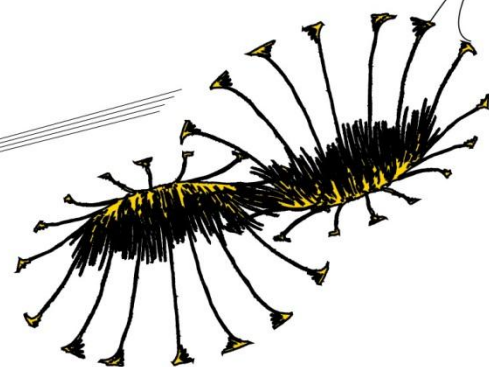


VERPLEEGKUNDIG LEIDERSCHAP IN
MEDISCH SPECTRUM TWENTE

Onderzoeksverslag in het kader van de
Bachelor opdracht voor Onderwijskunde

Amarens Bakker (s1002813)
24/08/2014



Samenvatting

In Medisch Spectrum Twente worden, door middel van het scholingstraject ‘Best Practice Units’, bottom-up veranderingsprocessen in gang gezet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met het scholingstraject wordt getracht het verpleegkundig leiderschap onder de deelnemende verpleegkundigen te vergroten. Voorafgaand aan dit onderzoek is, middels een literatuurstudie, de volgende definitie opgesteld: *Een verpleegkundig leider oefent invloed uit op het verbeteren van de zorgverlening omdat hij of zij over klinische expertise en interpersoonlijke (leiderschaps)kenmerken beschikt, hij of zij zich kan identificeren met collega's, is zich ook bewust van deze rol en heeft een passie voor de zorg. Een verpleegkundig leider neemt een innovatieve houding aan, weet een gezamenlijke visie te formuleren, fungeert als rolmodel en hij of zij kan collega's stimuleren en ondersteunen in tijden van veranderingen*. Voor het in kaart brengen van het procesmatige deel van deze definitie, kan gebruik worden gemaakt van de kenmerken van transformationeel leiderschap. Door de groep verpleegkundigen, die deel heeft genomen aan de ‘Best Practice Units’, te vergelijken met een controlegroep, waarin verpleegkundigen zitten die niet deel hebben genomen aan het scholingstraject, worden de verschillen in verpleegkundig leiderschap tussen de twee groepen inzichtelijk gemaakt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de ‘Leadership Practice Inventory’ (LPI), een meetinstrument voor transformationeel leiderschap ontworpen door Posner en Kouzes (1993). Het blijkt dat de verpleegkundigen die deelnamen aan de ‘Best Practice Units’ gemiddeld significant hoger scoren, op alle kenmerken van de LPI, dan hun collega's uit de controlegroep. De kenmerken van transformationeel leiderschap komen echter anders terug dan verwacht. Na het uitvoeren van een factor analyse, kunnen kenmerken van verpleegkundig leiderschap in Medisch Spectrum Twente als volgt worden geformuleerd: ‘innovatieve houding’, ‘samenwerking bevorderen’, ‘goede voorbeeld geven’ en ‘reflecteren’.

Interne begeleider (1)	<i>Drs. M.A (Maria) Hendriks</i>
Interne begeleider (2)	<i>Dr. N.A.H (Nelleke) Belo</i>
Externe begeleider	<i>Marieke van Dort, projectleider BPU Medisch Spectrum Twente</i>

1. Aanleiding

Ziekenhuizen staan voor de uitdaging om doelmatige, kosteneffectieve en veilige zorg te bieden. Criteria betreffende goede zorg veranderen met de tijd (Ferlie & Shortell, 2001). Afhankelijk van de stand van medisch-technisch kunnen, de financiële mogelijkheden of juist beperkingen en de verwachtingen en de eisen van patiënt en samenleving, worden normen en waarden over goede zorg ingekleurd (Oosterholt & Notter, 2011). De afgelopen jaren is er veel veranderd in de maatschappij, waardoor de zorgvraag en het zorgaanbod ook zijn veranderd. Met deze veranderingen ontstaat onder andere de noodzaak aan een verandering in de beroepsuitoefening van verpleegkundigen (Merwijk, 2012). Een van die veranderingen in de verpleegkundige beroepsuitoefening is volgens Merwijk (2012), dat het steeds belangrijker wordt de meerwaarde van de bijdrage van verpleegkundigen in kwaliteitsverbetering te tonen en de resultaten hiervan te meten. De verpleegkundige, die in eerste instantie zorgverlener is, moet steeds meer de rol van bijvoorbeeld gezondheidsbevorderaar, praktijkonderzoeker en professional aan kunnen nemen (Yagil, Spitzer & Ben-Zur, 2001; Merwijk, 2012). Volgens Crijns en Brummelen (2008) neemt een verpleegkundige tegenwoordig zelf het heft in handen om de beste zorg voor de patiënt te kunnen verlenen.

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij het kunnen uitoefenen van kwalitatief goede zorg. De eerste stappen, bij bijvoorbeeld het gebruik van vernieuwde technologie, moeten vaak door verpleegkundigen worden gezet (Hamric & Hanson, 2003). Verpleegkundigen hebben het meest contact met patiënten in een ziekenhuis en spelen daarom een belangrijke rol als het gaat om bijvoorbeeld de patiëntbeleving (Halcomb, Davidson & Patterson, 2008). Het zijn de verpleegkundigen die bovenop de feiten zitten en vanuit die positie verbeterpunten kunnen aandragen (Hamric & Hanson, 2003).

Volgens Merwijk (2012) komt het veel voor dat regelingen vanuit het management, die veelal gericht zijn op efficiëntie en productie, in tegenstrijd zijn met de kwaliteit van de zorg die verpleegkundigen graag zouden willen leveren. Yagil et al. (2001) benadrukt dat er een steeds groter gat ontstaat tussen de hoeveelheid kennis van verpleegkundigen en de mate waarin zij deze kennis kunnen verwoorden of uitdragen. Veranderingen die worden doorgevoerd ten behoeve van verbeteringen in de zorg, moeten daarom niet alleen vanuit de top van een organisatie komen. Steeds vaker wordt gebruik gemaakt van bottom-up processen waarin verpleegkundigen worden betrokken bij beslissingen rondom innovatie en waarbij zij hun visie op de zorg mogen delen (Boyde, Jen, Henderson & Winch, 2005).

Verpleegkundigen beseffen echter nog lang niet altijd dat zij een cruciale rol kunnen spelen in de verbetering van de zorg. In een onderzoek van Jimmerson, Weber en Sobek (2005) komt naar voren dat er in ziekenhuizen vaak onopgemerkte en kleine systeemproblemen of onhandigheden voorkomen. Hardwerkende verpleegkundigen voeren hun werkzaamheden met overtuiging en passie uit, maar denken vaak niet na over hoe deze dingen veel efficiënter zouden kunnen. Bovendien moeten verpleegkundigen worden ondersteund in hun ontwikkeling om hun eigen visie op de zorg te kunnen creëren en deze uit te dragen (Hamric, 2002; Boyde et al., 2005).

Om in te kunnen spelen op deze veranderingen in de verpleegkundige beroepsuitoefening, is in Nederland de pilot Excellente Zorg gestart. Excellente Zorg is gebaseerd op het concept 'Magnet Hospitals' vanuit Amerika en legt de nadruk op de bijdrage en de waarde van verpleegkundige expertise (Lindenburt, 2009). De beste zorg aan patiënten wordt volgens het concept gegeven door verpleegkundigen die zich gewaardeerd voelen en in een aantrekkelijke werkomgeving kunnen werken. (English, 2008; Brouwer, 2010). Volgens Merwijk (2012) kan de werkomgeving ervoor zorgen dat een verpleegkundige wordt uitgedaagd om het beste uit zichzelf naar boven te halen en dus kwalitatief hoge zorg te kunnen leveren. De werkomgeving moet daarnaast inspelen op de ambitie van verpleegkundigen om zichzelf te blijven ontwikkelen. Ambitieuze verpleegkundigen moeten behouden blijven zodat zij niet ergens anders willen gaan werken (Brody, Barnes, Ruble & Sakowski, 2012; Merwijk, 2012). Een aantrekkelijke werkomgeving voor verpleegkundigen kenmerkt zich door: (1) werken met vakbekwame collega's, (2) goede relaties met artsen, (3) autonomie, (4) support van een direct leidinggevende, (5) zeggenschap over de beroepsuitoefening, (6) opleidingsmogelijkheden, (7) voldoende personeel en (8) een patiëntgerichte zorgcultuur (Brouwer, 2010).

1.1 Verpleegkundig leiderschap

Om het besef, van een waardevolle bijdrage aan de verbetering van de zorg, voor verpleegkundigen duidelijker te maken en bottom-up veranderingen daadwerkelijk in gang te zetten is Medisch Spectrum Twente gestart met een eigen scholingstraject voor Excellente Zorg, 'Best Practice Units' (Feijter, 2012). Het scholingstraject 'Best Practice Units' (hierna BPU) leert verpleegkundigen in acht lessen om verbeterpunten op te sporen, mogelijke oplossingen te onderbouwen met wetenschappelijke literatuur en deze te integreren met zowel patiëntvoorkeuren als de voorkeur en meningen van collega's. Het implementatieproces dat hierop volgt, moet door de cursisten zelf worden begeleid. Tijdens het scholingstraject wordt daarom ook aandacht geschonken aan bijvoorbeeld groepsdynamiek en het omgaan met weerstand. Aan het einde van het scholingstraject mag de verpleegkundige zich 'BPU-begeleider' noemen (Oosterholt & van Dort-Methorst, 2011).

Om deel te mogen nemen aan het scholingstraject moeten verpleegkundigen een kritische houding aannemen en open staan voor vernieuwingen. In de opleiding tot verpleegkundige wordt aandacht geschonken aan kritisch denkvermogen (Burnard, 1988) omdat verpleegkundigen in verschillende situaties zelfstandig beslissingen betreffende goede zorg moeten kunnen maken (Bally, 2007). Het flexibel kunnen omgaan met veranderingen betreffende bijvoorbeeld nieuwe protocollen is echter moeilijk aan te leren (Hamric et al., 2000). Het constant op zoek zijn naar vernieuwingen om het beste uit de door hun te leveren zorg te halen moet volgens Oosterholt en Notter (2011) uit de verpleegkundigen zelf komen. Tijdens de BPU wordt daarom aandacht gegeven aan innovatie en onderzoeksmogelijkheden, zodat verpleegkundigen worden gestimuleerd om verder te kijken (Oosterholt en Notter, 2011). Andere vereisten om mee te mogen doen aan de BPU zijn bijvoorbeeld het hebben van een passie voor de zorgverlening, HBO werk/denkniveau en een flinke dosis zelfvertrouwen (Oosterholt & van Dort-Methorst, 2011).

BPU-begeleiders moeten echter niet alleen kritisch zijn en de zorg willen verbeteren, ze moeten ook de leiding nemen in implementatieprocessen die vernieuwingen met zich meebrengen. Ze moeten veranderingen dus in gang kunnen zetten en zich gedurende het hele implementatietraject hard maken voor de innovatie (White & McGowan, 2011). Het gaat hierbij vaak om het doorvoeren van relatief kleine, maar doelgerichte en overzichtelijke veranderingen, die uiteindelijk voor grote verschillen in een ziekenhuis kunnen zorgen (Miller et al., 2005). Er is hier geen sprake van een leidinggevende functie op basis van een hiërarchische positie, maar op basis van vakinhoudelijk leiderschap voor specifieke situaties (Crijns & Brummelen, 2008). BPU-begeleiders zijn leiders van hun eigen projecten en moeten daarvoor dus beschikken over leiderschapsvaardigheden. Hier wordt tijdens de BPU veel aandacht aan besteed (Oosterholt & van Dort-Methorst, 2011).

1.2 Doel van het onderzoek

De vorm van leiderschap, zoals die hierboven wordt omschreven, wordt door Medisch Spectrum Twente gezien als verpleegkundig leiderschap. Verpleegkundig leiderschap is dus leiderschap dat wordt getoond door verpleegkundigen vanuit de kern van een organisatie en heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door de invoering van de BPU tracht Medisch Spectrum Twente verpleegkundig leiderschap onder verpleegkundigen te vergroten. Nu de eerste lichtingen BPU-begeleiders zijn opgeleid en de meeste implementatieprocessen in de afrondende fase zitten, wil Medisch Spectrum Twente inzicht verkrijgen in het effect van de BPU en dus onder andere in het verpleegkundig leiderschap onder de BPU-begeleiders.

2. Theoretisch kader

In het boek van Yukl (2006) worden een aantal definities van leiderschap benoemt: “Leadership is the ability of an individual to influence, motivate, and enable others to contribute toward the effectiveness and success of the organization...” (House et al., 1999, p. 184), “Leadership is the process of making sense of what people are doing together so that people will understand and be committed” (Drath & Paulus, 1994, p. 204) of “Leadership is the process of influencing the activities of an organized group toward goal achievement” (Rauch & Behling, 1984, p. 46).

