



Verpleegkundig leiderschap in de ziekenhuispraktijk

Een onderzoek naar de beleving, ervaringen en zelfbeoordeling van leiderschapscompetenties door verpleegkundigen in een STZ-ziekenhuis (Medisch Centrum Leeuwarden)

Rapportage Onderzoeksprogramma

November 2021

dr. Margreet van der Cingel (lector)

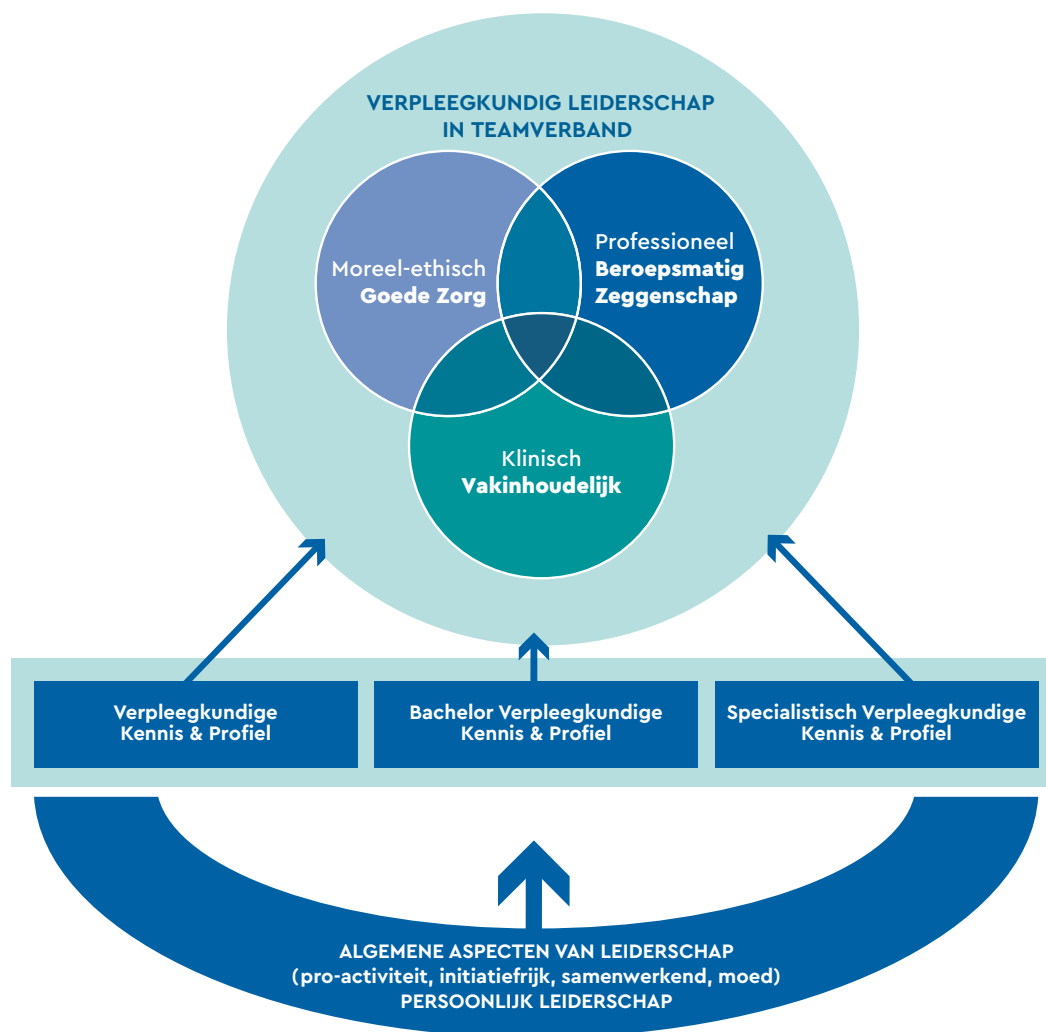


hogeschool



Lectoraat Leiderschap & Identiteit in het verpleegkundig domein

Vanaf 1 maart 2022 heeft het lectoraat een nieuwe naam: Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg



Model Verpleegkundig Leiderschap



Lectoraat Leiderschap & Identiteit in het verpleegkundig domein

Rapportage Onderzoeksprogramma

November 2021

dr. Margreet van der Cingel (lector)

Inclusief verwerking van:

- secundaire analyse kwantitatieve data Professionaliteitsscan (dr. Hans Barf, dr. Richtsje Andela, dr. Margreet van der Cingel)
- resultaatbeschrijving kwalitatieve deelstudies onder studenten (verwerking dr. Richtsje Andela)

Inhoud

Samenvatting	4
Summary	5
Introductie	6
Opvattingen over verpleegkundig leiderschap	6
De noodzaak voor verpleegkundig leiderschap	6
Onderzoek naar verpleegkundig leiderschap	7
Doel van het onderzoek	8
Onderzoeksvragen	8
Methode	9
Methodologie	9
Theoretisch conceptueel model	9
Dataverzameling	10
Kwalitatief en actieonderzoek verpleegkundigen periode 2018-2020	10
Kwalitatief onderzoek leiderschap door de ogen van studenten in 2020	12
Kwantitatief onderzoek in de periode 2018-2020	12
Data-analyse	14
Kwalitatieve analyse	14
Kwantitatieve analyse	15
Resultaten kwalitatieve studie	17
Generiek model verpleegkundig leiderschap	17
Verdieping generiek model verpleegkundig leiderschap	17
Verpleegkundig leiderschap in concreet handelen canmeds-rollen	23
Leiderschapsgedrag door de ogen van studenten	34
Resultaten kwantitatieve studie	39
Leiderschapsgedrag in verpleegkundig functioneren	39
Discussie & conclusie	42
Discussie	42
Conclusie en aanbevelingen	44
Literatuur	47
Bijlage 1. Tabellen hoge informatiedichtheid	49
Bijlage 2. Voorbeeldsituaties en Kennisbestand	54

Samenvatting

Introductie en doel: Verpleegkundig leiderschap wordt gezien als een belangrijke competentie in de ontwikkeling van de beroepsgroep ten gunste van goede zorg en ondersteunend aan het behoud van verpleegkundigen. Dit meerjarig onderzoeksprogramma naar verpleegkundig leiderschap onder ziekenhuisverpleegkundigen in een topklinisch ziekenhuis heeft de beleving van verpleegkundigen over wat leiderschap betekent, de toepassing van leiderschap in concreet verpleegkundig handelen en hun eigen inschatting over hun leiderschapscompetenties in kaart gebracht. De belangrijkste doelstellingen waren daarnaast gericht op bewustwording en de ondersteuning van de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap. Daartoe zijn hulpmiddelen gemaakt, zoals (virtuele) voorbeeld-situaties op basis van de onderzoeksresultaten waarin (evidence based) kennis is verwerkt.

Methode: Er zijn 17 kwalitatieve deelstudies verricht over een periode van 2 jaar waarin 34 diepte-interviews onder verpleegkundigen en 24 focusgroepen in verpleegkundige teams werden gehouden. In de COVID-19 periode werden 6 deelstudies verricht waarbij 41 student-verpleegkundigen werden geïnterviewd. Daarnaast werd kwantitatieve data geanalyseerd van 435 verpleegkundigen die zichzelf beoordelen op hun functioneren en zijn aan het onderzoek ondersteunende deelstudies verricht, een Delphi-studie om 24 kernbegrippen van het landelijk opleidingsprofiel voor de bachelor verpleegkunde opleiding (BN2020) in te delen in 3 vormen van leiderschap, en een expertstudie waarbij de items van de kwantitatieve professionaliteitsscan werden gekoppeld aan de kernbegrippen van het opleidingsprofiel.

Resultaten: In de beleving van ziekenhuisverpleegkundigen blijkt verpleegkundig leiderschap weliswaar een nogal abstract begrip, maar ook heel duidelijk gerelateerd aan het opkomen voor de patiënt en het bieden van goede zorg door o.a. proactief handelen en inbreng geven in (multidisciplinair) overleg. Uit zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve resultaten blijkt dat verpleegkundigen zich niet volledig bekwaam achten op het bachelor niveau zoals omschreven in de competenties van het Bachelor of Nursing 2020 profiel. Zij zijn op groepsniveau zowel onbewust bekwaam als onbewust onbekwaam op specifieke onderdelen van dit profiel. Met name op competenties zoals klinisch redeneren, onderzoekend vermogen, evidence based practice (EBP), het bevorderen van zelfmanagement van patiënten en gezamenlijke besluitvorming is sprake van kennistekorten. Factoren die de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap bevorderen zijn met name werkcultuur-gebonden zoals een veilige teamsfeer en elkaar feedback durven geven.

Discussie en conclusie: Volgens ziekenhuisverpleegkundigen bestaat leiderschap uit generieke leiderschapscompetenties die in de vorm van persoonlijk leiderschap door alle verpleegkundigen, ongeacht het functieniveau, worden ingezet in combinatie met de specifieke kennis en ervaring die wel aan het functie- en opleidingsniveau is gekoppeld. Bovendien wordt verpleegkundig leiderschap bij uitstek als een gezamenlijke opdracht in teamverband ervaren die te allen tijde gericht is op het realiseren van goede en verantwoorde ziekenhuiszorg. Het onderzoek levert een empirisch geladen model voor verpleegkundig leiderschap op dat geschikt is om verdere bewustwording over verpleegkundig leiderschap in de praktijk te ondersteunen, naast conceptverheldering ten behoeve van theorieontwikkeling en het onderwijs. Inzetten op het vergroten van bewustwording van zowel onbewuste bekwaamheid als onbewuste onbekwaamheid lijkt op basis van dit onderzoek een belangrijke stap in de ontwikkeling van met name klinisch vakinhoudelijk leiderschap op basis van deskundigheid. Hierin zijn reflectie en uitwisseling van goede voorbeeldsituaties van leiderschap ondersteunend. Aanbevolen wordt om in te zetten op kennisontwikkeling gekoppeld aan het bachelor niveau, naast inzet op teamsamenwerking waarin op basis van gelijkwaardigheid en teamveiligheid 'best practices' kunnen ontstaan.

Trefwoorden: model verpleegkundig leiderschap, professionalisering, competenties, goede ziekenhuiszorg, actie en ontwerpgericht onderzoek, professionaliteitsscan (Frenetti), bekwaamheid

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.

Introduction and 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 of nurses on nursing leadership, their experiences with and self-assessment of practising leadership competencies. Next to that raising awareness and supporting the development of nursing leadership was addressed and tools such as (virtual) empirically loaded role models and exemplary situations, and an evidence based knowledge training, are being made.

Method: 17 qualitative studies of 34 in-depth interviews and 24 focus group interviews and quantitative data of 435 nurses form the backbone of the program. Additional Delphi studies were done in order to match the quantitative items to the qualitative theoretical framework.

Results: According to hospital nurses, nursing leadership is related to proactiveness and voicing expertise within interprofessional encounters in order to deliver good nursing care. Nevertheless, they do not feel fully competent and knowledge deficits were detected on specific aspects of the bachelor nursing profile, such as applying clinical reasoning and evidence based practice, showing an explorative attitude and behaviour and using shared decision making models in daily practice.

Working-culture factors which can either inhibit or encourage nursing leadership were named explicitly such as a safe work and team environment and the courage to give feedback within a team.

Discussion and conclusion: A Nursing Leadership model was developed in which generic personal leadership competencies combined with specific knowledge and 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. The model, based on the results of the studies, is a suitable visualisation of nursing leadership in order to support ongoing awareness in daily practice settings as well as bringing about concept clarification for theory development and educational purposes. Recommendations are focussing on the further enhancement of being aware of unconsciously using expertise and skills as in f.e. stories of successful leadership. Next to that reflecting on unconscious knowledge deficits in order to uplift nursing expertise on a bachelor level should be addressed. Finally, team development towards a continuous safe learning and working environment in which all cooperating professionals work together on an equal basis should get the focus of attention. That way, best practices will get the chance to arise.

Keywords: model nursing leadership, professional competencies, hospital care, action and design based research

Introductie

Verpleegkundig Leiderschap is inmiddels een vaak genoemde term in veel verpleegkundige vakliteratuur, verpleegkundige opleidingsprogramma's en onderzoek, zowel in Nederland als daarbuiten. Een 'quick & dirty' zoeken in de database CINAHL¹ laat zien dat er sinds 2010 internationaal zo'n ruim 5000 reviews en onderzoekpublicaties zijn verschenen over verpleegkundig leiderschap, de meeste daarvan over verpleegkundig leiderschap in ziekenhuizen. Je hoort en ziet de term ook opduiken in gesprekken, blogs en andere nieuwsuitingen gerelateerd aan kwaliteit van zorg, verpleeg-sensitieve zorguitkomsten, niet-verrichte zorg, tekorten in de zorg en werktevredenheid van verpleegkundigen (Cummings et al., 2018). Kortom, verpleegkundig leiderschap veronderstelt veel goeds te doen voor de, per definitie kwetsbare, patiënten die in een ziekenhuis terecht komen (Lacasse, 2013). Verpleegkundige zorg is in zijn algemeenheid voortdurend onderhevig aan medisch-technologische innovaties, maar dat geldt in het bijzonder voor ziekenhuiszorg vanwege medisch-specialistische en super-specialistische zorg. Tegelijkertijd hebben we ook te maken met een toenemende en hoge zorgvraag waar tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel als gevolg van de vergrijzing tegenover staan. Daar bovenop zien we dat de opnameduur in ziekenhuizen gemiddeld genomen steeds korter worden, ondanks een hogere complexiteit van zorg van de ouder wordende patiëntenpopulatie (UWV, 2019). Een ziekenhuisopname heeft dan ook een grote impact op het leven van mensen. Verpleegkundigen en zorgverleners willen graag vanuit hun primaire motivatie om voor anderen van betekenis te willen zijn, zo optimaal mogelijk zorg verlenen (Cingel van der, 2014). Maar dat goede zorg niet vanzelfsprekend is en in het gedrang kan komen, zien we onder andere in de gevolgen van de COVID-19 crisis. Niet alleen op afdelingen zoals de intensive care en spoedeisende hulp, maar evengoed op verpleegafdelingen, andere zorginstellingen en thuiszorg, spelen tekorten aan verpleegkundigen nu en in de nabije toekomst een rol en is de vraag hoe goede verpleegkundige zorg te blijven waarborgen prangend.

Opvattingen over verpleegkundig leiderschap

Verpleegkundig leiderschap is een al een langer bestaand begrip. Verpleegkundig leiders en het leiderschap dat zij daarbij lieten zien, kennen we al sinds de professionele moderne verpleegkunde bestaat. Meestal wordt daarbij gedacht aan historische en hedendaagse boegbeelden van het vak of aan verpleegkundig directeurs uit het recente verleden of verpleegkundig managers van nu. Hoewel zulke leiders goed leiderschap kunnen laten zien, zijn leiderschap en leidinggeven twee verschillende zaken. Met het verpleegkundig leiderschap van vandaag wordt niet langer het uitoefenen van invloed in een hiërarchische managementpositie bedoeld, maar juist het uitoefenen van invloed als professioneel zorgverlener. Verpleegkundigen zelf zijn aan zet om hun leiderschap uit te oefenen in hun professioneel handelen in de dagelijkse praktijk vanuit hun deskundigheid (Buurman, 2020). Daarbij kan zulk leiderschap zich in de eerste plaats richten op het verlenen van goede en persoonsgerichte verpleegkundige patiëntenzorg; en daarnaast ook op het opkomen voor een goede samenwerkingspositie in de werkpraktijk, zorgorganisatie en op landelijk niveau (Lamb et al., 2018; Shapira-Lishchinsky, 2014). Verpleegkundig leiderschap wordt dus in verschillende vormen beschreven. Een eerste vorm is verpleegkundig leiderschap ten gunste van goede zorg gericht op het directe handelen waar verpleegkundigen invloed op hebben. Deze vorm wordt ook wel *klinisch of vakinhoudelijk leiderschap* genoemd. Dit betreft leiderschapsgedrag in de directe uitvoer van zorg zoals in decubituspreventie en behandeling, infectie- en valpreventie of het begeleiden van patiënten in zelfregie of bij gezamenlijke besluitvorming over te verlenen (transmurale) zorg. Daarnaast wordt een tweede vorm van leiderschapsgedrag in de uitvoer van zorg in relatie tot keuzes en dilemma's in de dagelijkse zorgverlening genoemd, waarbij het oogmerk is om tot goede persoonsgerichte zorg te komen. Dit wordt *moreel-ethisch leiderschap* genoemd. Een derde vorm van leiderschap is te benoemen als *professioneel of beroepsmatig leiderschap*, deze vorm van leiderschap wordt ook wel met de term zeggenschap aangeduid (Cingel van der, 2019).

De noodzaak voor verpleegkundig leiderschap

Verpleegkundig leiderschap wordt verondersteld zinvol te zijn in alle domeinen van verpleegkundige zorg zoals in de wijkzorg, verpleeghuiszorg en geestelijke gezondheidszorg (Mannix et al., 2013). Maar wanneer patiënten zich in een afhankelijke zorgsituatie in de ziekenhuisomgeving bevinden, is er mogelijk des te meer sprake van behoefte aan steun en hulp om op te komen voor wat voor hen als mens en persoon belangrijk is. Het is bekend dat mensen, zodra ze in een ziekenhuis worden opgenomen, zich vaak meteen patiënt voelen en zich ook naar die afhankelijke rol gedragen; zelfs wanneer ze in het dagelijkse leven redelijk assertieve en mondige mensen zijn

(Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Dat betekent dat professionals er niet vanuit kunnen gaan dat patiënten aan zullen geven wat hun wensen en behoeften zijn ten aanzien van hun gezondheidsproblemen. Dat kan resulteren in minder goede of zelfs slechte zorg. Immers, werkelijk evidence based en persoonsgericht handelen betekent dat professionele afwegingen worden gemaakt op basis van de best beschikbare (wetenschappelijke) kennis, ervaringskennis van professionals en wensen en voorkeuren van de zorgvrager (Munten et al., 2006). In de afstemming over de wensen en voorkeuren van patiënten is het ook belangrijk om de ervaringskennis van patiënten zelf goed mee te nemen, zeker wanneer zij chronische ziekten hebben. De noodzaak om patiënten door verpleegkundigen vanuit deskundigheid te ondersteunen naar meer zelfregie, maar ook bijvoorbeeld bij preventie van gezondheidsproblemen en het vormgeven van meer persoonsgerichte zorg zijn belangrijke redenen voor de opkomst van verpleegkundig leiderschap (Wong & Giallonardo, 2013). Daarnaast geeft vroegtijdig vertrek van verpleegkundigen en student-verpleegkundigen een zwaarwegend argument om in te zetten op verpleegkundig leiderschap. Het blijkt dat de redenen voor vertrek samenhangen met de mate waarin sprake is van de mogelijkheid verpleegkundig leiderschap en professionaliteit te tonen of te ontwikkelen (dle Zulueta, 2016). Jonge studentverpleegkundigen hebben een beeld van het beroep waarin ze hun motivatie om voor het beroep te kiezen, namelijk van betekenis kunnen zijn voor mensen die hulp en zorg behoeven, kwijt kunnen (Nijboer & Cingel van der, 2018). Daarnaast hebben ze de verwachting dat ze dat kunnen doen in een positieve werkcultuur. Wanneer zij echter negatieve ervaringen in hun stages opdoen waarbij deze verwachtingen teniet worden gedaan, haakt een deel van hen af (ten Hoeve et al., 2017). Deze redenen kunnen zich ook na diplomering nog voordoen om te overwegen te stoppen of dat daadwerkelijk te doen (ten Hoeve et al., 2020).

Onderzoek naar verpleegkundig leiderschap

Ondanks het feit dat er inmiddels redelijk wat bewijs is over de effecten van verpleegkundig leiderschap op goede zorg en behoud van verpleegkundigen, is er opvallend genoeg nog maar weinig bekend over wat verpleegkundigen zelf onder verpleegkundig leiderschap verstaan en hoe zij dit concreet vormgeven in professioneel en praktisch handelen in de dagelijkse praktijk (Mannix et al., 2013). Wanneer we verpleegkundigen willen aanmoedigen daadwerkelijk verpleegkundig leiderschap te laten zien en te ontwikkelen, is het zinvol hun eigen beleving en 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. De resultaten van het onderzoek leveren kennis op die in het onderwijs en de praktijk als voorbeeldsituaties en rolmodellen kunnen dienen.

Doel van het onderzoek

Het empirisch onderzoeksprogramma naar verpleegkundig Leiderschap in het Medisch Centrum Leeuwarden heeft als primair doel bewustwording over verpleegkundig leiderschap onder verpleegkundigen in de ziekenhuispraktijk te bevorderen en concrete kennis en hulpmiddelen voor leiderschapontwikkeling te ontwikkelen. Dit wordt gedaan door ten eerste een beschrijving van algemene leiderschapscompetenties, vanuit de beleving van MCL-verpleegkundigen in de werkelijkheid. Ten tweede levert het onderzoek beschrijvingen op van verpleegkundig leiderschap in concreet gedrag zoals aangegeven door MCL-verpleegkundigen. Dit concreet gedrag vanuit praktijksituaties is bevraagd vanuit de zogenoemde Canadian Medical Competency framework (Canmeds)-rollen zoals beschreven in het landelijk Bachelor of Nursing 2020 opleidingsprofiel (BN2020). Deze praktijksituaties, aangevuld met benodigde kennis, zijn in deze rapportage als empirisch geladen voorbeeldsituaties uitgewerkt. Ten derde wordt, op basis van een koppeling tussen de onderdelen van zelfevaluaties van verpleegkundigen (professionaliteitsscan²) op de proeftuinafdelingen en het BN2020 opleidingsprofiel, beschreven hoe verpleegkundigen hun bekwaamheid inschatten op het gevraagde professioneel handelen in relatie tot leiderschap. In vervolg op deze studie zullen empirisch geladen hulpmiddelen voor de praktijk zoals posters/tekeningen, korte films/video's, webinars, games, ed. worden doorontwikkeld.

Onderzoeksvragen

- Wat is verpleegkundig leiderschap, beschreven in generieke leiderschapscompetenties (leiderschapsgedrag) volgens verpleegkundigen in het MCL?
- Hoe ziet verpleegkundig leiderschap uitgevoerd door MCL-verpleegkundigen er concreet uit in relatie tot de toepassing van verpleegkundig handelen en functioneren volgens de kernbegrippen BN2020?
- Hoe beoordelen MCL-verpleegkundigen hun leiderschapsgedrag in de toepassing van verpleegkundig functioneren volgens de kernbegrippen BN2020 binnen de 3 vormen van verpleegkundig leiderschap?

