365-2834.2012.01426.x>
8. Van der Cingel M. Notes on Nursing 2.0, de noodzaak tot verpleegkundig leiderschap en professionele eigenheid in de verpleegkundige en verzorgende beroepen. Verpleegkunde, 2019. 34(3): p. 35–8.
9. Mannix J, Wilkes L, Daly J. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: an integrative review. Contemp Nurse [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 3]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2013.45.1.10>
10. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 8];17(835). Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
11. Munten G, Cox K, Garretsen H, Van den Bogaard J. Evidence based practice ; een kritische reflectie. 2006;(2):148–56.
12. Wong CA, Giallonardo LM. Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. J Nurs Manag [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 3];21:740. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy-ub.rug.nl/doi/pdf/10.1111/jonm.12075>
13. dle Zulueta PC. Developing compassionate leadership in health care: An integrative review. Vol. 8, Journal of Healthcare Leadership. Dove Medical Press Ltd.; 2016. p. 1–10.
14. Nijboer A, Van der Cingel M. Compassion: Use it or lose it?: A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. Nurse Education Today. 2019;72.

15. ten Hoeve Y, Castelein S, Jansen G, Roodbol P. Dreams and disappointments regarding nursing: Student nurses' reasons for attrition and retention. A qualitative study design. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Jun 23];54:28–36. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691717300825>
16. ten Hoeve Y, Brouwer J, Kunnen S. Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 Oct 12];76(3):836–45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14281>
17. Boeije H, Bleijenbergh I. Analyseren in kwalitatief onderzoek [Internet]. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. 2019 [cited 2022 Apr 26]. 1–208 p. Available from: www.boomhogeronderwijs.nl
18. Martin B, Hanington BM. Universal methods of design: 100 ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions [Internet]. Beverly, MA : Rockport Publishers; 2012 [cited 2018 Jun 23]. 207 p. Available from: <http://www.worldcat.org/title/universal-methods-of-design-100-ways-to-research-complex-problems-develop-innovative-ideas-and-design-effective-solutions/oclc/803513348>
19. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Nov 1];49(3):360–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996649>
20. Molenaar A, Niehof H, van der Cingel M. Leiderschap bij de bevordering van zelfmanagement. *TVZ - Verpleegkd Prakt en Wet*. 2020 Dec;130(6):44–8.
21. Bassant E. Slim meten maakt bijscholen verpleegkundigen effectiever. *Zorgvisie* 2018 4812 [Internet]. 2018 Nov 23 [cited 2022 Feb 17];48(12):64–5. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41187-018-0178-5>
22. Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C. Bachelor of Nursing 2020: een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0 [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 4]. Available from: <https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=0ZKVCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=opleidingsprofiel+BN2020&ots=RzhXhyil9m&sig=t7Ylrj-skUtoXOUtL9WXESVSDY>
23. Miles JM, Scott ES. A New Leadership Development Model for Nursing Education. *J Prof Nurs*. 2019 Jan 1;35(1):5–11.
24. Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthc Law, Ethics, Regul* [Internet]. 2008 [cited 2021 Nov 9];10(4):94–7. Available from: https://journals.lww.com/jonalaw/fulltext/2008/10000/Healthcare_Provider_Moral_Distress_as_a_Leadership.4.aspx
25. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, et al. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Nov 10];14(1):e0209487. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209487>
26. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Jun 16];49(1):73–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12267>
27. Both-Nwabuwe JMC, Lips-Wiersma M, Dijkstra MTM, Beersma B. Understanding the autonomy–meaningful work relationship in nursing: A theoretical framework. *Nursing Outlook*. 2020. 68(1) p. 104–13.
28. Van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*. 2021. 15 p. 1–7
29. Bloemhof J, Knol J, Van Rijn M, Buurman BM. The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 8];00:1–16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.15052>
30. Beiboer C. Teamwork Style, Leadership Skills and Environmental Factors that influence Missed Nursing Care: A qualitative exploratory study on hospital wards. *Masterthesis Nurs Sci*. 2021 

Over de auteurs

Dr. Margreet van der Cingel (RN, MScN, PhD)
Lector Leiderschap & Identiteit in het verpleegkundig domein
Onderzoeksgroep Zorg en Welzijn
NHL Stenden Hogeschool / Medisch Centrum Leeuwarden
Tel: 06-28314246 Email: Margreet.van.der.Cingel@nhlstenden.com
Het volledige onderzoeksrapport is op te vragen via:
VLOGZ@nhlstenden.com

Dr. Richtsje Andela (RN, MScN, PhD)
Verplegingswetenschapper, Onderwijskundige, MCL Academie, Medisch Centrum Leeuwarden;
Senior-onderzoeker Kenniskring NHL Stenden Lectoraat 'Leiderschap en Identiteit in het verpleegkundig domein', NHL Stenden Hogeschool.
Tel: 058-2867213 Email: Richtsje.Andela@mcl.nl

Dr. Hans Barf (MSc, PhD)
Docent-onderzoeker Verpleegkunde Team AVZ
Hanzehogeschool Groningen - Academie voor Verpleegkunde
Petrus Driessenstraat 3, 9714 CA Groningen
Tel: 050-5954900 Email: h.a.barf@pl.hanze.nl