In deze definities komen eigenlijk twee aspecten naar voren, leiderschap gaat om: (1) invloed uitoefenen en (2) op die manier specifieke doelen bereiken. Omdat er bij verpleegkundig leiderschap invloed wordt uitgeoefend door verpleegkundigen zonder dat zij hiervoor stijgen op de hiërarchische ladder (Oosterholt & Notter, 2012), is er sprake van invloed uitoefenen op basis van vakinhoudelijk leiderschap. In het theoretisch kader wordt hier op ingegaan en wordt dus gekeken wat vakinhoudelijk leiderschap onder verpleegkundigen precies inhoudt. Daarnaast wordt er gekeken welk proces verpleegkundigen vervolgens doorlopen, om daadwerkelijk veranderingen in gang te zetten en te laten slagen. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van zorggerelateerde literatuur over situaties waarin verpleegkundigen op de een of andere manier leiderschap vertonen. Deze situaties komen onder andere terug in literatuur over ‘clinical leadership’, ‘nurse champions’ en ‘nurse leaders in evidence-based research projects’. Om uiteindelijk een werkdefinitie voor verpleegkundig leiderschap te formuleren, is een vergelijking met bestaande leiderschapstijlen gemaakt. De literatuur in het theoretisch kader is een verkorte versie van het oorspronkelijke literatuuronderzoek dat vooraf ging aan dit onderzoek. Het complete literatuuronderzoek is op te vragen bij de onderzoeker.

Clinical leadership

In de literatuur over ‘clinical leadership’ wordt allereerst benadrukt dat ‘clinical leadership’ leiderschap is onder professionals in aan de zorg gerelateerde beroepen. Halcomb et al. (2008) verstaan onder deze professionals iedereen die leiderschapskenmerken vertoont tijdens zijn of haar werkzaamheden in de zorg, zoals het nemen van beslissingen of het managen van service. Edmonstone (2009) en Honour (2013) verstaan onder deze professionals diegenen die in direct contact staan met patiënten en dus een beroep in de frontlinie van het ziekenhuis uitoefenen. Zij vermelden dus expliciet dat ‘clinical leadership’ leiderschap is onder professionals in de kern van de organisatie en sluiten professionals in managementfuncties daarmee uit (Edmonstone, 2009; Honour, 2013).

‘Clinical leaders’ zijn verpleegkundigen die zich verantwoordelijk voelen voor het verbeteren van de zorg en eigen werkomgeving (Halcomb et al., 2008; Honour, 2013). Crijns en Brummelen (2008) benadrukken dat ‘clinical leaders’ dichtbij de patiënt en collega’s blijven, maar tegelijkertijd initiatief tonen om de zorg zelfstandig te verbeteren. Ook Beasley et al. (2011) vermelden dat de voornaamste reden voor verpleegkundigen om ergens de leiding in te nemen, het willen verbeteren van de zorg is. Volgens Beasley et al. (2011) en Honour (2013) nemen verpleegkundigen soms ook de leiding omdat ze het beste voor zichzelf en collega’s willen, zelfontwikkeling is dus van belang. Ze zijn actief bezig met de ontwikkeling van hun carrière en bevorderen de samenwerking binnen hun team van collega’s. Door het doen van onderzoek, maar ook ervaring in de praktijk, beschikken ‘clinical leaders’ over uitstekende klinische expertise (Halcomb, et al., 2008; Honour, 2013). Ook interpersoonlijke (leiderschaps)kenmerken, zoals goed kunnen samenwerken of kritisch denkvermogen, spelen volgens Halcomb et al. (2008) een grote rol. Volgens Yagil et al. (2001) bestaan deze kenmerken vooral uit flexibiliteit, creativiteit en zelfvertrouwen. Volgens Hamric, Spross en Hanson (2000), Marchioni en Ritchie (2007) en Edmonstone (2009) is het van belang dat verpleegkundigen van zichzelf weten dat zij invloed uit kunnen oefenen en dat zij de status-quo mogen aanpakken om de zorg zelfstandig te verbeteren.

Om veranderingen daadwerkelijk in gang te zetten nemen ‘clinical leaders’ ten eerste een innovatieve houding aan (Crijns & Brummelen, 2008; Halcomb et al., 2008; Edmonstone, 2009; Beasley et al., 2011; Honour, 2013). Volgens Davidson et al. (2006), Halcomb et al. (2008) en De Niet (2013) slagen ‘clinical leaders’ er in om hun een groot draagvlak voor hun visie te creëren onder collega’s, doordat zij van deze visie een gemeenschappelijk doel maken. Volgens De Niet (2013) is het hiervoor noodzakelijk om met goede (op wetenschappelijke artikelen gebaseerde) argumenten te komen en de doelen regelmatig te herhalen. Davidson et al. (2006) en Beasley et al. (2011) spreken van een nauwe samenwerking tussen de ‘clinical leader’ en collega’s. De ‘clinical leader’ moet volgens

hen openstaan voor de mening van anderen om gezamenlijke doelen te formuleren. Volgens Beasley et al. (2011) zorgt dit er bovendien voor dat er een innovatieve sfeer op een afdeling of binnen een team ontstaat en worden collega's dus geïnspireerd om ook innovatief te denken. Als belangrijkste aspecten van het proces van veranderingen noemen Hamric et al. (2000), Ash et al. (2003) en Davidson et al. (2006) het kunnen inspireren, motiveren en ondersteunen van collega's in tijden van verandering. Milton (2009) verstaat onder ondersteunen, het inspelen op de verschillende behoeftes van collega's en dus op een persoonlijke manier aandacht geven aan ieder individu. Daarom is het van belang dat de 'clinical leader' collega's vertrouwen geeft in het slagen van een innovatie (Bally, 2007)

Nurse champions

In de literatuur over verpleegkundigen die meer doen dan alleen hun dagelijkse beroepsuitoefening betreffende patiëntenzorg, komt de term 'nurse champion' veel naar voren. 'Nurse champions' zijn goed in hun werk, doen onderzoek naar trends in hun vakgebied en hebben een passie voor het verbeteren van de zorg (Campbell, 2008; White & McGowan, 2011). De 'nurse champion' is een verpleegkundige van binnen de organisatie waardoor collega's zich met hem of haar kunnen identificeren (Campbell, 2008; White & McGowan, 2011). Doordat de 'nurse champion' dichtbij collega's staat, en dus op de hoogte is van de praktijk, kunnen onderzoeksresultaten geïntegreerd worden met kennis vanaf de werkvloer. 'Nurse champions' worden volgens Ash et al. (2003) en Thompson et al. (2004) veelal aangesteld door het management om onderzoeksresultaten door te voeren, zij verkopen een innovatie als het ware aan hun collega's. Campbell (2008) spreekt dit tegen en stelt dat 'nurse champions' juist verpleegkundigen zijn die zelfstandig en op basis van eigen initiatief veranderingen in gang durven zetten.

Voor het kunnen doorvoeren van veranderingen noemen Profetto-McGrath (2005) en White en McGowan (2011) het feit dat de 'nurse champion' dichtbij collega's blijft staan, als grootste voordeel. Op deze manier kunnen zij een visie formuleren die door alle verpleegkundigen wordt begrepen en wordt ondersteund. Dit doen zij door de behoefte aan verandering te ontwikkelen (Ash et al., 2003; Thompson et al., 2004) en nieuwe kennis op een heldere manier te verwoorden (Profetto-McGrath, 2005). Campbell (2008) en White en McGowan (2011) vinden dat de 'nurse champion' als rolmodel fungeert voor collega's in tijden van verandering. De 'nurse champion' geeft het goede voorbeeld, is enthousiast en voelt zich verantwoordelijk voor het slagen van een innovatie. Hieraan kunnen collega's zich spiegelen, iets wat beter werkt dan het alleen maar verkondigen of onderwijzen van nieuwe kennis (Campbell, 2008)

Nurse leaders in research projects

In de literatuur over verpleegkundigen en het verbeteren van de zorg wordt veel geschreven over 'evidence based practice' (hierna EBP). EBP is het doen van wetenschappelijk onderzoek en op basis hiervan nieuwe service formuleren. Verpleegkundigen doen naast hun gewone taken dus ook onderzoek naar het kunnen verbeteren van deze zorgpraktijk (Boyde et al., 2005; Marchioni & Ritchie, 2007; Eizenberg, 2010). Doordat deze 'nurse leaders' over veel kennis beschikken en bovendien een brede visie over de zorgverlening kunnen formuleren, krijgen zij in specifieke situaties aanzien van collega's (Rycroft-Malone, 2004). Volgens Kitson (2002), Eizenberg (2010) en Brody et al. (2012) is het van belang dat nieuw opgedane kennis door de 'nurse leaders' wordt geïntegreerd in de praktijk. Omdat de 'nurse leaders' van binnen uit een organisatie komen, hebben zij ook veel kennis van bijvoorbeeld normen en waarden of praktische handelingen op de werkvloer.

Om veranderingen in gang te zetten hebben 'nurse leaders' volgens Rycroft-Malone (2004) en Boyde et al. (2005) allereerst een innovatieve houding nodig. Volgens Boyde et al. (2005) kan een verandering vervolgens tot stand komen omdat deze goed aansluit op de praktijk. Dit omdat de 'nurse leader' dichtbij collega's staat en collega's dus kan ondersteunen. De 'nurse leader' fungeert als rolmodel voor een afdeling (Miller et al., 2005). Rycroft-Malone (2004) spreekt vervolgens nog van het feit dat de 'nurse leader' collega's moet kunnen coachen en ondersteunen om de verandering te doen slagen.

2.1 Synthese vakinhoudelijk leiderschap

In de typering die hiervoor zijn beschreven komen verpleegkundigen naar voren die veranderingen of verbeteringen doorvoeren en dus de leiding nemen in specifieke situaties of projecten. Het gaat hier om verpleegkundigen die dicht bij de patiënt en collega's blijft staan, er is dus geen sprake van het kunnen uitoefenen van invloed op basis van een hiërarchische positie. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er zes thema's kunnen worden onderscheiden waaruit blijkt op welke andere manieren verpleegkundig leiders invloed uitoefenen. Deze worden hieronder samengevat:

1. *Expertise*: Uit alle typeringen komt naar voren dat verpleegkundigen de leiding nemen in specifieke situaties omdat zij over specifieke kennis beschikken. Zelfontwikkeling en carrièremogelijkheden worden geambieerd en er wordt organisatiebreed gekeken. Ze zijn op de hoogte van de laatste stand van zaken binnen het vakgebied en nemen deel in onderzoeksprojecten. Op basis hiervan kunnen zij collega's en managers overtuigen. Expertise komt niet alleen voort uit het doen van onderzoek naar nieuwe trends. Expertise komt ook voort uit jaren werkervaring en kennis van de praktijk.
2. *Interpersoonlijke (leiderschap)kenmerken*: In een aantal typeringen komt naar voren dat verpleegkundigen de leiding nemen, omdat zij over interpersoonlijke kenmerken beschikken die leiderschap bevorderen. Hierbij worden bijvoorbeeld goed kunnen samenwerken, kritisch denkvermogen, delegeren en communiceren genoemd.
3. *Empathie*: Omdat verpleegkundigen die de leiding nemen dichtbij de patiënt en collega's blijven staan, kunnen zij zich goed inleven in de dagelijkse gang van zaken en bijvoorbeeld behoefte en wensen van patiënt of collega's. Ook kunnen zij op deze manier nieuwe kennis goed integreren met de praktijk. Omdat zij vervolgens ergens in uitblinken of initiatief nemen, kunnen collega's zich hieraan spiegelen. Deze verpleegkundigen worden veelal als charismatisch en zeer enthousiast beschreven.
4. *Bewustzijn*: In een aantal typeringen komt naar voren dat verpleegkundig leiders vertrouwen hebben in hun eigen expertise om de zorg te verbeteren. Ze zijn zich bewust van de rol die ze kunnen spelen in de verbetering van de zorg.
5. *Passie*: Uit alle typeringen komt naar voren dat verpleegkundigen de leiding nemen in het verbeteren van de zorg omdat zij de beste zorg aan hun patiënten willen leveren. Vanuit deze motivatie gaan verpleegkundigen op zoek naar oplossingen voor verbeterpunten of gaan zij in tegen veranderingen vanuit het management waar zij het niet mee eens zijn. Zij maken zich vervolgens hard voor een innovatie, beschikken over veel doorzettingsvermogen.
6. *Aanstelling*: Ondanks dat het in alle typeringen om vakinhoudelijk leiderschap gaat, worden sommige verpleegkundig leiders wel door het management aangesteld. Hierdoor krijgen zij toch een soort formele titel en worden zij eerder als leider gezien. Er zijn echter ook typeringen die dit tegenspreken en vinden dat verpleegkundig leiders met eigen initiatieven komen voor de zorg. In alle onderzoeken komt echter naar voren dat verpleegkundigen, die een aanstelling krijgen voor bijvoorbeeld het doen van onderzoek, moeten voldoen aan een aantal eisen. Deze eisen zijn grotendeels vergelijkbaar met de eerste vijf thema's, die hier boven staan beschreven.

2.2 Synthese proces

In de typering die hiervoor zijn beschreven komen verpleegkundigen naar voren die veranderingen of verbeteringen doorvoeren en dus de leiding nemen in specifieke situaties of projecten. Voor het behalen van hun doelen maken zij gebruik van een aantal aspecten van leiderschap. Uit het literatuuronderzoek komen de volgende vier aspecten naar voren:

1. *Visie*: In alle typeringen komt naar voren dat verpleegkundig leiders een visie hebben voor het verbeteren van de zorg. Door van hun eigen visie een gezamenlijke visie te maken, en bijvoorbeeld de relevantie van een verandering te verhelderen, zorgen zij ervoor dat ze mensen achter zich krijgen en er dus draagvlak voor een verandering komt.
2. *Innovatieve houding*: In alle typeringen komt naar voren dat verpleegkundig leiders een innovatieve houding hebben en de eerste stap zetten in veranderingsprocessen. Ze beseffen echter dat ze dit niet alleen kunnen en sporen collega's dus aan om hun innovatieve houding over te nemen. Ze nodigen anderen uit om hun toekomstdroom te delen en zorgen er zo voor dat er een innovatieve sfeer ontstaat.