2 Deze zelfevaluatie betreft de zogenoemde professionaliteitsscan Frenetti; zie: <https://www.frenetti.com/>

Methode

Methodologie

Het onderzoek is uitgevoerd als actie- en ontwerpgericht mixed-method programma met verschillende, deels gelijktijdig uitgevoerde, onderzoeken en deelstudies. Actieonderzoek kenmerkt zich door de doelstelling kennis te verzamelen en terug te geven in een cyclisch proces gericht op empowerment van de betrokken doelgroep(en). De actiegerichte methodologie werd vormgegeven in de kwalitatieve onderzoeken van het programma. Daarbij werd gebruik gemaakt van Practice Development (PD) als verandergerichte strategie ter verbetering en kwaliteit van (persoonsgerichte) zorg op de betrokken verpleegeenheden. Uitgangspunten van PD zijn o.a.: betrekken van stakeholders, inzet van meerdere bronnen van kennis zoals wetenschappelijke en ervaringskennis en deskundigheid, werkend praktijkleren en de inzet van passende en creatieve methoden. De ontwerpgerichte methodologie is vanaf september 2020 in het vervolgdeel van het onderzoeksprogramma ingezet om tot ontwikkeling van hulpmiddelen voor de voorbeeldsituaties of voorbeeldrolmodellen te komen. Naast de kwalitatieve, actiegerichte lijn in het programma zijn waar nodig expertdeelstudies gedaan en is voor de kwantitatieve studie gebruik gemaakt van geanonimiseerde data van een zelfevaluatiescan op verpleegkundige competenties (professionaliteitscan) in een nulmeting. Voorafgaand aan dataverzameling in de studies werd aan participanten toestemming ('informed consent') gevraagd en verkregen.

Theoretisch conceptueel model

De concreet beschreven kernbegrippen uit BN2020 zijn in het gehele onderzoeksprogramma als inhoudelijk uitgangspunt gebruikt. In BN2020 worden 7 Canmeds-rollen in competenties beschreven (zie illustratie 1.). Deze competenties per rol zijn vervolgens in 24 kernbegrippen uitgewerkt. Hiervoor is gekozen omdat deze Canmeds-rollen landelijk en internationaal worden gehanteerd voor functie- en beroepsprofielen in de verpleegkunde en andere beroepen in de gezondheidszorg. Hierdoor is sprake van een gezamenlijk en 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 handelen zoals klinisch redeneren, de inzet van Evidence Based Practice (EBP), multidisciplinaire samenwerking en professioneel gedrag.



Illustratie 1. De Canmeds rollen en competenties.

Dataverzameling

Kwalitatief en actieonderzoek verpleegkundigen periode 2018-2020

Dit betroffen 17 deelstudies waarin verpleegkundigen in diepte-interviews en focusgroep-interviews zijn bevraagd over verpleegkundig leiderschap en concreet leiderschapsgedrag tijdens de toepassing van de kernbegrippen van beroepscompetenties. Dit werd gedaan door 4^e-jaars bachelor verpleegkunde studenten onder begeleiding van onderzoekers van het lectoraat. Op 4 verpleegafdelingen met de specialismen vaatchirurgie, oncologie, geriatrie en cardiologie werden gedurende 1 of 2 semesters per afdeling deelstudies als actieonderzoek uitgevoerd. Deze afdelingen betroffen de zogenoemde proeftuinafdelingen in het project FLOOR2020. Dit project heeft als doel verpleegkundige professionalisering te bevorderen en de teams te ondersteunen om te komen tot een goede functiemix van verpleegkundigen en bachelor-verpleegkundigen in de teams te ondersteunen. Er is bewust voor gekozen om de onderzoeksprojecten aan de proeftuinafdelingen te koppelen. Dit is gedaan omdat de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap in zowel het onderzoeksprogramma als in het project FLOOR2020 inhoudelijk aan de CanMeds-rollen en kernbegrippen van beroeps- en opleidingsprofielen zijn gekoppeld (zie tabel 1.).

7 Canmeds-rollen	24 Kernbegrippen
Zorgverlener	Klinisch redeneren Uitvoeren van zorg Zelfmanagement versterken Indiceren van zorg
Communicator	Persoonsgerichte communicatie Inzet informatie- en communicatietechnologie (ICT)
Samenwerkingspartner	Professionele relatie Gezamenlijke besluitvorming Multidisciplinair samenwerken Continuïteit van zorg
Reflectieve EBP-professional	Onderzoekend vermogen Inzet Evidence Based Practice (EBP) Deskundigheidsbevordering Professionele reflectie Morele sensitiviteit
Gezondheidsbevorderaar	Preventie gericht analyseren Gezond gedrag bevorderen
Organisator	Verpleegkundig leiderschap Coördinatie van zorg Veiligheid bevorderen Verpleegkundig ondernemerschap
Professional en kwaliteitsbevorderaar	Kwaliteit van zorg leveren Participeren in kwaliteitszorg Professioneel gedrag

Tabel 1. Canmeds-rollen en kernbegrippen

Voor de verpleegkundige teams betekent dit dat onderzoek en ontwikkeltrajecten geïntegreerd kunnen worden uitgevoerd. Op de 4 verpleegafdelingen werden per semester 3 focusgroep-bijeenkomsten over diverse Canmeds-competenties gehouden; in totaal 24 bijeenkomsten. Daarin werd naar algemene competenties van verpleegkundig leiderschap gevraagd en werd leiderschap in concrete competenties en onderdelen van competenties, de zogenoemde kernbegrippen, besproken. Op elke eerste bijeenkomst werden verwachtingen, zorgen en specifieke vragen omtrent het thema leiderschap en gekozen kernbegrippen geïnventariseerd, conform de Practice Development methodiek Claims, Concerns & Issues. In een 2^e en 3^e bijeenkomst werden de uitkomsten van voorgaande bijeenkomst teruggekoppeld en besproken aan de hand van de Actieleren-set gespreksmethode (ALS) waarbij deelnemende verpleegkundigen elkaar bevragen en doorvragen op onderliggende oorzaken van handelen. Daarnaast werden diepte-interviews met 34 verpleegkundigen van

diverse verpleegafdelingen gehouden. Deze verpleegkundigen werden gerekruteerd via het netwerk van verpleegkundigen van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) van het MCL.

Onderzochte kernbegrippen

In beide kwalitatieve onderzoeken werden 11 van de totaal 24 kernbegrippen in 1 of meerdere deelstudies onderzocht (zie tabel 2.) De keuze voor de betreffende kernbegrippen werd gemaakt op basis van voorkeur voor het betreffende kernbegrip aangegeven door betreffende verpleegafdelingen in overleg met de bachelor verpleegkunde studenten die de dataverzameling en gedeeltelijke analyse hebben uitgevoerd. Deze bachelorstudenten ontvingen naast directe begeleiding van betrokken lectoraatsonderzoekers ook workshops in: principes en methoden practice development (1), interviewtraining (2) en een training basale kwalitatieve data-analyse (3).

Kernbegrippen in BN2020	Semester 1 sep2018-jan2019	Semester 2 feb-jun 2019	Semester 1 sep2019-jan2020	Semester 2 feb-jun2019
Klinisch redeneren	x			xst*
Uitvoeren van zorg	x			
Zelfmanagement versterken	x	x		
Indiceren van zorg				
Persoonsgerichte communicatie			x	xst
Inzet ICT				
Professionele relatie				
Gezamenlijke besluitvorming	x	x		xst
Multidisciplinair samenwerken	xxx			
Continuïteit van zorg				
Onderzoekend vermogen		x	x	xst
Inzet EBP				
Deskundigheidsbevordering				
Professionele reflectie		x		
Morele sensitiviteit				
Preventie gericht analyseren				
Gezond gedrag bevorderen				
Verpleegkundig leiderschap				
Coördinatie van zorg			x	xst
Veiligheid bevorderen				
Verpleegkundig ondernemerschap				
Kwaliteit van zorg leveren			xx	
Participeren in kwaliteitszorg				
Professioneel gedrag		x		xst
























Tabel 2. Overzicht onderzochte kernbegrippen 2018-2020

*xst: onderzoek onder doelgroep Studenten Verpleegkunde NHL Stenden vanwege Coronacrisis

Delphi-deelstudie: Indeling kernbegrippen in 3 vormen van leiderschap

Aanvullend op de beide kwalitatieve onderzoeken werd een Delphistudie gedaan om de 24 kernbegrippen van het BN2020 profiel in te delen in 3 vormen van leiderschap te weten: klinisch, moreel-ethisch en professioneel leiderschap (zie tabel 3.). Dit is gedaan om 2 redenen. Enerzijds kunnen de empirische resultaten van de kwalitatieve studies met behulp van deze indeling ook theoretisch verklaard worden. Anderzijds biedt deze indeling ook juist een praktisch hulpmiddel aan verpleegkundigen om te herkennen waar ze hun functioneren in de dagelijkse praktijk kunnen aangrijpen om specifiek leiderschap of beïnvloeding te ontwikkelen en tonen. In 2 Delphirondes zijn de kernbegrippen door 10 experts onafhankelijk van elkaar in de 3 vormen van leiderschap middels scores 0-10 ingedeeld. In de eerste ronde hebben deze experts, zoals master opgeleide hbo-docenten verpleegkunde en verplegingswetenschappers, aangegeven of een kernbegrip wel of niet aansloot bij een of meerdere van de 3 vormen van leiderschap. Vervolgens bleek dat bij een deel van de kernbegrippen te weinig onderscheid werd gemaakt. Deze kernbegrippen werden in een tweede ronde opnieuw voorgelegd aan de experts. Deze keer werd gevraagd om op een vierpuntschaal (helemaal niet passend, niet passend, wel passend en helemaal passend) de kernbegrippen in te delen bij de drie vormen van leiderschap. Na deze twee rondes

kwam een duidelijkere indeling tot stand (zie tabel 3). Hierbij werden kernbegrippen als passend bij een vorm van leiderschap gekozen wanneer 8 of meer experts deze passend of zeer passend vonden.

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

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

Kwalitatief onderzoek leiderschap door de ogen van studenten in 2020

Dit betroffen 6 deelstudies waarin 41 studentverpleegkundigen in diepte-interviews eveneens zijn bevraagd naar hun ervaringen in de praktijk tijdens hun praktijkstages met verpleegkundig leiderschap gerelateerd aan de beroepscompetenties. Dit is in eerste instantie gedaan als alternatieve oplossing omdat interviews met verpleegkundigen als gevolg van de COVID19-crisis door werkdruk en maatregelen op afdelingslocaties niet meer mogelijk waren. Deze deelstudies bleken echter een waardevolle aanvulling op het onderzoek omdat hiermee het perspectief van studenten op verpleegkundig leiderschap en hun leeromgeving in het onderzoek werd ingebracht.

Kwantitatief onderzoek in de periode 2018-2020

Dit betrof een nulmeting van geanonimiseerde kwantitatieve gegevens uit professionaliteitsscans (Frenetti) van 435 verpleegkundigen op 10 verpleegafdelingen. Deze verpleegeenheden zijn in de periode 2018-2020 van start gegaan als zogenoemde proeftuinafdelingen met het professionaliserings-project FLOOR2020. Bij de start van elke proeftuinafdeling is de zelfevaluatie-scan afgenomen om de competentieontwikkeling van verpleegkundigen in de teams te kunnen volgen. Van deze gegevens is in het onderzoeksprogramma naar verpleegkundig leiderschap alleen geanonimiseerd gebruik gemaakt. Dit is gedaan om de eigen inschatting van MCL-verpleegkundigen over hun functioneren inhoudelijk te koppelen aan de kwalitatieve beleving en uitspraken over hun functioneren op de competenties. Op deze manier kan in de ontwikkeling van hulpmiddelen gericht gekozen worden voor die kernbegrippen in het functioneren waarvan zowel kwantitatief als kwalitatief wordt gezien dat daar (het meest) behoefte is aan voorbeeldsituaties en rolmodellen.

Expert-deelstudie: Indeling items zelfevaluatiescan in 24 kernbegrippen BN2020

De professionaliteitsscan werd ontwikkeld voordat het landelijk opleidingsprofiel BN2020 tot stand kwam. Niettemin beschrijft de zelfevaluatiescan het verpleegkundig handelen zodanig in items (vragen) dat deze goed vergelijkbaar zijn met de beschrijving van de 24 kernbegrippen uit BN2020. De zelfevaluatiescan bestaat uit 96 items die zijn ingedeeld in 3 thema's te weten: 'Verplegen & Verzorgen', 'Samenwerken & Communiceren' en 'Managen & Verbeteren'. Er zijn 4 antwoordcategorieën. De inhoud van de antwoordcategorieën is afhankelijk van het item geformuleerd. De waardering van het antwoord geeft het niveau van functioneren als volgt aan: 1 = beginner, 2 = competent, 3 = volleerd en 4 = expert. Om de resultaten van de kwalitatieve studies te kunnen relateren aan de uitkomsten van deze kwantitatieve zelfevaluaties is daarom een Delphistudie gedaan, voorafgaand aan de totaalanalyse. Daarvoor werden de 96 items van de zelfevaluatiescan door 3 experts onafhankelijk van elkaar ingedeeld in de 24 kernbegrippen zoals deze zijn beschreven in beroepscompetenties van het landelijk BN2020 opleidingsprofiel (zie bijlage 1. Tabellen: tabellen 4, 5 en 6³). Deze uitkomsten van experts zijn vervolgens met elkaar vergeleken. Daarnaast is de expert-onderzoeker die de professionaliteitsscan heeft ontwikkeld, benaderd om de indeling te beoordelen. Om tot consensus en een definitieve indeling te komen werd de BoKs van BN2020 door 2 hoofdonderzoekers als leidend gebruikt. Met de koppeling van de items aan de 24 kernbegrippen is het vervolgens bovendien mogelijk geworden de data van de kwantitatieve totaalanalyse ook aan de 3 vormen van leiderschap te relateren.

3 Tabellen met een hoge informatiedichtheid zijn vanwege de leesbaarheid in de Bijlage tabellen opgenomen.

Data-analyse

Kwalitatieve analyse

De kwalitatieve data (focusgroepen en diepte-interviews) werd getranscribeerd en ingevoerd in Atlas-Ti en open gecodeerd. Dit werd per deelstudie gedaan door 4^e-jaars bachelor verpleegkunde studenten die na onafhankelijke codering van een of enkele transcripten de coderingen in duo's met elkaar vergeleken en tot een codeboom voor generieke leiderschapscompetenties en de onderzochte kernbegrippen kwamen. Hiermee werd een gestructureerde methode voor het versterken van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gehanteerd (Dierckx de Casterlé et al., 2012). Na de 1^e zeven deelstudies in 2018-2019 op de verpleegeenheden waar focusgroepen werden gehouden ontstond een voorlopig generiek model voor wat verpleegkundigen onder leiderschap verstaan. De, in de 7 deelstudies ontstane, deelaspecten van leiderschap zijn door het onderzoeksteam (5 onderzoekers van het lectoraat) vanuit de data middels 'affinity diagramming' geanalyseerd en geordend waardoor het voorlopig empirisch model ontstond (Martin & Hanington, 2012). Na toevoeging van de daarna verrichte 10 deelstudies door studenten werd op basis van de data in alle deelstudies een eenduidige codeboom ontwikkeld met 171 codes ingedeeld in 20 codegroepen (zie overzicht in tabel 7.) Codes werden beschreven en de indeling van fragmenten in codes werd door een onafhankelijk onderzoeker her-beoordeeld en indien nodig opnieuw ingedeeld. De codes in de codegroepen voor de onderzochte kernbegrippen werden daarbij deductief op basis van de omschrijvingen van kernbegrippen in BN2020 ingedeeld.

Code Groups	Show codes in group VPKL Leiderschap Generiek
◇ Continuïteit van Zorg (0)	◇ anticiperen~
◇ Coordinatie van Zorg/MD samenwerken (0)	◇ begeleiding stagiaires/leerlingen~
◇ Deskundigheidsbevordering (0)	◇ coachen~
◇ GBV Gezamenlijke Besluitvorming (0)	◇ collega ondersteunen/teamleren
◇ Inzet EBP (0)	◇ deskundigheid/ervaring
◇ Inzet ICT (0)	◇ empoweren van collega's
◇ Klinisch Redeneren/Indiceren van Zorg (0)	◇ Initiatief nemen
◇ Kwaliteit van Zorg (0)	◇ invloed als verpleegkundige
◇ Morele Sensitiviteit (0)	◇ leiderschap behoefte~
◇ Onderzoekend Vermogen (0)	◇ leiderschap beïnvloedende factoren negatief~
◇ Patient en Patiëntenzorg (30)	◇ leiderschap beïnvloedende factoren positief~
◇ Patient Familie/sociaal netwerk patient (7)	◇ leiderschap belang/belangrijk~
◇ Persoonsgerichte Communicatie (0)	◇ leiderschap definitie
◇ Preventie en Gezond Gedrag (0)	◇ leiderschap toepassen~
◇ Professioneel Gedrag (0)	◇ leiderschap verbeterpunten~
◇ Professionele Reflectie (0)	◇ leiderschap/rol bewustwording~
◇ Samenwerken (0)	◇ motiveren/inspireren~
◇ Uitvoer van Zorg (0)	◇ organisatie ziekenhuis~
◇ VPKL Leiderschap Generiek (29)	◇ persoonlijk leiderschap
◇ Zelfmanagement (0)	◇ proactief handelen/houding
	◇ rol /positie als verpleegkundige
	◇ rol seniorverpleegkundige
	◇ rolmodel
	◇ sturen/aansturen
	◇ verantwoordelijkheid verpleegkundige~
	◇ verantwoording verpleegkundig handelen~
	◇ verpleegkundig beleid~
	◇ wensen van de afdeling
	◇ zelfvertrouwen verpleegkundige

Tabel 7. Overzicht thematische indeling van codes in codegroepen waarvan indeling 29 codes in de codegroep generieke aspecten van verpleegkundig leiderschap.

De resterende codegroepen werden inductief samengesteld, dit betroffen codegroepen voor generieke aspecten van verpleegkundig leiderschap. De data in die codegroepen is volgens thematische analyse in een 'thick description' geparafraseerd en samengevat. Deze thematische analyse werd door 1 onderzoeker gedaan en vervolgens ter vergroting van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door 3 onderzoekers van het lectoraat op face-validiteit beoordeeld. Dit werd gedaan door wederom een 'affinity diagramming' uit te voeren ter controle van indeling van de codes in de thematische analyse, waarbij werd vastgesteld op welke begrippen in betreffend thema consensus aanwezig bleek en voor welke begrippen nadere begripsverheldering nodig is (zie tabel 8.). Ook werd de 'thick description' door de andere onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld en aangevuld. Hiermee ontstond de definitieve omschrijving van elk thema. Daarnaast werd, in aanvulling op de verslaglegging van de bachelor studenten, in een aparte analyse door 3 onderzoekers onafhankelijk van elkaar naar concrete voorbeelden van leiderschap gekoppeld aan kernbegrippen in de data gezocht. Hiervoor werden de thema's uit het generieke model van leiderschap gehanteerd en gezocht naar fragmenten waarin die elementen van leiderschap voorkwamen in combinatie met voorbeelden van één van de kernbegrippen. Hiermee ontstond het materiaal voor de voorbeeldrolmodellen en voorbeeldsituaties die in het vervolgtraject na dit onderzoek als hulpmiddelen voor de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap worden ontwikkeld.

Thema	Indeling begrippen (codes) vanuit de data waarop consensus aanwezig en waarop nadere begripsverheldering nodig is (cursief)
Persoonlijk leiderschap als onderdeel verpleegkundig leiderschap voor goede patiëntenzorg	Anticiperen Initiatief nemen Proactief handelen/ houding Persoonlijk leiderschap <i>Definitie leiderschap Belang leiderschap Leiderschap toepassen Rol positie verpleegkundige & seniorverpleegkundige (2 codes)</i>
Verpleegkundig Leiderschap als gezamenlijke opdracht in het team verpleegkundigen	Collega's ondersteunen/teamleren Vertrouwen (onderling) <i>Coachen Empoweren van collega's Motiveren/inspireren</i>
Leiderschap in voorbeeldrol naar collega's en aankomende collega's	Begeleiding stagiaires/leerlingen Rolmodel <i>Sturen/aansturen</i>
Inzetten van expertise/klinisch leiderschap	Deskundigheid/ervaring Verantwoording verpleegkundig handelen Verantwoordelijkheid verpleegkundige <i>Verpleegkundig beleid</i>
Opvatting over huidige stand van zaken en beïnvloedende factoren verpleegkundig leiderschap, wat daar nog in te doen is en voor nodig is.	Voorwaarden leiderschap (code behoefte) Organisatie ziekenhuis/wensen afdeling (2 codes) Positieve factoren Negatieve factoren <i>Invloed Verpleegkundige (beleving) Leiderschap verbeterpunten Rol bewustwording</i>

Tabel 8. Thema's generieke aspecten van verpleegkundig leiderschap

Kwantitatieve analyse

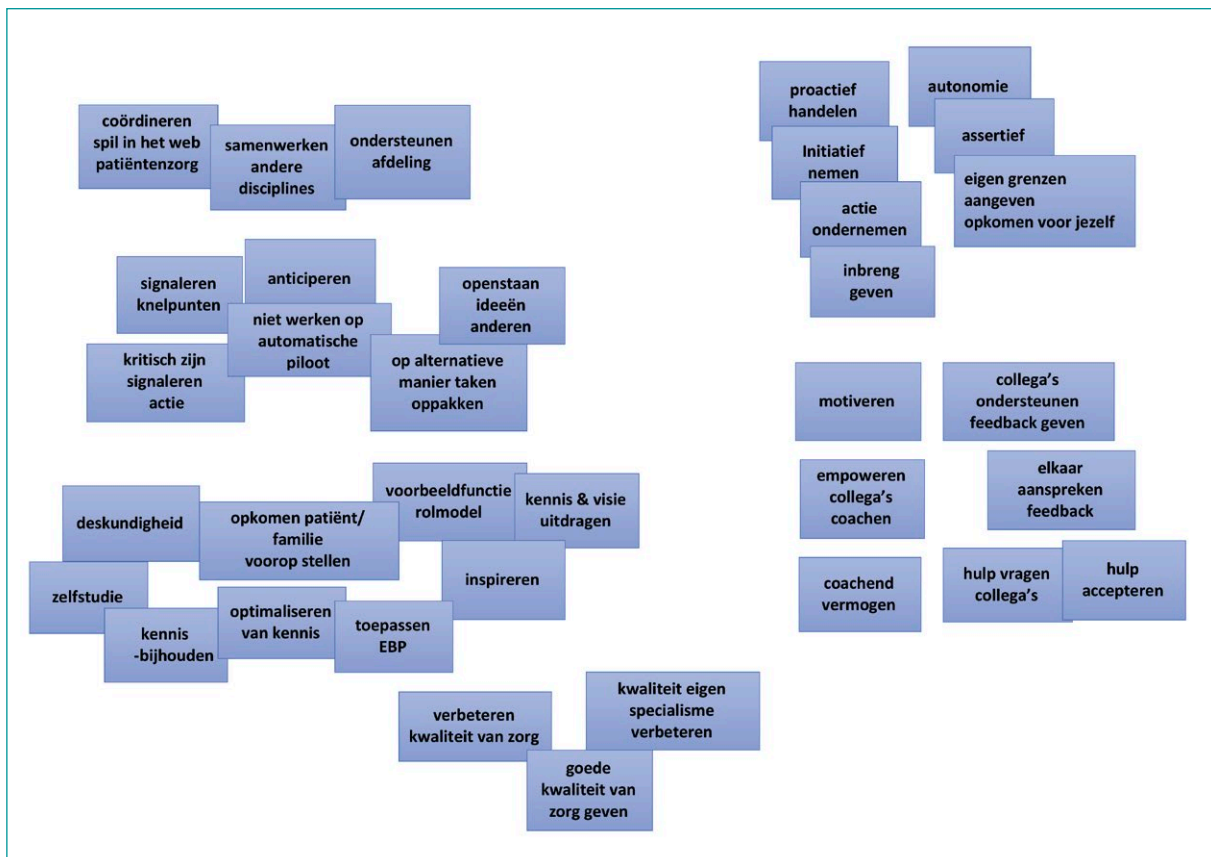
De kwantitatieve data zijn geanalyseerd in SPSS Statistics 25. Van 435 respondenten werden op onderdelen respondenten uit de analyse uitgesloten vanwege zogenoemde 'missing values'. Dat wil zeggen dat deze respondenten op een of meerdere variabelen scores ontbraken waardoor geen eenduidige score kon worden meegenomen. De kenmerken van de respondenten, data van de 96 items van de professionaliteitsscan en hoe respondenten zichzelf daarop in de nulmeting bij de start van de proeftuin scoren, samen met de ambitie die zij hebben aangaande deze 96 items zijn opgenomen in SPSS. Het betreft specifieke scores op een 4punts-schaal, waarbij het beoogde bachelor niveau score 4 vertegenwoordigt. Er is gekozen voor een afkappunt van een (gemiddelde) score van 3,5 of hoger als streefnorm voor het bachelor niveau en een (gemiddelde) score onder de 2,5 als ondergrens voor ontwikkeling van het bachelor niveau.

