



VAN HIËRARCHISCH NAAR VAKINHOUDELIJK LEIDER

Bacheloronderzoek 2016-2017

Annemiek Vissers (2889471) en Merian den Boer (2889436)

Praktijkonderzoek over de ontwikkeling van wijkverpleegkundigen van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider.



Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven
Bacheloropleiding voor Verpleegkunde | Duaal cohort 2015
Afstudeerjaar: februari 2017- 2018
Projectleider: Shaun Cardiff
Examinator: Marja Legius
Opdrachtgever: Frank van der Made
Inleverdatum: 18-01-2018

De Wever | Thuis



Voorwoord

Dit praktijkonderzoek is tot stand gekomen in samenspraak met Frank van der Made, manager De Wever Thuis, en Shaun Cardiff, projectleider van de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid (FHMg). Shaun Cardiff is verbonden aan het lectoraat van de FHMg met de programmalijn 'professionele ontwikkeling'. De student-onderzoekers volgen de duale variant van de bacheloropleiding verpleegkunde op de FHMg in Eindhoven, zijn wijkverpleegkundigen en leiders van wijkteams bij De Wever Thuis in Tilburg. Aangezien het onderzoek gaat over de transitie van het leiderschap van de wijkverpleegkundigen bij De Wever Thuis gaf dit de onderzoekers veel intrinsieke motivatie. Het was intensief om objectief in de onderzoekersrol deze opdracht uit te voeren. De onderzoekers zijn zich bewust van deze dubbele rol en de ethische vraagstukken dat dit met zich meebracht. Zij hebben continu gereflecteerd met elkaar, de projectleider, de methodologiedocent, de peergroep en de manager van De Wever Thuis.

Dank gaat uit naar Shaun Cardiff voor de begeleiding bij dit bacheloronderzoek. Door zijn begeleidingskwaliteiten is het onderzoek naar een hoger niveau gebracht, waardoor de onderzoekers veel hebben geleerd. Ook dank aan Frank van der Made om te mogen werken aan deze onderzoeksopdracht binnen De Wever Thuis, alsook voor zijn kritische blik en voor zijn betrokkenheid. Daarnaast onze dank aan Eveline Duimelaar die als medestudent feedback heeft gegeven. Voor de ondersteuning bij het kwantitatieve deelonderzoek en feedback op grammatica en spelling gaat dank uit naar Paul Vissers, student Nederlandse Taal en Cultuur aan de Universiteit Leiden.

Annemiek Vissers en Merian den Boer



“Een schip in de haven is veilig. Maar dat is niet waar schepen voor zijn. Vaar uit naar de zee en doe nieuwe dingen” (Grace Murray Hopper).

Samenvatting

Inleiding: Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen dwingen zorgprofessionals tot het opstellen van nieuwe contouren van zorg en zorgberoepen met ander gedrag en anders handelen tot gevolg. Dit geldt ook voor wijkverpleegkundigen. Tot heden was er weinig aandacht voor eigen ervaringskennis/expertise met verantwoordelijkheden. Bovenstaande ‘transitie in de zorg’ speelt ook binnen De Wever Thuis, een thuiszorgorganisatie in Tilburg, de context waarin dit onderzoek plaatsvond. De wijkverpleegkundigen zijn in hun huidige functie bij De Wever Thuis hiërarchisch leiders van de wijkteams. Aan hen is gevraagd een transitie te doorlopen van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider, wat beter past bij de huidige ontwikkelingen in de zorg en binnen De Wever Thuis.

Doel: In februari 2018 zijn aanbevelingen geformuleerd voor het verder ontwikkelen van het vakinhoudelijk leiderschap door wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis. Dit op basis van lokale verwachtingen en percepties over transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap, evenals aanbevelingen vanuit de literatuurstudie.

Methode: Een literatuurstudie en twee praktijkonderzoeken gaven antwoord op de hoofdvraag: *“Hoe kan de transitie van de wijkverpleegkundigen van hiërarchisch naar (transformationeel) vakinhoudelijk leider bevorderd worden?”* Een explorerend, kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd om verwachtingen in beeld te krijgen, met de vraag: *“Wat verwachten wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams van het vakinhoudelijk leiderschap uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?”* Daarnaast werd ook een cross-sectioneel, kwantitatief onderzoek uitgevoerd over de huidige perspectieven van het vakinhoudelijk leiderschap met de vraag: *“Hoe verhouden de perspectieven zich van wijkverpleegkundigen tot die van medewerkers van de wijkteams met betrekking tot het (transformationele) vakinhoudelijk leiderschap van wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?”* Bovendien werd gedurende het onderzoek een literatuurstudie uitgevoerd, die zich heeft gericht op *“Hoe vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld kan worden?”*

Resultaten: De wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams verwachtten van de vakinhoudelijke leiders dat zij een ‘verbinder worden’, die *‘(dichtbij) beschikbaar zijn als autonoom expert’* én zij uitten *‘zorgen en vragen over de transitie’*, die volgens de meesten de transitie (gaan) belemmeren. Het perspectief van wijkverpleegkundigen en die van medewerkers over het transformationele, vakinhoudelijk leiderschap was redelijk sterk positief en liet meer vakinhoudelijk dan transformationeel leiderschap zien. De verschillen tussen hoe medewerkers hen scoorden en de wijkverpleegkundigen zichzelf scoorden zijn relatief klein te benoemen, er lagen enkel accentverschillen. Vanuit de literatuur werd vastgesteld dat vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld kan worden door het volgen van onderwijs in combinatie met praktijkleren en individuele ontwikkeltrajecten. Hierbij zijn de aanwezigheid van randvoorwaarden en ‘commitment’ vanuit de organisatie essentieel.

Conclusie: De percepties van wijkverpleegkundigen en medewerkers liepen niet gelijk met de verwachtingen van wijkverpleegkundigen, medewerkers en wijkcoaches. *‘Zorgen en vragen’* bestonden over de transitie: *‘wat (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap inhoudt’*, mensen ervaren *‘onvoldoende steun vanuit de organisatie over het ondergaan van de transitie’* én *‘de steun van en samenwerking met de wijkcoaches werd minder positief ervaren’*. Bovendien werden *‘onvoldoende randvoorwaarden in de organisatie’* ervaren om vakinhoudelijk leiderschap te supporten. Als wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis zich gaan ontwikkelen tot leiders die verbinders zijn, en die (dichtbij) beschikbaar zijn als autonoom expert, zou een ontwikkeltraject in transformationeel vakinhoudelijk leiderschap, ondersteund door de organisatie, de transitie bevorderen van hiërarchische leiders van wijkteams naar transformationeel vakinhoudelijk leiders binnen zelfstandige wijkteams.

Aanbevelingen: Laat wijkverpleegkundigen een ontwikkeltraject volgen om hun vakinhoudelijke leiderschapskwaliteiten te verbeteren, door het volgen van onderwijs (scholing) te combineren met praktijkleren en individuele ontwikkeltrajecten. Essentieel hierbij is screening van interpersoonlijke leiderschapskenmerken en effectmeting vóór, tijdens en na ontwikkeltrajecten. De organisatie dient óók randvoorwaarden te scheppen, die noodzakelijk zijn voor succesvol vakinhoudelijk leiderschap. Op basis van de *‘zorgen en vragen’* wordt vervolgonderzoek aanbevolen over de af- en aanwezigheid van, en verbetering van, de randvoorwaarden binnen de organisatie én om aandacht te besteden aan de invloed van de invulling van de rol van de wijkcoaches, gezien de transitie van hiërarchisch geleide teams naar zelfstandige teams met een transformationeel vakinhoudelijk leider. Door deze transitie wordt ook vervolgonderzoek aanbevolen over de rol en competenties van wijkcoaches die zelfstandigheid bij teams ontwikkelen, en hoe deze rol zich verhoudt tot transformationeel vakinhoudelijk leiderschap.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inhoud	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1. Aanleiding	5
1.2. Lokale probleembeschrijving	5
1.3. Theoretisch kader	5
1.4. Probleemstelling (hoofdvraag)	7
1.5. Doelstelling	7
1.6. Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2 Deelvraag 1	8
2.1. Onderzoeksmethode	8
2.1.1. Onderzoekspopulatie	8
2.1.2. Dataverzamelingstechniek	9
2.1.3. Data-analyse methode	10
2.1.4. Kwaliteitsborging	11
2.2. Resultaten	11
2.3. Deelconclusie	14
Hoofdstuk 3 Deelvraag 2	15
3.1. Onderzoeksmethode	15
3.1.1. Dataverzamelingstechniek	15
3.1.2. Onderzoekspopulatie	16
3.1.3. Data-analyse methode	17
3.1.4. Kwaliteitsborging	17
3.2. Resultaten	18
3.3. Deelconclusie	21
Hoofdstuk 4 Deelvraag 3	22
4.1. Onderzoeksmethode	22
4.2. Resultaten	22
4.3. Deelconclusie	24
Hoofdstuk 5 Hoofdconclusie	25
5.1. Conclusie	25
5.2. Discussie	25
5.2.1. Deelonderzoek 1	25

5.2.2. Deelonderzoek 2	26
5.2.3. Deelonderzoek 3	26
5.3. Aanbevelingen	26
Literatuurlijst.....	28
Bijlage 1 Ingekorte versie Kader document zelfstandige teams binnen De Wever Thuis.	35
Bijlage 2 Cliëntgestuurde Wijkzuster	37
Bijlage 3 Begeleidingsbrief 1	42
Bijlage 4 Begeleidingsbrief 2	44
Bijlage 5 Informed consent	45
Bijlage 6 Fasen CCHA-methode.....	46
Bijlage 7 Thema's data-analyse deelonderzoek 1	47
Bijlage 8 Vragenlijst medewerker	51
Bijlage 9 Vragenlijst wijkverpleegkundige.....	54
Bijlage 10 Score samengevoegde vragenlijst (LPI en CLB-Q) van de wijkverpleegkundige.....	57
Bijlage 11 Zoekbomen.....	62
Bijlage 12 Tabel literatuurstudie	64

Hoofdstuk 1 Inleiding

De inleiding omvat aanleiding, probleembeschrijving, theoretisch kader met vervolgens probleemstelling en doelstelling. De hoofdvraag (probleemstelling) is onderverdeeld in drie onderzoeksdeelvragen.

1.1. Aanleiding

Politieke en maatschappelijke ontwikkelingen dwingen zorgprofessionals tot het opstellen van nieuwe contouren van zorg en zorgberoepen met ander gedrag en anders handelen tot gevolg. Volgens Schumacher en Smittenberg (2014) leidt dit naar een andere mindset voor zorgprofessionals, leiders en managers in de zorg met een veranderde visie op zorg. De veranderde visie op zorg vraagt anders professioneel denken en doen, evenals andere organisatiestructuren en beleid. Tot heden was er weinig aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van de zorgmedewerker en hun opgebouwde ervaringskennis/expertise. Om de eigen verantwoordelijkheid te benutten vraagt dit van het management dat ze vertrouwen hebben in de zorgprofessionals (Schumacher & Smittenberg, 2014). Deze 'transitie' van de zorg vraagt om leiderschap op basis van expertise en gelijkwaardigheid en vertrouwen vanuit de organisatie in kenniswerkers (Keurhorst, Kusters & Laurant, 2011). Dit geldt ook voor de wijkverpleegkundigen (Kaljouw & Vliet, 2015). Keurhorst et al. (2011) schrijven dat een herbezinning van de wijkverpleegkundige functie hierom essentieel is. Eén van de zeven rollen van de 'Canadian Medical Education Directions for Specialists' (CanMEDS) is de rol als organisator voor de zorgprofessional/wijkverpleegkundige (Bont, Haaren, Rosendal en Wigboldus, 2012). In de kennissynthese van Putter, Francke, Veer en Rademakers (2014) wordt geschreven dat de wijkverpleegkundige handelt en leiding geeft vanuit haar eigen deskundigheid/expertise en op basis van gelijkwaardigheid. Dit is een pleidooi voor vakinhoudelijk leiderschap voor wijkverpleegkundigen, omdat zij dan op basis van eigen verantwoordelijkheid en expertise leiders kunnen zijn binnen wijkteams.

1.2. Lokale probleembeschrijving

Bovenstaande ontwikkeling speelde ook bij 'De Wever Thuis', een thuiszorgorganisatie in Tilburg, waar dit onderzoek werd uitgevoerd. Vanuit de veranderde visie op zorg werd een ontwikkeling ingezet richting zelfstandige teams. De kaders van de zelfstandige teams zijn beschreven door de manager van De Wever Thuis (zie Bijlage 1). Leidend is de visie van het kwaliteitskader van De Cliëntgestuurde Wijkzuster, ontwikkeld door de Regionale Kruisvereniging West Brabant (zie Bijlage 2). De wijkverpleegkundigen waren in hun huidige functie hiërarchisch leiders van wijkteams. Aan de wijkverpleegkundigen is gevraagd een transitie te ondergaan van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider. In de te verwachte situatie zouden de wijkverpleegkundigen verbonden worden als vakinhoudelijk leiders aan zelfstandige wijkteams.

De Wever Thuis omvatte dertien wijkteams met ieder een wijkverpleegkundige en gemiddeld tien tot vijftien medewerkers: (contact)verzorgenden, mbo- en hbo-verpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen ontvingen hiërarchisch leiding van de manager. Twee wijkcoaches waren verantwoordelijk voor teamontwikkeling naar zelfstandige teams.