3. *Ondersteuning en aanmoediging*: Vervolgens steunen verpleegkundig leiders collega's in tijden van de veranderingen. Ze zijn nauw betrokken en voelen behoeftes en wensen van collega's aan en bieden individuele steun waar nodig. Ze zijn in staat om de groep aan te moedigen tot het einde van de implementatie.
4. *Rolmodel*: De gehele implementatie lang nemen verpleegkundig leiders het initiatief en doen zij zich voor als rolmodel. Zij hebben het doel duidelijk voor ogen en gedragen zich naar de normen en waarden van dit doel. Collega's kunnen zich hieraan spiegelen en de verpleegkundig leider als het ware imiteren.

2.3 Vergelijking met transformationeel leiderschap

Het proces van het hebben van een visie, naar een innovatieve houding en het ondersteunen van collega's, dat hierboven wordt beschreven, komt overeen met de kenmerken van transformationeel leiderschap. Transformationeel leiderschap is een leiderschapsstijl waarover al uitgebreid geschreven is in de literatuur. Dit type leiderschap kenmerkt zich door leiders die veranderingen doorvoeren door mensen te inspireren en te motiveren. Ze slagen erin om als team doelen te behalen door een gezamenlijke visie/doelstelling te formuleren (Marchioni & Ritchie, 2008). Volgens Smart (2010) kunnen vakinhoudelijke informele leiders de rol van transformationele leiders op zich nemen, omdat zij zichzelf zien als 'change agents', omdat ze in mensen geloven, betrokken zijn bij naaste collega's en daardoor een visie kunnen overbrengen. Transformationele leiders hebben een innovatieve houding en zijn altijd op zoek naar verbeterpunten (Paffen, 2010). Ze sporen mensen aan om creatief en innovatief te zijn en met nieuwe oplossingen te komen (Paffen, 2010). Hoy en Miskel (2008) definiëren transformationeel leiderschap met behulp van de volgende kenmerken:

- (1) *Inspirational motivation*: het hebben van een visie of ambitie en het vermogen om mensen achter deze visie te krijgen door het gezamenlijk belang te onderstrepen. Bij verpleegkundig leiderschap kan hier gedacht worden aan collega's uit te nodigen om een toekomstdroom te delen of bijvoorbeeld een visie op een overtuigende manier te verwoorden.
- (2) *Intellectual stimulation*: het hebben van een innovatieve houding en het vermogen mensen intellectueel uit te dagen om deze houding over te nemen. Een voorbeeld van verpleegkundig leiderschap binnen dit kenmerk, is bijvoorbeeld naar de mening van anderen te vragen om zo een innovatieve sfeer te stimuleren.
- (3) *Individualized consideration*: het geven van persoonlijke aandacht en het kunnen aanmoedigen van mensen. In de literatuur over verpleegkundig leiderschap komt dit terug doordat verpleegkundig leiders collega's aan moeten moedigen en aan wensen/behoeftes van collega's moeten kunnen voldoen.
- (4) *Idealized influence*: het kunnen fungeren als rolmodel waaraan mensen zich kunnen spiegelen en verantwoordelijkheid nemen voor het slagen van innovaties. Een voorbeeld van verpleegkundig leiderschap binnen dit kenmerk, is bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid nemen of het kunnen fungeren als rolmodel op een afdeling.

2.4 Werkdefinitie van verpleegkundig leiderschap

In de literatuur is gezocht naar manieren waarop verpleegkundigen invloed uit kunnen oefenen en ook naar de stappen die verpleegkundigen vervolgens kunnen zetten om veranderingen daadwerkelijk in gang te zetten en innovaties te laten slagen. Het blijkt dat verpleegkundigen die ergens de leiding in nemen, invloed uitoefenen doordat zij beschikken over veel klinische expertise en interpersoonlijke (leiderschaps)kenmerken. Deze verpleegkundigen blijven dichtbij collega's staan en kunnen kennis dus integreren met de praktijk, bovendien winnen ze vertrouwen en sympathie van collega's. Doordat verpleegkundig leiders zich bewust zijn van hun expertise en hun rol in het verbeteren van de zorg durven zij de leiding te nemen in verbeteringsprojecten en door hun passie voor de zorg en hun enthousiasme voor het verbeteren hiervan, krijgen zij een bepaald aanzien bij hun collega's.

Om veranderingen daadwerkelijk in gang te zetten, en dus een begin te maken aan het verbeteren van de zorg, nemen verpleegkundig leiders een innovatieve houding aan, stimuleren zij collega's om ook innovatief te denken en formuleren ze een gezamenlijke visie. Vervolgens nemen zij de verantwoordelijkheid tijdens het implementatietraject en geven ze het goede voorbeeld. Gedurende het hele implementatietraject zijn zij nauw betrokken bij collega's en bieden zij ondersteuning aan collega's die dat nodig hebben. Deze aspecten zijn met de literatuur over 'teacher leadership' en transformationeel leiderschap vergeleken en het blijkt dat er vele overeenkomsten zijn.

Op basis van deze overeenkomsten is de volgende werkdefinitie voor verpleegkundig leiderschap gemaakt, deze bestaat uit een inhoudelijk deel: *‘Een verpleegkundig leider oefent invloed uit op het verbeteren van de zorgverlening omdat hij of zij over klinische expertise en interpersoonlijke (leiderschaps)kenmerken beschikt, hij of zij zich kan identificeren met collega’s, is zich ook bewust van deze rol en heeft een passie voor de zorg’*, en een procesmatig deel: *‘Een verpleegkundig leider neemt een innovatieve houding aan, weet een gezamenlijke visie te formuleren, fungeert als rolmodel en hij of zij kan collega’s stimuleren en ondersteunen in tijden van veranderingen’*.

3. Onderzoeksvraag

Medisch Spectrum Twente tracht met de invoering van de ‘Best Practice Units’ (hierna BPU) verpleegkundig leiderschap onder verpleegkundigen te vergroten. De BPU speelt vooral in op het ontwikkelen van een innovatieve houding en het doen van onderzoek. Verpleegkundigen wordt bijvoorbeeld geleerd hoe verbeterpunten kunnen worden opgespoord en hoe hiervoor vervolgens een goed onderbouwde oplossing voor kan worden geformuleerd. De BPU gaat ook in op de omgang met weerstand vanuit het multidisciplinaire team en bijvoorbeeld het presenteren van nieuwe kennis. Het scholingstraject speelt dus vooral in op de procesmatige kant van verpleegkundig leiderschap, zoals die hierboven is geformuleerd. De vakinhoudelijke kant van verpleegkundig leiderschap, wordt echter niet genegeerd. De vakinhoudelijke kant komt onder andere terug in de deelname eisen voor de BPU. Verpleegkundigen die deel mogen nemen aan de BPU worden geselecteerd op bijvoorbeeld hun passie voor de zorgverlening of hun doorzettingsvermogen. Ze kunnen ook worden aangewezen door collega’s of het management.

Nu de meeste implementatiefases van BPU-projecten zijn afgerond, wil Medisch Spectrum Twente inzicht in het verpleegkundig leiderschap onder de BPU-begeleiders. In dit onderzoek is ervoor gekozen om hierbij vooral naar de procesmatige kant van verpleegkundig leiderschap te kijken. Omdat er in Medisch Spectrum Twente voorafgaand aan de BPU geen nulmeting van verpleegkundig leiderschap is gedaan, is besloten om de BPU-begeleiders te vergelijken met collega’s die niet hebben deelgenomen aan het scholingstraject. Om dus inzicht te krijgen in het verpleegkundig leiderschap onder de BPU-begeleiders, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre is er verschil in verpleegkundig leiderschap tussen de verpleegkundigen die deelnamen aan de ‘Best Practice Units’ en hun collega’s die niet deel hebben genomen aan de ‘Best Practice Unit’?*

4. Methode

4.1 Onderzoeksdesign

Omdat er in Medisch Spectrum Twente voorafgaand aan de ‘Best Practice Units’ geen specifieke nulmeting is verricht, is er in dit onderzoek sprake van een quasi-experimenteel design. Een quasi-experimenteel design is een variant op een klassiek-experimenteel design en wordt gebruikt wanneer er niet aan de eisen voor een klassiek experiment wordt voldaan (Vaus, 2006). Bij een klassiek-experimenteel design richt de analyse van de uitkomsten zich op de veranderingen die zijn ontstaan tussen een meting voorafgaand aan een interventie (pre-test) en de meting na afloop (post-test) van een interventie (Vaus, 2006).

Omdat in dit onderzoek sprake is van een quasi-experimenteel design, richt dit onderzoek zich op de verschillen in uitkomsten die er zijn tussen de experimentele groep en een controlegroep. Het toevoegen van een controlegroep, die geen interventie heeft ondergaan, is een klassieke methode om de validiteit van een quasi-experiment te verhogen (Vaus, 2006). Een onderzoeksdesign met alleen metingen na afloop van een interventie (in dit geval de ‘Best Practice Units’) en waarbij een controlegroep (in dit geval de verpleegkundigen die niet hebben deelgenomen aan het scholingstraject) wordt toegevoegd om de validiteit te verhogen, wordt een ‘posttest-only control group’ genoemd (Vaus, 2006).

4.2 Respondenten en procedure

Het onderzoek is uitgevoerd in Medisch Spectrum Twente. In Medisch Spectrum Twente zijn 32 verschillende specialistische afdelingen te onderscheiden. Deze afdelingen kunnen worden onderverdeeld in verpleegafdelingen, polikliniekafdelingen, behandel-/functie-afdelingen of overige

afdelingen. Op deze afdelingen werken verzorgenden niveau 3, verpleegkundigen niveau 4, verpleegkundigen niveau 5 en verpleegkundig specialisten. Het aantal jaren werkervaring dat de verpleegkundigen hebben verschilt van <3 jaar tot >30 jaar en hun leeftijd varieert van <25 jaar tot 65 jaar. Van 25 afdelingen zijn er twee of drie verpleegkundigen die deel hebben genomen aan de 'Best Practice Units' (N = 56).

Middels een e-mail is alle verpleegkundigen in Medisch Spectrum Twente verzocht mee te werken aan dit onderzoek. Deze e-mail is naar 1226 verpleegkundigen verzonden, van hen hebben 56 verpleegkundigen deelgenomen aan het scholingstraject BPU. In totaal zijn 251 verpleegkundigen begonnen aan de vragenlijst, 179 vragenlijsten zijn echter maar bruikbaar voor verder onderzoek omdat een deel van de vragenlijsten niet volledig was ingevuld. 158 vragenlijsten zijn ingevuld door verpleegkundigen uit de controlegroep en 21 vragenlijsten zijn ingevuld door BPU-begeleiders. Dit geeft een responspercentage vanuit de BPU-begeleiders van 37.5% , vanuit de controlegroep bedraagt de respons 13.5%. Voor een online vragenlijst waarbij er voorafgaand aan het onderzoek geen contact tussen de onderzoeker en respondenten is geweest, is dit een voldoende hoog percentage.

In tabel 1 zijn de beschrijvende gegevens van alle betrokken respondenten weergegeven. Hierbij zijn de eigenschappen, zoals geslacht en leeftijd, van de respondenten opgenomen. Omdat het bij het doen van onderzoek, waarbij menselijke respondenten zijn betrokken, zelden voorkomt dat alle vragen van de betreffende vragenlijst worden ingevuld, zijn de missende gegevens ook in tabel 1 opgenomen. In overleg met Medisch Spectrum Twente is besloten dat bruikbare vragenlijsten bestaan uit meer dan 24 ingevulde vragen. De vragenlijsten die hier niet aan voldeden zijn verwijderd uit het databestand. De missende waarden zijn in kaart gebracht door het statistische programma SPSS (versie 20) de statistieken van alle data te laten beschrijven.