Bij het importeren van de data in SPSS werden de variabele-namen aangepast en geschikt gemaakt voor bewerking en analyse, waarbij de noodzakelijke aanpassingen zijn bijgehouden in het kader van transparantie en herhaalbaarheid van het onderzoek. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de herverdeling van de 96 items uit de professionaliteitscan naar de 24 kernbegrippen. Daarbij werden de gemiddelde scores berekend per kernbegrip over de gezamenlijke (2 of meer items) die 'laden' op de specifieke kernbegrippen. Voor de analyse van de resultaten op de 3 vormen van leiderschap, klinisch/vakinhoudelijk, professioneel/beroepsmatig en moreel-ethisch leiderschap, werden op basis van de 96 items opnieuw gemiddelde scores berekend over de gezamenlijke items op betreffende vorm van leiderschap. De reden om deze 96 items als basis te nemen en niet de eerder berekende gemiddelden van de 24 kernbegrippen is dat zo doende kernbegrippen met meer items ook zwaarder meewegen in het gemiddelde voor een vorm van leiderschap. Om tenslotte te bezien in hoeverre er sprake was van samenhang tussen bepaalde kenmerken van de respondenten en de ervaren bekwaamheid op de 3 vormen van leiderschap zijn zogenoemde tree-analyses gedaan. De keuze voor een tree-analyse kwam voort uit een eerste verkenning van de data. Daarbij bleek namelijk dat de typen leiderschap samenhangen met meerdere kenmerken van de respondenten, maar dat de relaties met ordinale variabelen non-lineair waren. Ook hangen veel variabelen onderling samen, zoals leeftijd, vak-ervaring en ervaring op de afdeling, wat zou pleiten voor het opnemen van interactie-effecten in analyses, maar dat maakt de interpretatie vervolgens complex. Om de analyses van samenhang van de variabelen meer explorerend in te steken is gekozen voor een meer vrije vorm van classificeren van subgroepen op de drie uitkomstvariabelen, door middel van een tree-analyse (CHAID). Deze analyse is erop gericht respondenten te classificeren in groepen die elkaar maximaal onderscheiden op de uitkomstvariabele aan de hand van andere variabelen. De toetsing voor het onderscheiden van zulke groepen wordt gedaan middels een t-toets of Chi2-toets, afhankelijk van het meetniveau. Daarbij is, om een balans te vinden in de betrouwbaarheid van de toetsing enerzijds en onderscheidend vermogen anderzijds, gekozen voor een minimumgroeps grootte van 25. Daar waar standaard een groeps grootte meestal 50 betreft, werden hiermee subgroepen verkregen die inzicht gaven in de interpretatie van de analyse.

Resultaten kwalitatieve studie

Generiek model verpleegkundig leiderschap

Verpleegkundig leiderschap wordt door MCL-verpleegkundigen na 7 deelstudies omschreven als een gelaagd begrip waarin autonomie, assertiviteit en proactief handelen een rol spelen naast een kritisch opbouwende samenwerking met collega's en andere disciplines en een daarin voorbeeldrol vervullen waarbij deskundigheid en kennis wordt ingezet voor het uiteindelijke doel om goede patiëntenzorg te bieden.



Illustratie 2. Voorlopig generiek model verpleegkundig leiderschap

Verdieping generiek model verpleegkundig leiderschap

Na thematische analyse van de generieke aspecten van verpleegkundig leiderschap op basis van alle data uit de 17 deelstudies blijkt, in aanvulling op bovenstaand model, naar voren te komen dat verpleegkundigen ten tijde van het onderzoek vrij divers aankijken tegen verpleegkundig leiderschap. Men ziet verpleegkundig leiderschap als een breed begrip dat lastig concreet te maken is en 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 ook aan onderzoekend vermogen en de inzet van EBP en het kritisch kijken naar het eigen handelen. Opvallend is dat veel verpleegkundigen leiderschap ook sterk koppelen aan coördinatie van zorg. Verpleegkundigen vinden dat verpleegkundig leiderschap hoort bij het beroep en niet afhankelijk is van opleiding. Iedereen heeft verpleegkundig leiderschap of zou dat moeten hebben. Verpleegkundig leiderschap kan ook getoond worden op persoonlijk niveau door keuzes te maken in de eigen loopbaan, eigen grenzen aan te geven en door te laten zien waar je als verpleegkundige, en daarmee de professie, voor staat. De volgende thema's werden uit de kwalitatieve data gedestilleerd.

1. Persoonlijk leiderschap voor goede patiëntenzorg

MCL-verpleegkundigen benoemen, wanneer hen wordt gevraagd wat ze verstaan onder verpleegkundig leiderschap als eerste elementen van persoonlijk leiderschap in professioneel gedrag dat gericht is op 'het beste voor de patiënt' willen doen. Zo benoemt men 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 of durf toont die daarvoor nodig is. Vaak wordt benoemd dat dit vanuit ervaring of deskundigheid wordt gedaan

'De ruimte krijgen om überhaupt je mening te kunnen geven. Dat is ook weer afhankelijk van hoeveel ruimte krijg je, maar ook, hoeveel ruimte neem je. Tenminste, ik werk hier nu al langer en ik heb de ervaring wel, dus ik durf me wel te mengen in een gesprek. In de gesprekken met de arts, familie en patiënt, dan bespreek ik wel wat ik heb gezien en wat ik heb ervaren. Ik denk dat je moet laten horen.'

Concreet betekent verpleegkundig leiderschap volgens verpleegkundigen:

- vooruitdenken vanuit deskundigheid over wat nodig is voor een patiënt
- waakzaam zijn voor wat voor de patiënt belangrijk is
- meedenken en ruimte nemen om bewust eigen deskundigheid in te brengen in de samenwerking met artsen en collega's
- eigen ideeën en mening durven verwoorden, ook wanneer deze afwijkt van wat gebruikelijk is
- niet afwachten; actie ondernemen en zelfstandig durven handelen (autonomie pakken)

Verpleegkundig leiderschap wordt gezien als opkomen voor de patiënt, maar tegelijkertijd houdt dat dus ook 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 behandel of verpleegkundig team vindt.

'Zelf aangeven wanneer je denkt wanneer de discipline erbij moet komen. En dan gewoon ook kunnen onderbouwen... Vooral dat je laat zien wat de verpleegkundige rol in het hele verhaal is eigenlijk. Dat je laat zien wie je als verpleegkundige bent en dat je echt een goeie eh, meedenkende partner bent ook in het hele proces, ook naar artsen toe en naar alle disciplines toe.'

Wanneer op basis van deskundigheid bij patiënten gesignaleerd wordt dat actie nodig is, acteren verpleegkundigen daar zelfstandig op en 'pakken' daarbij de autonomie. Op basis van de inschatting zetten ze de juiste handelingen, middelen en/of personen in of zorgen ervoor dat deze worden ingezet. Dit laat zich bijvoorbeeld zien in familie betrekken bij de zorg voor patiënten en meedenken met artsen. Op deze manier vertegenwoordigen ze de patiënt door voor hun belangen op te komen. Dit is zeker van belang als de patiënt dit zelf niet kan. De voorbeelden die hierbij worden benoemd zijn veelal ook voorbeelden van persoonsgerichte zorg en moreel leiderschap: niet alleen de juiste (verpleegtechnische) zorg geven, maar ook het goede, gericht op het welbevinden van een patiënt, willen doen, dat moet centraal staan.

'...op dit moment sterk wordt ingezet om de verpleegkundige sterk te maken, maar we moeten niet uit het oog verliezen dat de patiënt centraal moet staan en wat die nodig heeft daarbij. Daar moet je verpleegkundig leiderschap in tonen.'

'Een tijdje terug bijvoorbeeld... inderdaad een ontslag. Gewoon echt op vrijdagmiddag een slechtnieuws-gesprek en iemand wil naar huis en dat we dan er alles aan doen in het weekend om alles te regelen.'

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

2. Verpleegkundig Leiderschap als gezamenlijke opdracht in het team verpleegkundigen

Participanten beschrijven hoe samenwerking in het team en collegiaal overleg voor hen verpleegkundig leiderschap betekent en hoe hen dit ook individueel ondersteunt om leiderschap te laten zien. Het is van belang te onderkennen dat verpleegkundig leiderschap vooral in samenwerking met elkaar in een team tot bloei kan komen. Daarbij zijn de belangrijkste voorwaarden dat er voldoende veiligheid in het team aanwezig is, dat er sprake is van een open transparante communicatie in het team en respect voor ieders eigenheid en onderling verschillende kwaliteiten. Volgens verpleegkundigen is het belangrijk dat teamsamenwerking wordt gezien als een proces waarin teamleden van elkaar mogen leren om zich te kunnen ontwikkelen.

'Het is iets dat we met zijn allen verder moeten ontwikkelen; het lef om elkaar feedback te geven.'

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 ten opzichte van jongere collega's. Belangrijk is dus ook om jongere collega's te betrekken en te empoweren om leiderschap te tonen.

'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 zien te benutten.'

Benadrukken van samenwerken is nodig om goede zorg te kunnen geven en omdat je gesteund moet worden in leiderschap tonen door het team. Belangrijk is ook dat met de verschillende betrokkenen problemen worden besproken zodat iedereen zijn mening kan delen, voordat er samen nieuwe afspraken worden gemaakt. Verpleegkundig leiderschap laat zich beslist ook zien in de samenwerking met de collega's om elkaar te ondersteunen, in het samen leren en toekomstige collega's te begeleiden tijdens hun stage. Daarbij wordt regelmatig benoemd dat daar veiligheid en vertrouwen in het team voor nodig is, en dat het een gezamenlijk (leer)proces is.

'Misschien (nog) een stukje stimulans van naaste collega's dat mensen zich ook veilig voelen om zo'n rol op te pakken op de afdeling, om dat leiderschap te tonen.'

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. Verpleegkundig leiderschap betekent dat in al het dagelijks gedrag en functioneren van de verpleegkundige te zien is dat men zich profileert en een voorbeeld voor anderen is, met name ook voor student verpleegkundigen en jonge startende verpleegkundigen. Dit 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.

'Dat is een hele brede, dat komt tot uiting in eigenlijk alle rollen die je hebt... een voorbeeldfunctie zijn, je doet dat op de werkvloer naar je team toe, maar je moet dat ook naar je patiënt toe doen... want je bent bij een systeem betrokken... dat is een hele mooie competentie als je die beheerst.'

Juist in al het dagelijks gedrag kan een verpleegkundige zich als rolmodel profileren, waarbij opnieuw initiatief nemen en proactief zijn wordt benoemd maar ook overzicht hebben en de spil zijn.

'Nou ja, de verpleegkundige is de spil rondom de patiënt en die kan dus best wel aansturen... die moet eigenlijk, ja het algehele overzicht een beetje hebben.'

Daarbij worden goede voorbeelden van verpleegkundig leiderschap ook van sommige of juist diverse collega's 'afgekeken'.

'Ja, ... je hebt ook wel wat mensen die dus echt dat verpleegkundig leiderschap al gewoon wat meer beheersen dan een ander en dat je daarin ook gaat samenwerken... dat stukje coaching heb je er wel bij... de nieuwe collega's, uitzendkrachten, leerlingen.'

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

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 daarom ook heel expliciet handelen vanuit deskundigheid, het gaat om bewust bekwaam handelen vanuit een klinische blik en 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. Verpleegkundigen benoemen daarbij zowel kennis van zaken over wat er bij patiënten speelt vanuit ervaring als ook het belang van het bijhouden van verpleegkundige kennis en deskundigheid. 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.

'Ja ja, want je leert van elkaar... dan word je weer actueler hé, en met de nieuwe informatie die er nu is... ja, zodat je het ook wat onderhoudt, je kennis ook.'

Het belang van het kunnen onderbouwen van het handelen staat in deze argumentatie voorop. 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.'

'Oh joh doe maar wat, ik zie wel wat... Nee dat kan niet, je werkt met mensen, het zijn geen producten.'

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

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

'Nou ja, weet je, het heeft weer een term, van iets wat je een heleboel eigenlijk altijd al wel doet. Maar het heeft nooit echt een officiële naam gehad en nu heeft dat dan weer een naam verpleegkundig leiderschap. En misschien over een paar jaar heet dat weer anders.'

Gedurende het onderzoek geven verpleegkundigen aan dat ze verpleegkundig leiderschap wel herkennen en kunnen benoemen in het MCL. Tegelijkertijd blijkt echter ook dat leiderschap tonen en 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. Ook wordt het laten zien van verpleegkundig leiderschap met name in relatie tot senioriteit en ervaring benoemd, vooral wanneer het gaat om durf en zekerheid over eigen handelen. Het herkennen van verpleegkundig leiderschap in het dagelijks werk wordt door de meeste participanten geduid als een proces van bewustwording dat op gang gebracht is, o.a. onder invloed van het project FLOOR2020 en landelijke ontwikkelingen. Deze bewustwording was er deels altijd al, er wordt nu wel steeds meer opgekomen voor de eigen rol.

'Ik vind ook echt die bewustwording van de verandering van de zorg... dat je je echt bewust bent van hoe je het bijvoorbeeld in de praktijk doet... met als je het zo hoort, denk je dan ook van, oh ja, zo doe ik dat al in mijn werk...'

Leiderschap is van iedere verpleegkundige. 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 al door in het team er over te praten. Door mee te doen aan het onderzoek zijn ze zich meer bewust geworden over leiderschap en het onderdeel van het werk waarover ze zijn geïnterviewd.

'...omdat ik met mijn verpleegkundig leiderschap gewoon klein en groot invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van zorg.'

Bevorderende en belemmerende factoren

MCL-verpleegkundigen benoemen 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. Volgens veel verpleegkundigen zijn ook ervaring en een goede band met andere zorgdisciplines, bijvoorbeeld dat artsen 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 die worden benoemd 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 belemmerende of negatief beïnvloedende factoren zoals 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 van verpleegkundigen zelf aan als reden voor het tonen van nog 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 angst en 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 een aantal kernbegrippen centraal waar in focusgroepen en diepte-interviews is doorgevraagd over de concretisering van leiderschap in het handelen (zie tabel 3.) Een weergave daarvan wordt hier per Canmeds-rol beschreven. In de data werden bovendien voor de meeste competenties goede voorbeelden van leiderschapsgedrag of kenmerkende voorbeeldsituaties⁴ gevonden.

Leiderschapsgedrag in de rol Zorgverlener

Uitvoer van zorg

Het ondersteunen bij de ADL wordt vooral als een uitvoerende rol gezien, waarbij het belangrijk is de zorgbehoeftes van de patiënt in te schatten, wat de patiënt zelf kan doen en waar de verpleegkundige de zorg moet overnemen. Eigen regie van de patiënt is hierbij belangrijk. Hiervoor is het nodig om met de patiënt samen te werken door in gesprek te gaan, goed te luisteren en samen afspraken te maken. Belangrijk is namelijk dat de patiënt zich veilig en vertrouwd voelt. Een verpleegkundige geeft hierover aan:

'Ik vind het altijd belangrijk dat mensen een bepaalde veiligheid voelen en dat ze zich vertrouwd bij mij voelen. Dat vind ik wel echt belangrijk. Ze staan soms letterlijk en figuurlijk naakt. Dan vind ik het belangrijk dat ze zich gewoon gewaardeerd voelen.'

Voor de uitvoering van de zorg is kennis en ervaring nodig, maar soms spelen ook eigen waarden en normen mee. Bijvoorbeeld bij de inschatting welke zorg nodig is en het overnemen van de zorg van de patiënt. Bij de uitvoering van de zorg is samenwerking met collega's van belang. Voor het aangeven van een eventueel kennistekort en hulp te vragen aan collega's is zelfkennis en ervaring nodig, maar ook een sfeer van veiligheid en vertrouwen om elkaar hulp te willen bieden. Belemmeringen die worden ervaren zijn: de toename van de zorgzwaarte, de motivatie van patiënten en het niet op één lijn zitten van verpleegkundigen en andere disciplines ten aanzien van de zorgondersteuning die nodig is.

'Je hebt natuurlijk je BIG-registratie. Dat hou je wel altijd in je achterhoofd van; als ik dit doe, een bepaald iets, dan kan ik het doen, mag ik het doen. Ben ik daartoe bevoegd, bekwaam, het hele verhaal. Dat zit er wel bij. Dat is wel heel goed dat dit er is. Dat je ook kan zeggen van; dit doe ik dus even niet, want. Dan kan je daar op wijzen.'

Code: stimuleren

Leiderschap: grenzen aangeven, autonomie eigen handelen

Kennis: wetgeving BIG met name eigen verantwoordelijkheid nee zeggen bij niet bekwaam

4 De illustraties met voorbeeldsituaties 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. Vetgedrukt zijn de voor het kernbegrip en leiderschap meest opvallende aspecten van het citaat aangegeven.

*'En waar ga je als verpleegkundige, dan heb je heel gauw de neiging van nou, hier willen we dat je iedere dag wast, en wat wij dan zeggen, ja, moeten we dat wel doen? Daar kunnen we ons, veel beter nog, over nadenken, van wat uh.. **we moeten veel meer naar de patiënt luisteren daarin.** En ik heb opgeschreven dat het begint bij een goeie anamnese afnemen. Wat is de situatie van de patiënt, en hoe zet je die weg in je order, zodat iedereen weet 'hey, **die man die gaat thuis maar één keer in de week onder de douche, waarom moet ie nu zeven keer onder de douche of gewassen worden?**' Wat willen we daarmee bereiken? En daar moeten wij gewoon veel meer heen, die eenduidigheid.'*

Code: patiëntenzorg, samenwerking patiënt

Leiderschap: signaleren, kritisch zijn, alternatieve manier van denken/niet automatisch handelen

Kennis: verschil zelfredzaamheid en zelfmanagement, persoonsgerichte benadering naar wat diens eigen invulling kwaliteit van leven is en daar doel van de zorg op afstemmen

Illustratie 3. Voorbeeldsituaties Uitvoer van zorg

Illustratie 3. Voorbeeldsituaties Uitvoer van zorg

Ondersteunen van zelfmanagement

Het ondersteunen van zelfmanagement wordt door verpleegkundigen gezien als het wel of niet overnemen van de eigen regie van de patiënt⁵. Hoeveel ondersteuning moet worden geboden, is afhankelijk van de patiëntencategorie. De verpleegkundigen zijn niet altijd eenduidig in de mate waarin ze de zorg en de regie van een individuele patiënt overnemen. Ze realiseren zich dat ze soms bij opname onvoldoende inventariseren wat de patiënt zelf gewend is te doen, waardoor ze onvoldoende 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. Voor het bevorderen van zelfmanagement vindt men het van belang om de patiënt te stimuleren en te motiveren en niet alles over te nemen.

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

De samenwerking met de patiënt is echter niet altijd op gelijkwaardige basis. De patiënten stellen zich soms snel afhankelijk op en de kennisoverdracht en informatievoorziening kan soms beter. Lastig is soms wel dat de wensen van de patiënt soms niet overeenkomen met wat goed is gezien de behandeling en herstel of het protocol wat hiervoor is opgesteld. De patiënten in hun waarde laten, inzichtelijk krijgen wat de wensen van de patiënt zijn en ze betrekken in besluitvorming, is belangrijk bij het rekening houden met normen en waarden, wensen en gevoelens. De patiënt heeft hierin de regie, vinden ze. Onderlinge afstemming tussen collega's ten aanzien van de passende gespreksvoering bij de patiënt ontbreekt echter wel eens. In de benaderingswijze wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering en wordt een 'niet al te strikte benadering' gehanteerd.

'Ik denk dat, wil je gelijkwaardigheid in de samenwerking krijgen, dat je door middel van vragen de patiënt in de lead moet zetten.'

De verpleegkundigen signaleren de behoeftes van de patiënt en schakelen indien nodig ook andere disciplines in. Overleg met de patiënt is heel belangrijk om zelfmanagement te kunnen bevorderen. Voor het toewerken naar ontslag is het nodig dat de thuissituatie goed in kaart wordt gebracht en er een goede overdracht van de zorg is naar de thuiszorg, als die nodig is. Belangrijk is ook dat alle gegevens en afspraken goed worden vastgelegd in het dossier. Het 5A model is als begrip niet bekend, maar de onderdelen worden wel ingezet; achterhalen van informatie, adviseren, assisteren, afspreken en arrangeren. Voor het achterhalen van informatie wordt gebruik gemaakt van de anamnese met de patiënt maar ook met de familie en wordt gebruik gemaakt van het dossier van de patiënt en protocollen. Om de patiënt goed te kunnen adviseren, wordt tijd genomen om

5 Uit ander onderzoek bleek dat zelfmanagement bevorderen als begrip nog vaak verward wordt met zelfredzaamheid zie: Molenaar, A., Niehof, H., & van der Cingel, M. (2020). Leiderschap bij de bevordering van zelfmanagement. TVZ - Verpleegkunde in Praktijk En Wetenschap, 130(6), 44-48. <https://doi.org/10.1007/s41184-020-0889-0>

uitleg te geven, alle vragen te beantwoorden en wordt gebruik gemaakt van folders. Het assisteren van de patiënt bij het omgaan met klachten en beperkingen, is bij iedere patiënt anders.