1.3. Theoretisch kader

Volgens Rubrech en Stuyling De Lange (2014) is leiderschap "het controleren en stimuleren van ondergeschikten met het bereiken van doelen als beoogd resultaat" (p.143). Om beoogde doelen te bereiken dient de leider zowel taakgerichte als relatiegerichte acties uit te voeren. Supervisie op het uitvoeren van taken is één van de taakgerichte activiteiten van een leider, alsook het beheren van middelen en het creëren van structuur zoals procedures. Motiveren van medewerkers en het geven van mentale ondersteuning zijn de relatiegerichte activiteiten van de leider. Dit leiderschap is passend vanuit een hiërarchische positie met een aangestelde functie, waarbij leiding wordt gegeven aan diegenen die er onder zijn geplaatst in het organogram (Rubrech & Stuyling De Lange, 2014). Hiërarchisch leiderschap bijt met vakinhoudelijk leiderschap, omdat vakinhoudelijk leiderschap gegeven wordt op basis van kennis en niet op basis van positie (Bakker, 2014; Plas & Crijns, 2010). Het is daarom noodzakelijk hiërarchisch en vakinhoudelijk leiderschap van elkaar te onderscheiden.

Vakinhoudelijk leiderschap

Als wetenschappers schrijven over 'clinical leaders' wordt altijd benadrukt dat het gaat over professionals die werken in zorggerelateerde beroepen. Cardiff (2014) zegt dat 'clinical leaders' vaak gedefinieerd worden als 'expert practitioner' die het verlenen van effectieve zorg faciliteren, vanuit zowel hiërarchische als niet-hiërarchische posities. Ook spreken wetenschappers over de 'nurse champion' of 'nurse leader' als men schrijft over verpleegkundig leiders die meer doen dan alleen hun dagelijkse beroepsuitoefening. Zij zijn goed in hun werk, doen onderzoek in hun vakgebied en hebben een passie wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van de zorg (White & McCowan, 2011). Wat de meeste auteurs benadrukken, is dat bij vakinhoudelijk leiderschap leiding wordt gegeven primair vanuit vakinhoudelijke kennis en niet vanuit de hiërarchische positie. De verpleegkundige moet echter wel beschikken over leiderschapsvaardigheden (Bakker, 2014; Plas & Crijns, 2010).

Verpleegkundig vakinhoudelijk leiderschap heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren vanuit de kern van een organisatie door gepassioneerde, kritische, zelfstandige, flexibele en creatieve hbo-verpleegkundigen met veel expertise en een grote mate van zelfvertrouwen (Bakker, 2014). Ze zijn voortrekkers binnen een team, weten collega's te inspireren en motiveren, hebben een visie en zijn rolmodellen. Crijns en Brummelen (2008) schrijven ook dat 'clinical leaders' een innovatieve houding aannemen. Ze handelen op basis van het best mogelijke bewijs, zijn reflectief en kunnen implementaties zelfstandig uitvoeren. Vakinhoudelijk leiderschap vraagt om een andere stijl van leidinggeven dan bij hiërarchisch leiderschap. Volgens Cardiff (2014) is de transformatieel stijl van leidinggeven de meest populaire stijl/theorie in de hedendaagse literatuur voor verpleegkundig leiderschap.

Transformatieel leiderschap

Rouckhout en De Fruyt (2006) schrijven dat de transformatieel leider een inspirerende leider is, die medewerkers enthousiast maakt voor zijn visie. Zij geven openheid over beweegredenen en nemen medewerkers mee in verandering met inbegrip van teamwaarden. De leider vertoont charisma en heeft een warme uitstraling. Zij kunnen goed luisteren, weten anderen te overtuigen van hun visie en kunnen het naar anderen uitdragen. Het originele raamwerk voor transformatieel leiderschap is ontwikkeld in 1978 door James Burns, die transformatieel leiderschap definieerde als het nastreven naar een hoger doel dat kortetermijndoelstellingen en eigen belang overstijgt.



Kouzes en Posner (2007) ontwikkelden een eenvoudig model over transformatieel leiderschap, beïnvloed door de transformatieel leiderschapstheorie van Bass en Riggio (2006). Dit model van Kouzes en Posner bestaat uit vijf dimensies; het goede voorbeeld geven, het inspireren tot een gemeenschappelijke visie, de status quo aanpakken, anderen in staat stellen te handelen en mensen een hart onder de riem steken (zie Figuur 1). Kouzes en Posner ontwikkelden vervolgens een valide meetinstrument: De 'Leadership Practice Inventory' (LPI).

Figuur 1.
Model van Kouzes en Posner zoals weergegeven
door Tobi Johnson & Associates

Transformatieel vakinhoudelijk leiderschap

Cardiff (2014) verwijst ook naar bovenstaand model voor transformatieel vakinhoudelijk leiderschap. Bakker (2014) benoemt zes thema's over vakinhoudelijk leiderschap die te herleiden zijn naar de transformatieel leiderschapstijl. De thema's zijn: expertise, interpersoonlijke leiderschapkenmerken, empathie, bewustzijn, passie en aanstelling. Volgens een systematische review van Wong en Cummings (2007) is er een positieve relatie tussen transformatieel verpleegkundig leiderschap en verbeterde patiënten uitkomsten. Plas en Crijns (2010) verbinden transformatieel leiderschap als een stijl die vorm kan geven aan vakinhoudelijk leiderschap.

Uit de oriënterende literatuur stelden de onderzoekers vast, dat de transformatieel stijl van leidinggeven gezien kan worden als een leiderschapstijl die passend is voor het vakinhoudelijk leiderschap, wat geambieerd

wordt voor de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis. De onderzoekers definieerden, vanuit de literatuur, voor dit onderzoek een werkdefinitie voor transformationeel vakinhoudelijk leiderschap.

Werkdefinitie transformationeel vakinhoudelijk leiderschap

Een transformationeel vakinhoudelijke leider is een hbo-verpleegkundige die vanuit de kern van een organisatie gepassioneerd, kritisch, zelfstandig, flexibel en creatief acteert met veel expertise, een warme uitstraling en een grote mate van zelfvertrouwen. De leider kan verbeterpunten opsporen, evidence-based denken en handelen, reflecteren en implementaties zelfstandig begeleiden en uitvoeren. Ze zijn kartrekkers binnen een team, weten collega's te inspireren en motiveren, hebben een heldere visie op zorg, weten anderen te overtuigen van hun visie en zijn een rolmodel.

1.4. Probleemstelling (hoofdvraag)

Als conclusie op de aanleiding, probleembeschrijving en theoretisch kader volgde in samenspraak met de opdrachtgever de probleemstelling:

"Hoe kan de transitie van hiërarchisch naar (transformationeel) vakinhoudelijk leider door wijkverpleegkundigen bij De Wever Thuis bevorderd worden?"

Onderzoeksdeelvragen

De hoofdvraag werd onderverdeeld in drie onderzoeksdeelvragen. Antwoorden op die deelvragen werden gebruikt om aanbevelingen te formuleren, die zouden kunnen bijdragen aan een antwoord op de probleemstelling.

Deelvraag 1 (Merian den Boer)

"Wat verwachten wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams van het vakinhoudelijk leiderschap uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?"

Deelvraag 2 (Annemiek Vissers)

"Hoe verhouden de perspectieven zich van wijkverpleegkundigen tot die van medewerkers van de wijkteams met betrekking tot het (transformationele) vakinhoudelijk leiderschap van wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?"

Deelvraag 3 (Literatuurstudie door beide onderzoekers)

"Hoe kan vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld worden?"

1.5. Doelstelling

In februari 2018 zijn aanbevelingen geformuleerd voor het verder ontwikkelen van het vakinhoudelijk leiderschap door wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis. Dit op basis van lokale verwachtingen en percepties over transformationeel vakinhoudelijk leiderschap, evenals aanbevelingen vanuit de literatuurstudie.

1.6. Leeswijzer

In hoofdstuk twee, drie en vier zijn de deelonderzoeken beschreven in onderzoeksmethode, resultaten en deelconclusie. In hoofdstuk vijf is de hoofdconclusie met discussie en aanbevelingen beschreven die voortkwam uit de blending van de resultaten van de deelonderzoeken.

Hoofdstuk 2 Deelvraag 1

In dit hoofdstuk is het onderzoek van deelvraag één beschreven in de onderzoeksmethode, resultaten en conclusie, uitgevoerd door Merian den Boer. Er is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

"Wat verwachten wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams van het vakinhoudelijk leiderschap uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?"

2.1. Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor een inductief, explorerend kwalitatief onderzoek, omdat het ging om een brede, open onderzoeksvraag met relatief weinig voorkennis (Baarda, 2014). Dit hield in dat er een open onderzoeksvraag werd geformuleerd, waarbij onderzoek werd gedaan naar ervaringen en inzichten over betekenis en inhoud van vakinhoudelijk leiderschap (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016). Kwalitatief onderzoek leent zich voor procesevaluatie, wat een bijdrage zou kunnen leveren aan ontwikkeling van het vakinhoudelijk leiderschap. Door verwachtingen te verzamelen en te analyseren werden samenhang en verschillen verkend, wat nieuwe inzichten en feiten gaf (Munten et al., 2016).

2.1.1. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betrof twaalf wijkverpleegkundigen, twee wijkcoaches en alle medewerkers van dertien wijkteams. Tien van de twaalf wijkverpleegkundigen (waarvan één junior-wijkverpleegkundige¹) werden geïnccludeerd, omdat twee van de twaalf wijkverpleegkundigen tevens de onderzoekers waren. Beide wijkcoaches werden uitgenodigd en medewerkers van wijkteams die langer dan zes maanden werkzaam waren bij De Wever Thuis, omdat zij voldoende bekend zouden zijn met de werkwijze van de wijkverpleegkundigen en de nieuwe visie. Vervolgens werd een steekproefkader opgesteld voor geïnccludeerde medewerkers over dertien wijkteams.

Werving wijkverpleegkundigen en wijkcoaches

De wijkverpleegkundigen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek tijdens een wijkoverleg. Er werd informatie gegeven over het onderzoek en de manager was aanwezig om de doelstelling en verzoek tot deelname te bekrachtigen. De twee wijkcoaches werden benaderd over de mail en in een persoonlijk gesprek kregen zij toelichting over het onderzoek.

Tabel 1.

Populatie focusgroepen en interview

	Deelgenomen respondenten
Focusgroep 1	9 wijkverpleegkundigen
Focusgroep 2	11 medewerkers wijkteams 5 wijkteams: 2 respondenten 1 wijkteam: 1 respondent
Focusgroep 3	9 medewerkers wijkteams 3 wijkteams: 1 respondent 3 wijkteams: 2 respondenten 1 wijkteam: géén respondent
Interview	2 wijkcoaches

Werving medewerkers wijkteam

De onderzoekers bezochten dertien wijkteams tijdens een teamoverleg om het onderzoek toe te lichten, antwoord te geven op vragen en om respondenten te werven. De informatie die gegeven werd, kwam overeen met de begeleidende brief die overhandigd werd aan geworven deelnemers (zie Bijlage 3). Het aantal respondenten van de wijkteams werd ingezet op twee medewerkers per wijkteam, zodat de meeste kenmerken van de populatie werden meegenomen voor generalisering en voor een goede externe validiteit (Verhoeven, 2007). Het functieniveau was het enige relevante kenmerk

voor de respondent, dat gebruikt werd voor het steekproefkader. Er werd getracht om van elk wijkteam één (contact)verzorgende en één verpleegkundige te werven (zie Tabel 1 en 2). Tijdens het bezoek aan de wijkteams

¹ Junior-wijkverpleegkundige is geen bestaande functie bij De Wever Thuis, de onderzoeker gebruikt deze functienaam omdat zij meeliep met een wijkverpleegkundige en werd gedetacheerd.

hadden de meeste respondenten zich vrijwillig aangemeld. Bij een enkel wijkteam bevestigden de respondenten hun deelname op een later tijdstip via de mail.

Tabel 2.

Functieniveau respondenten

	Verzorgenden niveau 3	Contactverzorgenden niveau 3 met EVV ² - opleiding	Verpleegkundigen niveau 4 (mbo)	Verpleegkundigen niveau 5 (hbo)
Focusgroep 1			1	6 2 in opleiding hbo
Focusgroep 2	3	5	2	1
Focusgroep 3	4	2	3	
Interview wijkcoaches		mbo opgeleid (contactverzorgende)		hbo opgeleid (geén verpleegkundige)

Ethische gevoeligheid

Alle respondenten waren voor deelname ingelicht door de onderzoeker. Deelname was anoniem en op vrijwillige basis. Toestemming was gevraagd via 'informed consent' (zie Bijlage 5) en ontvangen voor deelname aan de gesprekken. In de uitnodigingsbrief stond vermeld dat de onderzoeker een wijkverpleegkundige was bij De Wever Thuis. Tevens stond vermeld dat er twee aparte focusgroepen waren voor wijkverpleegkundigen en medewerkers van de wijkteams en één apart interview voor de twee wijkcoaches. Op deze manier kon iedereen zijn/haar mening vrij uiten (Jong et al., 2016). Uit het team van de onderzoeker was éénmaal gevraagd aan medewerkers om deel te nemen, om intimidatie te voorkomen. De gesprekken werden met audio-opnamen vastgelegd, die na het transcriberen zijn vernietigd. De geanonimiseerde transcripten worden vijf jaar bewaard in geval van secundaire analyse bij vervolgonderzoek.

2.1.2. Dataverzamelingstechniek

Om data te verzamelen werd gekozen voor open, face-to-face groeps gesprekken bij de wijkverpleegkundigen en de medewerkers van de wijkteams én voor een interview bij de wijkcoaches. Dit waren geschikte technieken omdat het ging om het verzamelen van gedachten en verkennen van ideeën en verklaringen. Bovendien waren ze geschikt omdat de onderzoeker tijdens het onderzoek geïnspireerd wilde worden en de respondenten wilde uitnodigen tot nadenken (Elliot, Heesterbeek, Lukensmeyer & Slocum, 2006).