Tabel 1: Beschrijvende gegevens respondenten onderzoek verpleegkundig leiderschap

	BPU-begeleiders (N=21)	Controlegroep (N=163)	Totaal (N=184)
Eigenschappen	n (%)	n (%)	n (%)
Geslacht			
Man	1 (4.8)	16 (10.3)	17 (9.2)
Vrouw	20 (95.2)	140 (89.7)	160 (87.0)
missing	0	7 (4.3)	7 (3.8)
Afdeling			
Verpleegafdeling	18 (90)	109 (66.9)	127 (69.0)
Polikliniek	0	22 (14.1)	23 (12.5)
Behandel/Functie afdeling	2 (10)	13 (8.3)	15 (8.2)
Overige	0	12 (7.7)	12 (6.5)
missing	2 (9.5)	0	2 (1.1)
Werkervaring			
03 – 05	5 (23.8)	19 (12.1)	24 (13.0)
06 – 10	3 (14.3)	32 (20.4)	35 (19.0)
11 – 15	3 (14.3)	31 (19.7)	34 (18.5)
16 – 20	1 (4.8)	17 (10.8)	18 (9.8)
21 – 30	7 (33.3)	30 (19.1)	37 (20.1)
> 30	2 (9.5)	28 (17.8)	30 (16.3)
Missing	0	6 (3.7)	6 (3.3)
Opleiding			
Inservice	7 (33.3)	64 (41.6)	71 (38.6)
Mbo	3 (14.3)	19 (12.3)	22 (11.9)
Hbo	11 (52.4)	69 (44.8)	80 (43.5)
ANP	0	2 (1.3)	2 (1.1)
Missing	0	9 (5.5)	9 (4.9)
Leeftijd			
< 25	1 (4.8)	1 (0.6)	2 (1.1)
25 – 35	7 (33.3)	49 (31.4)	56 (30.4)
36 – 45	6 (28.6)	41 (23.6)	47 (25.5)
46 – 55	5 (23.8)	42 (26.9)	47 (25.5)
56 – 65	2 (9.5)	23 (14.7)	25 (13.6)
missing	0	7 (4.3)	7 (3.8)

4.3 Instrument

Om het verpleegkundig leiderschap in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van de ‘Leadership Practice Inventory’ (hierna LPI). Dit model is door Posner en Kouzes (1993) ontwikkeld om kenmerken van transformationeel leiderschap in kaart te brengen. De LPI is in meerdere zorggerelateerde onderzoeken gebruikt en is uitgebreid getest op bruikbaarheid en betrouwbaarheid (Manley, 1997; Bowles & Bowles, 2000; Plas & Crijns, 2010; Krugman & Heggem, 2013; Kelly, Wicker & Gerkin, 2014). Vanwege positieve reacties vanuit het Royal College of Nursing, betreffende het gebruik van de LPI bij haar ‘Vakinhoudelijk Leiderschapsprogramma’s’, heeft het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) de LPI ook gehanteerd bij verschillende leiderschapsprogramma’s. Hiervoor heeft de LEVV de LPI vertaald in het Nederlands, de taal die in dit onderzoek wordt gehanteerd. Deze vertaling is op een wetenschappelijk verantwoorde manier uitgevoerd en uitgebreid getest (Plas & Crijns, 2010).

Posner en Kouzes (1993) hebben veel onderzoek gedaan naar transformationeel leiderschap en onderzochten wat leiders zelf als belangrijkste kenmerken van leiderschap aanwijzen in tijden van verandering. Ze kwamen tot de conclusie dat er vijf verschillende kenmerken zijn te onderscheiden; (1) *challenge the proces*: status-quo aanpakken en open staan voor innovatie en veranderingen, (2) *inspire a shared vision*: een bepaalde visie of doel formuleren en collega’s of volgers hier enthousiast voor kunnen maken, (3) *enable others to act*: een veilige en vertrouwde omgeving creëren waarin iedereen goed kan samenwerken, (4) *model the way*: een rolmodel zijn voor collega’s en op deze manier volgers krijgen die zich naar jouw normen en waarden gedragen en (5) *encourage the heart*: het erkennen en vieren van successen. Hierbij splitsen zij het derde kenmerk van transformationeel leiderschap (individualized consideration) als het ware op in ‘Enable’ en ‘Encourage’. Deze vijf kenmerken vormen de onderliggende constructen van de LPI. Ieder construct bestaat uit zes stellingen, waardoor de LPI in totaal uit dertig stellingen bestaat. Middels een vijf-punt likert scale kunnen de respondenten aangeven in hoeverre ze het eens zijn met de betreffende stelling (1 = ‘nooit’; 2 = ‘bijna nooit’; 3 = ‘soms’; 4 = ‘bijna altijd’; 5 = ‘altijd’)

Per construct is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd waarbij een minimum Alpha-waarde van 0.60 werd gehanteerd (Field, 2009). Wanneer de betrouwbaarheid van een construct onder deze minimumwaarde scoort, zou het kunnen zijn dat de items binnen dit construct niet hetzelfde concept meten (Field, 2009). Field (2009) geeft aan dat scores onder de .60 onacceptabel zijn en scores tussen de .60 en .65 onwenselijk. Scores boven de .70 zijn respectabel en scores boven de .80 zijn zeer goed. De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse zijn weergegeven in tabel 2. Op basis van de voorgaande criteria voor betrouwbare constructen, is besloten dat alle constructen een voldoende hoge Alpha-waarde hebben.

Tabel 2: Constructen, voorbeeldvragen en betrouwbaarheid meetinstrument

Construct	Voorbeeldvragen	# items	α
Challenge	<i>Ik zoek buiten de grenzen van mijn organisatie naar innovatieve manieren om te verbeteren wat we doen</i>	6	0.75
Inspire	<i>Ik beschrijf een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst (van de zorgverlening) er zou kunnen uitzien</i>	6	0.82
Enable	<i>Ik geef mensen veel vrijheid en keuzemogelijkheden om zelf te beslissen hoe ze hun werk uitvoeren</i>	6	0.60
Encourage	<i>Als we iets hebben bereikt vind ik manieren om het te vieren</i>	6	0.79
Model	<i>Ik neem mezelf als voorbeeld bij wat ik van anderen verwacht</i>	6	0.64

5. Data-analyse en resultaten

In deze paragraaf worden de analysemethode en resultaten per onderzoeksvraag besproken. De data uit de vragenlijsten is geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS (versie 20).

5.1 'Independed samples T-test'

Om de verschillen in kenmerken van verpleegkundig leiderschap tussen de BPU-begeleiders en de verpleegkundigen uit de controlegroep in kaart te brengen, is een 'Independed samples T-test' uitgevoerd. De 'Independed samples T-test' wordt gebruikt wanneer er gemiddelde scores van twee onafhankelijke groepen vergeleken moeten worden. Alvorens deze toets uit te kunnen voeren is getest of de data wel of niet significant afwijken van een normale verdeling. De data bleken normaal verdeeld te zijn, wat een voorwaarde is voor het kunnen uitvoeren van de 'Independed samples T-test' (Field, 2009). De test is uitgevoerd voor alle vijf de constructen. Omdat niet alle respondenten alle items van de vragenlijst hebben ingevuld, zijn er afwijkende aantallen respondenten per uitgevoerde 'Independed samples T-test'. Omdat er vanuit wordt gegaan dat de BPU-begeleiders hoger scoren op de LPI is eenzijdig getoetst tegen een significantieniveau van $p = 0.025$. In tabel 3 zijn de resultaten van deze toets weergegeven. Op het construct 'enable' wordt door beide groepen het hoogst gescoord en op de constructen 'challenge' en 'inspire' het laagst. Bij de constructen 'challenge' en 'inspire' zijn de absolute verschillen tussen de BPU-begeleiders en de controlegroep het grootst. De scores vanuit de BPU-begeleiders liggen redelijk dichtbij elkaar, de socores vanuit de controlegroep vertonen meer spreiding. Te zien is dat het gemiddeldes van de BPU-begeleiders voor ieder construct significant verschillen ten opzichte van de gemiddeldes uit de controlegroep.

Tabel 3: Gemiddelde scores per construct van de LPI

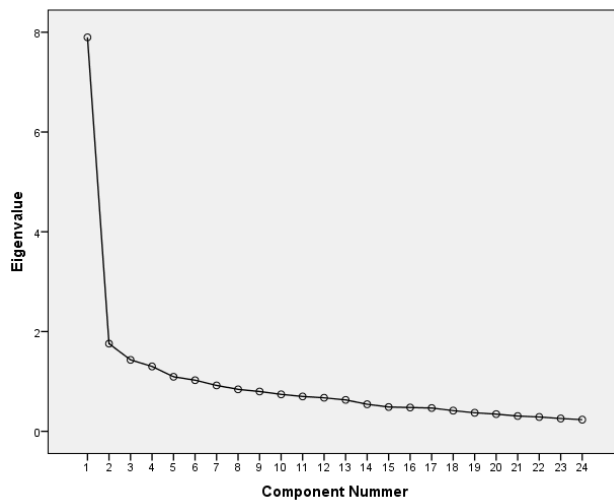
Construct	BPU-begeleiders (N=21)		Controlegroep (N=158)		P (<0.05)
	Mean (n)	SD	Mean (n)	SD	
Challenge	3.7 (20)	0.47	3.1 (157)	0.62	0.000
Inspire	3.7 (21)	0.48	3.1 (158)	0.65	0.000
Enable	4.0 (20)	0.27	3.8 (157)	0.44	0.012
Encourage	3.9 (18)	0.50	3.5 (153)	0.50	0.003
Model	3.9 (20)	0.42	3.6 (158)	0.48	0.004

5.2 'Factor-analyse'

Om inzicht te krijgen in hoeverre er in de data constructen te onderscheiden zijn zoals die oorspronkelijk door Posner en Kouzes (1983) zijn geformuleerd, wordt er met behulp van SPSS een factoranalyse uitgevoerd. De factoranalyse maakt, op basis van items die het hoogst met elkaar correleren, nieuwe constructen. Een voorwaarde voor het uitvoeren van een factoranalyse is dat er meer dan 150 respondenten betrokken zijn bij het onderzoek en dat de betrouwbaarheid van het instrument een Chronbach's alpha van $\alpha > 0.60$ heeft (DeVellis, 2012). Omdat de LPI uit vijf verschillende constructen bestaat zou de principale componentenanalyse (factoranalyse), in de ideale situatie, vijf verschillende factoren met een eigenwaarde van 1.0 moeten kunnen onderscheiden (DeVellis, 2012). Hierbij zouden de items (stellingen) die door Posner en Kouzes (1993) onder een bepaald construct zijn geschaald, op hun eigen factor moeten laden. Dit betekent dat alle items die bijvoorbeeld bij het construct 'challenge' horen, op een en de zelfde factor moeten laden. Hetzelfde geldt voor de items uit de andere constructen.

Een eerste principale componentenanalyse (hierna PCA) toont factoren die te onderscheiden zijn in de 'principale componenten matrix' in SPSS. Een eenvoudigere en duidelijkere manier om de factoren te onderscheiden, is deze af te lezen van de scree-plot (Field, 2009; DeVellis, 2012). Dit is een grafiek waarin op de x-as de componenten worden weergegeven en op de y-as de eigenwaarde van die component. Wanneer de lijn die hierin wordt weergegeven een duidelijke knik (elbow) laat zien, kan het aantal componenten op de x-as worden afgelezen (DeVellis, 2012).

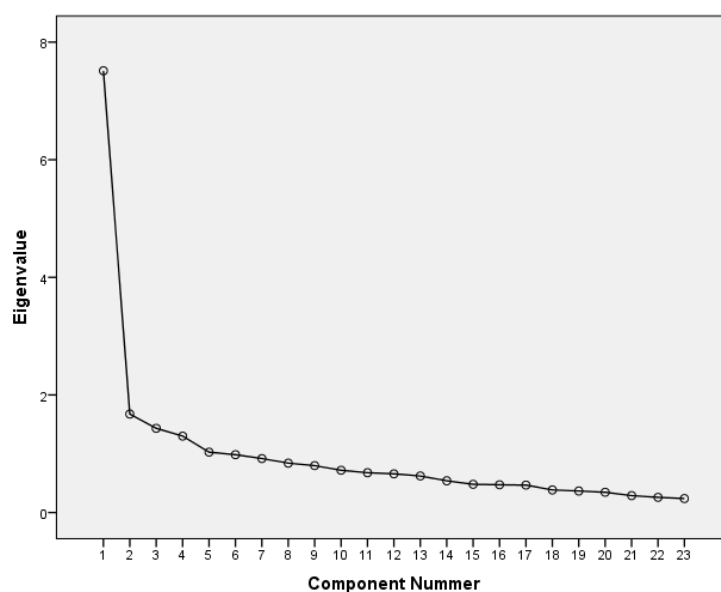
De PCA die is uitgevoerd geeft aan dat er zes verschillende componenten (factoren) te onderscheiden zijn met een eigenwaarde groter dan 1. Deze factoren verklaren samen 58.31% van de totale variatie. Op basis van de scree-plot (Grafiek 1) is echter besloten dat er slechts vier duidelijke factoren te onderscheiden zijn, de knik na het vijfde component is niet duidelijk genoeg (DeVellis, 2012).



Grafiek 1: Componenten bij eerste principale componenten analyse LPI

Op basis van het gegeven dat er vier factoren zijn te onderscheiden wordt een tweede PCA uitgevoerd. Hierbij wordt Varimax geroteerd en wordt de opdracht gegeven om vier factoren te extraheren. In deze ronde wordt SPSS dus gedwongen om alle items op vier factoren te laten laden. De factorladingen van deze items worden door SPSS getoond in de 'rotated componenten matrix'. Wanneer blijkt dat een item op meerdere factoren laadt en het verschil in ladingen is < 0.1 , wordt dit item als ambigu beschouwd en verwijderd (DeVellis, 2012). Van de items die op twee factoren laden, maar waarvan het verschil in ladingen $p > 0.1$ is, wordt het item geschaald onder de factor waarbij de lading het hoogst is (DeVellis, 2012). De gefixeerde factoren beschrijven 50.75% van de totale variantie. Zes items worden, op basis van de criteria voor ambigu items, verwijderd. Van deze zes items behoorden drie tot het construct 'challenge'.

Deze hele procedure wordt vervolgens opnieuw doorlopen totdat er geen ambigu items meer zijn (DeVellis, 2012). Uit deze tweede ronde van de PCA blijkt dat nog één item (encourage) uit de dataset moet worden verwijderd. Dit resulteert uiteindelijk in 23 overgebleven items verdeeld over vier factoren die samen 51.8% van de totale variantie beschrijven. Ook in de scree-plot is nu een duidelijkere knik na het vierde component te zien (Grafiek 2).