'Door namelijk in gesprek te gaan met de patiënt over wat hem dwars zit en of waar die mee zit om er juist achter te komen hoe je daar een stukje bij kunt helpen, om dat weer beter te maken.'

'...is het iemand die een duwtje in de rug nodig heeft om het vertrouwen weer te krijgen.'

Samen met de patiënt worden afspraken gemaakt over reële doelen en hoe die bereikt kunnen worden (arrangeren). Als verpleegkundigen ervaring hebben met de patiëntgroep kunnen ze gemakkelijker inschatten hoe ze de patiënt kunnen helpen. Daarnaast is het van belang dat ze geduld hebben en niet te snel handelingen van de patiënt overnemen. Een verpleegkundige gaf daarbij aan dat afwisseling met pas afgestudeerde verpleegkundigen daarom soms goed is, omdat die met een frisse blik op basis van feiten in het dossier kunnen inschatten wat een patiënt zou moeten kunnen.

*'Ja ik denk dat je wel **in samenspraak met de patiënt** moet kijken naar wat voor zorg die thuis nodig heeft om zelf de regie te kunnen voeren he het kan zijn dat ie met vier keer daags thuiszorg naar huis kan of dat, dat nog een brug te ver is en dat die eerst tijdig moet revalideren voordat ie naar huis kan **dus dat moet je wel goed uh (!: goed inventariseren dus)** ja. (kort stilte)'*

*Dan kun je ook naar de patiënt teruggeven of het reëel is. Misschien verwacht de patiënt wel dat die binnen twee dagen weer zelf uh en ook daarin dan **stimuleren als een patiënt een mooi doel heeft kun je daar alleen maar naar terug verwijzen** als die een mindere dag heeft ofzo*

Code: stimuleren, samenwerking patiënt

Leiderschap: coördinatie individueel patiëntproces over de dienst heen

Kennis: deskundigheid m.b.t. herstel en revalidatie; persoonsgerichte zorg in relatie wat patiënt mentaal nodig heeft (kennis psychologie); passende gesprekstechnieken (motiverende gespreksvoering)

Illustratie 4. Voorbeeldsituaties zelfmanagement

Diagnostisch (klinisch) redeneren

Voor het verpleegkundig diagnostisch redeneren maken verpleegkundigen in ruime mate gebruik van hun kennis en ervaring. Dit is nodig om een juiste verpleegkundige diagnose te kunnen stellen en een goede risicosignalering te doen. Hierbij is kritisch zijn op de verzamelde gegevens en een proactieve houding van belang: actie ondernemen op de dingen die worden gesignaleerd. Belangrijk is ook dat verpleegkundigen vakliteratuur bijhouden en hun kennis up to date houden. Om te komen tot diagnoses, beginnen verpleegkundigen met het verzamelen van informatie door in gesprek te gaan met de patiënt en het uitvoeren van een familieanamnese, observatie, metingen verrichten en het dossier van de patiënt raadplegen. De verzamelde gegevens worden geïnterpreteerd en op basis daarvan stellen de verpleegkundigen diagnoses en signaleren zij risico's bij de individuele patiënt. Van belang volgens verpleegkundigen is rekening houden met wensen van de patiënt. Daarom worden gestelde diagnoses gecontroleerd bij de patiënt. Op basis van de verzamelde gegevens en de eigen kennis en ervaring stellen de verpleegkundigen ook mogelijk risico's of potentiële problemen vast. Vervolgens moeten preventieve maatregelen worden ingezet.

"Maar dat is soms ook gewoon een stuk ervaring. Jij kent het klinische beeld nog niet van iemand die in die toestand verkeert. Dus de eerste keer heb je veel meer moeite met de interpretatie daarvan. Maar dat weet je wel als je er al drie, vier of vijf gezien hebt. Dan weet ik de zesde keer dat het die kant op gaat en dan trek je op tijd aan de bel."

Ook belangrijk is het zorgen voor duidelijke rapportage over de gesignaleerde problemen, de zorg die nodig is en de voortgang. Verpleegkundige diagnoses worden voortdurend geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. In het diagnostisch redeneren is het samenwerken met collega's belangrijk. Verpleegkundigen

ondersteunen elkaar, vragen hulp als ze zelf niet voldoende kennis hebben, leren hierdoor van elkaars ervaring en kunnen elkaar empoweren. Als belemmerende factoren noemen verpleegkundigen een hoge werkdruk en de noodzaak om veel gegevens te registreren. Ook het tijdstip van een opname wordt soms als belemmerend ervaren, doordat er niet altijd voldoende tijd is om een goed anamnese gesprek te doen.

*'Ja als ik bijvoorbeeld wat jij zegt iemand aan de Burinex, die moet veel naar de wc lopen, heeft geen katheter, is het dan handiger dat je hem dichtbij een wc legt of dat je hem veraf legt? Zulke dingen al. Of dat je misschien een condoom katheter geeft en rustig in zijn bed kan blijven. Als het een oude baas is waarvan je denkt van **dat gaat misschien drie keer goed maar de vierde keer ligt hij ergens....'***

vpk.diagnose: risico op vallen

interventie: valpreventie

code: zorgbehoefte inschatten; preventie; anamnese

Leiderschap: anticiperen; pro-actief handelen

Kennis: persoonsgerichte risico-inventarisatie niet alleen op leeftijd, patiënt hier ook zelf stem in geven

*'Als iemand **de plank mis gaat slaan**, dan schat je van nou misschien is dat **consult geriatrie** hier wel op z'n plek want ik heb **het gevoel dat hier een beginnende delier** sprake is bijvoorbeeld.'*

vpk.diagnose: acute verwardheid/delier/dementieverschijnselen?

interventie: afhankelijk diagnose!

code: zorgbehoefte inschatten; preventie

Leiderschap: anticiperen; pro-actief handelen; collega's inschakelen;

Kennis: onderscheid symptomen delier vs dementie; eigen kennis hierover bijhouden (moet niet alleen afhankelijk consult geriatrie zijn), er moeten ook preventieve acties/interventies direct worden ondernomen zoals in empathische benadering patiënt, oriëntatie via klok foto's etc versterken, angst vermijden etc.etc.

Illustratie 5. Voorbeeldsituaties klinisch redeneren

Leiderschapsgedrag in de rol Communicator

Persoonsgerichte communicatie

In persoonsgerichte communicatie vinden verpleegkundigen het belangrijk om hun manier van communiceren aan te passen aan het niveau van de patiënt. Met het aanpassen van hun woordgebruik en spreektaal staan ze dicht bij de patiënt en voelt de patiënt zich meer vertrouwd. Ze gaan zitten bij de patiënt, omdat ze dan op dezelfde hoogte zijn en het geeft meer het gevoel dat er tijd is. Ze houden rekening met de gemoedstoestand van de patiënt door soms bepaalde gesprekken later te houden. Tijdens de communicatie houden de verpleegkundigen ook rekening met omgevingsfactoren, zoals een ruimte zonder storende factoren en het afgeven van de pieper voor een belangrijk gesprek. Daarnaast verifiëren verpleegkundigen vaak of de patiënt alles begrepen heeft. In hoeverre de familie iets voor een patiënt wil of kan betekenen, is niet een standaard besproken onderwerp tijdens de opname/anamnese. Als familie helpt in het zorgproces, komt dit meestal omdat ze zelf hebben aangegeven dat ze dit graag willen. Verpleegkundigen betrekken familie zoals bij ontslaggesprekken, ter preventie van delier en bij de stervensfase.

'Op het moment dat je dezelfde taal spreekt, dan voelt het voor mensen toch soms dat ze wat meer gewoon zichzelf kunnen uiten zoals ze het liefst zouden willen.'

*'misschien ook wel de hele benaderingswijze hoe jij een patiënt benaderd. Daarbij past natuurlijk een stukje **motiverende gespreksvoering**, maar **ook juist die benadering die kan wel heel belangrijk zijn** denk ik. Ehm ja, want de ene patiënt moet je anders benaderen dan de andere patiënt. En dat doe je ook wel een beetje onbewust misschien maar juist ook wel bewust soms.'*

Code gespreksvoering

Leiderschap: bewust bekwaam op inhoudelijke kennis waardoor leiderschap

Kennis: motiverende gespreksvoering

Illustratie 6. Voorbeeldsituatie Persoonsgerichte communicatie

Leiderschapsgedrag in de rol samenwerkingspartner

Gezamenlijke besluitvorming

Verpleegkundigen blijken bewust in te zetten op gezamenlijke besluitvorming met patiënten. Ze geven aan gelijkwaardigheid en vertrouwen belangrijk te vinden, zodat patiënten zich durven uit te spreken en zo de zorg krijgen die bij hun voorkeuren past. Ze bereiken de gelijkwaardigheid door patiënten te ondersteunen en het geven van informatie. Ze ondersteunen de patiënt door tijd voor hen te nemen, hen tijd te geven voor keuzes, voorlichting te geven, hen te vragen naar hun wensen en door voor hen op te komen. Dit doen ze door gebruik te maken van een optie-gesprek, keuzegesprek en besluitvormings-gesprek. Op de afdeling worden deze gesprekken echter vaak niet zo aangeduid. Verpleegkundigen vinden dat ze nog wat meer gebruik kunnen maken van voorlichtingsmateriaal om de patiënt en familie te informeren, zodat ze mogelijk gemakkelijker keuzes kunnen maken. Voor gezamenlijke besluitvorming is kennis en ervaring over de patiëntengroep nodig.

'Wij hebben een patiëntengroep die niet een goede levensstijl heeft en ook niet in het overzicht van hun ziekteproces dat kan ook heel belemmerend zijn. Ik wil mijn been er niet af maar ik wil ook roken, daar moet je tussen schipperen.'

Uitgangspunt is dat er niet voor de patiënt wordt besloten, maar dat ze zicht krijgen op voor- en nadelen zodat de patiënt ziet waarover ze beslissen. Het betrekken van de familie helpt soms om de patiënt te motiveren en bij bijvoorbeeld verwarde patiënten of in een levensbedreigende situatie moet het zeker. Dan moet je als verpleegkundige de regie nemen. Om zicht te krijgen op wat de patiënt zelf wil, gebruiken verpleegkundigen communicatieve vaardigheden.

'...communicatievaardigheden zoals luisteren, geen moeilijke woorden, kijken of de patiënt het begrijpt, goed duidelijk spreken, vragen of alles goed is overgekomen en tot slot dat het belangrijk is om te herhalen.'

Door de patiënt zo te ondersteunen, geven verpleegkundigen aan dat ze de patiënt empoweren. Vertrouwen wordt opgebouwd door eerlijk te zijn, tijd te nemen en door het erkennen van gevoelens. Naast vertrouwen en gelijkwaardigheid vinden verpleegkundigen autonomie en eigen regie van de patiënt belangrijk, omdat ze denken dat patiënten goed in staat zijn om keuzes te maken in beleid wanneer ze hierbij ondersteund worden.

'Het verschil van inzicht met bijvoorbeeld de familie maak ik bespreekbaar met de patiënt. Dan vraag ik: 'Ik zag dat u twijfelde? Klopt dat?' en 'waarom dan?' Dus ik benoem dan wat ik zie. Ik ervaar dat patiënten het fijn vinden dat er specifiek naar hun mening gevraagd wordt en naar hen wordt geluisterd.'

In gezamenlijke besluitvorming wordt ook rekening gehouden met patiënten met een andere cultuur die anders kunnen reageren op een behandeling of soms de uitleg niet begrijpen. Dan wordt ook de familie meer betrokken in de besluitvorming. Belangrijk vindt men ook hier dat je de patiënten moet respecteren in hun keuzes. Een vertrouwensband is ook belangrijk.

'Ik denk als je je kunt inleven in de patiënt dat je dan de helft al gewonnen hebt, dan geef je hun het vertrouwen dat je ze begrijpt en dat je meekijkt en meedenkt naar hun behandeling.'

Het vaak wisselen van verpleegkundigen, tijdgebrek en een patiëntengroep met een minder goede leerstijl is niet bevorderlijk om invulling te geven aan gezamenlijke besluitvorming. Tenslotte is het lastig als het beleid in de medische behandeling niet eenduidig is. Als verpleegkundige moet je dan voor de patiënt opkomen.

*'Ik denk dat met name dat de patiënt ook inzicht krijgt in wat voor traject die ingaat op wat hem staat te wachten, dat je echt, dat diegene gewoon weet van: dit houdt het in, dit bereik ik ermee, dus dat je ook, als je wel een onderzoek of iets anders wilt gaan doen, **dat hij dan van tevoren echt goed weet, wat het inhoudt zodat de patiënt een keuze kan maken. Maar ja, ik vind ook wel dat je vanuit je eigen expertise soms, een beetje aan kan geven van voor jou is dit de beste optie en vergelijken.***

Code gezamenlijke besluitvorming'

Leiderschap: onbewust deels bekwaam, deels onbekwaam wat betreft kennis GBV

Kennis: optiegesprek en andere gespreksfasen GBV waarbij inbreng expertise verpleegkundige als onderdeel aanbieden info waarop patiënt zelf kan beslissen

*Nou, je hebt bijvoorbeeld mensen die hier komen en zeggen van 'ik wil geen informatie, sluit me maar aan en ik hoef verder geen informatie, ik vind het doodeng en ik hoef verder niks'. **En dan kan je verder niks.** Dus ja, die mensen zijn er. Die willen gewoon helemaal niks weten. Ja, op een gegeven moment wennen ze er wel aan, maar sommige mensen willen echt niets weten. Die zijn er. Nou ja, dan kun je wel zien en **weet je natuurlijk wel dat de patiënt het eng vindt allemaal**, die wil die informatie allemaal niet, want zijn hoofd zit al helemaal vol, hij voelt zich niet goed. En als je dan ook nog informatie gaat geven over een behandeling of wat er mogelijk is.*

Code gezamenlijke besluitvorming '

Leiderschap: onbewust deels bekwaam, deels onbekwaam: vanuit kennis toepassen: ingaan emotie om ruimte te maken voor optiegesprek, ingaan en ondersteunen bij emoties in dit geval angst

Kennis: rouwfasen en emoties bij omgaan ziekte en (dreigend) verlies

Illustratie 7. Voorbeeldsituaties Gezamenlijke besluitvorming

*'Als ze geen respect voor mij hebben, **dan heb ik het natuurlijk wel voor hen.** Dat hoort zo als verpleegkundige, maar **ik ga wel met ze in gesprek waarom** ze zo respectloos en nukkig zijn. Ik leg wel uit dat ik het druk heb. **Ik laat ze wel even meekijken** dat ik niet alleen zorg voor 1 patiënt heb maar soms ook nog voor 10 anderen.'*

Code: samenwerking met patiënt en zorgrelatie met patiënt

Leiderschap: opkomen voor patiënt juist door kans geven uitzoeken gedrag, opkomen eigen beroepsuitoefening hoe zorg eruit ziet

Kennis: beroepscode iedere patiënt recht op respect en compassie, gedrag en persoon gescheiden zien, gesprekstechnieken in relatie voorkomen agressie en/of emoties patiënt onderkennen

Illustratie 8. Kernbegrip Professionele relatie (als kenmerkend voor dit kernbegrip uit analyse naar voren gekomen)

Monodisciplinaire samenwerking

Ten aanzien van de monodisciplinaire samenwerking benoemen verpleegkundigen dat een goede sfeer op de afdeling belangrijk is. Dit geeft hen een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Een open houding wordt hierbij belangrijk gevonden. Verpleegkundigen vinden het belangrijk wanneer over de zorg naar elkaar wordt teruggekoppeld, omdat dit het vertrouwen in elkaar versterkt. Door te communiceren en transparant te zijn, vinden verpleegkundigen dat ze verantwoordelijkheid nemen. Daarbij vinden verpleegkundigen het belangrijk

dat ze niet alleen verantwoordelijk zijn voor hun eigen patiënt, maar ook verantwoordelijkheid voor de patiënten van collega's willen nemen. Een verpleegkundige vertelt daarover het volgende:

'Zoals vanochtend ook, dan zeg ik van: 'Ik wil graag even weten waar we staan. Hoe is het op kamer 1, hoe is het op 2, hoe is het op 3, hoe is het op 4 en 5?' Dat we even van elkaar weten van waar sta jij? Heb je hulp nodig nu of kun je verder, zodat alle neuzen dezelfde kant op staan.'

Betrokkenheid bij elkaar wordt ook belangrijk gevonden. Drukke op de afdeling echter, belemmert deze betrokkenheid. Ook projecten zoals functiedifferentiatie ervaart men soms als belemmering van de onderlinge samenwerking, omdat het onrust geeft en invloed heeft op de sfeer en de onderlinge relaties. Om een goede samenwerking te realiseren geven verpleegkundigen aan dat feedback het belangrijkste is. Positieve feedback is belangrijk om elkaar aan te sporen en om elkaar te empoweren. Verpleegkundigen geven echter aan dat weinig positieve feedback gegeven wordt. Daarnaast blijkt feedback ook regelmatig een bron van conflicten te zijn. Dit komt door de wijze waarop feedback gegeven wordt.

Multidisciplinaire samenwerking

Ten aanzien van de multidisciplinaire samenwerking vinden verpleegkundigen een proactieve houding belangrijk, initiatief nemen en elkaar feedback geven. Ze geven aan dat het belangrijk is dat de ander open staat voor de samenwerking. Daarbij wordt ook aangegeven dat het belangrijk is om rekening te houden met verschillende perspectieven en meningen. Net als bij monodisciplinaire samenwerking worden ook vertrouwen en een veilige sfeer genoemd waarbij verpleegkundigen aangeven dat ondersteuning voor elkaar nodig is.

'Wat dus heel bevorderend werkt, is erkennen waar je grenzen liggen. Dat je weet hier houdt mijn kennis op, hier moet ik iemand anders gaan consulteren.'

Verpleegkundigen geven hierbij echter aan dat ze zich soms overrompeld voelen door artsen die hen onderbreken en geen andere oplossing willen horen. Wanneer het gaat over het opkomen voor de patiënt, wordt door verpleegkundigen het erkennen van en het opkomen voor de rechten, de waarde en het welzijn van patiënten genoemd. Tevens wordt door verpleegkundigen het belang van het betrekken van patiënten en naasten in besluitvorming genoemd. Van belang is dat de wensen van de patiënt kenbaar worden gemaakt en hiervoor is goede communicatie belangrijk. Verpleegkundigen vertellen dat ze de wensen van de patiënt kenbaar maken in (multidisciplinair) overleg. Ze geven aan dat ze het belangrijk vinden om de verschillende perspectieven van alle betrokken zorgverleners mee te laten wegen in de patiëntenzorg. Dit vindt men des te meer belangrijk wanneer patiënten minder goed in staat zijn tot het nemen van de eigen regie.

'Ervaring in het opkomen voor patiënten, maakt het gemakkelijker om nogmaals 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 meer**, maar dat er naar geluisterd wordt.'*

Code: gelijkwaardige samenwerking

Leiderschap: opkomen voor eigen deskundigheid, inbreng geven, assertiviteit

Kennis: kennis mensvisies en theorieën (vpk humanistische theorieën), professionele autonomie, interprofessioneel samen werken: wie beslist waarover: primaat wordt hier toch bij arts gelegd (bewust bekwaam op inbreng professie en tegelijk onbewust onbekwaam over waar je als professional kunt gaan staan op basis deskundigheid)

'Nou ja, **wij dragen over via de SBAR**. Van dienst op dienst. Dat is al heel uitgebreid. (Stilte). Dus in principe vang je daar een heel stuk mee. Ja en wat speelt er hé. Psychosociaal, is natuurlijk ook altijd wel even belangrijk om bij stil te staan. Hoe gaat het met de patiënt? (stilte). Nou ja goed en (stilte) en **eigenlijk vang je dan wel heel veel**. Ja je draagt over **volgens bepaalde vaste stappen**, dus dan kun je ook eigenlijk ook niks vergeten.'

Code: informatieoverdracht

Leiderschap: er voor staan professioneel over te dragen o.b.v. kennis over overdragen

Kennis: overdrachtstechnieken zoals SBAR maar ook adhv verpleegkundige diagnostiek en methodiek, patiëntparticipatie in overdracht etc.; mono en md/interprofessioneel

Illustratie 9. Voorbeeldsituaties samenwerking

Leiderschapsgedrag in de rol reflectieve EBP-professional

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. Zo kan ook aan de patiënten de juiste en volledige informatie worden geven. Hiervoor maken verpleegkundigen vooral gebruik van informatie van Google, IProva en artsen. Minder wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen. Als verpleegkundigen afwijken van protocollen, gebeurt dit dan ook voornamelijk op basis van de eigen klinische expertise. Onderzoekend vermogen zien verpleegkundigen ook verweven in klinisch redeneren.

'Je ziet iemand in bed liggen en de waarden zijn, dit werd net ook al genoemd, de lab-waarden zijn misschien wel heel goed, maar je ziet iemand in bed liggen die niet goed ligt, dan ga je nadenken van goh wat kan hier allemaal aan de hand zijn.'

Verpleegkundigen willen weten waar ze mee te maken hebben en zoeken dingen op die ze niet begrijpen. Belangrijk is om vraagstukken aan te pakken en gevonden kennis te delen met de collega's, bijvoorbeeld in teamvergaderingen, via mail of in klinische lessen. Belangrijk hiervoor is een veilige sfeer, een lerende houding in het team en een stimulerende houding van de leidinggevende. Kennis opdoen en informatie delen, helpt ook om opener en kritischer te worden. Voor het uitzoeken van vraagstukken wordt geen vaste strategie gehanteerd. Wel wordt middels evaluatie en reflectie en soms moreel beraad gekeken naar bijvoorbeeld ingrijpende gebeurtenissen of het eigen handelen. Reflecteren wordt vaak onbewust gedurende de hele dienst gedaan. Bij deze reflectievormen helpt het wanneer de bevindingen worden opgepakt op de afdeling en wanneer de leidinggevende een stimulerende rol heeft. Het kritische reflecteren op de inhoud van protocollen en/of de evidence based onderbouwing van het handelen wordt minder gedaan. Stimulerend voor het onderzoekend vermogen is het werken met stagiaires maar ook het samenwerken met collega's. Daarin vinden verpleegkundigen ook dat je ook 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 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. Kijk ik denk dat, dat wel... Hé dus je hebt ook feedback nodig van je collega's, maar je moet ook enthousiasme uitstralen denk ik.'

Het daadwerkelijk uitvoeren van (praktijkgericht, wetenschappelijk) onderzoek wordt nu vooral door studenten gedaan. Men geeft aan dat voor onderzoek doen de juiste kennis nodig is en er moet ook prioriteit aan worden gegeven. 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. Daarnaast vinden verpleegkundigen het belangrijk het gevoel te hebben dat het verpleegkundige beroep serieus wordt genomen.