Focusgroep

Gezien het aantal respondenten en de tijdsplanning koos de onderzoeker voor focusgroepen. Focusgroepen zijn goed voor een eerste verkenning van een concept. De respondenten dachten na, inspireerden elkaar, brachten elkaar op ideeën en gaven elkaar nieuwe inzichten, in dit geval voor het vakinhoudelijk leiderschap (Baarda, 2014). Om beïnvloeding in groepsprocessen als gevolg van positie en functie (machtsverschillen) kleiner te maken, werd een aparte focusgroep samengesteld voor de wijkverpleegkundigen en twee anderen voor alleen medewerkers van wijkteams. De wijkverpleegkundigen gaven tijdens dit onderzoek hiërarchisch leiding over de medewerkers en de medewerkers zouden zich hierdoor geïntimideerd kunnen voelen (Elliot et al., 2006).

Interview

Met de twee wijkcoaches werd één interview afgenomen, omdat zij in de minderheid waren, en anders zouden zij niet tot hun recht zijn gekomen in een focusgroep. Bovendien zouden zij, wegens hun positie, ook zorgmedewerkers in een focusgroep (on)bewust kunnen intimideren (Elliot et al., 2006). Er werd gekozen voor een gezamenlijk interview, zodat zij elkaar konden inspireren, waardoor nieuwe inzichten naar voren kwamen (Baarda, 2014).

² EVV = Eerst Verantwoordelijk Verzorgende

Basis gespreksstructuur

Dezelfde structuur werd gebruikt voor zowel de focusgroepen als het interview, omdat dit de betrouwbaarheid, geloofwaardigheid en aannemelijkheid van de uitkomsten vergroot (Baarda, 2014). De onderzoeker was gespreksleider en de mede-onderzoeker faciliteerde tijdens de gesprekken (behalve bij één focusgroep door omstandigheden). De duur van de gesprekken was gemiddeld één uur, wat volgens Elliot et al. (2006) voldoende moet zijn voor diepgang in een beperkt onderwerp, omdat de aandacht en concentratie van deelnemers dan niet zou afzakken (Elliot et al., 2006). De omvang van de focusgroepen voldeed aan de aanbevolen omvang van vier tot twaalf personen om gewenste resultaten te verkrijgen en een goed groepsgeprek te voeren (Baarda, 2014).

Alle gesprekken begonnen, na een welkom met uitleg over structuur en gelegenheid tot vragen, met het introduceren van de werkdefinitie over transformationeel vakinhoudelijk leiderschap (zie Hoofdstuk 1, paragraaf 1.3.). Een goede introductie was belangrijk vóór de openingsvraag (Baarda, 2014). Hierna volgde een ijsbreker: beeldkaarten werden op tafel gelegd en iedereen werd uitgenodigd om een kaart te nemen die men associeerde met 'vakinhoudelijk leider'. Hun keuze konden ze kort toelichten, wat hielp om de focus en aandacht van het moment te vergroten (Elliot et al., 2016). De gespreksleider gebruikte daarna één openingsvraag, gevolgd door samenvattende vragen tussendoor en één afsluitende vraag. Vóór de openingsvraag werd de audio-opname aangezet. Ná het antwoorden op de afsluitende vraag werd het uitgezet. Hierna was er ruimte om na te praten.

De openingsvraag luidde: "Wat verwachten jullie van het vakinhoudelijk leiderschap van de wijkverpleegkundigen?" Vervolgens werd doorgevraagd met open en waarde vrije vragen. Dit gaf een specifieke prikkel die deelnemers meetrok en de dialoog op gang bracht, bewustwording gaf, aanzette tot nadenken en inzicht verwierf in gemeenschappelijke kenmerken (Elliot et al., 2006). Op het einde controleerde de onderzoeker na de samenvatting van het gehele gesprek, met een samenvattende vraag of alles aan bod was gekomen, zodat zaken die niet voldoende waren besproken alsnog onder de aandacht kwamen (Elliot et al., 2006). De vraag na de laatste samenvatting luidde: "Hebben we belangrijke zaken over het hoofd gezien?" Na nog enkele aanvullingen op die vraag volgde de afsluitende vraag, dit hielp de groep bij het afronden (Elliot et al., 2006), en luidde: "Heeft het gesprek, alles welbeschouwd, aan de verwachtingen voldaan?"

2.1.3. Data-analyse methode

Een inductieve, thematische data-analyse werd uitgevoerd. De audio-opnamen werden verbatim getranscribeerd, zodat de werkelijkheid controleerbaar was (Jong et al., 2015). De respondenten voerden een 'membercheck' uit over de transcripten.

Tabel 3.

Overzicht deelname CCHA-bijeenkomsten

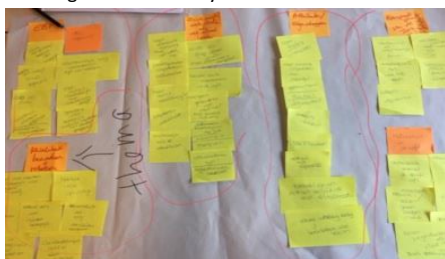
	Aanwezigen en afgevaardigden	
CCHA bijeenkomst één	Focusgroep 1: Twee wijkverpleegkundigen Twee onderzoekers Facilitator: externe expert (Shaun Cardiff)	De transcripten werden vervolgens gethematiseerd volgens 'the critical and creative hermeneutic analyse' (CCHA) methode (Cardiff & van Lieshout, 2014), in twee bijeenkomsten. In de eerste bijeenkomst werden de transcripten van focusgroep één (wijkverpleegkundigen), en van het interview met de wijkcoaches geanalyseerd onder begeleiding van een externe, expert facilitator. Twee wijkverpleegkundigen waren vrijwillige afgevaardigden voor focusgroep één. De wijkcoaches waren door omstandigheden niet aanwezig. Hierdoor werd hun transcript
CCHA bijeenkomst twee	Focusgroep 2: 1 contactverzorgende 1 verpleegkundige (hbo) Focusgroep 3: 2 verzorgenden Facilitator: onderzoeker (Merian den Boer)	

geanalyseerd door de twee onderzoekers. In de tweede bijeenkomst werden de transcripten van focusgroep twee en drie (medewerkers wijkteams) geanalyseerd door vrijwillige afgevaardigden van deze focusgroepen, onder begeleiding van de onderzoeker (zie Tabel 3).

De CCHA-methode kent zeven fasen om te thematiseren (Cardiff & van Lieshout, 2014). In Bijlage 6 zijn de zeven fasen toegelicht, zoals die werden gebruikt voor dit onderzoek. De eerste fase werd in dit onderzoek niet toegepast. Hierdoor werden door de afgevaardigden de transcripten volledig in de oorspronkelijke vorm gelezen. De afgevaardigden gaven de transcripten creatief weer met beelden in collages, en met behulp van de andere aanwezigen werden woorden gegeven aan de beelden en omgezet in thema's. Hierna werd terug gegaan naar het geheel (transcript) en werden de thema's terug gevonden en citaten gekoppeld aan thema's (Cardiff & van Lieshout, 2014).



Figuur 2.
Collage van CCH-analyse



Figuur 3.
Flap-over van thematiseren

Figuur 2 is een afbeelding van twee collages (gephotografeerd door de onderzoeker op 12 september 2017), die beeldend interpretaties weergeven van twee wijkverpleegkundigen over de transcripten van focusgroep één. Op de collages staan post-its met thema's benoemd en toegevoegd door de gehele data-analyse groep. De onderzoeker heeft de thema's per doelgroep in een samenvatting beschreven met getranscribeerde citaten. Over de samenvattingen werd een 'membercheck' uitgevoerd door de afgevaardigden van de bijeenkomsten en over de samenvatting van de wijkcoaches werd door beide wijkcoaches een 'membercheck' uitgevoerd.

Na beide CCHA-bijeenkomsten heeft de onderzoeker de thema's wederom geclusterd tot overkoepelde thema's (zie Figuur 3, gefotografeerd op 15 september 2017). Deze overkoepelende thema's (oranje post-its) werden ook met citaten uit de transcripten onderbouwd en geïllustreerd (gele post-its). De overkoepelde thema's zijn bij de resultaten van dit hoofdstuk beschreven.

2.1.4. Kwaliteitsborging

Volgens Baarda (2014) kan de onderzoeker als mens nooit helemaal blanco/objectief zijn, maar is altijd enigszins bevooroordeeld. De onderzoeker was wijkverpleegkundige bij De Wever Thuis en daardoor gold deze kritische noot zeker voor dit onderzoek. Het kon vertekening geven van uitkomsten waardoor betrouwbaarheid en kwaliteit van het onderzoek mogelijk in gevaar konden komen (Baarda, 2014). Om de objectiviteit te borgen werd door de onderzoeker continu gereflecteerd met de mede-onderzoeker, de projectleider, de methodologie-docent, de peergroep en de manager van De Wever Thuis. Om de kwaliteit van het onderzoek te borgen werden ook geldigheidsmaatregelen getroffen, die betrouwbaarheid en kwaliteit vergrootten (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2012). De beschrijving van het onderzoek maakte controleerbaarheid mogelijk, omdat het duidelijk was hoe de onderzoeker tot de conclusie kwam (Baarda, 2014).

Methoden die werden gebruikt om aan verifieerbaarheidseisen en plausibiliteit te voldoen, waren: 'peer-debriefing', 'data triangulatie', 'membercheck', 'verbatim transcription' en 'thick description' (Baarda, 2014). De collega-onderzoeker was gevraagd voor 'peer debriefing' waarbij alles kritisch werd nagelezen en beoordeeld (Cox et al., 2012). 'Data triangulatie' werd ingezet door verschillende invalshoeken te belichten over de verwachtingen vanuit medewerkers, wijkcoaches en wijkverpleegkundigen, wat de aannemelijkheid vergrootte (Jong et al., 2015). Geloofwaardigheid werd aangetoond door te werken met audio-opnamen, 'verbatim transcription' en 'thick description'. Hierdoor werd het onderzoek voldoende plausibel, de werkwijze transparant en voldeed het aan de verifieerbaarheidseisen (Baarda, 2014). Op de samenvattingen van de 'CCHA-bijeenkomsten' werd een 'membercheck' uitgevoerd: afgevaardigden ontvingen de samenvattingen, waarbij werd gevraagd of de samenvattingen voldoende recht deden aan wat was gezegd. Het onderzoek werd verplaatsbaarder gemaakt door een beschrijving van de context, deelnemers en 'thick description' van de resultaten, zodat gegevens concreet in hun betekenisvolle vorm werden weergegeven (Verhoeven, 2007).

2.2. Resultaten

In deze paragraaf zijn de resultaten uit de data-analyse beschreven als antwoord op deelvraag één: "Wat verwachten wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams van het vakinhoudelijk leiderschap uitgevoerd door de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?"

Thema's die voortkwamen uit de data-analyse zijn per doelgroep schematisch weergegeven in Figuur 4 en de toelichting/beschrijving van de thema's per doelgroep zijn toegevoegd in Bijlage 7.



Figuur 4.
Overzicht thema's

Uit de thema's van de drie doelgroepen werden drie overkoepelende, samenhangende hoofdthema's gedestilleerd. De wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en medewerkers van wijkteams verwachtten van de vakinhoudelijke leiders dat zij: een 'verbinder' worden, die '(dichtbij) beschikbaar gaan zijn als autonoom expert' én er waren 'zorgen en vragen' over de transitie.

Verbinder zijn

Alle wijkverpleegkundigen, wijkcoaches en de meeste medewerkers van wijkteams verwachtten dat de vakinhoudelijke leider verbindingen gaat maken met het 'zelfstandige wijkteam', maar ook verbindingen met ondersteunende diensten binnen de organisatie en verbindingen in de wijk met burgers (zorgvragers) en samenwerkingspartners. Zij verwachtten dat de vakinhoudelijke leider een (authentiek) rolmodel, sleutelfiguur en een kartrekker gaat worden voor de medewerkers van de wijkteams en dat zij bovendien met zelfvertrouwen kan acteren vanuit de kern van de organisatie. Tevens verwachtten zij dat de vakinhoudelijke leider gaat inspireren en motiveren, vertrouwen en warmte gaat uitstralen, medewerkers gaat ondersteunen, luisteren, advies geven en een visie op zorg heeft en kan overdragen. Een opmerkelijk verschil was dat de wijkcoaches óók verwachtten dat vakinhoudelijke leiders de visie en missie van de organisatie gaan uitstralen en eerder vóór de organisatie denken dan voor het team. Dit contrasteerde met het algemene beeld van de wijkverpleegkundige, geschetst door de wijkverpleegkundigen zelf en de wijkteams.

Onderstaande citaten uit de transcripten illustreren wat werd gezegd over het thema³.

"[. . .] ik denk dat communiceren hierin wel de eerste zin, of het woord moet zijn wat je moet hebben als wijkverpleegkundige en dat je goed communiceert met iedereen [. . .]" (medewerker wijkteam, F 3, R 7, pp 4)

"[. . .] denk ik dat je daarin moet uitstralen het beste jongetje van de klas te willen zijn als voorbeeld. Je denkt overstijgend, afdeling overstijgend, dat je je werk zonder klagen doet. Je denkt vóór de organisatie en niet in het team of wat dan ook [. . .]." (wijkcoach, IV, R 1, pp 14)

(Dichtbij) beschikbaar zijn als autonoom expert

De meeste wijkverpleegkundigen en bijna alle medewerkers van de wijkteams verwachtten dat de vakinhoudelijke leider fysiek (dichtbij) beschikbaar gaat zijn als expert (hbo-niveau) voor medewerkers van

³ F = Focusgroep, IV = Interview, R = Respondent, pp = paginamummer

wijkteams. Ze zouden de kwaliteit van zorg bewaken, verbeteren, innoveren, evenals implementatietrajecten gaan begeleiden en uitvoeren. Ook autonomie (eigen regie tonen en een eigen weg volgen) werd gezien door de meesten als belangrijk voor de vakinhoudelijk leiders.