Grafiek 2: Principale componentenanalyse, Varimax Rotatie, 4 componenten extractie

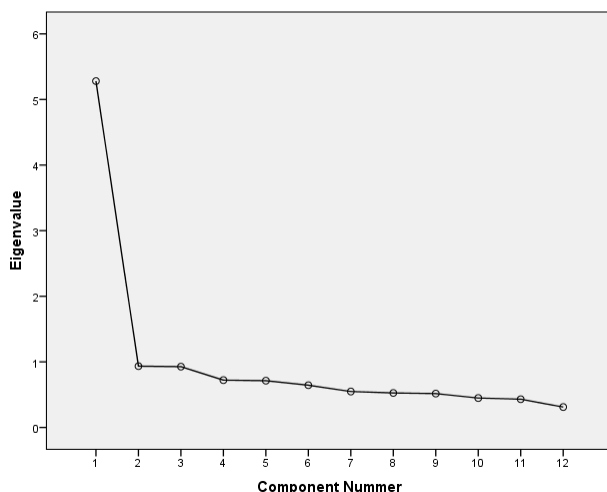
De factoren die overblijven, kunnen worden gezien als nieuwe variabelen of constructen van de vragenlijst. Voorwaarde hiervoor is dat deze variabele uit minstens drie items bestaat en de factor een Chronbach's alpha waarde van $\alpha > 0.60$ heeft (Field, 2010). In tabel 4 zijn de factorladingen na verwijdering van deze ambigue ladingen van factoren weergegeven. In tabel 4 is te zien dat de eerste twee factoren een voldoende hoge Alpha waren kennen (factor 1: α 0.80 en factor 2: α 0.63).

Tabel 4: Factorladingen na verwijdering van ambigue items

# item	(construct)	Factor 1 α 0.80	Factor 2 α 0.63	Factor 3 α 0.57	Factor 4 α 0.50
17	(inspire)	0.742			
20	(encourage)	0.705			
30	(encourage)	0.681			
27	(inspire)	0.677			
18	(challenge)	0.665			
29	(enable)	0.640			
22	(inspire)	0.636			
12	(inspire)	0.633			
15	(encourage)	0.625			
25	(encourage)	0.593			
6	(model)	0.585			
4	(enable)	0.567			
16	(model)	0.524			
26	(model)	0.300			
2	(inspire)		0.711		
1	(model)		0.705		
3	(challenge)		0.697		
14	(enable)			0.785	
11	(model)			0.759	
9	(enable)			0.576	
24	(enable)				0.779
28	(challenge)				0.571
19	(enable)				0.539

Door te kijken welke stellingen (items) onder deze nieuwe variabelen vallen, kunnen er aan deze variabelen nieuwe thema's worden gegeven. Het creëren van een dergelijk thema is gebaseerd op eigen inzicht van de onderzoeker (DeVellis, 2012).

Aan factor 2 wordt door de onderzoeker het thema 'innovatieve houding' gegeven. Stellingen gaan over toekomstige ontwikkelingen en uitdagingen. Aan factor 3 wordt het thema 'integriteit' gegeven. Het gaat erom dat meningen en standpunten van collega's worden gehoord en dat collega's met waardigheid en respect worden behandeld. Het is ook van belang dat gemaakte afspraken en beloften na worden gekomen. Aan factor 4 wordt vervolgens het thema 'autonomie' gegeven. Het gaat erom dat er wordt geëxperimenteerd op basis van eigen beslissingen. Er is dus veel vrijheid in keuzemogelijkheden voor iedereen. Aan factor 1 zou als thema 'manieren om veranderingen door te voeren' kunnen worden gegeven, maar de items lopen qua betekenis erg uiteen. Daarom is besloten voor deze veertien items een aparte factor analyse uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er, binnen deze veertien items, drie verschillende factoren te onderscheiden zijn met een eigenwaarde groter dan 1. Deze factoren verklaren samen 59,25% van de totale variantie. Ook in de scree-plot is een duidelijke knik te zien na het derde component (Grafiek 3).



Grafiek 3: Componenten binnen factor 1

Een tweede PCA wordt daarom uitgevoerd waarbij Varimax geroteerd wordt en er drie factoren geëxtraheerd dienen te worden. In de 'rotated component matrix' is te zien dat er twee ambigue items zijn, deze worden dan ook verwijderd uit de dataset. Na verwijdering van deze items blijven er drie factoren over die 59.5% van de totale variantie verklaren. Binnen factor 1 vanuit de eerste factor analyse zijn dus drie subconstructen te onderscheiden (tabel 5). Deze subconstructen bestaat alle drie uit minstens drie items en hun Alpha waarde voldoet ook aan de criteria voor het vormen van nieuwe variabelen (DeVellis, 2012).

Tabel 5: Factorladingen na verwijdering van (ladingen op) ambigue subconstructen

# item	construct	Sub 1 α 0.82	Sub 2 α 0.77	Sub 3 α 0.64
6	6 (model)	0.742		
12	12 (inspire)	0.737		
22	22 (inspire)	0.625		
4	4 (enable)	0.608		
15	15 (encourage)	0.590		
30	30 (encourage)	0.575		
27	27 (inspire)		0.811	
26	26 (model)		0.809	
20	20 (encourage)		0.602	
16	16 (model)			0.798
25	25 (encourage)			0.733
18	18 (challenge)			0.516

Aan Subconstruct 1 kan het thema 'samenwerking bevorderen' gegeven worden. Het gaat erom dat er gezamenlijke doelen worden geformuleerd en dat gezamenlijke visies worden herhaald zodat het groepsgevoel blijft bestaan. Erop toezien dat collega's zich houden aan gezamenlijke afspraken en ze hierin ook steunen en belonen hoort ook bij dit thema. Aan subconstruct 2 wordt door de onderzoeker het thema 'goede voorbeeld geven' gegeven. Stellingen gaan over dat een verpleegkundig leider met oprechte overtuiging over doelen spreekt en mensen ook aan durft te spreken wanneer ze zich niet houden aan de gezamenlijke normen en waarden. Er is dus duidelijkheid over de rol als vakinhoudelijk leider. Aan subconstruct 3 wordt het thema 'reflecteren' gegeven. Het gaat erom dat je feedback vraagt over je manier van handelen en de vraag stelt 'wat kunnen we leren?'. Wanneer er bepaalde doelen zijn behaald moet dit gevierd worden.

Voor een meer betrouwbare weergave van deze thema's, zijn de nieuwe constructen voorgelegd aan 8 verpleegkundigen en 2 leidinggevendenden in een ander ziekenhuis. Er werd hen gevraagd om een thema te geven aan ieder construct, ook werd gevraagd wat ze van de vragenlijst vonden. Deze antwoorden zijn vergeleken met de door de onderzoeker opgestelde thema's, op basis daarvan zijn de uiteindelijke thema's geformuleerd.

Om te kijken of de BPU-begeleiders, op basis van deze nieuwe variabelen, gemiddeld ook hoger scoren dan de verpleegkundigen uit de controlegroep wordt opnieuw een 'Independend samples T-test' uitgevoerd. In tabel 6 is een overzicht te vinden van de constructen en de betrouwbaarheid van deze constructen, die gebruikt zijn bij het uitvoeren van de tweede 'Independend Samples T-test'

Tabel 6: Constructen, voorbeeldvragen en betrouwbaarheid meetinstrument na factor-analyse

Construct	Voorbeeldvragen	# items	α
Innovatieve houding	<i>Ik praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren</i>	3	0.63
Samenwerking bevorderen	<i>Ik bevorder de samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk</i>	6	0.82
Goede voorbeeld geven	<i>Ik geef in het openbaar erkenning aan mensen die zich loyaal tonen aan de gezamenlijke waarden</i>	3	0.77
Reflecteren	<i>Ik stel de vraag 'wat kunnen we leren?' als het niet loopt zoals verwacht</i>	3	0.64

De resultaten van deze toets zijn af te lezen in tabel 7. Te zien is dat de BPU-begeleiders op de variabelen 'samenwerking bevorderen', 'goede voorbeeld geven' en 'reflecteren' significant hoger scoren dan hun collega's uit de controlegroep. Bij de variabele 'innovatieve houding' is het verschil klein en bovendien niet significant. Hierin verschillen de BPU-begeleiders dus niet echt van de verpleegkundigen die niet deelnamen aan het scholingstraject BPU.

Tabel 7: Gemiddelde scores per construct op basis van de factor analyse

Construct	BPU-begeleiders (N=21)		Controlegroep (N=158)		P (<0.05)
	Mean (n)	SD	Mean (n)	SD	
Innovatieve houding	3.9 (21)	0.49	3.8 (160)	0.57	0.503
Samenwerking bev.	3.7 (20)	0.67	3.1 (159)	0.71	0.001
Goede voorbeeld geven	3.8 (19)	0.43	3.3 (158)	0.63	0.000
Reflecteren	3.8 (20)	0.43	3.4 (157)	0.76	0.013

6. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in het verpleegkundig leiderschap onder verpleegkundigen in Medisch Spectrum Twente, die deelnamen aan het scholingstraject 'Best Practice Units' (hierna BPU). Om inzicht te verkrijgen in het verpleegkundig leiderschap onder de BPU-begeleiders, is gebruik gemaakt van het meetinstrument 'Leadership Practice Inventory' (hierna LPI) van Posner en Kouzes (1993). De LPI bestaat uit vijf verschillende constructen, die samen de kenmerken van verpleegkundig leiderschap weergeven. Door de BPU-begeleiders te vergelijken met verpleegkundigen die niet deelnamen aan het scholingstraject, kan worden geconcludeerd dat de BPU-begeleiders, op ieder van deze vijf constructen, significant hoger scoren dan hun collega's uit de controlegroep. Hierbij zijn de grootste verschillen te zien bij de constructen '*challenge the proces*' en '*inspire a shared vision*'. De BPU-begeleiders scoren hier aanzienlijk hoger dan de verpleegkundigen die niet deelnamen aan het scholingstraject. Het verschil bij het construct '*enable others to act*' is het minst groot. Wat opvalt, is dat de scores van de BPU-begeleiders op de verschillende constructen dicht bij elkaar liggen, terwijl de scores in de controlegroep meer spreiding vertonen.

Het blijkt dat, na het uitvoeren van een factoranalyse, de vijf verschillende constructen zoals omschreven door Posner en Kouzes (1993) niet exact terug te vinden zijn in de data van dit onderzoek. Er komen vier nieuwe constructen naar voren, waaraan de volgende thema's worden gegeven: (1) *innovatieve houding*: verpleegkundigen praten over toekomstige ontwikkelingen en gaan uitdagingen aan, (2) *samenwerking bevorderen*: verpleegkundigen formuleren gezamenlijke doelen en herhalen de gezamenlijke visie zodat er een sterke teamspirit ontstaat, (3) *goede voorbeeld geven*: verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat de zorg kan worden verbeterd op basis van vakinhoudelijk leiderschap, spreken met oprechte overtuiging over doelen en durven collega's aan te spreken wanneer zij zich niet houden aan de gezamenlijke normen en waarden, (4) *reflecteren*: verpleegkundigen stellen de vraag 'wat kunnen we leren?' en vragen feedback over hun eigen handelen. Daarnaast worden behaalde successen gevierd. Op basis van deze nieuwe thema's blijkt dat de BPU-begeleiders significant hoger scoren op drie van de vier constructen. Alleen bij het thema '*innovatieve houding*' is geen significant verschil te vinden. Opnieuw liggen de scores van de BPU-begeleiders op de verschillende constructen dicht bij elkaar en vertonen de scores vanuit de controlegroep meer spreiding.

7. Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in het verpleegkundig leiderschap onder verpleegkundigen in Medisch Spectrum Twente, die deel hebben genomen aan het scholingstraject 'Best Practice Units'. Met dit scholingstraject speelt Medisch Spectrum Twente in op de veranderende beroepsuitoefening van verpleegkundigen, die in de toekomst bijvoorbeeld steeds meer de rol van gezondheidsbevorderaar, praktijkonderzoeker of professional aan moet kunnen nemen (Yagil et al., 2001; Merwijk, 2012). Het blijkt dat de verpleegkundigen die deel hebben genomen aan de BPU hoger scoren op de kenmerken van verpleegkundig leiderschap dan hun collega verpleegkundigen die niet deelnamen aan het scholingstraject.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van dit onderzoek en wordt gereflecteerd op onder andere de methode en het gebruik van de 'Leadership Practice Inventory'. Ook wordt er in gegaan op aanbevelingen voor Medisch Spectrum Twente, die uit dit onderzoek naar voren komen en worden er suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

7.1 Reflectie op uitkomsten verpleegkundig leiderschap

Uit het onderzoek blijkt dat de BPU-begeleiders hoger scoren op de kenmerken van verpleegkundig leiderschap dan verpleegkundigen uit de controlegroep. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze verschillen en worden mogelijke verklaringen gegeven met behulp van voorbeelden uit de praktijk en literatuur. Er wordt ook ingegaan op hoe de constructen van het meetinstrument zich verhouden tot de eerder opgestelde definitie van verpleegkundig leiderschap.