*'als je kijkt naar nu, dan sta je als verpleegkundige aan bed, heb je je patiëntenzorg en is er daarbij **weinig ruimte als het een gewone normale werkdag is om daar tijd aan te besteden**. Wil je het onderzoekend vermogen stimuleren en daarmee dus ook je verpleegkundig leiderschap, dan denk ik dat de **randvoorwaarden gewoon beter moeten**. **Weten hoe je onderzoek kan doen**, weten waar je dat dan ook kan doen. We willen het nu allemaal heel graag, alleen, zijn de faciliteiten daar gewoon nog onvoldoende voor.'*

Kennis: onderzoekend vermogen wordt vaak opgevat als onderzoek doen, niet als: *'maar eigenlijk dat valt ook al gewoon onder onderzoekend vermogen, dus het hoeft niet altijd gelijk een groot ebp onderzoek te zijn, maar het kan ook gewoon die kleine dingetjes zijn van nou ik zoek even op wat het is of wat is dit voor moeilijk woord, ik wil weten wat het is, die nieuwsgierigheid, het willen begrijpen'* (uitleg student-onderzoeker in FG)

*'Die vind ik altijd wel wat lastig. In mijn opleiding is dat natuurlijk wel geleerd om ook kritisch te kijken, het evidence based zijn en daar ook onderzoek naar doen en hoe doen wij dat dan zelf? Heel eerlijk gebruiken wij dat op de afdeling nog te weinig en ik zelf ook. **Ja, ik vind het ook gewoon moeilijk. Ja, dat geef ik ook (toe), ik vind het gewoon moeilijk om te doen.***

Onderzoeker: om die houding aan te nemen of iets?

Participant: nee, nou die houding misschien niet zozeer, maar ik vind het **moeilijk om die artikelen te kunnen zoeken en om te kunnen vinden** en daardoor gaat daar zoveel tijd in zitten en die tijd is dan niet euhm, op de afdeling niet beschikbaar, **dus dan wordt dat eigen tijd** en dan ben ik daar wel zo lang mee bezig euh, dat daardoor het nieuwsgierige gevoel om op die manier te gaan zoeken, dat ebt dan ook wel weer wat weg.'

Leiderschap: zelfstudie, kennis optimaliseren, assertiviteit om tijd binnen werktijd hiervoor te claimen (bewust onbekwaam/lerende: zoekend op toepassen EBP; onbewust onbekwaam om strategie in te zetten om werkklimaat te veranderen of op te komen voor professie)

Illustratie 10. Voorbeeldsituaties onderzoekend vermogen

Professionele reflectie

Bij professionele reflectie vindt men het beroepsmatig of verantwoord handelen en feedback geven en ontvangen zoals beschreven bij professioneel gedrag, van belang. Daarnaast wordt professionele reflectie door verpleegkundigen gekoppeld aan het hanteren van normen en waarden en evaluatie van de zorg. Bij normen en waarden benoemen verpleegkundigen het tonen van empathie naar de patiënten en familie. Ze nemen hiervoor tijd en bieden een luisterend oor.

'De patiënt zelf heeft natuurlijk wel slecht nieuws, veel emoties, maar ook de naaste familie. Dus ik heb het idee dat eigenlijk iedereen bij ons daar echt wel mee bezig is. Aandacht voor heeft.'

Belangrijk is het om sociale steun te bieden aan de patiënt en hiervoor tijd te nemen. Belangrijk is ook om ethische dilemma's te signaleren, bijvoorbeeld als een patiënt iets anders wil dan de behandeling die het beste zou zijn. Dan wordt met de patiënt gezocht naar een passende oplossing. Het evalueren van de zorg is voor de verpleegkundigen verbonden met feedback en belangrijk om echt te reflecteren op de zorg. Ze vinden dit prettig om in een kleine veilige groep te doen, dat "nodigt meer uit om je verhaal te doen" in plaats van evaluatie aan het eind van de dienst in een grote groep. Als belemmering zien de verpleegkundigen de hoge werkdruk om lastige situaties te bespreken met de patiënt.

'Door tijdgebrek durf je geen gesprek aan te gaan met een patiënt die net te horen heeft gekregen dat zij longkanker heeft.'

'Ja, ik denk dat je dat **automatisch doet zonder dat je het in de gaten hebt** misschien. Dat is dus, nou ja hetzelfde voorbeeld als met die bloedsuiker. Als je dan ervoor kiest om geen bijvoeding te geven dan ga je drie uur later kijken wat die suiker is en daar reflecteer je eigenlijk, nou ja met jezelf, met de patiënt en met de arts van is het goed gegaan of is het niet goed gegaan? En doe ik dit de volgende keer weer of niet en gaan we met dit beleid door ja of nee?'

Code:

Leiderschap: onbewust deels (on)bekwaam: bewust reflecteren toepassen als leiderschapskwaliteit

Kennis: bewuste reflectietechnieken

'Ja dat je een bepaalde weg inslaat en het hoeft niet per se de eerste ingeving te zijn dat je denkt dat het zo moet, maar je hoort ook iemand anders zijn kant, dan kun je horen hoe die ernaar kijkt. Ieder heeft toch zijn eigen beleving daarbij of een kijk daarop vanuit zijn eigen professie en ja, dan **moet je kijken dat je er eigenlijk met mekaar er uitkomt....** 'Het probleem wordt eigenlijk geanalyseerd, helemaal uit elkaar getrokken en dan...'

code moreel beraad/ethiek

leiderschap: dialoog zoeken

kennis: toepassen technieken moreel beraad

Illustratie 11. Voorbeeldsituaties professionele reflectie

Leiderschapsgedrag in de rol organisator

Coördinatie van zorg

Onder coördinatie van zorg wordt door verpleegkundigen verstaan dat alle zorg rondom de patiënt in goede banen wordt geleid en dat zorg van de verschillende disciplines op elkaar wordt afgestemd om te waken voor overbelasting van de patiënt. De verpleegkundige is als het ware de advocaat van de patiënt, schat zorgbehoefte in en schakelt zo andere disciplines in of zelfs de familie. Zo wordt bij hun rooming-in voorgesteld als dit in het belang is van de patiënt op dat moment en zorgen ze ervoor dat de familie geïnformeerd blijft over de situatie van de patiënt. Belangrijk is om hierin samen te werken met de patiënt waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt de regie heeft. De verpleegkundige heeft wel het overzicht over de totale planning en uitvoering van de zorg. Bij de coördinatie van de zorg is goede samenwerking met collega's en andere disciplines van belang en wordt bij twijfel vragen besproken in het team om daarna de juiste stappen te kunnen zetten. Verder is goede verslaglegging in het dossier van de patiënt van belang; tijdens de opname maar ook informatie over de thuissituatie die van belang is bij ontslag.

'Dat je bepaalde dingen signaleert in de problemen over voeding, over bewegen, over de thuissituatie waar misschien hulp nodig is. Dat je dan het transferpunt inschakelt, dat je inventariseert bij de patiënt en bij de familie wat de wensen zijn.'

Het coördineren van de zorg wordt geassocieerd met verpleegkundig leiderschap en is zeker van belang als veel disciplines bij de patiëntzorg zijn betrokken. Het coördineren van de zorg en ondersteuning van collega's wordt wel specifiek toegekend aan de rol van seniorverpleegkundige, doordat zij in hun rol vaak meer overzicht hebben over de hele afdelingen.

'De verpleegkundige is de spil rondom de patiënt en die kan dus best wel aansturen naar de arts toe en naar de familie toe en naar de patiënt toe, die moet eigenlijk ja het algehele overzicht een beetje hebben ook voor de andere disciplines.'

Leiderschapsgedrag in de rol professional en kwaliteitsbevorderaar

Kwaliteit van zorg leveren

Om kwaliteit van zorg te leveren, moet dit aansluiten bij de behoefte van de individuele patiënt en kan dit bij iedere patiënt net wat anders zijn. Het hangt ook af van wat de patiënt beleeft als kwaliteit van de zorg. Contact met de patiënt is dus van belang. In de samenwerking met de patiënt vinden de verpleegkundigen het belangrijk dat de patiënt in principe zelf de regie heeft. Hierin is overleggen, vragen stellen, informatie geven en samen beslissen van belang en moeten de keuzes en waarden en normen van de patiënt worden gerespecteerd. Hierin is een oprechte en professionele houding van belang waarin de patiënt als geheel wordt gezien.

'...iedere patiënt heeft een andere bejegening nodig en de verpleegkundige moet hier op inspelen.'

Klinisch redeneren en deskundigheidsbevordering is verbonden aan kwaliteit van zorg leveren en bekwaam blijven. Dit zien de verpleegkundigen als hun eigen verantwoordelijkheid. Zij doen dit door zelf scholingen te volgen en op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen. In het team wordt met en van elkaar geleerd in casusbesprekingen en klinische lessen. Hierbij wordt ook wel een beroep gedaan op andere disciplines. Daarnaast worden knelpunten gesignaleerd en aangepakt en protocollen ter ondersteuning van het dagelijks handelen bijgehouden. Samenwerken met de collega's en andere disciplines is verder van belang en daarnaast wordt ingezet op het goed begeleiden van stagiaires.

'Wij proberen leerlingen goed op te leiden en open te staan voor leerlingen en ze te helpen, om ook goede verpleegkundigen en goede collega's te worden.'

Wat volgens de verpleegkundigen helpt om kwaliteit van zorg te leveren en je zelf te blijven ontwikkelen, is een stimulerende rol van het unithoofd. Een nadeel is een hoge werkdruk, waardoor er soms te weinig persoonlijke aandacht voor de patiënt is en knelpunten in de zorg niet worden aangepakt. Tot slot wordt genoemd dat het van belang is om te reflecteren en kritisch te zijn op het handelen en dat dit afgestemd is op de specifieke situatie van de patiënt.

'Ik neem niet klakkeloos over wat beleid is.'

Professioneel gedrag

Bij beroepsmatig handelen, denken verpleegkundigen aan het met argumenten onderbouwen van het handelen, advies geven en kennis delen en samenwerken met collega's. In de praktijk wordt het handelen vooral gebaseerd op aanwezige protocollen. Afhankelijk van de situatie van de patiënt wordt hier kritisch naar gekeken en soms beargumenteerd van afgeweken, bijvoorbeeld als controles net op een andere afdeling zijn gedaan, ze weten dat recente wijzigingen nog niet zijn doorgevoerd of bij een levensbedreigende situatie van de patiënt en er snel gehandeld moet worden. Om te komen tot goede zorg is daarnaast nodig om samen te werken met collega's, dat ze meedenken bij fouten en dat je van elkaar leert. Belangrijk is dat ze zich door collega's gesteund voelen in lastige situaties. Voor kennisdeling houden de verpleegkundigen klinische lessen, waarbij om beurten middels een casuïstiek een onderwerp wordt ingebracht. Om de zorg aan te laten sluiten bij de behoeftes van de patiënt, overleggen ze met de patiënt. Er wordt uitleg gegeven over de nodige zorg, zodat de patiënt keuzes kan maken en uiteindelijk zelf verantwoordelijk is.

'...omdat de patiënt baas is over zijn eigen lichaam...'

Verpleegkundigen vinden opbouwende feedback van belang bij professioneel gedrag. Ze hebben behoefte aan feedback mits er een open cultuur op de afdeling is.

'Het was heel fijn, want ik probeer eraan te werken om iemand aan te spreken als ik het niet begrijp. Ik vond het heel fijn dat je er samen in een gesprek uit komt.'

In de praktijk blijft feedback geven echter toch vaak achterwege, omdat ze collega's soms een poosje niet zien, het dan al te lang is geleden, ze het niet op de mail willen zetten en ze ook moeite hebben met het uitspreken van een oordeel. Daarnaast past het aangeven van grenzen bij professioneel gedrag. De verpleegkundigen kunnen dit goed naar collega's toe, bijvoorbeeld als ze hulp nodig hebben als het druk is of ze zich nog onvoldoende bekwaam voelen bij een handeling. Grenzen aangeven naar een arts ligt soms wat moeilijker. Daarnaast moeten ze zich soms nog meer bewust worden van hun eigen grenzen of liggen de grenzen niet zo duidelijk. Ook naar patiënten toe kunnen verpleegkundigen wel hun grenzen aangeven, bijvoorbeeld als een patiënt onvriendelijk is. Een enkele keer wordt zo'n situatie als team opgepakt en worden ook nog anderen in de organisatie om advies gevraagd om zo zorgvuldig hun reactie af te wegen.

Leiderschapsgedrag door de ogen van studenten⁶

In de periode februari tot juni 2020 werden 6 deelstudies verricht waarin 41 studentverpleegkundigen in diepte-interviews zijn bevraagd naar wat zij onder verpleegkundig leiderschap verstaan en of en hoe zij in hun praktijkstages invulling geven aan verpleegkundig leiderschap gerelateerd aan hun competentieontwikkeling.

Uit de resultaten blijkt dat studentverpleegkundigen op hoofdlijnen dezelfde associaties hebben met het begrip verpleegkundig leiderschap als veel van hun gediplomeerde collega's. Dat wil zeggen dat studentverpleegkundigen ten tijde van het onderzoek ook aangeven verpleegkundig leiderschap een nogal abstract breed begrip te vinden waarvan men zich niet altijd bewust is dat zij zich daarmee bezighouden.

'Ik denk dat het bij mij wel heel onbewust gaat. Ja dat gaat wel heel natuurlijk. Ik ben op dat moment zelf niet echt bezig van oh nu moet ik leiderschap tonen. Maar ik heb wel zoiets van oh hier moet ik wel een stokje voor steken. Hier moet ik wel wat aan doen.'

Soms wordt verpleegkundig leiderschap gezien als een werkwijze en onderdeel van het vak, tegelijkertijd geven zij aan meer handvaten nodig te hebben om leiderschap in hun eigen ontwikkeling te integreren. Dat studentverpleegkundigen tijdens hun praktijkstages lerende zijn en daarmee in een andere rol staan ten opzichte van hun gediplomeerde collega's maakt het lastig leiderschap te oefenen of te tonen. Als stagiaire hebben ze een kwetsbare positie en de afhankelijkheid voor een goede beoordeling op hun stage werkt wel beperkend om zich vrij te uiten.

'Ja dat is nog wel een lastig iets helemaal in de rol van stagiaire tenminste, vind ik altijd. Omdat je ook niet op de teentjes wilt trappen van je begeleiders.'

'Je wilt niet overkomen als uh een betweterige stagiaire. Tenminste ik niet. Daar heb je de stagiaire weer die het beter weet. Zo wil ik tenminste niet overkomen... Uhm maar je hebt toch die stagiaire rol, dus ze kunnen je er zo makkelijk op afrekenen en dat maakt je wel wat kwetsbaar zeg maar als stagiaire. En ook al zeggen ze van nee daar rekenen we je niet op af, toch hebben ze wel die macht om dat te kunnen doen.'

Daarnaast geven ook studentverpleegkundigen aan dat leiderschap voor hen samenhangt met concreet gedrag. Daarbij wordt verpleegkundig leiderschap duidelijk gekoppeld aan de directe patiëntenzorg. Benoemd worden aspecten zoals kwaliteit van zorg bieden en kennis hebben, initiatief nemen, proactief zijn, samenwerken en regie over de zorg voeren en zorg bieden die aansluit bij de wensen en belangen van de patiënt.

⁶ Resultaatbeschrijving van deze deelstudies is gedaan op basis van de onderzoeksverslagen van de bachelor studenten. Een kwalitatieve analyse op de gezamenlijke data van deze deelstudies wordt alsnog door het lectoraat verricht en volgt separaat.

'Ja automatisch wil je tenminste goede zorg leveren voor de patiënt en dan kom je ook tegelijkertijd op voor de patiënt als er iets moet gebeuren. Je houdt de regie over je stuk. Dat moet gewoon anders kun je geen goede zorg leveren.'

'Dat als je in de praktijk bezig bent dat je dan... dingen kunt signaleren, dat je die ook kunt interpreteren en dat je daarop kunt anticiperen, omdat je natuurlijk ook kennis hebt van... anatomie, fysiologie, pathologie...'

Verpleegkundig leiderschap wordt ook duidelijk gekoppeld aan kritisch kijken naar de zorg en het eigen handelen, hierop te reflecteren en het handelen willen onderbouwen. Daartoe stellen ze vragen, zoeken informatie op en delen dit met collega's. Ze vinden dat reflecteren bij verpleegkundig leiderschap hoort. Daarnaast benoemen student verpleegkundigen een aantal beïnvloedende factoren en geven suggesties voor de ontwikkeling van verpleegkundig leiderschapscompetenties. Deze factoren hebben, analoog aan de factoren die gediplomeerd verpleegkundigen ook benoemen, met name met de werk- en teamcultuur te maken. Een veilige werkcultuur in een team, waarin leden elkaar waarderen en helpen, is een bevorderende factor om aan leiderschapscompetenties te kunnen en durven werken.

'...Het is zeg maar niet dat je alles in je eentje probeert op te lossen omdat je denkt ik ben wel capabel genoeg om dat te kunnen maar ook dat je gewoon dingen met elkaar probeert op te lossen waardoor je denk ik nou betere blik op iets hebt en ook kritischer naar dingen kijkt en dat vind ik ook leiderschap tonen...'

Daarnaast geven studentverpleegkundigen aan dat ze denken dat het helpt wanneer ze meer werkervaring in de zorg zouden hebben en dat ze in de verpleegkunde opleiding tijdens bijvoorbeeld terugkomdagen in de praktijkstage periode behoefte hebben aan bewust bezig zijn met verpleegkundig leiderschap. Op die manier kunnen ze vervolgens direct in de praktijk aan hun leiderschapscompetenties werken.

'Ik denk wel dat leiderschap, als je daar iemand bewust van maakt dat dat wel bevorderend kan zijn voor je eigen kwaliteiten en omdat het voor mijn idee ook heel erg reflecteren is en wat doe je eigenlijk, waar toon je leiderschap.'

De studentverpleegkundigen zijn zich al erg bewust van hun rol en willen graag een voorbeeld zijn voor anderen.

'In je witte pakje ben je wel representatief eigenlijk voor het ziekenhuis.'

'...ik denk dat je dan wel een voorbeeldrol neemt van he, je wilt wel natuurlijk dat het goed gebeurt en op de juiste manier en jij weet het dan nou ja beter maar omdat je net van school komt heb je wel de nieuwste ja ontwikkelingen meegekregen zeg maar...'

Dit vinden ze echter soms nog lastig doordat ze minder kennis en ervaring hebben, zich onzeker voelen, soms negatief worden bejegend of daar angstig voor zijn, met name in de relatie met artsen.

'Maar dan vind ik het soms toch ook nog iets een belemmerende factor dat je stagiaire bent... Dat het soms dan wat moeilijk is om aanbevelingen (tijdens de artsensite) te geven, omdat je dan zelf denkt van 'nou ik hoop maar dat ik het goed heb'. En dat ze toch sneller dingen aannemen van verpleegkundigen of andere disciplines.'

'Die artsen die maken het je echt niet makkelijk, als je dan een arts moet bellen nou dan heb ik altijd wel even zweethandjes, want dat vind ik echt vreselijk om een arts te bellen. Maar ja ik kom dan toch voor die patiënt op, want ik denk als het wel misgaat of er is wel wat aan de hand dan ben ik wel verantwoordelijk.'

'Je hebt ook van die artsen die dan gewoon... hun eigen ding doen en verder nergens echt naar luisteren, maar je hebt ook van die artsen die juist wel heel erg op de koers van de verpleegkundige varen.'

Tot slot noemen studentverpleegkundigen het belang van een veilige werksfeer waarin geleerd kan worden en verpleegkundig leiderschap geoefend kan worden.

'Je werkt toch als verpleegkundige in een team en je moet ook veel aan elkaar hebben hierin.'

'Je hebt ook wel gewoon een veilige werkomgeving nodig waarin je kan groeien.'

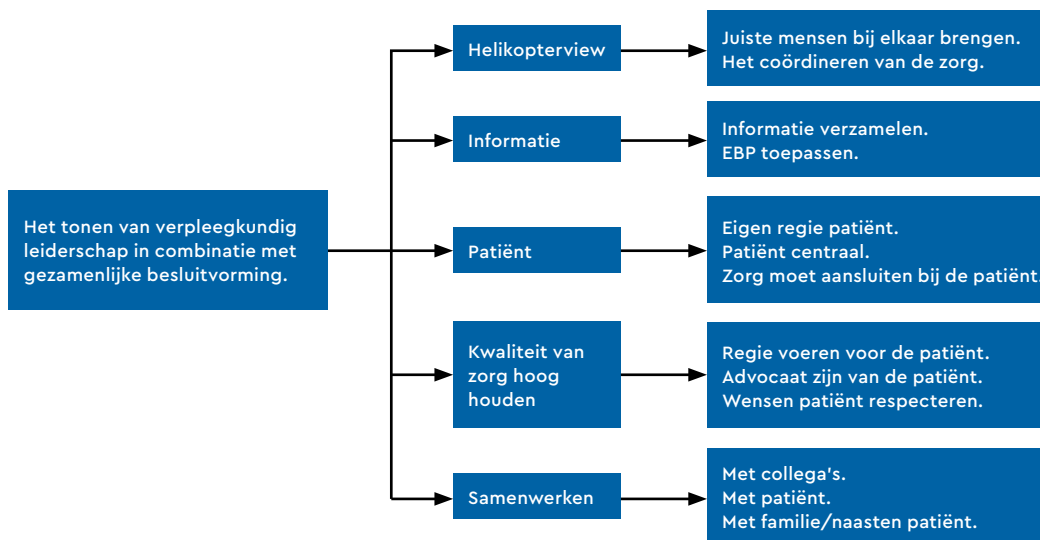
Leiderschapsgedrag bij vierdejaars verpleegkunde studenten bij verschillende kernbegrippen.

Deelstudie naar het kernbegrip Onderzoekend vermogen (n=9)

Studenten tonen leiderschap in onderzoekend vermogen door initiatief te nemen in het uitzoeken en verzamelen van informatie, het hebben van een kritische houding, feedback te geven aan collega's, te anticiperen, protocollen en wetenschappelijke informatie toe te passen, vakliteratuur bij te houden en te zoeken naar het beste bewijs. Het tonen van verpleegkundig leiderschap in onderzoekend vermogen gebeurt veelal onbewust. Studentverpleegkundigen tonen tijdens hun stage voornamelijk verpleegkundig leiderschap in een onderzoekende houding en door kennis uit onderzoek van anderen toe te passen. Echter ervaren ze hierin ook een aantal belemmeringen. Een niet-open houding van andere verpleegkundigen en andere disciplines weerhoudt hun ervan om zichzelf te laten horen. Tevens is de werksfeer erg belangrijk voor hen om zich op hun gemak te voelen, waardoor ze zich sneller uiten. Daarnaast heeft tijds- en werkdruk een negatieve invloed op het uitoefenen van verpleegkundig leiderschap in onderzoekend vermogen.