Een opvallend verschil was te zien bij de beschikbaarheid van de vakinhoudelijk leider.. Bijna alle wijkverpleegkundigen en de meeste medewerkers zagen beschikbaarheid wenselijk als 'fysiek dichtbij', wat vertrouwen en betrokkenheid zou bevorderen. In contrast, prefereerden de wijkcoaches meer fysieke afstand.

"Dat je fysiek ook zichtbaar bent voor de mensen, voor de teamleden want anders komen ze niet bij jou aankloppen, je zal op een gegeven moment ook een stukje vertrouwen moeten kweken, betrokkenheid moeten hebben met het team wil je dat kunnen bewerkstelligen." (wijkverpleegkundige, F 1, R 6, pp 2)

"[. . .] soms zou het goed zijn als jullie eens uit beeld waren [. . .] ja, fysiek uit beeld, eigenlijk zou je ergens anders moeten kunnen gaan zitten zeg maar [. . .] tenminste vaak zit je daar gewoon en hebben mensen ook altijd de mogelijkheid om er naar toe te kunnen, dan hoeven ze zelf nooit te denken zeg maar." (wijkcoach, IV, R 2, pp 14)

Zorgen en vragen over de transitie

De zorgen en vragen over de transitie vertoonden veel overeenkomsten en een enkel verschil. De zorgen en vragen werden door alle wijkverpleegkundigen en de meeste medewerkers van wijkteams ervaren als belemmeringen voor de transitie. Mensen ervarden 'onvoldoende steun en samenwerking met wijkcoaches', 'onvoldoende steun van de organisatie met (te)veel organisatietaken' alsook 'onbekendheid met het vakinhoudelijk leiderschap'.

De zorgen kwamen voort uit het ervaren van de afwezigheid van bepaalde randvoorwaarden binnen de organisatie, het 'niet klaar zijn'. De wijkverpleegkundigen ervarden tevens een belasting van veel organisatietaken en administratie, dat het werken aan de transitie belemmerd. Een zorg geuit door alle wijkverpleegkundigen en bijna alle medewerkers was ook het ervaren van onvoldoende steun vanuit, en samenwerking met, de wijkcoaches. Dit zou de gewenste ontwikkelingen belemmeren. Terwijl de wijkcoaches een verschuiving in leiderschap-focus verwachtten, zien de wijkcoaches een moeizaam proces. Samenwerking met de wijkverpleegkundigen is voor de wijkcoaches ook belangrijk en zij zien de samenwerking voor een uitdaging staan.

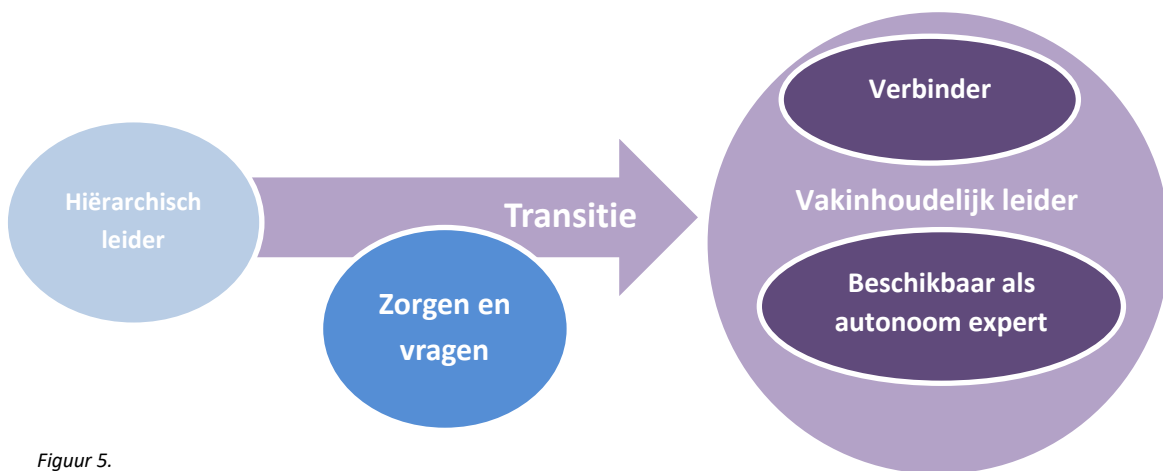
"[. . .] dus eigenlijk mis je een stuk ondersteuning vanuit een coach of vanuit de organisatie, hè. Waar liggen die oplossingen, ik denk dat ik daardoor ook niet verder kom. Het houdt mij in ieder geval heel erg tegen." (wijkverpleegkundige, F 1, R 2, pp 6)

"[. . .] en het is ook niet duidelijk wat je van hun (de coaches) mag verwachten en wat hun taak eigenlijk is, ik bedoel de éne keer komen ze met de i-padjes binnen, en de andere keer zitten ze bij het teamoverleg. Maar wat ze nu eigenlijk komen doen en toevoegen is mij ook niet duidelijk." (medewerker, F 2, R 1, pp 18)

Een andere zorg van bijna alle wijkverpleegkundigen was dat ze kennis en visie over zorg en leiderschap tekort komen om vakinhoudelijk leider te worden. Het merendeel zei onbekend te zijn met vakinhoudelijk leiderschap. Zij opperden zich te willen ontwikkelen tot vakinhoudelijk leider en gaven aan hiervoor tijd en ruimte nodig te hebben van de organisatie.

"Ik heb nog best veel kennis te vergaren en ja, ik moet een hele hoop bij gaan spijkeren en ik denk dat we daar ook de ruimte voor moeten gaan krijgen, om kennis op te gaan doen." (wijkverpleegkundige, F 1, R 8, pp 11)

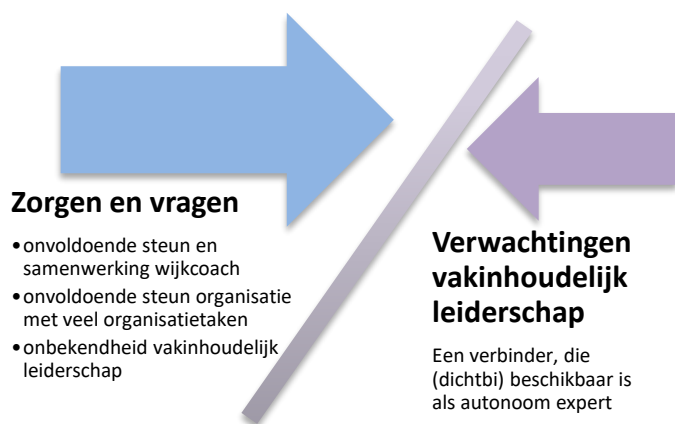
In Figuur 5 is de transitie van de wijkverpleegkundigen van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider met de drie thema's beeldend weergegeven. Hierin is de plaats van het thema de 'zorgen en vragen' binnen de transitie, met de mogelijke invloed op de voortgang van de transitie, visueel zichtbaar.



Figuur 5.
Weergave resultaten

2.3. Deelconclusie

Over het algemeen werd verwacht, dat de wijkverpleegkundige als vakinhoudelijk leider de '*verbinder gaat worden*', die '*(dichtbij) beschikbaar gaat zijn als autonoom expert*'. Maar, er zijn '*zorgen en vragen*' rondom de transitie van een traditioneel, hiërarchisch wijkteam naar zelfstandige wijkteams met wijkverpleegkundigen als vakinhoudelijk leiders. De zorgen en vragen kunnen een negatieve invloed (gaan) hebben op het realiseren van de verwachtingen en de wens dat de wijkverpleegkundige vakinhoudelijk, in plaats van hiërarchisch, leider wordt. Het lijkt ook aannemelijk dat de meeste wijkverpleegkundigen momenteel niet aan de verwachtingen en wensen kunnen gaan voldoen, vanwege de werking van de krachten uit '*de zorgen en vragen*' binnen de transitie, door het onvoldoende ervaren van steun vanuit de organisatie met teveel organisatietaken, onbekendheid met het vakinhoudelijk leiderschap en het minder positief ervaren van de steun en samenwerking met de wijkcoaches (zie Figuur 6).



Figuur 6.
Weergave van conclusie met de kracht van zorgen en vragen

Hoofdstuk 3 Deelvraag 2

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksmethode, resultaten en deelconclusie beschreven van het deelonderzoek dat is uitgevoerd door Annemiek Visser en antwoord geeft op deelvraag twee:

"Hoe verhouden de perspectieven zich van wijkverpleegkundigen tot die van medewerkers van de wijkteams met betrekking tot het (transformationele) vakinhoudelijk leiderschap van wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis?"

3.1. Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor een kwantitatief, deductief beschrijvend onderzoek waarbij het ging om hoe de doelgroep (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap ervaarde (Baarda, 2014). In lijn met het theoretische kader zijn perspectieven van wijkverpleegkundigen vergeleken met die van medewerkers met betrekking tot het (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap van de wijkverpleegkundigen.

3.1.1. Dataverzamelingstechniek

Als dataverzamelingstechniek is een gestructureerde vragenlijst gebruikt. Een survey werd ingezet om gegevens te verzamelen over meningen, houdingen en kennis bij grote groepen. Het was een cross-sectionele studie, omdat op een bepaald moment éénmalig gegevens verzameld zijn (Verhoeven, 2007). De survey bestond uit de 'Leadership Practices Inventory' (LPI) vragenlijst aangevuld met vragen uit de Clinical Leadership Behaviours Questionnaire (CLB-Q). De vragenlijst werd digitaal verspreid onder de deelnemers.

Vragenlijst

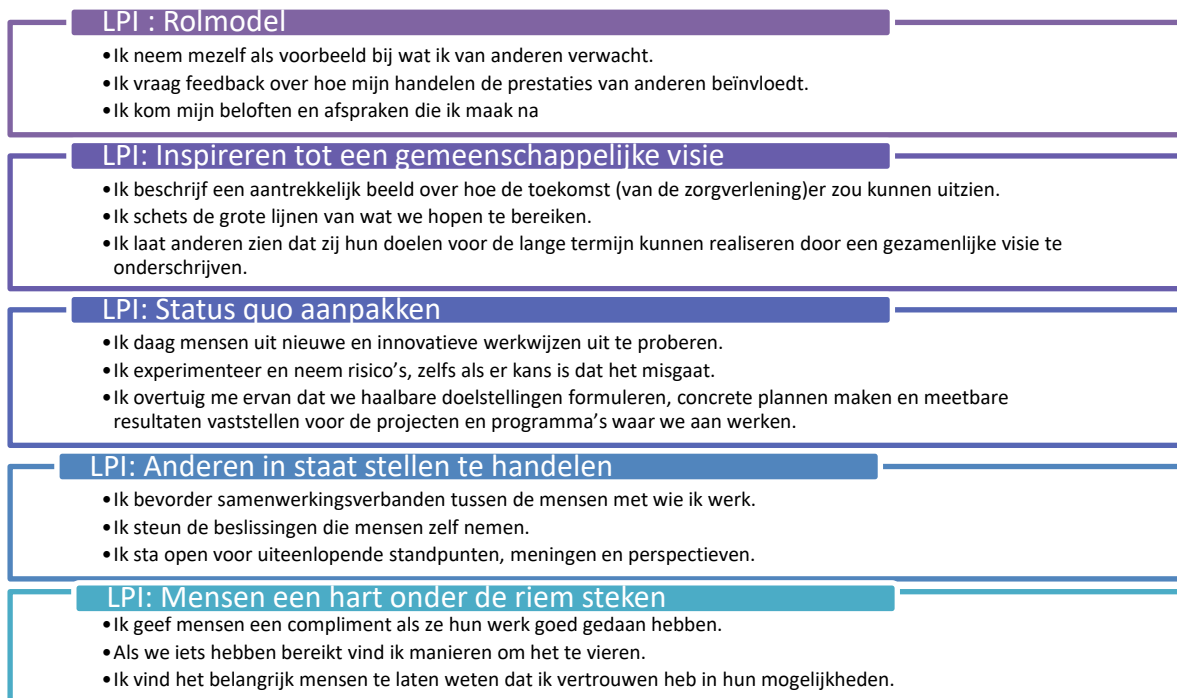
De LPI meet de frequentie van dertig specifieke leiderschapskarakteristieken onderverdeeld in de vijf subdimensies van het Kouzes en Posner model voor transformationeel leiderschap (zie Figuur 7). Iedere vraag is beantwoord op een 10-punts Likertschaal, waarbij 1 = bijna nooit en 10 = bijna altijd. De LPI heeft een interval meetniveau, de intervallen tussen de scoremogelijkheden zijn gelijk, numeriek en continu (Baarda, 2014). In de zelf-assessmentversie beoordeelde de wijkverpleegkundige zichzelf, in de medewerkerversie scoorde de medewerker de wijkverpleegkundige van haar wijkteam. De LPI is uitgebreid getest op betrouwbaarheid en validiteit en is gebruikt bij projecten van verpleegkundig leiderschap in onder andere Engeland, Canada en de Verenigde Staten (Kouzes & Posner, 2011; Plas & Crijns, 2010). Daardoor is een hoge externe validiteit aangetoond en is de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot en minder afhankelijk van het toeval (Baarda, 2012). De interne validiteit van de LPI is volgens Bakker (2014) voldoende omdat de subdimensies een Cronbach's alpha waarden tussen 0,60 tot 0,82 hebben. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEV) heeft de LPI vertaald naar een Nederlandse versie, die gebruikt werd voor dit onderzoek (Plas & Crijns, 2010).