Op basis van het literatuuronderzoek, dat vooraf ging aan dit onderzoek, is de volgende definitie van verpleegkundig leiderschap opgesteld: *'Een verpleegkundig leider oefent invloed uit op het verbeteren van de zorgverlening omdat hij of zij een passie heeft voor de zorg, over klinische expertise en interpersoonlijke (leiderschaps)kenmerken beschikt, zich kan identificeren met collega's en zich ook bewust is van deze rol. Een verpleegkundig leider neemt een innovatieve houding, weet een gezamenlijke visie te formuleren, fungeert als rolmodel en hij of zij kan collega's stimuleren en ondersteunen in tijden van verandering'*. Deze definitie bestaat uit een inhoudelijk deel dat weergeeft op basis waarvan verpleegkundig leiders de leiding nemen, en een procesmatig deel dat weergeeft welk proces verpleegkundig leiders uitvoeren om daadwerkelijk veranderingen tot stand te brengen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de 'Leadership Practice Inventory' (hierna LPI) van Posner en Kouzes (1993). De constructen waaruit de LPI bestaat, komen overeen het procesmatige deel van de definitie van verpleegkundig leiderschap. Een innovatieve houding komt terug in het construct *'challenge the process'*, hierbij nemen verpleegkundigen het initiatief en spreken zij hun toekomstdroom uit, een gezamenlijke visie formuleren komt terug in *'inspire a shared vision'*, fungeren als rolmodel komt terug als *'model the way'* en het kunnen stimuleren en ondersteunen van collega's komt terug in de constructen *'enable others to act'* en *'encourage the heart'*.

Uit het onderzoek blijkt dat de BPU-begeleiders het hoogst scoren op *'challenge the process'* en *'inspire a shared vision'*, verpleegkundigen uit de controlegroep scoren op deze constructen juist het minst hoog. BPU-begeleiders hebben dus een meer innovatieve houding en zijn beter in staat om een gezamenlijke visie te formuleren dan hun collega verpleegkundigen die niet deelnamen aan de 'Best Practice Units' (hierna BPU). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de BPU veel aandacht besteedt aan innovatie en het doen van onderzoek. Ook wordt er veel aandacht gegeven aan het presenteren van onderzoeksresultaten en worden BPU-begeleiders gestimuleerd om doelen te stellen die draagvlak vinden bij een gehele afdeling. Het kleinere verschil in *'enable others to act'* kan mogelijk worden verklaard doordat verpleegkundigen altijd al veel samenwerken doordat er in ploegendiensten wordt gewerkt en er patiëntoverdracht plaatsvindt (Hooijer & Kessels, 2010). Dit kan ook meteen een mogelijke verklaring zijn voor de grote spreiding in scores op de constructen vanuit de controlegroep. Verpleegkundigen uit de controlegroep, net als alle verpleegkundigen in een ziekenhuis, kunnen zich waarschijnlijk enigszins vinden in de constructen *'enable others to act'*, *'model the way'* en *'encourage the heart'*, omdat deze een sfeer van normen en waarden, samenwerking en respect met zich meebrengen. Maar verpleegkundigen die geen leiderschapscursus hebben gevolgd, kunnen zich minder vinden in de constructen *'challenge the process'* en *'inspire a shared vision'* omdat het doen van onderzoek en innovativiteit niet is ingebed in hun dagelijkse beroepsuitoefening (Rycroft-Malone, 2004).

Doordat de scores van de BPU-begeleiders op de verschillende constructen dichtbij elkaar liggen, lijken de verhoudingen in kenmerken van verpleegkundig leiderschap in balans te zijn. Een verpleegkundig leider vertoont, afgaande op de definitie van verpleegkundig leiderschap, alle kenmerken en het zou dus vreemd zijn wanneer de BPU-begeleiders bijvoorbeeld wel een gezamenlijke visie kunnen formuleren, maar vervolgens hierin niet het goede voorbeeld kunnen geven.

In een onderzoek van Bowles & Bowles (2000) scoorden verpleegkundig leiders juist hoger op *'enable others to act'* en lager op *'challenge the process'* en *'inspire a shared vision'*. Het ging hier niet om vakinhoudelijke leiders, maar om verpleegkundigen die een onderzoeksproject mochten leiden en dus tijdelijk een andere functie kregen. Het scholingstraject kan wel worden vergeleken met de BPU, waarin ook werd ingespeeld op de kenmerken van leiderschap van Posner en Kouzes (1993). Deze verschillende uitkomsten zouden kunnen worden verklaard doordat vakinhoudelijke leiders en meer formele leiders anders tegen leiderschap en/of een scholingstraject aan kijken. BPU-begeleiders nemen de leiding op basis van vakinhoudelijke kenmerken, zoals beschreven in het eerste deel van de definitie van verpleegkundig leiderschap. Hierbij hoort al dat verpleegkundig leiders dichtbij collega's staan en goed kunnen samenwerken. Tijdens de BPU wordt hun passie voor het verbeteren van de zorg omgezet in het daadwerkelijk stappen ondernemen en leren zij een innovatieve houding aan te nemen, de manier van samenwerken met collega's en hun positie veranderd echter niet. Het zou kunnen dat andere leidinggevendenden tijdens een scholingstraject juist meer leren over deze aspecten, omdat zij al een innovatieve houding of visie hadden. Zij moeten dan vooral leren hoe samen te werken om verandering daadwerkelijk tot stand te laten komen. Voor een mogelijk vervolgonderzoek is het interessant om de samenhang of verschillen in uitkomsten van leiderschapstrajecten en het 'type' leider dat wordt opgeleid in kaart te brengen, omdat dit mogelijk nuttige informatie oplevert voor de inrichting van scholingstrajecten. Dit kan door middel van een literatuurstudie waarin vooral gekeken wordt naar effecten van scholing, type scholing en de positie of functie van deelnemers.

Na het uitvoeren van de factor-analyse komen er andere constructen naar voren dan de constructen zoals Posner en Kouzes (1993) die oorspronkelijk hebben opgesteld. Het hebben van een innovatieve houding blijft, alleen bestaat deze door de combinatie van items alleen nog uit een innovatieve houding aannemen, ontstaan van veranderingen en op de hoogte zijn van toekomstige ontwikkelingen. Het praten over toekomstdromen en grote lijnen schetsen voor de toekomst, dat eerst bij het construct *'challenge the process'* hoorde, zijn nu terug te vinden in het nieuwe construct *'samenwerking bevorderen'*. In dit construct komen nu ook de stellingen terug die gaan over het toezien op de bijdrage van collega's aan gezamenlijke doelen (enable) en collega's hierin ondersteunen en op een creatieve wijze belonen (encourage). Het nieuwe construct *'reflecteren'*, bevat stellingen uit alle oorspronkelijke constructen, maar kenmerkt zich doordat alle items gaan over het kunnen terugkijken op een proces en prestaties. Het goede voorbeeld geven, dat ook als een nieuw construct naar voren komt, bestaat uit items waaruit blijkt dat de persoon in kwestie duidelijk is in zijn of haar opvatting over vakinhoudelijk leiderschap en hierdoor collega's bijvoorbeeld aan durft te spreken op foutief gedrag.

De BPU-begeleiders scoren significant hoger op drie van de vier nieuwe constructen, alleen bij het construct *'innovatieve houding'* is geen verschil te vinden. Deze uitkomst is mogelijk te verklaren doordat Medisch Spectrum Twente veel aandacht besteed aan innovatie en bijvoorbeeld meedoet aan de pilot 'Excellente Zorg'. Verpleegkundigen zijn op de hoogte van ontwikkelingen in hun vakgebied, bovendien wordt er door de bouw van het nieuwe ziekenhuis veel aandacht geschonken aan veranderingen die dit met zich mee brengt. Daarnaast werkten de BPU-begeleiders nauw samen met hun collega's. BPU-begeleiders betrekken collega's bij het formuleren van verbeterplannen en sporen ze daardoor aan om anders te kijken naar de dagelijkse gang van zaken. Voor een ziekenhuis dat het beste verbeterziekenhuis van Nederland wil worden, is het kleine verschil in innovatieve houding tussen de twee groepen dus eigenlijk geen slechte uitkomst.

Bij het nieuwe construct *'reflecteren'* is wel een significant verschil te zien, maar dit verschil is relatief klein. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat verpleegkundigen tijdens hun dagelijkse bezigheden altijd al moeten reflecteren. Volgens Koetsenruijter (2001) is reflecteren verbonden aan de verpleegkundige beroepsuitoefening. Ze moeten bijvoorbeeld reflecteren op een ziekteproces van een patiënt, maar ook constant reflecteren op hun eigen ervaringen en handelingen. Dat de BPU-

begeleiders hierop wel iets hoger scoren is mogelijk te verklaren doordat de BPU veel aandacht besteedde aan reflectie. BPU-begeleiders moesten bijvoorbeeld constant in de gaten houden of hun oplossing wel echt de meest effectieve oplossing was voor het probleem en moesten hun implementatieplannen dus vaak aanpassen.

De grote verschillen in de nieuwe constructen *'samenwerking bevorderen'* en *'het goede voorbeeld geven'* zijn mogelijk te verklaren omdat deze typerend zijn voor de aspecten van leiderschap waar de BPU op in speelde. Tijdens de BPU wordt verpleegkundigen geleerd hoe ze om moeten gaan met weerstand en samenwerking in dynamische teams. Er wordt veel aandacht gegeven aan het feit dat innovaties niet slagen zonder dat daar draagvlak voor is onder collega's of afdeling. De verbeterdoelen worden dus gezamenlijk geformuleerd, maar het zijn de BPU-begeleiders die hiervoor de best mogelijke oplossing zoeken (best practice) en deze oplossingen presenteren aan collega's. Vervolgens is het ook aan de BPU-begeleiders om zich hier naar te gedragen en dus het goede voorbeeld te geven. BPU-begeleiders bevorderen dus de samenwerking op een afdeling en stimuleren een zekere teamspirit zodat een innovatie meer kans heeft van slagen.

Ondanks dat de aspecten die hierboven zijn beschreven overeenkomst vertonen met de kenmerken van verpleegkundig leiderschap, zoals die uit het literatuuronderzoek naar voren komen, lijkt het alsof bijvoorbeeld *'het hebben van een visie'* of *'een gezamenlijke visie formuleren'* minder naar voren komt. Wel komt naar voren dat verpleegkundig leiders het goede voorbeeld moeten geven. Dit is wellicht te verklaren doordat verpleegkundigen zich niet zouden kunnen vinden in het *'visionary'* aspect van transformationeel leiderschap. Verpleegkundigen zouden meer zien in een leider die congruent handelt naar zijn of haar eigen normen en waarden (Stanley, 2008).

Het gaat nog wel om draagvlak creëren en gezamenlijke doelen formuleren, maar dit wordt bereikt door samenwerking en een gevoel van collectiviteit. Verpleegkundig leiders bevorderen de samenwerking tussen verpleegkundigen om op die manier doelen te behalen. Dit gevoel van collectiviteit komt niet naar voren in de literatuur over verpleegkundig leiderschap, maar komt wel terug in de literatuur over vakinhoudelijk leiderschap onder leraren in het onderwijs. In een onderzoek van Sylva et al., (2004) blijkt namelijk dat vakinhoudelijk leiders erin slagen om een gevoel van collectiviteit te creëren en dat zij collega's stimuleren en betrekken in onderzoeksprojecten. Dit gevoel van collectiviteit zorgt er vervolgens voor dat innovaties eerder slagen. De vergelijking met *'teacher leadership'* en verpleegkundig leiderschap is gemaakt in het literatuuronderzoek dat vooraf ging aan dit onderzoek. Hieruit blijkt dat *'teacher leaders'* collega's stimuleren om innovatief te denken en deel te nemen aan onderzoeksprojecten. Het leiderschap wordt op deze manier verspreid over meerdere leraren. Uit de literatuur over verpleegkundigen komen vooral situaties naar voren waarin één verpleegkundige de leiding neemt, deze werkt vervolgens wel nauw samen met collega's en blijft ook dichtbij collega's staan. In de praktijk lijken verpleegkundigen en leraren misschien dus meer op elkaar dan uit de literatuur naar voren komt. Voor mogelijk vervolgonderzoek is het interessant om deze vergelijking beter te onderzoeken, zowel in de literatuur als in de praktijk. Dit brengt wellicht nuttige kennis met zich mee die onder andere kan worden gebruikt bij de invulling van vakinhoudelijke scholingstrajecten. Dit kan dan ook een aanvulling zijn om de literatuur over vakinhoudelijk leiderschap bij verpleegkundigen, omdat nog niet veel over geschreven is (Krueger, 2013).

7.2 Reflectie op uitkomsten factor analyse

Uit dit onderzoek blijkt dat de *'Leadership Practice Inventory'* (LPI), na het uitvoeren van een factor analyse niet de oorspronkelijke constructen weergeeft zoals Posner en Kouzes (1993) die opgesteld hebben. In deze paragraaf wordt ingegaan op mogelijke verklaringen voor deze uitkomst en wordt ook kort ingegaan op de manier hoe deze uitkomst de resultaten van dit onderzoek zou kunnen hebben beïnvloedt.

De LPI is in meerdere zorggerelateerde onderzoeken gebruikt en is uitgebreid getest op bruikbaarheid en betrouwbaarheid (Manley, 1997; Bowles & Bowles, 2000; Plas & Crijns, 2010). Vanwege positieve reacties vanuit het Royal College of Nursing, betreffende het gebruik van de LPI bij haar *'Vakinhoudelijk Leiderschapsprogramma's'*, heeft het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEV) de LPI ook gehanteerd bij verschillende leiderschapsprogramma's. Hiervoor heeft de LEV de LPI vertaald in het Nederlands, de taal die in dit onderzoek wordt gehanteerd. Deze vertaling is op een wetenschappelijk verantwoorde manier uitgevoerd en uitgebreid getest (Plas &

Crijns, 2010). Bovendien sluiten de aspecten die Posner en Kouzes (1993) goed aan bij de kenmerken van verpleegkundig leiderschap, zoals die voorafgaand aan dit onderzoek zijn geformuleerd.