Deelstudie naar het kernbegrip Gezamenlijke besluitvorming (n=7)

Bij gezamenlijke besluitvorming vinden studentverpleegkundigen de samenwerking met de patiënt, de familie en andere disciplines belangrijk en zorgt gezamenlijke besluitvorming ervoor dat de patiënt de eigen regie behoudt, waarin de wensen van de patiënt worden gerespecteerd en de patiënt centraal wordt gesteld. Studentverpleegkundigen passen zowel verpleegkundig leiderschap als gezamenlijke besluitvorming toe tijdens stages en weten meestal ook goed wat deze begrippen inhouden. Daarnaast vinden ze dat verpleegkundig leiderschap en gezamenlijke besluitvorming veel met elkaar te maken hebben en dat het al regelmatig wordt toegepast in de praktijk, zowel door collega's als door zichzelf. Dit zien ze door de samenwerking tussen verschillende disciplines, de samenwerking met de patiënt en door deze te stimuleren en te ondersteunen in het maken van een keuze. Echter, volgens studentverpleegkundigen hangt het erg van de stageplek af of ze genoeg zelfvertrouwen krijgen om verpleegkundig leiderschap en gezamenlijke besluitvorming te laten zien. Hierbij is de manier van begeleiding met een focus op positieve feedback belangrijk, naast hoe collega's in het dagelijks werk omgaan met het tonen van leiderschap in gezamenlijke besluitvorming.



Illustratie 12. Mindmap Studentverpleegkundigen: leiderschap in gezamenlijke besluitvorming.

Deelstudie naar het kernbegrip **Persoonsgericht communicatie (n= 6)**

Persoonsgerichte communicatie houdt voor studentverpleegkundigen in dat de communicatie op de individuele patiënt wordt afgestemd en dat informatievoorziening aansluit bij de patiënt. Er wordt vertrouwen en privacy geboden en het is belangrijk om aandacht en tijd te nemen en te kijken naar de hele mens.

Studentverpleegkundigen tonen leiderschap ten aanzien van persoonsgerichte communicatie door een voortrekkersrol te nemen in het toepassen van verschillende gesprekstechnieken waardoor de patiënt zich begrepen voelt en meer uit zichzelf gaat vertellen. Hierdoor wordt vaak veel meer informatie verzameld waardoor efficiënte en specifieke zorg geleverd kan worden. Soms is er tijdgebrek waardoor men proactief gaat zoeken naar een oplossing zoals collega's om hulp vragen. Ook maken ze op deze manier kenbaar verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen handelen waardoor de zorg voor de patiënt correct wordt uitgevoerd en afgerond. Tijdens het geven van informatie tonen zij leiderschap door veel zelfstudie en informatie op te zoeken waardoor patiënten de informatie beter begrijpen en ook beter te motiveren zijn. Dit zorgt ervoor dat patiënten therapietrouw blijven. Empathie speelt hierbij een grote rol. Door empathie te tonen vindt er een optimale samenwerking plaats waarbij informatie niet wordt opgedrongen en waardoor patiënten zich begrepen voelen.

'Ja wat ik net ook zei dat je wat verder vraagt dan alleen iemand z'n ziektebeeld. Iemand heeft gewerkt, heeft kinderen, heeft een relatie, heeft vrienden, hobby's misschien. Zo kan rekening gehouden worden met persoonlijke factoren en waarden en normen van de patiënt om zo persoonsgerichte zorg te bieden.'

Deelstudie naar het kernbegrip **Klinisch redeneren (n=6)**

Verpleegkundestudenten tonen leiderschap op het gebied van klinisch redeneren toepassen door middel van integratie van kennis, gebruik van zintuigen en intuïtie in het proces, waarmee vervolgens redenties onderbouwd worden. Klinisch redeneren wordt toegepast bij het empoweren van collega's of door bijvoorbeeld het analyseren van handelen van een team om daaruit verbeteringen door te kunnen voeren en het opkomen voor patiënten. Dit wordt gedaan door veelal stapsgewijs naar het totaalbeeld van een patiënt te kijken. Op deze manier kunnen zij met de verkregen gegevens bijdragen aan besluitvorming over patiënt-gerelateerde problemen. Zij laten daarbij leiderschap zien door integratie van kennis te tonen en gebruik te maken van observaties en intuïtie waarmee vervolgens redenties onderbouwd worden. De samenhang tussen verpleegkundig leiderschap en klinisch redeneren is volgens de studenten dat het bij beide belangrijk is om kritisch te kijken naar wat je waarom doet en daarbij ook te reflecteren over hoe iets anders of op een betere manier kan.

Deelstudie naar het kernbegrip Coördinatie van zorg (n=7)

Coördinatie van zorg richt zich volgens de studentverpleegkundigen op de afstemming van het handelen van het verpleegkundige team en andere disciplines, het betrekken van de familie bij de zorg en de overdracht van het ziekenhuis naar de thuiszorg of een revalidatieplaats. Een actieve rol oppakken, opkomen voor de patiënt, samenwerken en bewaken van het patiënten-proces betekent leiderschap tonen. Studenten ervaren het verpleegkundig leiderschap bij coördinatie van zorg in verschillende situaties zoals wanneer er meerdere disciplines betrokken zijn bij een patiënt en de patiënt meerdere afspraken per dag heeft. Studenten geven aan in die situatie leiderschap te tonen door verschillende consulten te stroomlijnen en daarin de grenzen van de patiënt te bewaken. Ook zeggen studenten actief familie te betrekken bij zorg door hen op de hoogte te houden. Wanneer familie fungeert als mantelzorger proberen studenten hen te ontlasten tijdens de ziekenhuisopname. Met name bij fysieke zorg wordt regelmatig hulp aangeboden. Er wordt gezegd in zo'n situatie vooral in het belang van de patiënt te denken. Er wordt verteld dat de studenten soms artsen aansporen om gesprekken te plannen met een patiënt en diens familie en dat het dan de taak van de verpleegkundige student is om dit te coördineren.

'...dan zorg je ervoor dat de arts op de hoogte is van wat er bij een patiënt gebeurt maar ook dat jij zorgt voor dat de middagdienst weet wat er gebeurt en door middel van rapportages kun jij goed opschrijven hoe de patiënt erbij ligt wat de bijzonderheden zijn...'

Deelstudie naar het kernbegrip Professioneel gedrag (n=6)

Professioneel gedrag betekent voor studentverpleegkundige: zoals je je hoort te gedragen als verpleegkundige. Volgens studenten is het belangrijk om te groeien als verpleegkundige om de beste zorg te leveren. Dit hoort volgens studentverpleegkundigen ook bij professioneel gedrag. Zij tonen professioneel gedrag door vriendelijk te zijn, iedereen gelijk te behandelen, op de juiste manier met patiëntengegevens om te gaan en door een respectvolle houding te hebben tegenover patiënten maar ook tegenover collega's. Studentverpleegkundigen zien dat reflecteren en feedback (geven en ontvangen) bij zowel leiderschap als professioneel gedrag hoort. Studenten reflecteren op hun handelen en staan open voor het ontvangen van feedback. Toch vinden ze kritische feedback lastig om te ontvangen en krijgen ze liever opbouwende feedback. Zelf geven ze aan weinig feedback aan collega's te geven. Ze dragen beroepstrots uit door het werk met enthousiasme te doen.

Resultaten kwantitatieve studie

Leiderschapsgedrag in verpleegkundig functioneren

Kenmerken van de respondenten

Van de, in de analyse opgenomen, 430 respondenten is het merendeel vrouw, ruim de helft is tussen de 18 en 35 jaar en tweederde deel van de respondenten werkt in de functie van verpleegkundige en ongeveer een-derde deel geeft de functie senior-verpleegkundige aan. Daarnaast heeft een-derde van de verpleegkundigen minder dan 5 jaar vak-ervaring en de helft heeft een hbo-opleiding (zie tabel 9). Er is een duidelijke samenhang tussen leeftijd en ervaring (Pearson en Spearman's rho beiden 0.9, p-waarden 0.01-0.05).

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%)s
	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%)
	35 tot 40 jaar	26	(6,1%)
	40 tot >45 jaar	10	(2,3%)
Initiële opleiding	Inservice-A	85	(19,8%)
	MBO-V	122	(28,4%)
	HBO-V	223	(51,9%)

* overig betreft afdelingen IC, CCU, Polikliniek Chirurgie, SEH, STW, Verkoever of Anesthesie

Tabel 9. Overzicht kenmerken respondenten

Resultaten van de professionaliteitsscan

Onder de 430 respondenten blijken er grote verschillen te zijn in de mate waarin men zich bekwaam voelt en zichzelf vindt functioneren op bachelor niveau in relatie tot de onderdelen van de 3 thema's Verplegen & Verzorgen, Samenwerken & Communiceren en Managen & Verbeteren.

Meest bekwaam

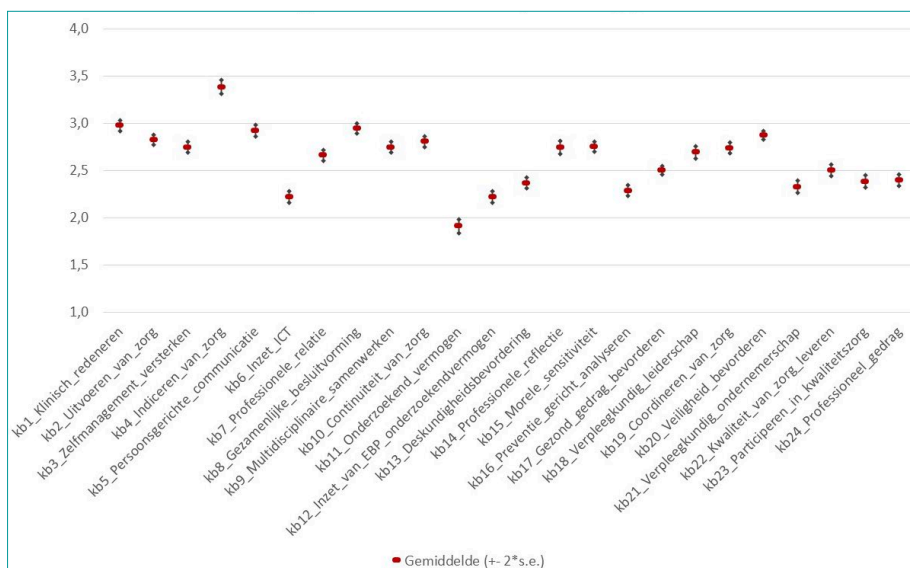
Zo blijkt men zich het meest bekwaam te voelen op de onderdelen 'Hygiëne voorschriften voor preventie' en 'Opname zorgvraag en indicatie' binnen het thema Verplegen & Verzorgen. Bij het thema Samenwerken & Communiceren voelt men zich het meest bekwaam in de 'Multidisciplinaire samenwerking', 'Teamwork' en 'Bewustzijn van compassie en empathie'. Op al deze onderdelen geeft het grootste deel van de respondenten, variërend van 86% tot 92%, aan dat men zich volleerd (score 3) of expert (score 4) voelt (zie Bijlage 1. Tabellen: tabel 10 en 11).

Minder bekwaam

De respondenten geven aan dat zij zich minder bekwaam voelen c.q. aangeven (nog) niet te functioneren op het bachelor niveau (hoge scores < 2.5 ofwel lage percentages op scores 3 en 4) op de onderdelen 'Kennis delen en social media', 'ICT gebruik voor zorg op afstand' en onderdelen gerelateerd aan onderzoek te weten 'Multidisciplinair medisch wetenschappelijk onderzoek', Actuele wetenschappelijke ontwikkelingen, en Epidemiologie (zie Bijlage 1. Tabellen: tabel 10 en 11).

Resultaten professionaliteitsscan in kernbegrippen

De resultaten van de professionaliteitsscan zijn vervolgens op de 24 kernbegrippen weergegeven. Daaruit 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 niet functionerend op het bachelor niveau zoals door de streefnorm (> 3,5) aangegeven. Op kernbegrippen zoals 'Klinisch redeneren' en 'Indiceren van zorg', Persoonsgerichte Communicatie en 'Gezamenlijke besluitvorming' voelt men zich het meest bekwaam. Op acht kernbegrippen zoals de kernbegrippen 'inzet ICT' en 'Preventiegericht analyseren', maar met name kernbegrippen van de canmeds-rol Reflectieve EBP-professional



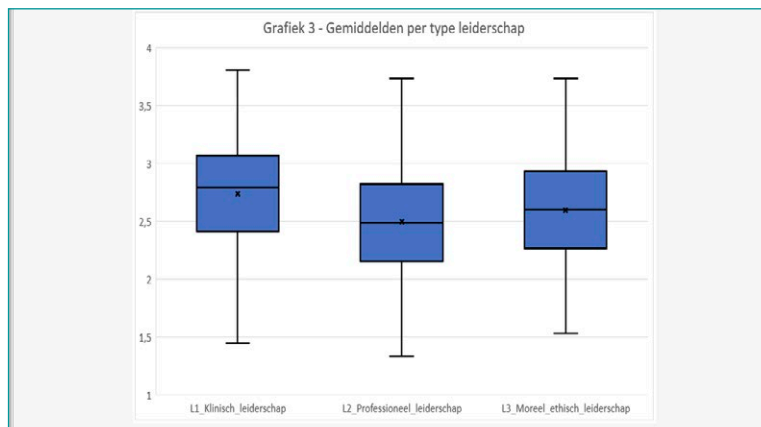
Tabel 12. Overzicht Resultaten professionaliteitsscan in kernbegrippen

Resultaten professionaliteitsscan in 3 vormen van leiderschap

Vertaald naar de 3 vormen van leiderschap laten de resultaten zien dat de respondenten zich met name meer bekwaam voelen op de onderdelen van Klinisch leiderschap en Moreel-ethisch leiderschap. Met name op professioneel leiderschap geeft men aan zich minder bekwaam en het minst en (nog) niet op bachelor niveau functionerend te zijn. Dit correspondeert met de resultaten op de kernbegrippen waarop men zich het minst bekwaam voelt die onderdeel uitmaken van deze vorm van leiderschap.

	N	Gemid.	s.e.	1,0 – 2,49		2,50 – 3,49		3,50 – 4,0	
L1_Klinisch_leiderschap	341	2,74	0,0257	106	(31%)	215	(63%)	20	(6%)
L2_Professioneel_leiderschap	317	2,50	0,0256	166	(52%)	145	(46%)	6	(2%)
L3_Moreel_ethisch_leiderschap	377	2,60	0,0239	154	(41%)	213	(56%)	10	(3%)

Tabel 13. Overzicht Resultaten professionaliteitsscan in verpleegkundig leiderschap.



Tabel 14. Weergave mate verpleegkundig leiderschap per vorm.

Samenhang typen leiderschap en kenmerken van respondenten

Uit de analyses blijkt dat type functie het meest bepalend is voor de onderverdeling van mate van bekwaamheid op de drie typen verpleegkundig leiderschap.

	Aantal subgroepen	Gender	Leeftijdscategorie	Afdeling	Functie	Contract type	Afdelingservaring	Vakervaring	Initiële opleiding
L1_Klinisch_leiderschap	4	-	-	-	H	-	-	s	-
L2_Professioneel_leiderschap	3	-	-	-	H	s	-	-	-
L3_Moreel_ethisch_leiderschap	5	-	s	s	H	-	-	-	-

H = hoofdeffect, s = sub verdeling, - = geen effect

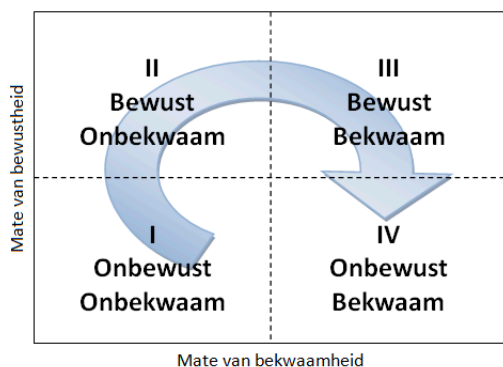
Tabel 15. Overzicht samenhang vorm van leiderschap en kenmerken van respondenten

Daarnaast blijkt dat eveneens het type functie en daarna vakervaring het meest bepalend te zijn voor de onderverdeling van mate van bekwaamheid op de 24 kernbegrippen (zie bijlage 1. Tabellen: tabel 16). Vaak is functie de eerst bepalende factor. Voor zowel vorm van leiderschap als op de kernbegrippen blijkt dat verpleegkundigen als groep gemiddeld vaak een wat lagere mate van bekwaamheid laten zien dan de functies van specialistische verpleegkundigen, senior verpleegkundigen en verpleegkundig consulenten. Verpleegkundigen met een vakervaring tussen 10 en 25 jaar laten de hoogste mate van bekwaamheid zien. Wanneer vakervaring 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 & conclusie

Discussie

Dit meerjarig onderzoek naar de beleving van verpleegkundigen over verpleegkundig leiderschap in de dagelijkse ziekenhuispraktijk laat bovenal zien hoe MCL-verpleegkundigen hun patiënten en de patiëntenzorg vooropstellen. Het door hen beschreven professioneel gedrag laat kenmerken zien van wat ook persoonlijk leiderschap wordt genoemd, zoals proactief handelen, initiatief nemen, assertiviteit of moed tonen en het gericht zijn op goede samenwerking (Miles & Scott, 2019). Het onderzoek laat daarnaast zien dat verpleegkundigen heel goed weten hoe verpleegkundig leiderschap er concreet uit ziet in hun eigen professioneel handelen, maar dat zij dit niet altijd als verpleegkundig leiderschap herkennen of benoemen. In de onderzoeksresultaten zijn veel uitspraken en voorbeelden te vinden over concreet verpleegkundig handelen gekoppeld aan bachelor verpleegkundige competenties (kernbegrippen) in 3 vormen van verpleegkundig leiderschap: klinisch/vakinhoudelijk; moreel-ethisch en professioneel/beroepsmatig leiderschap. In deze 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.



Illustratie 13. leerfasen van Maslow.

Tegelijkertijd is in dergelijke voorbeelden te zien dat kennis, zoals omschreven in de verpleegkundige 'body of knowledge & skills' (BoKs) van het bachelor profiel, niet optimaal wordt ingezet in het dagelijks handelen. Daarom zijn deze voorbeelden in de resultatensectie uitgewerkt naar voorbeeldsituaties op bachelor niveau waarin deze benodigde kennis is aangegeven, en die het basismateriaal vormen voor het maken van hulpmiddelen voor de verdere ontwikkeling van verpleegkundig leiderschap. Dat bachelor kennis niet wordt ingezet kan zijn omdat ofwel deze kennis ontbreekt, ofwel dat men handelingsverlegen is hoe deze kennis toepasbaar te maken in het dagelijks handelen. Deze conclusie wordt onderschreven door de resultaten van de professionaliteitsscan waarin verpleegkundigen zelf op alle kernbegrippen aangegeven hebben (nog) niet op het bachelor niveau te functioneren. Dit is met name te zien in kernbegrippen zoals klinisch redeneren waarin verpleegkundige diagnoses en classificaties onbenoemd blijven; zelfmanagement ondersteunen waarin bijvoorbeeld het 5A model onbekend is maar wel onbewust deels wordt gehanteerd; en onderzoekend vermogen waar men soms 'de onderzoekende houding' opvat als onderzoek doen. Ook voor het bijhouden van kennis vanuit verpleegkundige wetenschappelijke kennis geeft men zelf aan dit onvoldoende te doen. Verpleegkundigen acteren daarmee in hun huidige functioneren deels onbewust op basis van niet-verifieerbare kennisbronnen. Opgemerkt dient daarbij wel te worden dat het bachelor niveau ten tijde van de dataverzameling (nulmeting) nog niet werd gevraagd en er bovendien ook in algemeenheid andere verwachtingen waren naar het functioneren van ziekenhuisverpleegkundigen in de afgelopen decennia. Dat betekent mogelijk ook dat verpleegkundigen daardoor leiderschap in concrete situaties op basis van bachelor kennis minder of (nog) niet laten zien. Verpleegkundigen kunnen daarnaast ook in spagaat verkeren tussen uitvoer van zorg zoals gevraagd in de organisatie, die toch gericht is op productie en doorstroom van patiënten, en de wens of noodzaak om verpleegkundige zorg meer persoonsgericht en vanuit een breder perspectief in de keten en meer evidence-based onderbouwd te bieden. Recente studies naar de relatie tussen werklust en werk-gerelateerde stress en kwaliteit van zorg laten bijvoorbeeld een negatief verband zien, en ook wordt een negatief verband gevonden tussen morele stress en burn-out en vertrek van verpleegkundigen uit het beroep (Bell & Breslin, 2008; Sturm et

al., 2019). 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 sommige specifieke situaties daartoe wel verantwoordelijkheid voelen, maar nog aan het begin staan van het bewustzijn dat hen gevraagd wordt hierop sterk te gaan acteren.

Wat betreft het opkomen voor zichzelf als verpleegkundige in de (team- en multidisciplinaire) samenwerking en als vertegenwoordiger van het beroep geven verpleegkundigen aan dit vooral te doen in relatie tot goede zorg willen leveren. Het 'sec' opkomen voor de professie en het beroep wordt minder expliciet aangegeven. Ook de relatie tussen bijvoorbeeld meer autonomie vragen voor het eigen beroepsmatig handelen en behoud van werkplezier voor ziekenhuisverpleegkundigen wordt niet expliciet gelegd. Bekend is echter dat er een relatie bestaat tussen autonomie, werkplezier en behoud en eveneens naar het leveren van goede zorg (Both-Nwabuwe et al., 2020; Rao et al., 2017). Daarbij moet worden opgemerkt dat in dit onderzoek niet expliciet gevraagd is naar factoren die van invloed zijn op werkplezier en behoud. Bovendien is niet erg te verwachten dat wanneer er nog onvoldoende aanwezigheid is van het bachelor niveau, zoals uit dit onderzoeksprogramma blijkt, dat een dergelijk verband al zichtbaar zou zijn en dus herkend zou worden. Wanneer zulk leiderschapsgedrag, zoals feedback geven en inbreng hebben in multidisciplinair overleg, genoemd wordt geeft men vooral aan dat de beroepsgroep zich hierin nog beter kan ontwikkelen, zonder specifiek te duiden wat dit betekent of hoe dit gedaan kan worden. Ook deze conclusie correspondeert met de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek waarin verpleegkundigen zichzelf op de leiderschapsvorm professioneel/beroepsmatig leiderschap minder bekwaam achten. Mogelijk dat ook de eigen beeldvorming over het beroep door verpleegkundigen zelf, waarin meer autonomie vragen niet vanzelfsprekend is, hierin een rol speelt (Cingel van der & Brouwer, 2021).