De LPI meet transformationeel leiderschap. Daarom is gebruik gemaakt van een tweede vragenlijst, de Clinical Leadership Behaviours Questionnaire (CLB-Q) (Fealy et al., 2012). In de oriënterende literatuurstudie was dit de enige gevonden vragenlijst voor het meten van vakinhoudelijk leiderschap. Van de CLB-Q zijn 16 vragen gebruikt op interval meetniveau met een 5-punts Likertschaal, waarbij 1 = nooit en 5 = altijd (zie Figuur 8). De CLB-Q meet in hoeverre gedrag en competenties ingezet worden, gebaseerd op zeven competenties van het vakinhoudelijk leiderschap: self awareness; advocacy and empowerment; decision making; teamworking; clinical excellence; communication en quality and safety (Fealy et al., 2012). Volgens Fealy et al (2012) wordt de CLB-Q als aanvulling gezien op de meer generieke LPI en is de interne validiteit aangetoond met een alpha waarde van 0.677 tot 0.842. Om transformationeel vakinhoudelijk leiderschap te meten is een samengevoegde vragenlijst gemaakt van de LPI en CLB-Q.

De CLB-Q had vragen met sterke overeenkomsten met vragen in de LPI. Twee volledige vragenlijsten waren een te grote belasting voor de respondenten wat een negatieve invloed kon hebben op de respons (Baarda, 2014). Hierdoor is besloten om alleen die vragen toe te voegen van de CLB-Q die niet voorkwamen in de LPI (zie Figuur 9). Omdat een 10-punts Likertschaal meer sensitief is, werden de CLB-Q items ook omgezet naar een 10-punts Likertschaal. De vragenlijst zou opnieuw getest moeten worden om de validiteit en betrouwbaarheid aan te

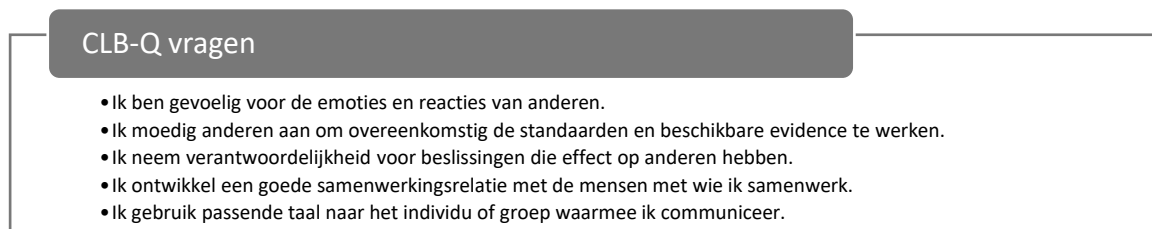
tonen, maar, gezien de interne validiteit van de LPI en CLBQ werd het voldoende beschouwd voor de doelstelling van deze studie (Verhoeven, 2007).

De samengestelde vragenlijst is gedigitaliseerd en verspreid onder respondenten via 'SurveyMonkey', waardoor het geheel er ook professioneel uitzag (Verhoeven, 2007) (zie Bijlage 8 en 9).



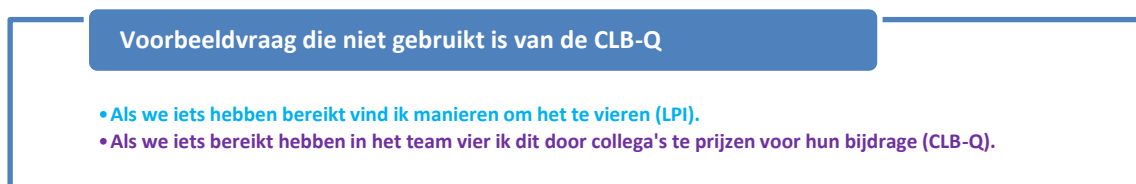
Figuur 7.

Voorbeeldvragen LPI per subdimensie



Figuur 8.

Voorbeeldvragen CLB-Q



Figuur 9.

Voorbeeld samengevoegde vraag LPI met CLB-Q

3.1.2. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvatte wijkverpleegkundigen en medewerkers van dertien wijkteams. Drie wijkteams zijn niet geïncludeerd omdat: één wijkteam geen wijkverpleegkundige had, de wijkverpleegkundige bij één team ziek was en bij één team werkte de wijkverpleegkundige korter dan een half jaar. Om de onderzoekspopulatie van medewerkers af te bakenen zijn in- en exclusiecriteria opgesteld (zie Figuur 10) waarmee de representativiteit is geborgd (Baarda, 2014). De onderzoeker heeft bij het secretariaat van De Wever Thuis een

medewerkerslijst opgevraagd die aan de wijkverpleegkundigen is voorgelegd met de vraag om leerlingen, invalkrachten en medewerkers die nog geen half jaar verbonden waren aan hun wijkteam van de lijst te verwijderen.

Inclusiecriteria	• Medewerkers die minimaal een half jaar samenwerken met hun wijkverpleegkundige.
Exclusiecriteria	• Invalkrachten, leerlingen en stagiaires omdat ze te weinig uren werken om zicht te hebben op het leiderschap van de wijkverpleegkundige.

Figuur 10
Inclusie- en exclusiecriteria

Werving

Verhoeven (2007) schrijft dat de verwachte respons een belangrijk argument is bij de keuze van de werkwijze. De onderzoeker heeft gekozen voor een persoonlijke benadering van de respondenten omdat dit het meest succesvol is en het de respons vergroot (Baarda, 2012). In het tweewekelijks overleg van de wijkverpleegkundigen is uitleg gegeven aan de wijkverpleegkundigen en is de begeleidende brief overhandigd (zie Bijlage 4). Om het belang van het onderzoek te onderstrepen was de opdrachtgever aanwezig, die ook toestemming heeft gevraagd aan alle wijkverpleegkundigen om de individuele resultaten met hem te mogen delen. Daarna is de onderzoeker aangesloten bij het werkoverleg van individuele wijkteams om informatie te geven over het onderzoek en de begeleidende brief te overhandigen (zie Bijlage 4). Hierna hebben de respondenten een mail gekregen met daarin de link naar de vragenlijst. Om respondenten te motiveren voor deelname werd een taart beloofd aan het wijkteam met het hoogste responspercentage.

Ethiek

De onderzoeker is wijkverpleegkundige en zich ervan bewust dat dit invloed kan hebben op de resultaten, omdat de dubbele rol intimiderend kan zijn. De wijkverpleegkundigen zijn door middel van informed consent om toestemming gevraagd of medewerkers haar mogen scoren (zie Bijlage 5). Deelname was op vrijwillige basis (Baarda, 2014). De digitale vragenlijsten zijn anoniem ingevuld door medewerkers van de wijkteams en anoniem digitaal ontvangen in het programma SurveyMonkey. De onderzoeker heeft de wijkverpleegkundigen de mogelijkheid geboden om de resultaten individueel te ontvangen. Na het onderzoek worden de vragenlijsten vijf jaar bewaard in geval van secundaire analyse bij vervolgonderzoek. Niets is herleidbaar bij de resultaten waardoor anonimiteit wordt geborgd (Verhoeven, 2007).

3.1.3. Data-analyse methode

De basis voor de resultaten zijn de antwoorden van respondenten vanuit SurveyMonkey (Verhoeven, 2007). Bij de data-analyse zijn scores van de wijkverpleegkundigen vergeleken met medewerkerscores. Er zijn gemiddelden per team berekend op het totale LPI-niveau, subdimensie-niveau en op vraagniveau. Om de spreiding van medewerkers per vraag in beeld te krijgen was de standaarddeviatie een optie, maar gezien de kleine populaties is de standaarddeviatie niet accuraat genoeg om het gemiddelde af te ronden (Verhoeven, 2007). Daarom werden de modus en mediaan hiervoor gebruikt. Dezelfde analyse is uitgevoerd van de CLB-Q vragenlijst items. Naast analyse op teamniveau zijn ook verschillen berekend op organisatieniveau: het gemiddelde van hoe wijkverpleegkundigen bij De Wever Thuis zichzelf scoorden, én de medewerkers de wijkverpleegkundigen scoorden. Dit zou input kunnen geven voor ontwikkelpunten op organisatieniveau. Om inzicht te geven op welke punten de wijkverpleegkundige haar individuele leiderschapskwaliteiten kan aanscherpen zijn op individueel niveau de scores weergegeven in een tabel voor iedere wijkverpleegkundige. Nadat het onderzoek is afgerond krijgen de wijkverpleegkundigen een persoonlijke uitnodiging om de individuele resultaten te ontvangen en worden mondeling toegelicht door de onderzoeker.

3.1.4. Kwaliteitsborging

Voorafgaand aan het afnemen van de enquête is de samengestelde vragenlijst in SurveyMonkey uitgetest door de projectbegeleider en medeonderzoeker, om eventuele fouten en slechtlopende zinnen te ontdekken, waarmee de instrumentele validiteit is getoetst (Baarda, 2014). Het belang van het onderzoek is onderstreept met een getekende begeleidende brief door de opdrachtgever, wat de respons kan verhogen (Verhoeven, 2007). Daarnaast is een reminder gemailld en zijn posters opgehangen in de teamkamer. Respons maximaliseren is

belangrijk voor de generaliseerbaarheid en betrouwbaarheid van de resultaten (Baarda, 2014). In de literatuur zijn meningen verdeeld over de verwachte respons gekoppeld aan betrouwbaarheid van de resultaten en de onderzoeker heeft hierover geen vuistregel gevonden. Daarom is besloten dat een respons van 50% voldoende was voor het berekenen van betrouwbare resultaten. De ecologische validiteit is verhoogd door de definitie over transformationeel vakinhoudelijk leiderschap aan de vragenlijst toe te voegen (zie Hoofdstuk 1, paragraaf 1.3.) (Baarda, 2014). Door de informatie vertrouwelijk te behandelen is de validiteit verhoogd, omdat dit effect geeft op voorkomen van sociaal wenselijke antwoorden (Baarda, 2014). De onderzoeksresultaten zijn via peer-examination door de medeonderzoeker gecontroleerd, wat de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten vergroot (Verhoeven, 2007). De onderzoeker heeft bestaande (valide) meetinstrumenten gebruikt om een eigen survey te creëren en daarmee de kwaliteit en betrouwbaarheid van de resultaten enigszins geborgd (Baarda, 2014). Er kan gesuggereerd worden dat de samengevoegde vragenlijst van dit onderzoek een voldoende homogeen beeld geeft van de interne betrouwbaarheid, omdat de interne validiteit van de LPI en CLB-Q is aangetoond met een Cronbach's alpha boven de 0.60 (Bakker, 2014; Fealy et al., 2012). Er dient rekening te worden gehouden met het feit dat vanuit de originele CLB-Q maar een aantal vragen zijn overgenomen. Doordat deze samengevoegde vragenlijst niet is getoetst op interne en externe validiteit beïnvloedt dit de validiteit en betrouwbaarheid en dat moet worden meegenomen in de analyse van de resultaten en discussie (Verhoeven, 2007). De resultaten zijn bedoeld voor en gelden alleen voor de onderzoek-setting en kunnen hooguit aanwijzingen opleveren voor vergelijkbare organisaties (Verhoeven, 2007).

3.2. Resultaten

Er zijn tien wijkverpleegkundigen geïnccludeerd die de vragenlijst hebben beantwoord. Helaas konden de resultaten van maar negen teams gebruikt worden omdat de medewerkersrespons van één wijkteam minder dan 50% was en dus onvoldoende voor data-analyse. Het percentage respons voor de resterende wijkteams was tussen 50% tot 100%. Het totaal aantal compleet ingevulde medewerkersvragenlijsten verspreid over de negen teams was 55. In Tabel 5 staan de demografische gegevens van de respondenten. Hier valt op dat alle medewerkers vrouw zijn en de meesten in de leeftijdscategorie tussen 50 en 59 jaar zitten.

Met betrekking tot percepties over transformationeel leiderschap getoond door wijkverpleegkundigen, kwamen de scores van vijf van de negen teams overeen of waren hoger dan de wijkverpleegkundige zelfscore (zie Tabel 6). Met betrekking tot vakinhoudelijk, scoorden medewerkers in twee van de negen teams de wijkverpleegkundige hoger dan zij zichzelf scoorden (zie Tabel 7).

Voor transformationeel leiderschap (LPI) is er een maximaal verschil tussen medewerkerperceptie en wijkverpleegkundige selfassessment van -25 te zien, wat op een totaal score van 300 relatief weinig is. Bij vakinhoudelijk leiderschap (CLB-Q) is het maximale verschil -16, wat op een totaal score van 160 ook weinig/te verwaarlozen is. Het minimale verschil in scores tussen medewerker en wijkverpleegkundige perceptie suggereert een redelijk goed zelfinzicht van de meeste wijkverpleegkundigen. Totale scores voor transformationeel en vakinhoudelijk leiderschap variëren van; '6' waarbij gedrag 'regelmatig' is gezien tot en met '9' waarbij gedrag 'bijna altijd' werd gezien (zie Tabel 6 en 7).