Na het uitvoeren van een betrouwbaarheidstest in SPSS, blijkt de LPI ook voor dit onderzoek een voldoende hoge Chronbach's Alpha te hebben. Uit de factor-analyse blijkt echter dat de vijf constructen, zoals Posner en Kouzes (1993) die opgesteld hebben, niet terug komen in de data van dit onderzoek. De LPI is vaker in zorg gerelateerde onderzoeken gehanteerd en was hier telkens betrouwbaar, in het merendeel van deze onderzoeken worden resultaten van een factor analyse niet getoond.

Een mogelijke oorzaak voor het resultaat van de factor analyse, is dat er sprake is van een vreemde steekproef. Dit wil zeggen dat de LPI is gevalideerd met een andere groep respondenten dan waarmee in dit onderzoek is gewerkt. Het zou dus kunnen dat de stellingen anders geïnterpreteerd worden door professionals in de zorg dan door professionals in andere organisaties. Posner en Kouzes (1993) vermelden echter dat de LPI is gevalideerd in verschillende sectoren, ook in de zorg. Ook andere onderzoekers gebruiken de LPI in een zorg gerelateerde context, dus deze mogelijkheid lijkt klein. Posner en Kouzes (1993) beweren ook dat de LPI gevalideerd is bij zowel mannen als vrouwen en dat geslacht dus geen invloed heeft op uitkomsten van de LPI. Het kan echter zijn dat de LPI gevalideerd is een omgeving waar mannen en vrouwen hetzelfde denken over leiderschap. Zo geeft Sandbakken (2004) als uitleg, voor zijn uitkomst van de factor analyse op de LPI, dat een meer 'feminine' cultuur en bijvoorbeeld weinig 'power distance' zorgt voor een sterke factor voor 'supportive actions'. In het onderzoek van Sandbakken (2004) werden naast deze factor, ook de factoren 'model the way' en 'transforming the organization' gevonden. Ook Bally (2007) zegt dat vrouwelijke leiders, als het om transformationeel leiderschap gaat, meer samenwerken. Omdat er in dit onderzoek vooral sprake is van vrouwelijke respondenten (er werken meer vrouwen dan mannen in de zorg) in een specifieke context, kan het zijn dat de verpleegkundigen in dit onderzoek, de stellingen daarom anders hebben geïnterpreteerd.

Om deze reden is aan verpleegkundigen in een ander ziekenhuis gevraagd wat zij van de stellingen van de LPI vonden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de LPI een aantal moeilijke woorden betreft en een aantal stellingen niet worden begrepen. Zo werden stellingen die eigenlijk hoorden bij *'het goede voorbeeld geven'* door sommige verpleegkundigen bijvoorbeeld als 'leiderschap in het algemeen' gezien. De stellingen die gingen over risico's durven nemen, werden af en toe zelfs slecht ontvangen omdat er volgens de verpleegkundigen nooit risico's worden genomen omdat het wel om de veiligheid en zorg voor patiënten gaat. De verpleegkundigen in dit ziekenhuis slaagden er wel in, net als de onderzoeker, om thema's te formuleren voor de nieuwe constructen. Deze nieuwe constructen hebben bovendien een voldoende hoge Chronbach's alpha waarde.

Van de LPI is ook een versie beschikbaar, waarin gebruik kan worden gemaakt van observaties. Bowles en Bowles (2000) tonen in hun onderzoek aan dat er weinig tot geen verschil zit tussen resultaten van de zelfbeoordeling,- en de observatie versie. In dit onderzoek werden de observaties gedaan door afdelingshoofden en waren de verpleegkundigen, die de zelftest in moesten vullen, al langere tijd bezig met leiderschapscursussen. In dit onderzoek, in Medisch Spectrum Twente, is de LPI ook ingevuld door verpleegkundigen die niet deelnamen aan een scholingstraject. Het zou kunnen dat dit invloed heeft gehad op de uitkomst van de factor analyse, omdat deze verpleegkundigen de stellingen mogelijk anders interpreteren dan verpleegkundigen die wel met leiderschap bezig zijn. Wanneer dit het geval is, zouden de resultaten uit een factor analyse voor alleen de data van de BPU-begeleiders, meer overeenkomsten met de oorspronkelijke factor structuur moeten vertonen. Omdat er voor het uitvoeren van een factor-analyse echter minstens 150 respondenten moeten zijn (DeVellis, 2012) en de groep BPU-begeleiders in dit onderzoek uit slechts 21 verpleegkundigen bestond, kon deze analyse niet worden uitgevoerd. Op basis hiervan moet de veronderstelling worden gemaakt of de LPI wel een geschikt instrument is voor het uitvoeren van een vergelijkingsonderzoek. In het onderzoek van Bowles en Bowles (2000) moeten verpleegkundigen voorafgaand aan het scholingstraject de LPI invullen en naderhand nogmaals, op deze manier wordt in kaart gebracht in hoeverre verpleegkundig leiderschap is toegenomen. In het onderzoek in Medisch Spectrum Twente is voor een vergelijkingsstudie gekozen omdat er voorafgaand aan het scholingstraject geen nulmeting is gedaan en er dus geen gegevens van verpleegkundigen voorafgaand aan de BPU beschikbaar waren. Wanneer er voor dit onderzoek gebruik was gemaakt van

observatieschema's, zouden er wellicht andere resultaten gevonden kunnen zijn. Dit omdat de observator bekend is met theorie over leiderschap en de LPI dus ook op die manier interpreteert. Dit zou echter ook geleid hebben tot een minder aantal respondenten omdat observeren nu eenmaal meer tijd in beslag neemt.

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook een uitgebreide validiteitsstudie van de LPI in een zorg gerelateerde context. Hierbij is het van belang dat rekening wordt gehouden met het feit dat verpleegkundigen over het algemeen niet bekend zijn met leiderschapskenmerken en dat zij hierdoor stellingen van de LPI anders kunnen interpreteren. Hierbij zou gebruik kunnen worden gemaakt van data uit verschillende ziekenhuizen en verschillende afdelingen, om zo mogelijke andere variabelen die een rol kunnen spelen uit te sluiten. Er zou echter ook gekeken kunnen worden naar een andere manier van data verzamelen om verpleegkundig leiderschap in kaart te brengen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kwalitatieve interviews, waarin ook dieper in wordt gegaan op de waarde van een scholingstraject. Omdat de kenmerken van verpleegkundig leiderschap in dit onderzoek gebaseerd zijn op literatuur, blijven kenmerken redelijk algemeen. In een kwalitatief onderzoek zouden deze kenmerken aangevuld kunnen worden met voorbeelden uit de praktijk en met ervaringen van zowel verpleegkundig leiders als hun collega's of het management. Een goed gevalideerd instrument is van belang om de effecten van een volgend scholingstraject beter in kaart te brengen.

Concluderend kan gezegd worden dat, omdat er wel thema's zijn te geven aan de constructen die uit de factor analyse komen en deze bovendien betrouwbaar zijn, het resultaat dat de BPU-begeleiders meer verpleegkundig leiderschap vertonen dan de verpleegkundigen uit de controlegroep, betrouwbaar blijft. Het zou echter wel zo kunnen zijn dat wanneer de verpleegkundigen uit de controlegroep of de experimentele groep de stellingen beter begrepen of anders hadden geïnterpreteerd, er andere uitkomsten waren geweest. Ondanks dat de oorspronkelijke constructen betrouwbaar zijn, past het resultaat van de tweede t-test (met de nieuwe constructen) beter in de context van Medisch Spectrum Twente omdat deze meer is gevalideerd. De resultaten blijven ook nagenoeg hetzelfde, met uitzondering van 'innovatieve houding'. Het is dus wellicht interessant om nog eens naar dit construct te kijken en hoe de BPU hier beter op in zou kunnen spelen. Ondanks dat, zoals hierboven is beschreven, het niet als negatief hoeft worden gezien dat de BPU-begeleiders en de controlegroep ongeveer gelijk scoorden op 'innovatieve houding', is het doel van een scholingstraject natuurlijk wel dat er verschillen worden behaald.

7.3 Reflectie op methode

In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de onderzoeksmethode voor dit onderzoek. Er wordt ingegaan op de steekproef, de procedure en de analyse.

Het responspercentage vanuit de BPU-begeleiders was minder hoog dan verwacht. Dit zou kunnen komen doordat er in Medisch Spectrum Twente de laatste tijd veel vragenlijsten zijn verstuurd vanuit organisatorisch oogpunt en verpleegkundigen dus minder gemotiveerd zijn om een vragenlijst in te vullen (MST, 2013). Omdat er in dit onderzoek gebruik is gemaakt van onderzoek in de vorm van online enquêtes, is er geen inzicht op de daadwerkelijke non-responsredenen. Vooral van de BPU-begeleiders was een hogere respons verwacht omdat zij een persoonlijke uitnodiging voor deelname aan het onderzoek hebben gekregen, waarin ook de projectleider van de BPU aan het woord kwam. Om het responspercentage te verhogen is na de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek, een herinnering gestuurd. Ook was er een duidelijke introductiebrief, werd er vermeld hoe lang de vragenlijst ging duren en dat de gegevens anoniem werden behandeld. Het uiteindelijke responspercentage bedraagt 37.5% vanuit de BPU-begeleiders ($N = 56$) en 13.5% vanuit de controlegroep ($N = 1170$). Volgens Beekveld en Terpstra (2014) is een respons van 10% vanuit een doelgroep van >1000 respondenten voldoende. Voor een doelgroep met 50-100 respondenten is een responspercentage van 40% voldoende. De responspercentages in dit onderzoek voldoen aan deze normen, de resultaten van dit onderzoek zijn daarom als zinvol en betrouwbaar te interpreteren (Beekveld & Terpstra, 2013).

Om inzicht te krijgen in het verpleegkundig leiderschap onder de BPU-begeleiders is gekozen om deze groep te vergelijken met een controlegroep. Er kan worden opgemerkt dat het verschil in respondenten tussen de BPU-begeleiders en de controlegroep, erg groot is (21 tegen 158). De t-toets die gebruikt is om significante verschillen tussen de groepen te analyseren, is hier echter niet gevoelig

voor (Field, 2009). Bovendien is er geen aanleiding om te veronderstellen dat de testpopulatie niet representatief is. Naast het responspercentage, is namelijk ook de samenstelling van respondenten en de mate waarin deze vergelijkbaar is met de totale doelgroep van belang (Beekveld & Terpstra, 2013). Voor het interpreteren van resultaten van een onderzoek is het van belang dat deze responspercentages representatief zijn voor de gehele doelgroep. De experimentele groep en de controlegroep moeten met elkaar te vergelijken zijn. Het percentage BPU-begeleiders met een leeftijd tussen de 25 en 35 jaar is 33.3%, in de controlegroep bedraagt dit percentage 31.4%. Hetzelfde geldt voor de leeftijdscategorie van 36 tot 45 jaar, respectievelijk 28.6% en 23.6%. In tabel 1 zijn de percentages per van alle verschillende kenmerken weergegeven. Over het algemeen zijn er geen opvallende verschillen te zien. Het verschil in groeps grootte heeft dus waarschijnlijk geen invloed gehad op de resultaten in dit onderzoek.

Tot slot kan worden opgemerkt dat deelname aan dit onderzoek op vrijwillige basis bestond. Verpleegkundigen mochten dus zelf bepalen of ze deelnamen aan het onderzoek of niet. Dit zou ervoor gezorgd kunnen hebben dat alleen verpleegkundigen die interesse hebben in onderzoek of verpleegkundig leiderschap, deelnamen aan het onderzoek. Hierdoor zouden de resultaten van dit onderzoek bijvoorbeeld hoger uit kunnen zijn gevallen, omdat deze verpleegkundigen van zichzelf meer kenmerken van verpleegkundig leiderschap bevatten. Hier is echter voor gekozen omdat de resultaten van het onderzoek betrouwbaarder zijn wanneer de onderzoeker geen invloed heeft op het selectieproces en de externe validiteit dus wordt verhoogd.

7.4 Praktische implicaties

Uit dit onderzoek blijkt dat er door het invoeren van de BPU, verpleegkundigen ontstaan die verpleegkundig leiderschap vertegenwoordigen. Deze verpleegkundigen staan open voor vernieuwingen, kunnen een visie formuleren die draagvlak vindt bij collega's en weten collega's ook te stimuleren en ondersteunen in tijden van de verandering. Met het oog op de toekomst en het feit dat de verpleegkundigen steeds meer een rol van kwaliteitsbevorderaar en praktijkonderzoeker moeten aannemen, is het van belang het verpleegkundig leiderschap vast te houden als ook te blijven stimuleren. De omgeving waarin verpleegkundigen werken speelt hierbij een belangrijke rol. Uit de literatuur blijkt dat de omgeving waarin verpleegkundigen werken, kan bijdragen aan de ontwikkeling van deze veranderende rollen. Een aantrekkelijke werkomgeving voor verpleegkundigen kenmerkt zich door: (1) werken met vakbekwame collega's, (2) goede relaties met artsen, (3) autonomie, (4) support van een direct leidinggevende, (5) zeggenschap over de beroepsuitoefening, (6) opleidingsmogelijkheden, (7) voldoende personeel en (8) een patiëntgerichte zorgcultuur (Brouwer, 2010). Wanneer voorafgaande kenmerken op een afdeling of ziekenhuis aanwezig zijn, zijn verpleegkundigen meer tevreden over hun beroepsuitoefening, voelen zij zich meer betrokken bij de gehele organisatie en stijgt bijvoorbeeld het gevoel van empowerment en durven verpleegkundigen eerder met initiatieven te komen (Brody et al., 2012). De omgeving, bijvoorbeeld het lijnmanagement, moet er dus voor zorgen dat het nemen van verantwoordelijkheid gestimuleerd wordt, evenals het stimuleren van verbetertrajecten die bottom-up worden geïnitieerd. Verpleegkundigen moeten het gevoel krijgen dat hun inspanning wordt gezien door niet alleen collega's, maar ook door management en/of artsen. Als voorbeeld geeft Cook (2004) dat verpleegkundigen moeten worden gestimuleerd om een organisatiebrede visie te creëren en dat verpleegkundigen dus moeten worden betrokken bij organisatiebrede projecten en/of beslissingen.