Zowel in de kwalitatieve als de kwantitatieve studie komt naar voren hoezeer leeftijd en (vak)ervaring wordt gezien als helpend in het tonen van generieke aspecten van verpleegkundig leiderschap zoals assertief en mondig durven zijn, initiatief nemen en zelfstandig handelen of afwijken van standaard zorg op basis van argumenten en daarin een voorbeeldrol vervullen. Wat betreft leiderschap op basis van meer specifieke kennis en kennisontwikkeling zoals in onderzoekend vermogen en de inzet van EBP of klinisch redeneren op basis van verpleegkundige diagnostiek wordt duidelijk dat juist jong- en/of pas opgeleide bachelor verpleegkundigen een rol kunnen vervullen, maar hiervoor wel de ruimte moeten voelen en krijgen.

Het onderzoeksprogramma heeft, zowel separaat als in samenhang met de implementatie van het project FLOOR2020, bijgedragen aan een groter bewustzijn van de eigen invloed op de diverse aspecten van het verpleegkundig handelen en het beroep en de noodzaak daartoe in relatie tot de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. In dit onderzoek komen expliciet bevorderende en belemmerende factoren om leiderschap te tonen en verder te ontwikkelen naar voren. Deze verdere ontwikkeling blijkt volgens verpleegkundigen zelf het meest gebaat te zijn bij het kunnen reflecteren op concrete situaties in het werk en daar met elkaar in leren in een veilige, open werk- en teamsfeer waarin men elkaar steunt, hetgeen analoog is aan uitkomsten in andere studies (Bloemhof et al., 2021). Het belang van een goede teamsamenwerking en veilige werksfeer om te kunnen leren wordt bovendien gevonden in andere onderzoeksprogramma's en individuele studies die in het lectoraat zijn verricht zoals in LeerSaam Noord, een onderzoeksproject naar leernetwerken als middel in professionalisering ter bevordering van persoonsgerichte zorg en een masterstudie verplegingswetenschappen naar teamaspecten bij niet verrichte zorg (Beiboer, 2021).

In de onderzoeksperiode wordt het tonen van verpleegkundig leiderschap nog wel sterk afhankelijk gezien van individuen. Dit lijkt enigszins in tegenstelling tot het feit dat verpleegkundigen ook expliciet aangeven dat verpleegkundig leiderschap juist een gezamenlijke opdracht betreft en in gezamenlijkheid ontwikkeld moet worden.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoeksprogramma kent een aantal beperkingen. Zo is het ten eerste goed denkbaar dat er sprake is van selectiebias bij de participanten in de kwalitatieve studies. Dit betroffen veelal verpleegkundigen die mogelijk al positief tegenover het fenomeen verpleegkundig leiderschap stonden gedurende de onderzoeksperiode en bovendien vaak al opteeden voor een verpleegkundige rol in het team als bachelor-verpleegkundige⁷. Het

7 De term bachelor-verpleegkundige wordt in het Medisch Centrum Leeuwarden gehanteerd voor een functie waar van verpleegkundigen verwacht wordt in het kader van functiedifferentiatie op het niveau van de bachelor-opgeleide verpleegkundige (BN2020) te functioneren. In andere zorgorganisaties in Nederland wordt deze functie ook wel regieverpleegkundige genoemd.

aantal diepte-interviews (34) en focusgroepen (24) en de tijdsperiode van de deelstudies over 2 jaren waardoor een consistent beeld door de tijd heen is ontstaan relativeren dit bezwaar enigszins. Bovendien ondersteunen de uitkomsten van zowel de kwalitatieve deelstudies van de studentverpleegkundigen als met name de uitkomsten van de kwantitatieve studie het algemene beeld en specifieke conclusies zoals de mate van ervaren bekwaamheid of onbekwaamheid op kernbegrippen van het bachelor opleidingsprofiel.

Een tweede beperking betreft de Delphi-deelstudie en de expert-deelstudie. Zowel de indeling van de 24 kernbegrippen in de 3 vormen van leiderschap als de gevonden correlatie tussen de items van professionaliteitsscan en de 24 kernbegrippen zijn weliswaar beiden in meerdere rondes en door onafhankelijk experts vastgesteld, maar niet nader onderzocht in breder verband. Gezien de aard van de fenomenen leiderschap en beroepscompetenties voldoen ze ook niet overal aan het principe van wederzijdse uitsluiting. Hierdoor zijn deze indelingen, ook in de kwantitatieve verkenning naar een mogelijke relatie, enigszins arbitrair. Een derde beperking van het onderzoeksprogramma betreft dan nog de aanvullende kwalitatieve codering door onderzoekers op leiderschapskenmerken en kenniscomponenten in de concrete voorbeelden van uitspraken van participanten in de kwalitatieve studie. Deze aanvullingen zijn toegevoegd vanuit de Body of Knowledge & Skills (BoKs) zoals deze in het BN2020 opleidingsprofiel is beschreven, maar daarmee ook onderhevig aan de interpretatie van de onderzoekers en enigszins arbitrair. Zowel wat betreft de tweede als de derde beperking geldt dan ook een aanbeveling om deze in een vervolgstudie te nader te valideren.

Ook in de kwantitatieve analyse is een specifiek aandachtspunt te benoemen. Zo is het gekozen afkappunt voor het bachelor niveau in de professionaliteitsscan weliswaar overeenkomstig met de bedoeling van dit meetinstrument, echter te beargumenteren valt dat de metingen van individuele verpleegkundigen ook in teamverband beoordeeld zouden moeten worden. Immers, niet iedereen kan altijd alle competenties op een hoogste niveau laten zien. In een optimaal teamverband samenwerken betekent dat er sprake kan zijn van een verdeling van competenties mits de verschillende competenties van verschillende individuele verpleegkundigen in de dagelijkse patiëntenzorg voldoende benut worden. Dit geldt met name wanneer leiderschap, zoals uit de kwalitatieve analyse al bleek, opgevat wordt als gedeeld leiderschap dat vooral in teamverband tot bloei kan komen.

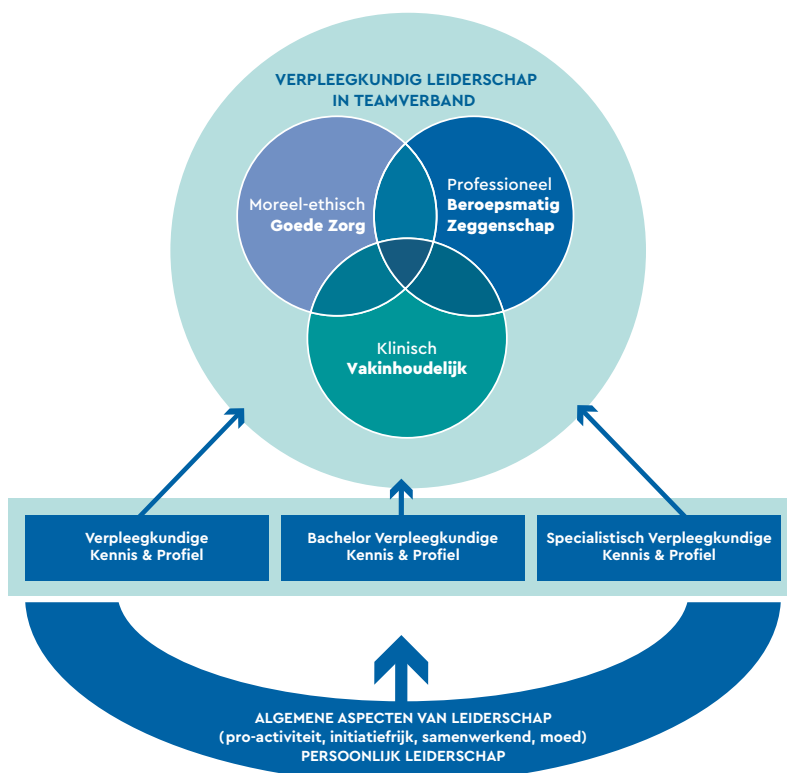
Een sterk punt in het gehele onderzoeksprogramma betreft de maatregelen die consequent zijn genomen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in de kwalitatieve analyses te vergroten. In alle stappen van de kwalitatieve analyse van de deelstudies zijn stappen in het onderzoeksproces opgenomen zoals affinity diagramming of een face validity beoordeling door onafhankelijke lectoraatsonderzoekers. Hierdoor werd tevens de kwaliteit van de data-analyse vergroot. Deze werd weliswaar eerst in separate deelstudies door bachelor studenten gedaan, maar in vervolganalyse op een hoger aggregatieniveau door het onderzoeksteam op de samengevoegde data verricht. Een ander sterk punt in het onderzoeksprogramma betreft het emancipatoire karakter van het gekozen onderzoeks-paradigma in aansluiting op de ingezette ontwikkelingen in het verpleegkundig domein waarin kwaliteitsverbetering van de verpleegkundige zorg en versterking van behoud van verpleegkundigen middels functiedifferentiatie de doelstelling is. Actieonderzoek, met gebruikmaking van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, kenmerkt zich door in te zetten op bewustwording van participanten en creëert daarmee eigenaarschap op de onderzochte thema's bij betrokken participanten. In dit onderzoeksprogramma is bij uitstek gebleken dat bewustwording over verpleegkundig leiderschap is ontstaan maar is eveneens aangetoond hoe zeer zowel onbewuste bekwaamheid als onbewuste onbekwaamheid een rol spelen. Hiermee wordt het gekozen onderzoekparadigma als zijnde passend onderbouwd.

Conclusie en aanbevelingen

Ziekenhuisverpleegkundigen geven aan dat generieke leiderschapscompetenties voor hen bestaan uit persoonlijke leiderschapscompetenties zoals de inzet van moed of durf, pro-activiteit en autonomie laten zien vanuit deskundigheid en onderbouwde expertise ten gunste van goede zorg. Verpleegkundig leiderschap is daarbij een gezamenlijke opdracht voor een leerproces in het team waarbij het goede voorbeeld laten zien onderdeel is van leiderschap tonen. Reflectie en veiligheid in het team zijn factoren die het tonen van leiderschap ondersteunen, onvoldoende zelfvertrouwen en zelfwaardering, kennistekort en werkdruk zijn belemmerend. De, vanwege COVID 19 uitgevoerde deelstudies onder studenten die praktijkstage hebben gelopen, ondersteunen deze resultaten en laten zien hoe voorbeeldrollen en een werk- en teamcultuur de ontwikkeling van hun leiderschap als onderdeel van de verpleegkundige identiteit beïnvloedt. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat leiderschap deels getoond wordt in de onderdelen van het verpleegkundig professioneel handelen zoals omschreven in de kernbegrippen van het landelijk BN2020 profiel. De meeste verpleegkundigen voelen zich op diverse onderdelen daarvan zoals de inzet van EBP of het onderzoekend vermogen onvoldoende bekwaam, hoewel hbo-opgeleide verpleegkundigen zich daar iets meer bekwaam in voelen. Huidige verpleegkundigen functioneren naar eigen zeggen nog niet op het bachelor niveau in relatie tot kennistekorten

vanuit de Body of Knowledge & skills (BoKs) van het BN2020-profiel zoals gesprekstechnieken van gezamenlijke besluitvorming; analysetechnieken voor preventie, inzet van veranderkundige strategieën of ontbrekende kennis over begrippen zoals zelfmanagement. Het hebben van vak-ervaring is het meest bepalend voor de mate van ervaren bekwaamheid. Uit de kwalitatieve studies blijkt dan ook dat onbewuste bekwaamheid in leiderschap vanuit ervaringskennis wordt getoond, hetgeen ook 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 (kernbegrip verpleegkundig leiderschap) wordt eveneens gezien, echter komt minder expliciet naar voren.

Verpleegkundig leiderschap zoals in dit onderzoek naar voren komt, wordt omschreven in bijgaand empirisch geladen model (illustratie 14.) Daarin vormen de persoonlijke, individuele ontwikkelde leiderschapscompetenties de basis, welke vervolgens in samenhang met specifieke expertise worden ingezet. Deze deskundigheid wordt bepaald door verschillen in initiële opleiding en de ontwikkelde en bijgeschoolde ervaringskennis op basis van het functioneren in een verpleegkundige functie op verpleegkundig, bachelor verpleegkundig of specialistisch verpleegkundig niveau. 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. Het, op basis van dit onderzoek, ontwikkelde model is geschikt voor gebruik in de praktijk en theorieontwikkeling en onderwijsdoeleinden. In de praktijk kan het model als visualisatie van verpleegkundig leiderschap helpen om het begrip over de verschillende aspecten of onderdelen van verpleegkundig leiderschap te vergroten. Uit het model wordt immers duidelijk dat iedere verpleegkundige of verzorgende in het verpleegkundig domein, ongeacht diens initiële vooropleiding, verpleegkundig leiderschap kan ontwikkelen, kan laten zien en kan uitoefenen 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 mogelijk wordt als gedeeld leiderschap in de context van een goed werkklimaat. In theorieontwikkeling over verpleegkundig leiderschap en voor het onderwijs tot slot, is het onderscheid tussen persoonlijke leiderschapscompetenties en de in te zetten expertise in klinisch vakinhoudelijk leiderschap in het model verhelderend omdat hiermee een duidelijk verschillende focus te zien is. Dat laat zien hoezeer verpleegkundig leiderschapsontwikkeling maar ook onderzoek zich dient te richten op te onderscheiden aspecten. Dat geldt evenzeer voor het onderscheid tussen klinisch of vakinhoudelijk, moreel-ethisch en professioneel of beroepsmatig leiderschap (ook wel zeggenschap), ondanks overlap zoals dat in de indeling van de verschillende kernbegrippen in de drie vormen van leiderschap is te zien.



Illustratie 14. Model verpleegkundig leiderschap op basis onderzoeksresultaten.

Aanbevelingen en implicaties voor de praktijk en vervolg

Ziekenhuisverpleegkundigen en verpleegkundige teams kunnen zelf inzetten op de doorontwikkeling van verpleegkundig leiderschap middels een combinatie van activiteiten en maatregelen. Deze activiteiten en maatregelen kunnen door leidinggevendenden ondersteund worden in voorwaardenscheppende zin, met andere woorden door het bieden van support, en tijd en ruimte geven aan het procesmatig ontwikkelen van zowel individueel als gedeeld leiderschap van verpleegkundigen in hun teams.

- Ten eerste is van belang om de bewustwording van wat verpleegkundig leiderschap inhoudt in concrete situaties blijvend te vergroten. Dit kan onder andere door goede inhoudelijke voorbeelden en successen als gevolg van leiderschapsgedrag in teams en ziekenhuis-breed meer met elkaar te delen. De in navolging van dit onderzoek ontwikkelde empirisch geladen voorbeeldsituaties bij kernbegrippen die leiderschap in het professioneel verpleegkundig handelen laten zien, kunnen daartoe verder worden ontwikkeld (zie bijlage 2. Voorbeeldsituaties en Kennisbestanden) gekoppeld aan de kernbegrippen van de competenties. Deze kunnen worden gebruikt in lesmateriaal of ter bespreking in praktijkscholingen of teambijeenkomsten.
- Ten tweede kan de ontwikkeling van persoonlijk leiderschap als gedeeld leiderschap in teamverband worden gestimuleerd door positieve labeling van deze competenties, het expliciet benoemen van rolmodelgedrag en het versterken van een veilige werk- en teamcultuur waarin reflectiemomenten op het eigen en gezamenlijk handelen structureel zijn ingebed.
- Ten derde kan vakinhoudelijk leiderschap vanuit expertise worden versterkt door het bekend en bespreekbaar maken van onbewuste onbekwaamheid op professioneel handelen gekoppeld aan de verpleegkundige Body of Knowledge & skills (BoKs; zie bijlage 2. Voorbeeldsituaties en Kennisbestanden). Hierbij kan gedacht worden aan het inbedden van structurele bijscholingsmomenten in het dagelijks werk zoals in team- en patiënten-casuïstiek besprekingen, daar waar deze kennis direct relevant is. Het claimen van de daartoe benodigde tijd en inzet kan worden onderbouwd vanuit het belang van goede patiëntenzorg, waarmee het tonen van leiderschap, in de zin van zeggenschap of invloed uitoefenen in de organisatie, op zichzelf al wordt beoefend.
- Aanbevolen wordt om de samenwerking met patiënten en hun naasten te versterken en te optimaliseren in professioneel en persoonsgericht handelen in de dagelijkse zorg zodat het verpleegkundig leiderschap als onderdeel van professioneel handelen en keuzes in de verpleegkundige zorg van een verpleegkundige of verpleegkundigen in een team expliciet onderbouwd worden vanuit ervaringskennis en wens en voorkeur van patiënten en hun naasten. Patiëntparticipatie in de directe zorgrelatie met opgenomen patiënten kan bijvoorbeeld worden vormgegeven in casusbesprekingen zoals in multidisciplinair overleg of moreel beraad waaraan voorafgaand patiënten bevraagd zijn; in verpleegkundige overdrachten of voorafgaand aan of tijdens artsenvisites of in zelfstandige verpleegkundige visites en overleg waar patiënten en hun naasten zelf deelnemen. Op zowel mesoniveau kunnen vertegenwoordigers van de verpleegkundige discipline (zoals de VAR) of beleidsmakers in de verpleegkundige discipline (zoals leidinggevendenden) in de organisatie samenwerking zoeken met patiëntvertegenwoordigers zoals deze in de cliëntenraad zijn te vinden of bijvoorbeeld in patiëntbelangenorganisaties zoals Zorgbelang op thema's zoals patiëntparticipatie, gezamenlijke besluitvorming en persoonsgerichte zorg in de context van verpleegkundige zorg. Hiermee kan eveneens de aandacht voor netwerkzorg en continuïteit van zorg in een veel bredere scope dan alleen binnen het ziekenhuis concreter invulling krijgen.
- Een specifieke aanbeveling ter optimalisering van het leerwerkklimaat voor studenten verpleegkunde is gericht op het ruimte en veiligheid bieden aan studenten om hun persoonlijke leiderschapscompetenties zoals moed tonen, initiatief nemen, pro-activiteit laten zien, te kunnen oefenen en ontwikkelen. Wanneer studenten verpleegkunde gestimuleerd worden om in concrete leerwerksituaties deze competenties uit te proberen, wetende dat zij de back-up van een gediplomeerde collega en het team hebben, worden verpleegkundigen opgeleid die zelf in staat zijn op te komen voor wat zij van belang vinden in hun vak, hetgeen een belangrijke factor betreft in behoud van verpleegkundigen.

Literatuur

- Beiboer, C. (2021). Teamwork Style, Leadership Skills and Environmental Factors that influence Missed Nursing Care: A qualitative exploratory study on hospital wards. *Masterthesis Nursing Science*.
- Bell, J., & Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 10(4), 94–97. <https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e31818ede46>
- Bloemhof, J., Knol, J., Van Rijn, M., & Buurman, B. M. (2021). The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–16. <https://doi.org/10.1111/jan.15052>
- Both-Nwabuwe, J. M. C., Lips-Wiersma, M., Dijkstra, M. T. M., & Beersma, B. (2020). Understanding the autonomy-meaningful work relationship in nursing: A theoretical framework. *Nursing Outlook*, 68(1), 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.05.008>
- Buurman, B. (2020). *Niets over ons, zonder ons, Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden*. <https://www.venvn.nl/nieuws/advies-bianca-buurman-over-zeggenschap-niets-over-ons-zonder-ons/>
- Cingel van der, C. J. M. (2014). Compassion: The missing link in quality of care. *Nurse Education Today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.003>
- Cingel van der, C. J. M. (2019). Notes on Nursing 2.0. *Verpleegkunde*, 34(3), 35–38. <https://tijdschriftverpleegkunde-1nl-100001fn137e3.hanserver03.nhl.nl/jaargangen/2019/3-sep/notes-on-nursing-2-0.html#read-article>
- Cingel van der, C. J. M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 85, pp. 19–60). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360–371. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>
- dle Zulueta, P. C. (2016). Developing compassionate leadership in health care: An integrative review. In *Journal of Healthcare Leadership* (Vol. 8, pp. 1–10). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JHL.S93724>
- Lacasse, C. (2013). Leadership & Professional Development. *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 431–434. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.67-76>.
- Lamb, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., & Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 5(3), 400–413. <https://doi.org/10.1002/nop2.150>
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: an integrative review. *Contemporary Nurse*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2013.45.1.10>
- Martin, B., & Hanington, B. M. (2012). *Universal methods of design : 100 ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions*. Rockport Publishers. <http://www.worldcat.org/title/universal-methods-of-design-100-ways-to-research-complex-problems-develop-innovative-ideas-and-design-effective-solutions/oclc/803513348>
- Miles, J. M., & Scott, E. S. (2019). A New Leadership Development Model for Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 35(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.09.009>
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(835). <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Munten, G., Cox, K., Garretsen, H., & Bogaard, J. Van Den. (2006). *Evidence based practice ; een kritische reflectie*. 2, 148–156.
- Nijboer, A. J., & Cingel van der, C. J. M. (2018). Compassion: Use it or lose it?: A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. *Nurse Education Today*. <https://europepmc.org/abstract/med/30463033>
- Rao, A. D., Kumar, A., & McHugh, M. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/jnu.12267>
- Shapira-Lishchinsky, O. (2014). Simulations in nursing practice: toward authentic leadership. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01426.x>

- Sturm, H., Rieger, M. A., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M., & Maschmann, J. (2019). 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*, *14*(1), e0209487. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0209487>
- ten Hoeve, Y., Brouwer, J., & Kunnen, S. (2020). Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(3), 836–845. <https://doi.org/10.1111/jan.14281>
- ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, G., & Roodbol, P. (2017). Dreams and disappointments regarding nursing: Student nurses' reasons for attrition and retention. A qualitative study design. *Nurse Education Today*, *54*, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.013>
- UWV. (2019). *Factsheet arbeidsmarkt Zorg*. www.s-bb.nl/feiten-en-cijfers
- Wong, C. A., & Giallonardo, L. M. (2013). Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, *21*, 740. <https://doi.org/10.1111/jonm.12075>