Tabel 5.
Demografische gegevens

	Wijkverpleegkundigen (N=9)	Medewerkers (N=55)
Geslacht		
Man	1	0
Vrouw	8	55
Leeftijd		
t/m 19 jaar	0	0
20 t/m 29 jaar	0	11
30 t/m 39 jaar	3	11
40 t/m 49 jaar	1	10
50 t/m 59 jaar	5	20
60 t/m 69 jaar	0	3
Hoogst genoten opleiding		
MBO	2	42
HBO	7	12
WO	0	1

Tabel 6.
LPI Totaal op teamniveau

Teams	Score LPI Wijkverpleegkundige (n=9)	Score ⁴ Likertschaal	Score LPI Medewerkers (n=55)	Score ⁵ Likertschaal	Vershil scores LPI
A	213 (/300)	7	208 (/300)	7	-5
B	223	7	219	7	-4
C	196	7	206	7	+10
D	196	7	202	7	+6
E	224	7	233	8	+9
F	235	8	210	7	-25
G	201	7	201	7	=
H	194	6	196	7	+2
I	200	7	188	6	-12
Totale gemiddelde score	209 (/300)		207 (/300)		

Tabel 7.
CLB-Q Totaal op teamniveau

Teams	Score CLB-Q wijkverpleegkundige (n=9)	Score Likertschaal	Score CLB-Q medewerkers (n=55)	Score Likertschaal	Vershil scores CLB-Q
A	128 (/160)	8	117 (/160)	7	-11
B	134	8	129	8	-5
C	119	7	129	8	+10
D	119	7	118	7	-1
E	141	9	139	9	-2
F	130	8	124	8	-6
G	130	8	119	7	-11
H	116	7	126	8	+10
I	127	8	111	7	-16
Totale gemiddelde score	127 (/160)		124 (/160)		

Zowel wijkverpleegkundigen als medewerkers hebben een positieve perceptie van het transformationele leiderschap, getoond door de wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen scoorden zichzelf gemiddeld 209/300 en medewerkers 207/300 op transformationeel leiderschap en 127/160 versus 124/160 op vakinhoudelijk leiderschap. Het perspectief van wijkverpleegkundigen én medewerkers scoorde hoger op de CLB-Q dan de LPI, wat betekent dat de wijkverpleegkundigen meer vakinhoudelijk leiderschap dan transformationeel leiderschap lieten zien (zie Tabel 6 en 7).

⁴ Gemiddelde score van de wijkverpleegkundige op de Likertschaal

⁵ Gemiddelde score van de medewerkers op de Likertschaal

In Tabel 8a en 8b staan resultaten van LPI-scores per subdimensie, per wijkteam. Op subdimensieniveau zijn accentverschillen zichtbaar, waar de wijkverpleegkundige zichzelf hoger of lager scoorde dan de medewerkers haar scoorden, wat input kan geven voor het identificeren van ontwikkelpunten voor individuele wijkverpleegkundige of op teamniveau⁶. Op teamniveau per subdimensie is het verschil in wijkverpleegkundige perspectief ten opzichte van de medewerkers groter dan op organisatieniveau.

Bijvoorbeeld, de gemiddelde medewerker van team F liet een verschil zien van -8/60 op de dimensies 'status quo aanpakken en anderen in staat stellen te handelen', wat betekent dat de medewerker het gedrag van de wijkverpleegkundige minder positief ervaart dan hoe de wijkverpleegkundige zichzelf ziet. Dit betekent, dat betreft de gemiddelde medewerker, er verbeterpunten zijn voor de wijkverpleegkundige op 'het aanpakken van de status quo' én op 'anderen in staat stellen te handelen'.

Tabel 8a.

LPI score totaal op teamniveau per subdimensie Team A t/m E

(Zelf = wijkverpleegkundigen (N=9) MW = Medewerkers (N=55) V=verschil).

LPI subdimensies	TEAM A (/60)			TEAM B (/60)			TEAM C (/60)			TEAM D (/60)			TEAM E (/60)		
	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V
Rolmodel	45	43	-2	39	42	+3	37	42	+5	37	40	+3	48	43	-5
Inspireren tot gemeenschappelijke visie	40	45	+5	47	44	-3	36	38	+2	36	40	+4	40	45	+5
Status quo aanpakken	40	41	+1	40	46	+6	36	35	-1	36	38	+2	38	43	+5
Anderen in staat stellen te handelen	48	45	-3	50	47	-3	49	47	-2	49	45	-4	51	54	+3
Mensen een hart onder de riem steken	40	34	-6	47	40	-7	38	44	+6	38	39	+1	47	48	+1

Tabel 8b.

LPI score totaal op teamniveau per subdimensie Team F t/m I

(Zelf = wijkverpleegkundigen (N=9) MW = Medewerkers (N=55) V=verschil).

LPI subdimensies	TEAM F (/60)			TEAM G (/60)			TEAM H (/60)			TEAM I (/60)		
	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V	Zelf	MW	V
Rolmodel	44	41	-3	44	42	-2	47	43	-4	47	41	-6
Inspireren tot gemeenschappelijke visie	38	39	+1	40	37	-3	30	37	+7	35	36	+1
Status quo aanpakken	47	39	-8	37	38	+1	36	34	-2	37	37	=
Anderen in staat stellen te handelen	55	47	-8	48	46	-2	40	43	+3	47	42	-5
Mensen een hart onder de riem steken	51	44	-7	32	38	+6	41	39	-2	34	32	-2

⁶ De resultaten in Bijlage 10 laten een individuele score zien van één wijkverpleegkundige op de LPI en CLB-Q waar de accentverschillen groter worden vanuit het medewerkerperspectief op vraagniveau. Bijvoorbeeld: "Ik vind het belangrijk mensen te laten weten dat ik vertrouwen heb in hun mogelijkheden." De laagste score van de medewerker is een '6' en de hoogste een '10'. Het is aan de wijkverpleegkundige om hieruit ontwikkelpunten te destilleren.

Tabel 9.

LPI score totaal op organisatieniveau per subdimensie

LPI subdimensies	Score Wijkverpleegkundige (n=9)	Gemiddelde Score Likertschaal	Score Medewerker (n=55)	Gemiddelde Score Likertschaal
Rolmodel	43.1 (/60)	7	41.8 (/60)	7
Inspireren tot gemeenschappelijke visie	38	6	40.1	7
Status quo aanpakken	38.5	6	39	6.5
Anderen in staat stellen te handelen	48.5	8	46.2	8
Mensen een hart onder de riem steken	40.8	7	39.7	7

De resultaten in Tabel 9 laat de scores en verschillen zien per subdimensie van de LPI tussen hoe de gemiddelde wijkverpleegkundige zichzelf zag, en hoe de gemiddelde medewerker haar zag.

De verschillen tussen hoe medewerkers hen scoorden en de wijkverpleegkundigen zichzelf, zijn relatief klein te benoemen, er liggen enkel accentverschillen. De LPI laat zien dat de dimensie *'het aanpakken van de status quo'* gemiddeld het laagst scoorde bij medewerkers (39/60), wat betekent dat het aanpakken en openstaan voor innovatie gemiddeld het minst gezien werd door medewerkers bij wijkverpleegkundigen. Zelf scoorden wijkverpleegkundigen gemiddeld het laagst bij de dimensie *'het inspireren tot een gemeenschappelijke visie'* (38/60). Dit betekent dat de wijkverpleegkundigen zichzelf gemiddeld het laagst scoorde op het formuleren van doelen/visie en collega's hiervoor enthousiast maken.

Het hoogst scoorden wijkverpleegkundigen én medewerkers gemiddeld genomen de wijkverpleegkundigen op de dimensie *'anderen in staat stellen tot handelen'* (48,5/60 v 46,2/60). Dit geeft aan dat gemiddeld genomen, wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis, een veilige en vertrouwde omgeving kunnen creëren waarin iedereen goed kan samenwerken.

3.3. Deelconclusie

Uit dit deelonderzoek bleek dat de wijkverpleegkundigen en medewerkers van de wijkteams een redelijk sterke positieve perceptie hadden van het transformationeel vakinhoudelijk leiderschap, getoond door de wijkverpleegkundigen en ze verschillen minimaal met elkaar. Een aantal verbetermogelijkheden en ontwikkelpunten zijn aantoonbaar voor de groep wijkverpleegkundigen, namelijk *'het aanpakken van de status quo'* en *'het inspireren tot een gemeenschappelijke visie'*, omdat deze subdimensies het laagst werden gescoord door medewerkers en de wijkverpleegkundigen zelf. Identificeren van andere verbeter/ontwikkelpunten kan het best gedaan worden op individueel wijkverpleegkundig-niveau, vanwege accentverschillen op vraagniveau, bijvoorbeeld; *'Ik vind het belangrijk mensen te laten weten dat ik vertrouwen heb in hun mogelijkheden'*, met een verschil van de laagste en hoogste score van medewerkers, van '6' (regelmatig) tot een '10' (altijd). Dit betekent dat medewerkers een verschil ervaren in 'vertrouwen hebben' in hun wijkverpleegkundige (zie Bijlage 10).

Hoofdstuk 4 Deelvraag 3

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksmethode, resultaten en conclusie van de literatuurstudie beschreven, die is uitgevoerd door beide onderzoekers. Er is antwoord gegeven op deelvraag drie:

"Hoe kan vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld worden?"

4.1. Onderzoeksmethode

Vanuit de gezamenlijke deelvraag over vakinhoudelijk leiderschap werd een literatuurstudie uitgevoerd, om het antwoord op de probleemstelling te versterken met kennis uit bestaand onderzoek en gepubliceerde kennis (Munten et al., 2016). Dit literatuuronderzoek werd uitgevoerd op drie databanken: CINAHL, Invert en SpringerLink.

Zoekstrategie

De zoekstrategie werd toegepast met Nederlandse en Engelse zoektermen, omdat Engelse zoektermen toegang geven tot een breed aanbod, en Nederlandse zoektermen omdat de transitie van de zorg in Nederland plaatsvond. De zoektermen zijn gecombineerd met de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR' (zie Tabel 10).

Tabel 10.

Overzicht Engelse - en Nederlandse zoektermen

Engelse zoektermen	Nederlandse zoektermen
Clinical leader / Clinical leadership	Verpleegkundig leider / Vakinhoudelijk leider Verpleegkundig leiderschap/ Vakinhoudelijk leiderschap
Development	Ontwikkeling
Nursing	Verpleegkunde
Community Nursing / Community Nurse	Wijkverpleging / Wijkverpleegkundige
District Nursing / District Nurse	Wijkverpleging / Wijkverpleegkundige

Er werden zoekstrategieën toegepast met verschillende combinaties van zoektermen op CINAHL, SpringerLink en Invert. De zoekstrategieën zijn schematisch weergegeven en toegevoegd in Bijlage 11.

Om te verfijnen zijn limieten ingezet op taal en publicatiedata van de afgelopen tien jaar en bij veel hits teruggebracht naar vijf jaar (Munten et al, 2016). Er is regelmatig bij de zoektermen een limiet op de titel ingezet. Vervolgens zijn de gevonden artikelen geselecteerd door beide

onderzoekers met in- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria: studies over vakinhoudelijk leiderschap en over de ontwikkeling van vakinhoudelijk leiderschap voor verpleegkundigen. Exclusiecriteria: studies die alleen schreven over de uitkomsten van vakinhoudelijk leiderschap of waren gekoppeld aan specifieke zorgpaden, omdat de deelvraag zich richtte op het ontwikkelen van vakinhoudelijk leiderschap.

De onderzoekers lazen de geïncludeerde artikelen op bruikbaarheid. Via discussie vond consensus plaats over geïncludeerde literatuur (Baarda, 2014). In Bijlage 12 staat een overzicht van de geïncludeerde artikelen die afzonderlijk van elkaar zijn gelezen. De onderzoekers hebben de kernboodschappen eruit gehaald, en afgestemd wat de thema's zijn.

4.2. Resultaten

Uit meerdere wetenschappelijke studies bleek dat het volgen van ontwikkeltrajecten voor (toekomstige) vakinhoudelijk leiders positieve uitkomsten gaf op kenmerken van vakinhoudelijke leiderschapskwaliteiten. Er is een diversiteit aan ontwikkeltrajecten gevonden, die in alle onderzoeken werden weergegeven, en zijn een combinatie van onderwijs buiten de organisatie (onderwijsinstellingen), scholing binnen de organisatie (praktijkleren) en individuele professionele ontwikkeltrajecten, zoals 'meelopen' met supervisors in de praktijk. Veel studies toonden het belang aan van randvoorwaarden waaraan een organisatie zou moeten voldoen om

vakinhoudelijk leiderschap te ontwikkelen. Bovendien toonden de uitkomsten uit de literatuurstudie aan dat transformationeel en vakinhoudelijk leiderschap sleutelementen kunnen zijn voor een organisatie om verandering te creëren. Het belang voor het inventariseren van interpersoonlijke leiderschapskenmerken voor toekomstige vakinhoudelijk leiders werd in diverse studies ook onderstreept. De mate van de aanwezigheid van interpersoonlijke leiderschapskenmerken beïnvloeden het ontwikkelen en succes van de vakinhoudelijke leider. Meten van vakinhoudelijk leiderschap werd tevens in studies aanbevolen met effectmeting op meerdere momenten, wat ondersteunend kan zijn voor de ontwikkeling van transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap en het kan doeltreffende veranderingen geven met zelfinzichten over dit leiderschap (Bakker, 2014; Cameron, Harbison, Lambert & Dickson, 2012; Crijns & Brummelen, 2008; Crijns, Holleman & Plas, 2006; Jaeken & De Witte, 2006; Jukkala, Greenwood, Motes & Block, 2013; Pintar, Capuano & Rosser, 2011; Lee, Goh, Yeo, Kaur & Chua, 2015; Long, Lobley, Spurgeon, Clark, Balderson & Lonetto, 2011; Meer, 2015; Miller & Dalton, 2011; Plas & Crijns, 2010; Smith Houskamp, 2013; Taylor & Martindale, 2013; Vatan & Temel, 2009).