Er zijn drie opties voor BPU-begeleiders wanneer zij hun implementatietrajecten afgerond hebben: 1) ze verbeteren hun BPU-project, 2) ze gaan hun BPU-project organisatiebreed doorvoeren of 3) ze beginnen aan een nieuw project waarbij het management richting geeft aan het thema, maar waarbij de onderwerpen wel bottom-up worden geformuleerd. Hiervoor is het van belang dat kennis en kwaliteiten van de BPU-begeleiders zichtbaar worden door de gehele organisatie. Een van de vakinhoudelijke kenmerken, die beschreven zijn in dit onderzoek, is bijvoorbeeld dat verpleegkundigen zich bewust moeten zijn van hun rol als verbeteraar van de zorg (Hamric, 2000).

Medisch Spectrum Twente heeft als doelstelling dat 10% van de verpleegkundigen in 2016 een BPU-scholing heeft gehad. Voor het selecteren van deze verpleegkundigen kan gebruik worden gemaakt van de vakinhoudelijke kenmerken zoals die in dit onderzoek zijn opgesteld. Deze vakinhoudelijke kenmerken komen grotendeels overeen met het profiel dat al eerder was geschetst, maar kent toch een aantal verschillen. Het bestaande profiel bestaat uit: passie voor de zorgverlening,

proactief zijn, verantwoordelijkheid willen dragen en doorzettingsvermogen hebben. Vanuit de literatuur over verpleegkundig leiderschap komt ook naar voren dat verpleegkundig leiders over een aantal interpersoonlijke leiderschapskenmerken beschikken, zoals goed kunnen communiceren of kritisch kunnen nadenken. Het blijkt bovendien van belang dat deze verpleegkundigen zich bewust zijn van hun rol als kwaliteitsverbeteraar en de dat zij over veel klinische expertise beschikken. Hierbij is het van belang dat ook het management op de hoogte is van dit profiel zodat zij dit kunnen herkennen bij verpleegkundigen en dus potentiële BPU-begeleiders beter in kaart kunnen brengen.

Het is van belang dat, vooral de nieuwe lichter BPU-begeleiders, dat de resultaten en effecten van dit scholingstraject gemonitord worden. In dit onderzoek is een vergelijkingsstudie gedaan met BPU-begeleiders en een controlegroep. Maar het is beter om een nulmeting en nameting doen en tussendoor ook goed te blijven monitoren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de LPI, die op basis van deze studie overeenkomsten met de kenmerken van verpleegkundig leiderschap vertoont. Maar het verdient ook aanbeveling om vervolgonderzoek te doen naar mogelijk andere meetinstrumenten. Hierbij wordt vooral aangeraden om rekening te houden met de vakinhoudelijke kant van verpleegkundig leiderschap. Hierover is volgens Krueger (2013) nog te weinig geschreven in de zorg gerelateerde literatuur. Het is wel van belang dat dezelfde instrumenten worden gebruikt bij de nulmeting en de nameting, omdat anders de resultaten niet te vergelijken zijn.

De literatuurstudie voorafgaand aan dit onderzoek besloeg een groot aantal artikelen en resulteerde in een definitie van verpleegkundig leiderschap waarmee in de praktijk gewerkt kon worden. Een meer uitgebreide literatuurstudie over dit onderwerp kan bijvoorbeeld bijdragen aan het inrichten van scholing ten behoeve van de veranderende beroepsuitoefening van verpleegkundigen, waar verpleegkundigen steeds meer leiderschapskenmerken moeten vertonen (Merwijk, 2012). Een goede definitie is van belang voor het monitoren van het scholingstraject, maar ook voor het effectiever inrichten van scholingstrajecten (Cook, 2004). Hierbij wordt zowel de vakinhoudelijke als de proceskant bedoeld en is het aan te raden om voorbeelden uit de praktijk te gebruiken, zodat het begrip verpleegkundig leiderschap nog duidelijker in beeld kan worden gebracht.

8. Referenties

- Ash, J., Stavri, Z., Dystra, R., & Fournier, L. (2003). Implementing computerized physician order entry: the importance of special people. *International journal of medical informatics* 69(2-3), 235-250
- Bally, J.M.G. (2007). The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. *Nursing economics*, 25(3), 143-149
- Beasley, D.C., Cockcroft, B., Hill, S., Keogh, B., Middleton, K. & Ridge, K. (2011). *Clinical leadership competency framework*. NHS institute for innovation and improvement, University of Warwick. Verkregen via: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>
- Beekveld & Terpstra (z.d). Vuistregels responsanalyse. Verkregen op 21.08.2014 via (<http://www.vanbeekveldenterpstra.nl/page/view/name/30-kwaliteitsvragenlijst>).
- Bowles A. (2008) A comparative study of transformational leadership in nursing development units and conventional clinical settings. *Journal of Nursing Management*, 8(2), 69–76.
- Bowles, R.M.N., & Bowles, R.M.N. (2000). A comparative study of transformational leadership in nursing development units and conventional clinical settings. *Nursing management*, 8(2), 69-76. Doi:10.1046/j.1365.2834.2000.00151.x
- Boyde, M., Jen, C., Henderson, A., & Winch, S. (2005). A clinical development unit in cardiology: The way forward. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 134-139. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00514.x
- Brody, A. A., Barnes, K., Ruble, C., & Sakowski, J. (2012). Evidence-Based Practice Councils: Potential Path to Staff Nurse Empowerment and Leadership Growth. *Journal of Nursing Administration*, 42(1), 28-33
0.1097/NNA.1090b1013e31823c31817f31825.
- Campbell, J. (2009). The effect of nurse champions on compliance with keystone intensive care unit sepsis-screening protocol. *Critical care nursing quarterly*, 31(3), 251-269

- Cook, M. (2004). Learning for clinical leadership. *Journal of nursing management*, 12(6), 436-444
- Crijns, M., & Brummelen, G. (2008). Leiderschap op de werkvloer: pleidooi voor versterking zorgteams. *Denkbeeld* (10), 10-12
- Davidson, P.M., Elliot, D. & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of nursing management*, 14, 180-187
- Daly, W.M., & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs*, 12(2), 158-167
- DeVellis, R.F. (2003). *Scale development: theory and applications*. 2^e editie. Sage Publications
- Edmonstone, J. (2009). Clinical leadership: the elephant in the room. *International journal of health and planning and management*, 24, 290-305. Doi: 10.1002/hpm.959
- Eizenberg, M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 33-42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315. doi: 10.1111/1468-0009.00206
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. London: Sage.
- Halcomb, E.J., Davidson, P.M., & Patterson, E. (2008). Promoting leadership and management in Australian general practice nursing: what will it take? *Journal of nursing management*, 16(7), 846-852
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2000). Advanced nursing practice: An integrative approach. 279-311
- Hanson, C. M & Hamric, A. B. (2003). Educating advanced practice nurses for practice reality. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 262-268. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223\(03\)00096-6](http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223(03)00096-6)

- van Haren, M. J. E. (2003). *De Nederlandse Masters of Advanced Nursing Practice staat al in de kinderschoenen. Wat is de volgende stap?* (Master's thesis). Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg, Utrecht. Retrieved from <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/hu/show.cgi?fid=4620>
- Harris, A. (2010). Teacher leadership as distributed leadership: heresy, fantasy or possibility?, *School leadership & management: formerly school organization*, 23:3, 313-324, DOI: 10.1080/1363243032000112801
- Hooijer, J. & Kessels, J. (2012). Frontlinieberoepen. In I. Diepstraten & A. Evers (red.) *Leraren leren. Een overzichtsstudie naar de professionele ontwikkeling van leraren*. pp. 67- 72. Rapport 40. Wetenschappelijk Centrum Leraren Onderzoek LOOK Open Universiteit. Verkregen via: http://doc.utwente.nl/84292/1/LOOK_Rapp40_web_280812.pdf
- Honour, M. (2013). Elevating Nursing Leadership at the Bedside. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(3), 127-130.
doi:<http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2013.06.009>
- Hoy, W.K., & Miskel, C.G. (2010). *Educational Administration: Theory, Research and Practice*. 8th edition. McGraw-Hill, New York.
- Hulsbos, F., Anderson, I., Kessels, J., & Wassink, H. (2012). *Professionele ruimte en gespreid leiderschap*. Rapport 37. Wetenschappelijk Centrum Leraren Onderzoek LOOK Open Universiteit.
- Jimmerson C, Weber D, Sobek DK, 2nd. 2005. Reducing waste and errors: piloting lean principles at Intermountain Healthcare. *Jt Comm J Qual Patient Saf* (31),249–257
- Kajermo KN., Boström AM., Thompson DS, Hutchinson AM., Estabrooks CA., & Wallin, L. (2010). The barriers scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science*(26) 5-32
- Kitson, A. (2002). Recognising relationships; reflection on evidence-based practice. *Nursing inquiry* (9) 179-186

- Koetsenruijter, R., van der Heide, W., & Wit, K (2001). Reflectie in de verpleegkunde beroepsuitoefening. Verkregen op 23.08.2014 via:
http://www.nvspv.nl/vakblad/sppdf/sp62/sp62_literatuur01.pdf
- Krueger, D.L. (2013). Informal leaders and cultural change. *American nurse today*, 8(8)
- Lindenburg, A. (2009). Nurse Power in het ziekenhuis. *Consumentengids*, (9) 17-18
- Marchionni, C., & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 266-274. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00775.x
- Medisch Spectrum Twente (2013). Jaarimpressie 2013. Verkregen op 22.08.2014 via
<https://www.mst.nl/onzeorganisatie/mst-jaarimpressie-2013.pdf>
- Miller, D., Wommach, J.P., Byrne, A.P., Fiume, O.J., Kaplan, G.S., & Toussaint, J. (2005). Going lean in health care. Cambridge, MA: Institute for Healthcare improvement. Verkregen op 1 maart 2014 via
<http://www.entnet.org/Practice/upload/GoingLeaninHealthCareWhitePaper.pdf>
- Milton, C. L. (2009). Leadership and ethics in nurse-nurse relationships. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 116–19.
- de Niet, G.J. (2013). Implementeren en het verpleegkundig team: visie als fundament. *Bijzijn-XL*, (6), 16-19
- Oosterholt, P.W.M., & Van Dort-Methorst, M. (2011). Verpleegkundig Excelleren vanuit Best Practice Units, Plan van aanpak. Enschede Medisch Spectrum Twente
- Oosterholt, P.W.M., & Notter, J. (2011). *Ripples in the water: starting living not just existing. An evaluation of a best practice approach to innovation*. Unpublished manuscript, University of Birmingham City University.
- Paffen, P. (2010). Wat is typerend voor transformationele leiders?
- Posner, B. & Kouzes, J. (1993). Psychometric properties of the leadership practice inventory-updated. *Educational a, Psychological Measurement*, (53), 191-199
- Profetto-McGrath, J. (2005). Critical thinking and evidence-based practice. *Journal of professional nursing*, 21(6), 364-371. DOI: 10.1016/j.profnurs.2005.10.002

- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304.
- Sandbakken, D.A. (2004). The factor structure of the Kouzes and Posner Leadership Practice Inventory (LPI) revisited in a Norwegian context. *Working Paper Series 1861811977*. Verkregen via: http://www.condestra.com/en/images/articles/factor_structure.pdf
- Smart M. *The Hidden Power of Informal Leadership*. Xulon Press; 2010.
- Snoek, M. (2014). *Developing Teacher Leadership and its Impact in Schools*. Academisch proefschrift. Amsterdam: HvA. Verkregen via: <http://dare.uva.nl/record/479573>
- Stanley, D. (2008). Congruent leadership: values in action. *Journal of nursing management*, 16, 519-524. DOI 10.0000/j.1365-283-28.00859.x
- Thompson, G.N., Estrabrooks, C.A. & Degner, L.F. (2004). Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(6), 691-701.
- Tourangeau, A.E. & McGilton, K. (2004). Measuring leadership practices of nurses using the leadership practice inventory. *Nursing Research*, 53(3), 182-189
- Vaus, D. (2006). *Research Design in Social Research*. 6th edition. SAGE Publications, California
- Verkaik, R., Francke, AL., Meijel, B., Ouwerkerk, J., Ribbe, M.W., & Bensing, J. M. Introducing a nursing guideline on depression in dementia: a multiple case study on influencing factors. *Int J Nurs Stud*, 48(9), 1129-1139
- White, C., & McGowan, N. (2011). Nurse champions: A key role in bridging the gap between research and practice. *Journal of emergency nursing*, 37(4), 386-387
- Yagil, D., Ben-Zur, H. & Spitzer, A. (2001). From bedside nursing to managerial roles: Changing occupational perceptions of nursing students. *International journal of nursing practice*, 7(2), 84-91. DOI: 10.1046/j.1440-172X.2001.00565.x