Bijlage 1. Tabellen hoge informatiedichtheid

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
	Verpleegtechnisch en risicobewust handelen	Overdracht en verslaglegging (zorgdocumentatie)	continuïteit van zorg	indiceren van zorg	inzet ICT
		Voorbehouden-/risicovolle handelingen	uitvoer van zorg		
		Verpleegtechnische handelingen	uitvoer van zorg		
	Veiligheid en preventie	Medische hulp- en ondersteuningsapparatuur	uitvoer van zorg		
		Hygiëne voorschriften voor preventie	veiligheid bevorderen	uitvoer van zorg	
		Omgaan met eigen veiligheid en met die van anderen	veiligheid bevorderen		
	Medische kennis	Omgaan met ziekenhuisafval	veiligheid bevorderen		
		Hygiënisch werken tijdens verzorging / ADL	veiligheid bevorderen	uitvoer van zorg	
		Anatomie – fysiologie	klinisch redeneren		
		Somatische ziektebeelden, aandoeningen of beperkingen	klinisch redeneren		
		Farmacologie – farmacotherapie	klinisch redeneren		
	Identificeren zorgurgentie	Psychiatrische ziekte rkingen	klinisch redeneren		
		Psychogeriatrische ziektebeelden, aandoeningen of beperkingen	klinisch redeneren		
		Symptomen herkennen	klinisch redeneren		
		Complicaties signaleren	klinisch redeneren		
		Klinisch redeneren	klinisch redeneren		
	Verpleegkundig kritisch handelen	Onverwachte en instabiele situaties (crisisinterventie)	uitvoer van zorg		
		Begeleiden en ondersteuning bij psychosomatiek	persoonsgerichte communicatie	zelfmanagement versterken	
		Identificeren (over)belasting mantelzorgers	zelfmanagement versterken		
	Patiënt-/cliëntgerichtheid	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
	Dienstverlening zorg	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	professionele relatie	
Interculturele omgang		persoonsgerichte communicatie	professionele relatie		
Afstemming van de zorg met de patiënt (continuïteit)		persoonsgerichte communicatie	continuïteit van zorg	gezamenlijke besluitvorming	
ICT bekwaamheden en eHealth	Zelfmanagement ondersteuning en interventies	zelfmanagement bevorderen			
	Ondersteuning zelfmanagement patiënt via mantelzorgers	zelfmanagement bevorderen			
	Palliatieve zorg (voorkomen en verlichten van lijden)	klinisch redeneren	gezamenlijke besluitvorming		
	Hulp naastbetrokkenen/mantelzorgers stimuleren	zelfmanagement bevorderen			
	Hulp inschakelen naastbetrokkenen/mantelzorgers	zelfmanagement bevorderen;			
ICT bekwaamheden en eHealth	ICT-bekwaamheden en toepassingen	Inzet informatie- en communicatietechnologie			
	Omgaan met elektronisch patiënten zorgdossier	Inzet informatie- en communicatietechnologie			
	ICT-gebruik voor zorg op afstand	Inzet informatie- en communicatietechnologie			
	Organisatie van zorg op afstand	Inzet informatie- en communicatietechnologie			
	Zelfmonitoring en zelfdiagnose patiënten	Inzet informatie- en communicatietechnologie			
Omgaan met computerprogramma's	Inzet informatie- en communicatietechnologie				

Tabel 4. Indeling items verplegen en verzorgen in kernbegrippen.

samenwerken en communiceren

Informatieverwerking	Informatie verkrijgen	klinisch redeneren	indiceren van zorg	persoonsgerichte communicatie
	Informatie uitwisselen	gezamenlijke besluitvorming	persoonsgerichte communicatie	multidisciplinair samenwerken
	Luistervaardigheden	Persoonsgerichte communicatie	gezamenlijke besluitvorming	professionele relatie
Communicatietechnieken en -vaardigheden	Communicatievaardigheden	Persoonsgerichte communicatie	gezamenlijke besluitvorming	multidisciplinair samenwerken
	Structureren van gesprekken	Persoonsgerichte communicatie	gezamenlijke besluitvorming	professionele relatie
	Doel- en/of overeenstemming bereiken in gesprekken	Persoonsgerichte communicatie	gezamenlijke besluitvorming	
Patiëntveilig communiceren	Feedback geven	Persoonsgerichte communicatie	professionele reflectie	deskundigheidsbevordering
	Feedback ontvangen	Persoonsgerichte communicatie	professionele reflectie	deskundigheidsbevordering
	Aanspreken van collega's	multidisciplinaire samenwerking	persoonsgerichte communicatie	deskundigheidsbevordering
	Bespreekbaar maken van (bijna) incidenten	MultiDisciplinair Samenwerken	participeren in kwaliteitszorg	deskundigheidsbevordering
Samenwerken (inter- en multidisciplinair)	Teamwork	Multidisciplinair samenwerken		
	Intercollegiaal overleg	multidisciplinair samenwerken	continuïteit van zorg	
	Inter-/multidisciplinaire samenwerking	Multidisciplinair samenwerken		
	Multidisciplinaire samenwerking	Multidisciplinair samenwerken		
	Leidinggevende taken	Verpleegkundig leiderschap		
	Omgaan met morele dilemma's	Morele sensitiviteit	professionele relatie	
Compassie en empathie	Teamoverleg	multidisciplinair samenwerken		
	Bewustzijn van compassie en empathie	Morele sensitiviteit	persoonsgerichte communicatie	
Ketenzorg	Ontvankelijkheid en anticiperen op behoeftes	Morele sensitiviteit	professionele relatie	
	Benoemen van lijden en verlies	Morele sensitiviteit	professionele relatie	
	Kennis van de eigen organisatie	continuïteit van zorg	coördinatie van zorg	
	Kennis van andere bij de zorg betrokken organisaties	coördinatie van zorg	continuïteit van zorg	
Ketenzorg	Taakdifferentiatie/-verschuiving	Verpleegkundig leiderschap	continuïteit van zorg	
	Samenwerking in de ketenzorg	Multidisciplinair samenwerken	continuïteit van zorg	

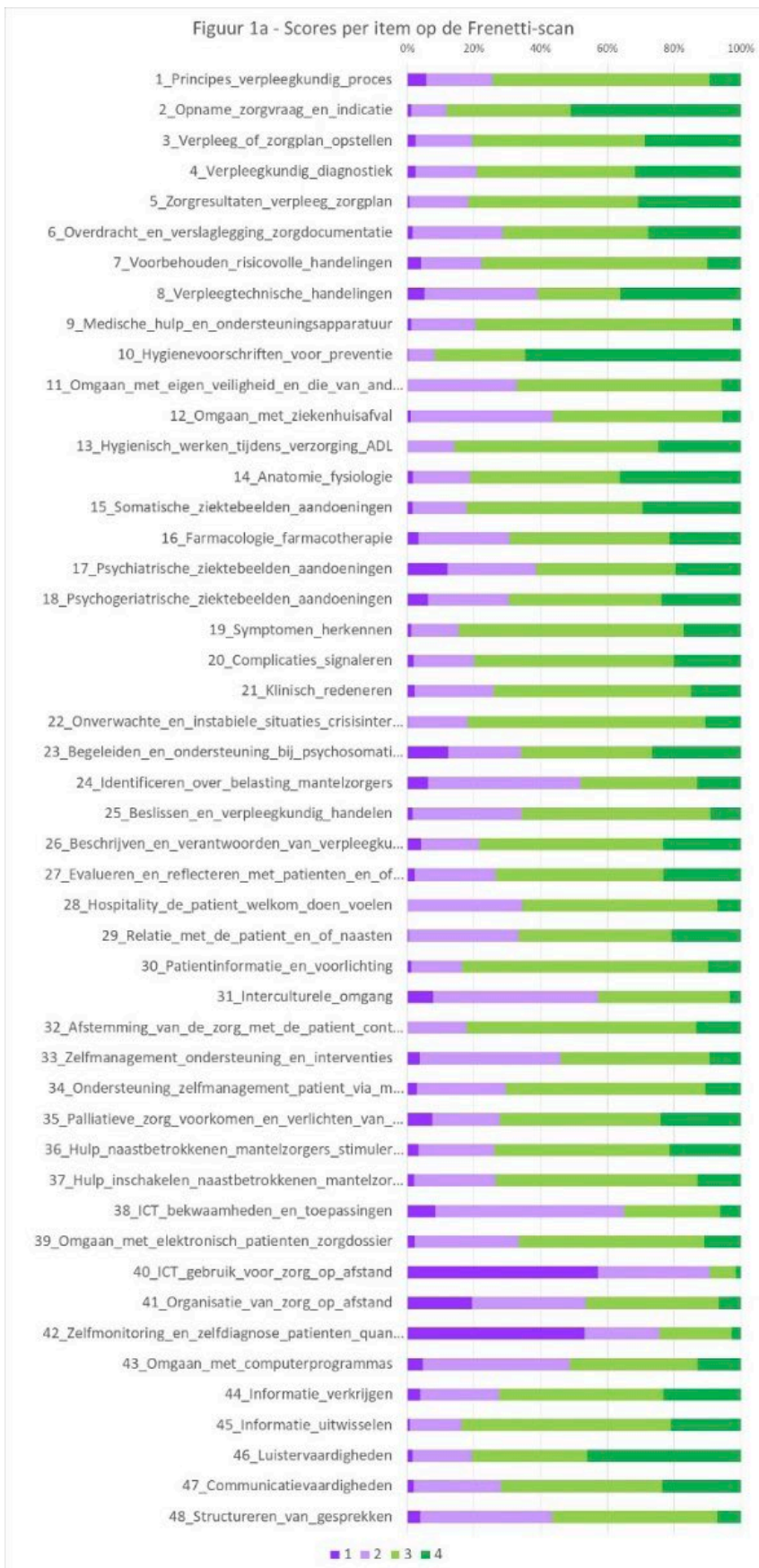
Tabel 5. Indeling items samenwerken en communiceren in kernbegrippen.

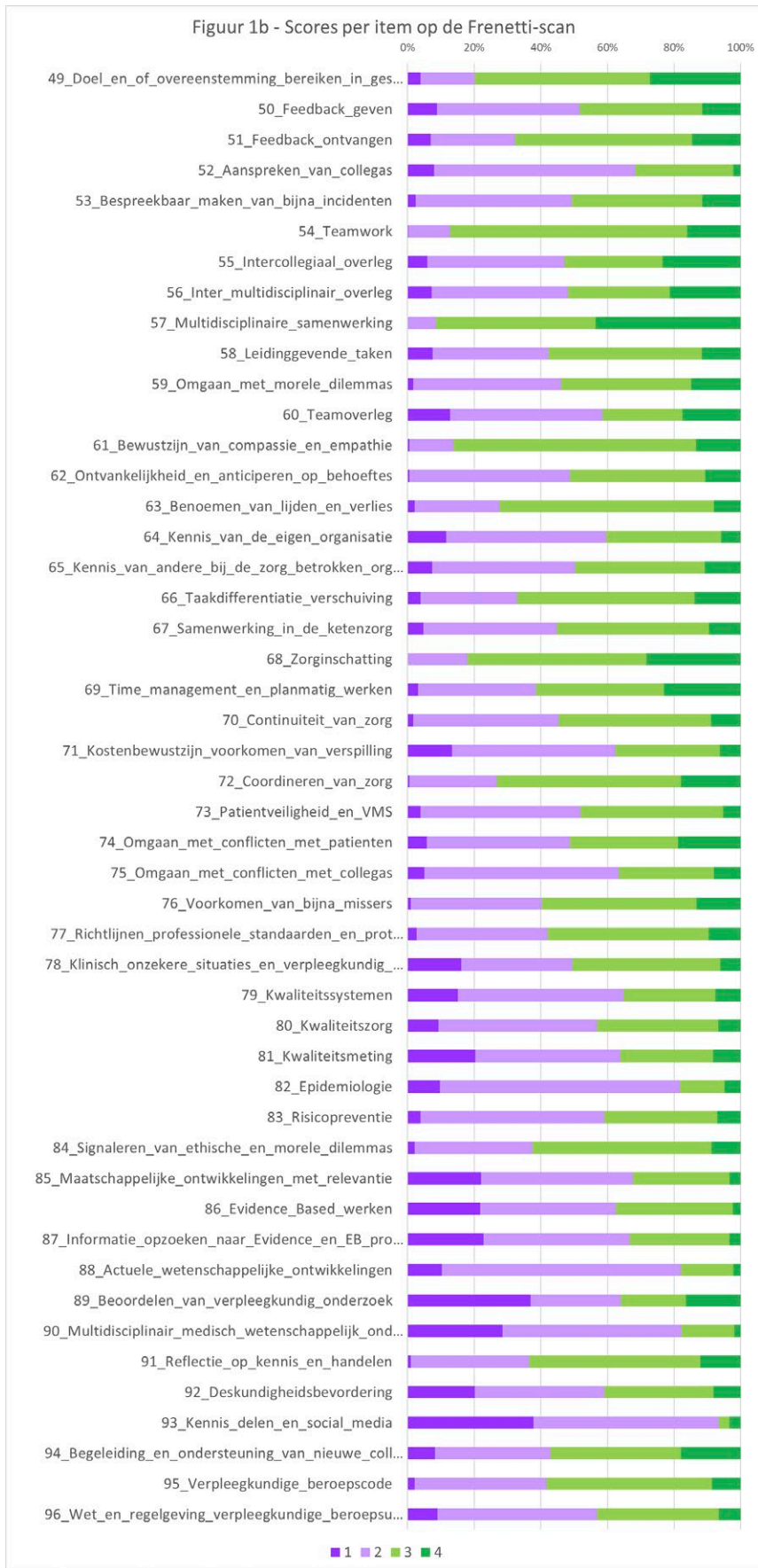
managen en verbeteren

Zorgcoördinatie	Zorginschatting	coördinatie van zorg	Indiceren van zorg	
	Timemanagement en planmatig werken	Coördinatie van zorg		
	Continuïteit van zorg	Continuïteit van zorg		
	Kostenbewustzijn, voorkomen van verspilling	coördinatie van zorg		
Patiëntveiligheidscultuur	Coördineren van zorg	Coördinatie van zorg		
	Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement systeem (VMS)	Veiligheid bevorderen	kwaliteit van zorg leveren	participeren in kwaliteitszorg
	Omgaan met conflicten met patiënten	persoonsgerichte communicatie	veiligheid bevorderen	samenwerkingspartner
	Omgaan met conflicten met collega's en andere medewerkers	multidisciplinaire samenwerking		
Kwaliteit van zorgverlening	Voorkomen van (bijna) missers	Veiligheid bevorderen	participeren in kwaliteitszorg	kwaliteit van zorg leveren
	Richtlijnen, professionele standaarden en protocollen	inzet EBP	participeren in kwaliteitszorg	kwaliteit van zorg leveren
	Klinisch onzekere situaties en verpleegkundig handelen	onderzoekend vermogen		inzet EBP
	Kwaliteitsystemen	Participeren in kwaliteitszorg		
Maatschappelijk handelen	Kwaliteitszorg	participeren kwaliteitszorg	kwaliteit van zorg leveren	
	Kwaliteitsmeting	Participeren in kwaliteitszorg		
	Epidemiologie	preventiegericht analyseren	gezond gedrag bevorderen	
	Risicopreventie	preventiegericht analyseren		
Kennis en wetenschap	Signaleren van ethische en morele dilemma's	Morele sensitiviteit		
	Maatschappelijke ontwikkelingen met relevantie voor de zorg	professioneel gedrag		
	Evidence Based werken	Inzet EBP	uitvoeren van zorg	
	Informatie opzoeken naar Evidence en Evidenced Based protocollen	Onderzoekend vermogen	inzet EBP	
	Actuele wetenschappelijke ontwikkelingen	Onderzoekend vermogen	inzet EBP	
	Beoordelen van verpleegkundig onderzoek en EBP artikelen	onderzoekend vermogen	inzet EBP	
Professionaliteit	Multidisciplinair medisch-wetenschappelijk onderzoek	inzet EBP	multidisciplinair samenwerken	
	Reflectie op kennis en handelen	Professionele reflectie		
	Deskundigheidsbevordering	Deskundigheidsbevordering		
	Kennis delen en social media	deskundigheidsbevordering	inzet ICT	
Verpleegkundige beroepscode	Begeleiding en ondersteuning van nieuwe collega's en stagiaires	deskundigheidsbevordering		
	Verpleegkundige beroepscode	Professioneel reflectie	professioneel gedrag	morele sensitiviteit
	Wet- en regelgeving verpleegkundige beroepsuitoefening	Uitvoer van Zorg	professionele relatie	professioneel gedrag

Tabel 6. Indeling items managen en verbeteren in kernbegrippen.

Figuur 1a - Scores per item op de Frenetti-scan





Tabel 10 en 11. Overzicht Onderdelen Professionaliteitsscan

	Aantal sub-groepen	Gender	Leeftijdscategorie	Afdeling	Functie	Contract type	Afdelingservaring	Vakervaring	Initiële opleiding
kb1_Klinisch_redeneren	5	-	-	-	s	-	-	H	s
kb2_Uitvoeren_van_zorg	4	-	s	-	H	-	-	-	-
kb3_Zelfmanagement_versterken	4	-	-	-	s	-	-	H	-
kb4_Indiceren_van_zorg	4	-	H	-	s	-	-	-	-
kb5_Persoonsgerichte_communicatie	4	-	s	-	H	-	-	-	-
kb6_Inzet_ICT	5	-	-	-	s	-	-	H	-
kb7_Professionele_relatie	5	-	-	s	H	-	-	s	-
kb8_Gezamenlijke_besluitvorming	3	-	-	-	H	-	-	s	-
kb9_Multidisciplinaire_samenwerken	2	-	-	-	H	-	-	-	-
kb10_Continuïteit_van_zorg	4	-	-	s	H	-	-	s	-
kb11_Onderzoekend_vermogen	5	-	-	-	s	s	-	-	H
kb12_Inzet_van_EBP_onderzoekendvermogen	5	-	-	-	s	-	s	-	H
kb13_Deskundigheidsbevordering	2	-	-	-	H	-	-	-	-
kb14_Professionele_reflectie	3	-	-	-	H	-	-	-	s
kb15_Morele_sensitiviteit	6	-	-	s	s	s	-	H	-
kb16_Preventie_gericht_analyseren	4	-	-	-	H	-	-	s	-
kb17_Gezond_gedrag_bevorderen	3	-	-	-	H	-	-	s	-
kb18_Verpleegkundig_leiderschap	3	-	-	-	H	-	s	-	-
kb19_Coördineren_van_zorg	4	-	-	-	H	-	s	s	-
kb20_Veiligheid_bevorderen	3	-	-	-	H	-	-	s	-
kb21_Verpleegkundig_ondernemerschap	2	-	-	-	H	-	-	-	-
kb22_Kwaliteit_van_zorg_leveren	3	-	-	-	H	-	-	S	-
kb23_Participeren_in_kwaliteitszorg	3	-	-	-	H	-	-	s	-
kb24_Professioneel_gedrag	2	-	-	-	H	-	-	-	-

H = hoofdeffect, s = sub verdeling, - = geen effect

Tabel 16. Overzicht samenhang kernbegrippen met kenmerken

Bijlage 2. Voorbeeldsituaties en Kennisbestand

PERSONA



Hoi! Ik ben Fleur, ik ben hbo-verpleegkundige in het Medisch Centrum Leeuwarden.

Eén van de patiënten die ik de komende dagen onder mijn hoede heb is meneer de Jong. Ik zou graag willen laten zien hoe ik gezamenlijke besluitvorming (SDM) in deze situatie toepas aan de hand van het gespreksmodel van Elwyn.

Wat is gezamenlijke besluitvorming?
Een proces waarin de verpleegkundige en de patiënt samen beslissingen nemen over diagnostiek, behandelingen of begeleiding, op grond van kennis, klinische ervaring en de voorkeuren en waarden van de patiënt. De verpleegkundige toont hierin leiderschap.

Dit is meneer de Jong. Hij is 59 jaar en heeft recentelijk een herseninfarct doorgemaakt, als gevolg hiervan heeft hij nog krachtsverlies aan de linkerkant van zijn lichaam en heeft hij lichte spraak-problemen. En ligt op de afdeling neurologie. Hij wil graag naar huis, maar is nog niet zelfredzaam.



Goedemorgen, ik wilde vandaag graag doornemen wat de verdere gevolgen van een herseninfarct zijn voor het dagelijks leven, hoe de situatie voor u er nu uitziet en wat de mogelijkheden voor u om zichzelf uiteindelijk weer zelf te kunnen redden. Ik begrijp dat dit veel impact heeft op uw leven en u hoeft nu nog geen beslissingen te nemen maar met dit gesprek heeft u even een idee hoe het ervoor staat en dan gaan we later kijken naar de beste opties in uw situatie.



Tijdens het keuzegesprek:

- Open communicatie.
- Zorg voor een gelijkwaardige relatie.
- Check of de patiënt het gesprek begrijpt, laat hem/haar het gesprek zelf samenvatten om te controleren of en hoe het is begrepen.
- Wanneer de patiënt cognitieve stoornissen heeft familie uitnodigen bij gesprekken.
- Respectvol omgaan met de normen, waarden en geloofsovertuiging van de patiënt.
- * *Gesprek samengevat opschrijven.*

Tijdens het optiegesprek:

- Spreek in duidelijk en te begrijpen taal.
- Neem tijdens het gesprek rustmomenten, zodat het niet te veel informatie in één keer is.
- Eerlijk en open zijn in voor- en nadelen, consequenties en risico's.
- Folders aanreiken.
- Gesprek samengevat opschrijven.
- Een hulpmiddel bij dit gesprek is; BRAINSàbenefits, Risks, Alternative, Intuition, Nothing en Scuse me.



Meneer geeft tijdens het vorige gesprek aan dat hij er zo veel mogelijk aan wil doen om tot het beste herstel te komen. Waarna ik op een ander moment de opties aan meneer kan voorleggen. Hierin leg ik uit wat de mogelijkheden in deze situatie zijn. Hierbij leg ik uit wat deze opties inhouden en geef ik aan wat medisch gezien goede keuzes zouden zijn. Wat er in de artsensite en eventueel een MDO is besproken. Zoals bijvoorbeeld revalideren in een gespecialiseerd centrum of wat er mogelijk is met thuiszorg en tweede lijn fysiotherapie en logopedie.

Enkele dagen na gesprek waarin de opties zijn besproken spreek ik meneer weer. Hij heeft de tijd gehad om na te denken over wat hij graag wil en hoe hij het voor zich ziet. Samen lopen we langs de opties die we eerder hebben besproken en geeft hij aan wat hij belangrijk vindt. Meneer geeft aan dat hij er goed over na heeft kunnen denken, het veelal heeft besproken met familie en dat hij met behulp van de folders, informatie op het internet en onze gesprekken een beslissing heeft kunnen nemen. Meneer zou graag naar een revalidatiecentrum in de buurt van zijn familie gaan zodat hij hier meer bij in de buurt blijft. Voor meneer zijn herstel waren er medisch gezien betere opties maar dit is meneer zijn keuze en deze respecteer ik. Daarom ga ik na het gesprek zo snel mogelijk contact opnemen met de transfer-verpleegkundige om dit zo snel mogelijk in gang te kunnen zetten.



Tijdens het beslissingsgesprek:

- Ga na of de patiënt genoeg tijd heeft gehad om tot een besluit te komen.
- * *Probeer de patiënt niet nog om te praten of van gedachte te laten veranderen.*
- Geef aan dat er in de meeste gevallen nog teruggekomen kan worden op het besluit.
- Het gesprek samengevat opschrijven.

Illustratie 15. Voorbeeldsituatie of persona gezamenlijke besluitvorming (conceptversie). Dergelijke voorbeeldsituaties worden momenteel op een aantal kernbegrippen ontwikkeld.



hogeschool