Uit de geïncludeerde literatuur is één overkoepelend thema ontstaan. Vakinhoudelijk leiderschap kan ontwikkeld worden door *'het volgen van ontwikkeltrajecten'*. Binnen het hoofdthema *'ontwikkeltrajecten volgen'* zijn drie subthema's gedestilleerd: *'de organisatie voldoet aan randvoorwaarden'*, *'inventariseren van interpersoonlijke leiderschapskenmerken'* en *'het meten van vakinhoudelijk leiderschap'*.

Ontwikkeltrajecten volgen

Het belang van kennisontwikkeling via ontwikkeltrajecten over vakinhoudelijk leiderschap werd in alle geïncludeerde studies aanbevolen met accentverschillen in de vorm van de ontwikkeltrajecten. Cameron et al. (2012), Smith Houskamp (2013) en Vatan en Temel (2009) gaven het belang aan van kennisontwikkeling over vakinhoudelijk leiderschap via onderwijs én via praktijk, door mee te lopen met een vakinhoudelijk leider als rolmodel, wat óók volgens Miller en Dalton (2011) positieve effecten gaf op de persoonlijke groei van individuen en op het pakken van de leiderschapsrol.

Long et al. (2011) ontwikkelden het 'Clinical Leadership Competency Framework' (CLCF) dat, volgens hen, in relatie staat tot de praktijkrollen, en gebruikt kan worden om de voortdurende ontwikkeling van vakinhoudelijk leiders te sturen, zij het beginnend (juniors) of expert (seniors). Zij benadrukten het belang van een levenlang leren voor succesvol vakinhoudelijk leiderschap.

In meerdere studies werden scholingsprogramma's aanbevolen over transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap om vakinhoudelijke leiderschapskwaliteiten te verbeteren (Bakker, 2014; Plas & Crijns, 2010; Crijns & Brummelen, 2008; Crijns et al., 2006; Pintar et al., 2011). Bovendien schreef Bakker (2014), dat vakinhoudelijk leiders hoger scoren op kenmerken van verpleegkundig leiderschap na het volgen van een scholingstraject, waarin evidence based werken en innoveren centraal staan met aandacht voor groepsdynamiek en omgaan met weerstand, wat heeft geleid tot verbeteren van vakinhoudelijk leiderschap. Het model van Kouzes en Posner over transformationeel leiderschap werd gebruikt voor een ontwikkelprogramma in de studie van Pintar et al. (2011), om vakinhoudelijk leiderschap te ontwikkelen.

o De organisatie voldoet aan randvoorwaarden

Verschillende geïncludeerde studies benoemden randvoorwaarden voor organisaties om vakinhoudelijk leiderschap te ontwikkelen, die voor het management van belang zijn, zoals: support van de organisatie zowel financieel als vanuit personele zaken, commitment van het management, duidelijkheid in organisatiestructuren, effectieve samenwerking in relaties, samenwerking onderwijsinstellingen met praktijkinstellingen en het geven van autonomie, erkenning, respect en waardering aan de vakinhoudelijke leider (Bakker, 2014; Cameron et al., 2012; Crijns & Brummelen, 2008; Crijns et al., 2006; Jaeken & De Witte, 2006; Long et al., 2011; Miller & Dalton, 2011; Plas & Crijns, 2010; Smith Houskamp, 2013; Vatan & Temel, 2009).

o Inventariseren van interpersoonlijke leiderschapskenmerken

Voorbeelden van interpersoonlijke leiderschapskenmerken die passend zijn bij transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap werden benoemd door Bakker (2014) en Crijns en Brummelen (2008). Passende kenmerken volgens Bakker (2014) zijn: goed samenwerken, kritisch denkvermogen, delegeren, communiceren, rolmodel zijn, empathie, passie, expertise en bewustzijn. Crijns en Brummelen (2008) benoemen: persoonlijke- en sociale vaardigheden, visie, inlevingsvermogen, optimist, flexibel, zelfinzicht, zelfvertrouwen, doorzettingsvermogen en kritisch zijn.

Er zijn verschillende manieren benoemd om interpersoonlijke leiderschapskennmerken te inventariseren/screenen, om daarmee een voorselectie te maken voor deelname aan ontwikkeltrajecten, zoals met een assessment vóór deelname aan een scholingsprogramma met 'de leerfasen van Kolb' of met de 'Plan-Do-Check-Act' (PDCA) -cyclus (Bakker, 2014; Crijns & Brummelen, 2008; Crijns et al., 2006; Jukkala et al., 2013; Plas & Crijns, 2010; Taylor en Martindale, 2013; Vatan & Temel, 2009).

- Metten van vakinhoudelijk leiderschap

De ontwikkeling van vakinhoudelijk leiderschap is een proces dat ondersteund kan worden door het leiderschap te meten en door te onderzoeken hoe anderen (medewerkers en cliënten) de rol waarnemen.

Het meten van vakinhoudelijk leiderschap op longitudinale wijze met de 'Leadership Practices Inventory' (LPI) werd geadviseerd in verschillende literatuurstudies (Bakker, 2014; Crijns et al., 2006; Crijns & Brummelen, 2008; Plas & Crijns, 2010; Smith Houskamp, 2013).

In het ontwikkelproject van Jaeken en De Witte (2006) werd zowel vóór, tijdens en na de scholing gebruik gemaakt van 360 graden feedbackinstrumenten om te meten. Deze waren gebaseerd op een competentieprofiel en omgezet naar gedragsindicatoren, zodat de hoofdverpleegkundige zélf en haar directe medewerkers zich konden uitspreken over het functioneren van de hoofdverpleegkundige.

In het mentorprogramma in de studie van Vatan en Temel (2009) werden 360 graden feedbackformulieren gebruikt om te meten vóór en ná het scholingsprogramma, waarbij veranderingen in leiderschapsgedrag werden vergeleken met zelfscore versus de supervisor op categorieën; recessie, progressie of status quo.

Ook Lee et al. (2015) had vóór en ná een onderwijsprogramma kennis en vaardigheden over vakinhoudelijk leiderschap gemeten, waarbij deelnemers via een vragenlijst procentueel aantoonde dat hun kennis was gestegen en via reflectieverslagen toonde deelnemers aan hoe ze de theorie met praktijk integreerden.

4.3. Deelconclusie

Verschillende wetenschappelijke studies lieten zien dat het volgen van ontwikkeltrajecten positieve resultaten gaven op verbetering van (transformationele) vakinhoudelijke leiderschapskwaliteiten. Uit de resultaten van deze literatuurstudie bleek dat vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld kan worden door het volgen van ontwikkeltrajecten in onderwijsinstellingen in combinatie met praktijkleren en individuele professionele ontwikkeltrajecten. De studies toonden vooral individuele ontwikkeltrajecten aan die werden gekenmerkt door competentieontwikkeling onder begeleiding van een supervisor en/of meelopen met andere leiders in de beroepspraktijk. Om succesvol leiderschap te ontwikkelen werd nadrukkelijk aanbevolen vanuit de literatuurstudie om voorafgaand aan een ontwikkeltraject te screenen op interpersoonlijke leiderschapskennmerken en vakinhoudelijk leiderschap te meten vóór, tijdens en ná de scholing.

De resultaten uit de gevonden wetenschappelijke literatuur gaven naast het volgen van ontwikkeltrajecten ook expliciet advies over de aanwezigheid van noodzakelijke randvoorwaarden in de organisatie voor het ontwikkelen van vakinhoudelijk leiderschap, zoals: support van de organisatie vanuit zowel financiële als personele zaken, commitment van het management, duidelijkheid in organisatiestructuren, effectieve samenwerking in relaties, samenwerking onderwijsinstellingen met praktijkinstellingen en het geven van autonomie, erkenning, respect en waardering aan de vakinhoudelijke leider.

Hoofdstuk 5 Hoofdconclusie

In de hoofdconclusie is met discussie en aanbevelingen een antwoord gegeven op de hoofdvraag:

"Hoe kan de transitie van hiërarchisch naar (transformationeel) vakinhoudelijk leider door wijkverpleegkundigen bij De Wever Thuis bevorderd worden?"

5.1. Conclusie

Aanleiding voor dit onderzoek waren politieke en maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg én ontwikkelingen bij De Wever Thuis die een andere vorm van leiderschap vroegen van wijkverpleegkundigen. Hierdoor is gevraagd aan de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis om een transitie te ondergaan van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider. Het was niet inzichtelijk en bekend hoever iedere wijkverpleegkundige was en hoe deze transitie bevorderd kon worden.

Uit de conclusie van verwachtingen over vakinhoudelijk leiderschap onder wijkverpleegkundigen bleek dat wijkverpleegkundigen, medewerkers en wijkcoaches verwachtten dat vakinhoudelijk leiders *'de verbinder gaan worden'*, die *'(dichtbij) beschikbaar zijn als autonoom expert'*, maar daarnaast waren er *'zorgen en vragen'* die de transitie mogelijk (gaan) belemmeren. Binnen het kwantitatieve onderzoek bleek dat perspectieven van wijkverpleegkundigen en medewerkers over het transformationeel vakinhoudelijk leiderschap van de wijkverpleegkundigen redelijk positief waren met minimale verschillen van elkaar. De resultaten van de literatuurstudie lieten zien dat vakinhoudelijk leiderschap ontwikkeld zou kunnen worden door het volgen van scholing in onderwijsinstellingen in combinatie met praktijkleren en individuele ontwikkeltrajecten, waarbij voorafgaand screening werd aanbevolen op interpersoonlijke leiderschapskwaliteiten. Voor doeltreffende veranderingen bleek het effectief te zijn om deze leiderschapskwaliteiten te meten, zowel vóór, tijdens als ná de scholing/ontwikkeltrajecten. Bovendien zou voor succesvol vakinhoudelijk leiderschap de aanwezigheid van steun binnen de organisatie noodzakelijk zijn, zoals benadrukt werd in Hoofdstuk 4 bij de deelconclusie van de literatuurstudie.

De kwantitatieve resultaten van deze studie lijken niet te rijmen met de resultaten uit de kwalitatieve studie. De hoge scores voor transformationeel vakinhoudelijk leiderschap in de kwantitatieve studie kunnen mogelijk verklaard worden vanuit de inmenging van de manager en de loyaliteit van medewerkers aan hun wijkverpleegkundige, wat een vertekening van resultaten kan geven. Ze zijn verrassend omdat de deelnemers in de kwalitatieve studie *'zorgen en vragen'* hadden rondom *'wat (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap inhoudt'*. Mensen ervaarden ook *'onvoldoende steun en randvoorwaarden vanuit de organisatie met teveel organisatietaken voor de wijkverpleegkundigen'* én *'de steun van en samenwerking met de wijkcoaches werd minder positief ervaren'*, wat essentieel bleek voor het slagen en het ontwikkelen van vakinhoudelijk leiders uit de conclusie van de literatuurstudie (zie Hoofdstuk 4).

Als wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis zich gaan ontwikkelen tot leiders die verbinder zijn, en die (dichtbij) beschikbaar zijn als autonoom expert, zou een ontwikkeltraject in transformationeel vakinhoudelijk leiderschap, ondersteund door de organisatie, de transitie bevorderen van hiërarchische leiders van wijkteams naar transformationeel vakinhoudelijk leiders binnen zelfstandige wijkteams.

5.2. Discussie

5.2.1. Deelonderzoek 1

Verwachtingen werden uitgesproken over het vakinhoudelijk leiderschap vanuit verschillende invalshoeken; medewerkers van de wijkteams, wijkcoaches en wijkverpleegkundigen, dat de validiteit en aannemelijkheid vergrootte. Van de wijkteams nam één wijkteam niet deel aan de gesprekken en twee wijkverpleegkundigen waren afwezig tijdens het groepsgesprek. Ondanks deze afwezigheid werden veel stemmen toch gehoord (wijkverpleegkundigen $n=9$, medewerkers $n=20$, wijkcoaches $n=2$), waardoor de resultaten betrouwbaar en

generaliseerbaar zijn voor De Wever Thuis. De CCHA-methode voor de data-analyse verhoogde de betrouwbaarheid van de resultaten, doordat respondenten deelnamen aan de analyse en daardoor meer invloed hadden, hoewel de afwezigheid van de wijkcoaches bij dit proces het enigszins kon verkleinen. De tussentijdse resultaten en eindresultaten werden 'gemberchecked' onder de respondenten, wat weer ten goede kwam aan de betrouwbaarheid.

5.2.2. Deelonderzoek 2

Alle wijkteams werden persoonlijk bezocht wat een positief effect heeft gehad op de respons en het gebruik maken van 'SurveyMonkey' hielp anonimiteit te waarborgen. Een beperking hierin was dat veel mails met de link naar de enquête in de spam terecht kwamen, waardoor sommige respondenten de mail niet zagen. Dit was verrassend, omdat de testversie niet in de spam kwam. Navraag bij de servicedesk van De Wever Thuis had dit mogelijk kunnen voorkomen.

De manager heeft voorafgaand aan het onderzoek de wijkverpleegkundige gevraagd om de individuele resultaten met hem te delen. Dit kan invloed hebben op de zelfscore van wijkverpleegkundigen met mogelijk hogere scores voor vrees van intimidatie. Het is aan te raden bij vervolgonderzoek om inmenging van de manager te voorkomen.

Sommige verzorgenden zochten steun bij het invullen van de enquête bij hun wijkverpleegkundige, omdat ze de vragenlijst niet begrepen. Ook hebben niet alle respondenten de enquête volledig ingevuld, omdat ze kennelijk niet alle vragen begrepen of geen mening hadden. Dit roept vragen op in hoeverre de enquête in zijn huidige vormgeving en verwoording geschikt is voor verzorgenden. In de literatuur is geen onderzoek gevonden waarbij verzorgenden het leiderschap van verpleegkundigen scoren. De hoge scores door de medewerkers riepen ook vragen op in hoeverre er gescoord is vanuit loyaliteit aan hun wijkverpleegkundige, wat een vertekening kan geven van de resultaten en de externe validiteit verkleint.

Doordat de samengevoegde vragenlijst niet is getoetst op interne en externe validiteit beïnvloedt dit de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten. De samengevoegde vragenlijst van dit onderzoek geeft een voldoende homogeen beeld van de interne betrouwbaarheid, omdat de interne validiteit van de LPI en CLB-Q wel is aangetoond met een Cronbach's alpha boven de 0.60 (Bakker, 2014; Fealy et al., 2012). Hierdoor neemt de instrumentele validiteit van de samengevoegde vragenlijst toe. Ook moet rekening worden gehouden dat niet alle vragen van de CLB-Q zijn gebruikt. De externe validiteit is beperkt, maar is enigszins vergroot doordat de basisstructuur van de wijkteams standaard is met andere organisaties, die ook de transitie ondergaan. Uitspraken over de gehele organisatie van dit onderzoek leveren aanwijzingen voor vergelijkbare organisaties.

5.2.3. Deelonderzoek 3

Sterke punten van de literatuurstudie waren een expliciete vraagstelling met in- en exclusiecriteria en relevante zoektermen, waardoor de onderzoekers tot wetenschappelijke artikelen kwamen die aansloten bij de vraagstelling. Om betrouwbaarheid en validiteit te behouden en te vergroten werd gezocht in drie relevante databanken. Vervolgens werden data methodisch geanalyseerd en resultaten beschreven (Cox et al., 2012). Vijftien relevante artikelen werden geïnccludeerd, waarvan zeven wetenschappelijke en acht niet wetenschappelijke studies, wat de validiteit van de literatuurstudie heeft verhoogd. De beoordeling van de studies werd afzonderlijk uitgevoerd door beide onderzoekers en via discussie werd tot consensus gekomen, wat mede de validiteit versterkte.

5.3. Aanbevelingen

Een algemene aanbeveling naar de manager van De Wever Thuis is om de resultaten van dit onderzoek te gebruiken bij het bevorderen van de transitie van hiërarchisch naar transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap. Om dit te bereiken wordt aanbevolen om de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis een ontwikkeltraject te laten volgen voor verbetering van hun vakinhoudelijk leiderschap, door onderwijs (scholing) te combineren met praktijkleren en individuele ontwikkeltrajecten. Wetenschappelijke studies uit de literatuurstudie (zie Hoofdstuk 4) benadrukten deze ontwikkeltrajecten met positieve resultaten op het verbeteren van transformationele, vakinhoudelijke leiderschapskenmerken.

Uit deelonderzoek één bleek dat de wijkverpleegkundigen van De Wever Thuis onvoldoende bekend waren met transformationeel, vakinhoudelijk leiderschap en zij gaven aan zich te willen ontwikkelen, waaruit draagvlak bleek, wat vervolgens bevorderend werkt bij implementaties en veranderingen (Grol & Wensing, 2015). Om doeltreffend veranderingen tot stand te brengen en inzichten te verkrijgen in dit leiderschap wordt, ondersteund vanuit wetenschappelijke studies, benoemd in Hoofdstuk 4, screening van interpersoonlijke

leiderschapskenmerken aanbevolen én effectmeting vóór, tijdens en na ontwikkeltrajecten. De samengevoegde vragenlijst van dit onderzoek kan gebruikt worden voor effectmeting bij wijkverpleegkundigen.

De Wever Thuis dient óók randvoorwaarden te scheppen, zoals geadviseerd en benadrukt in Hoofdstuk 4 in de literatuurstudie, die noodzakelijk blijken voor succesvol vakinhoudelijk leiderschap. Er wordt aanbevolen om hiërarchische taken bij de toekomstige vakinhoudelijk leiders weg te nemen, door méér steun vanuit de organisatie te creëren en communicatiestructuren te verbeteren. Tevens wordt geadviseerd om de samenwerking met de wijkcoaches en wijkverpleegkundigen te bevorderen én de steun van de wijkcoaches voor de ontwikkeling naar zelfstandige teams te verbeteren, zodat de wijkverpleegkundigen het hiërarchisch leiderschap kunnen loslaten en zich via ontwikkeltrajecten kunnen ontwikkelen naar succesvol vakinhoudelijk leiders.

Vervolgonderzoek wordt aanbevolen over de af- en aanwezigheid van de noodzakelijke randvoorwaarden en hoe deze verbeterd kunnen worden binnen De Wever Thuis om de transitie te bevorderen. Zoals vervolgonderzoek naar het bevorderen van 'steun' vanuit De Wever Thuis, zowel financieel als vanuit personele zaken, commitment van het management bevorderen, verbeteren van organisatiestructuren, effectieve samenwerking in relaties tot stand brengen, samenwerking met onderwijsinstellingen en De Wever Thuis bevorderen en het geven van autonomie, erkenning, respect en waardering aan de vakinhoudelijke leiders. Dit omdat onvoldoende aanwezigheid van steun vanuit de organisatie is genoemd in deelonderzoek één, wat ook volgens de literatuurstudie (zie Hoofdstuk 4), een bewezen belemmering is in leiderschapsontwikkeling en voor het implementeren van veranderingen in organisaties (Grol & Wensing, 2015). Op basis van de 'zorgen en vragen' over het minder positief ervaren van steun en samenwerking met de wijkcoaches, wordt tevens aanbevolen om aandacht te besteden aan de invloed van de invulling van deze rol, gezien de transitie van hiërarchisch geleide teams naar zelfstandige teams met een transformationeel vakinhoudelijk leider. Door deze transitie wordt bovendien vervolgonderzoek aanbevolen over de rol en competenties van wijkcoaches, die zelfstandigheid bij teams ontwikkelen, en hoe deze rol zich verhoudt tot transformationeel vakinhoudelijk leiderschap van de wijkverpleegkundigen.



Literatuurlijst

- Baarda, B. (2012). *Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Bakker, A. (2014) Verpleegkundig leiderschap in Medisch Spectrum Twente. *Onderzoeksverslag in het kader van de Bachelor opdracht voor Onderwijskunde, Bachelor scriptie*. Twente: Medisch Spectrum. Geraadpleegd op 2 maart 2017, op <http://essay.utwente.nl/66712/1/Bakker%20A.%20-%20S1002813%20-%20bachelorscriptie.pdf>
- Bass, B., & Riggio, R. (2006). *Transformational leadership* (2de ed.) Mahwah: Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 7-101. doi: <http://doi.org/1478088706qp063oa>
- Bijlsma, J. (2012). De comeback van de wijkzuster. *SKIPR*, 5(5), 10-15. doi: 10.1007/s12654-012-0245-2
- Cameron, S., Harbison, J., Lambert, V., & Dickson, C. (2012) Exploring leadership in community nursing teams. *Journal of Advanced Nursing* 68(7), 1469– 1481. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05869.x
- Cardiff, S. (2014). *Person-Centred Leadership*. Ridderkerk: Ridderprint B.V.
- Cardiff, S., & van Lieshout, F. (2014). Het kritisch-creatief hermeneutisch data-analyseraamwerk: Analyseren met in plaats van voor participanten. *Kwalon*, 19(2), 30-36. Geraadpleegd op 24 april 2017, op https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=KW-19-2-30

CBO (2004). *Handleiding focusgroepen*. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.

Geraadpleegd op 5 april 2017, op

https://elo.fontys.nl/CMS/Studie/Materialen%20per%20opleiding/02%20FHV/HBO-V/Afstudeeronderzoek/PROO9_O10/cbo%202004%20handleiding%20focusgroeponderzoek.pdf?tssp_sco=1

CBO (2005). *Beoordelingsformulier voor kwalitatief onderzoek* (3de ed.).

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg: Handleiding voor werkgroepleden.

Geraadpleegd op 30 maart 2017, op

https://elo.fontys.nl/CMS/Studie/Materialen%20per%20opleiding/02%20FHV/HBO-V/PROT/PROT5_16-17/CBO%20beoordeling%20kwalitatief%20onderzoek.pdf?tssp_sco=1

CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn,

HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', & V&VN (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden: Leidraad voor je*

handelen als professional. Geraadpleegd op 12 maart 2017, op

<http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepscode/De%20Nationale%20Beroepscode%20voor%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing* (3de ed.). Den Haag: Lemma.

Crijns, M., & Brummelen, G. (2008). Leiderschap op de werkvloer: Pleidooi voor versterking zorgteams. *Denkbeeld* (10), 10-12. doi: 10.1007/BF03076632

Crijns, M., Holleman, G., & Plas, M. (2006). Follow the leader. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 30(4), 133-136. doi:10.1007/BF03071593

De Bont, M., van Haaren, E., Rosendal, H., &

Wigboldus, M. (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Hilversum: ZonMw,

De Putter, I.D., Francke, A.L., de Veer, A.J.E., & Rademakers, J.J.D.J.M. (2014).

Kennisynthese: De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen. Utrecht: Nivl.

De Jong, A., de Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (5de ed.). Amsterdam: Reed Business Education.

Elliot, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C.J., & Slocum, N. (2006). Focusgroep. S.

Steyaert (Rev. ed.), *Participatieve methoden: Een gids voor gebruikers* (pp. 135-145).

Geraadpleegd op 5 april 2017, op <https://www.kbs-frb.be/start.aspx?q=>

Fealy, G., McNamara, M., Casey, M., Doyle, L., O'Connor, T., Patton, D., & Quinlan, C.

(2012). *Evaluation of the National Clinical Leadership Development Project Pilot: Final Report*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, op Health Service Executive, the

Office of the Nursing and Midwifery Services Director (ONMSD) website:

<https://www.hse.ie/eng/about/Who/ONMSD/leadership/Evaluation%20of%20the%20National%20Clinical%20Leadership%20Development%20Project%20Pilot.pdf>

Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van patiëntenzorg*. (6de ed.) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jaeken, J., & De Witte, K. (2006). Verpleegkundig leiderschap in een stroomversnelling.

Hospitalia, 50(1), 8-13.

Johnsons, T., & Associates (2015). *Model van Kouzes en Posner* [figuur]. Geraadpleegd

op 24 maart 2017, op [http://www.tobijohnson.com/wp-](http://www.tobijohnson.com/wp-content/uploads/2015/12/leadership-model-300x300.png)

[content/uploads/2015/12/leadership-model-300x300.png](http://www.tobijohnson.com/wp-content/uploads/2015/12/leadership-model-300x300.png)

Jukkala, A., Greenwood, R., Motes, T., & Block, V. (2013). Creating innovatieve CNL practicum experiences through academic and practice partnerships. *Nursing*

Education Perspectives, 34(3), 186-191. Geraadpleegd op 11 mei 2017, op

<http://web.b.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=c2563db2-a932-4096-b3e8-c21d4dd1a47e%40sessionmgr104>

Kaljouw, M., & van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*.

Geraadpleegd op 5 maart 2017, op Zorginstituut Nederland website:

[file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+\(de+contouren\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+(de+contouren)%20(1).pdf)

Keurhorst, M., Kusters, S., & Laurant, M. (2011). De wijkverpleegkundige van de toekomst.

Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 93(5), 183. doi: 10.1007/s12508-015-0075-x

Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (2007). *The Leadership Challenge* (4de ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kouzes, J. M., & Posner, B.Z. (2011). *The five practices of exemplary leadership*. San Francisco, CA: Pfeiffer.

Lee, Y. K., Goh, H., Yeo, R., Kaur, K., & Chua, C. G. (2015). Evaluation of a Project:

Clinical Leadership Programme That Prepared Senior Nurses and Nurse Managers at the National Kidney Foundation, Singapore for Renal Dialysis Nurse-Led Model of Care. *Singapore Nursing Journal*, 42(2), 3-7. Geraadpleegd op 23 mei 2017, op

<http://web.b.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=3e582286-4d9e-4052-8f8f-4aa4007ca7f9%40sessionmgr102>

Long, P. W., Loble, K., Spurgion, P. C., Clark, J. C., Balderson, S., & Lonetto, T. M. (2011).

The CLCF: developing leadership capacity and capability in the clinical profession.

The International Journal of Clinical Leadership, 17(2), 111-118. Geraadpleegd op 23 mei 2017, op

<http://web.a.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/detail/detail?vid=16&sid=1f60ceb1->

9a6a-4a1e-aeb6-

e6736413727b%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=104676666&db=rzh

Management Executive (2016). *Fontys Mediatheek: Kwaliteit in zorg*. Geraadpleegd op 20 maart 2017, op <http://www.overkwaliteitvanzorg.nl/magazine/>

Miller, S., & Dalton, K. (2011). Learning from an evaluation of Kent, Surrey and Sussex Deanery's Clinical Leadership Fellowship Programme. *The International Journal of clinical leadership*, 17(2), 73-78. Geraadpleegd op 23 mei 2017, op <http://web.b.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/command/detail?vid=5&sid=3e582286-4d9e-4052-8f8f>

4aa4007ca7f9%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=104676662&db=rzh

Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom.

Pintar, K. A., Capuano, T.A., & Rosser, G.D. (2011). Developing Clinical Leadership Capability. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(3), 115-121. Geraadpleegd op 23 mei 2017, op <http://web.b.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=c2563db2-a932-4096-b3e8-c21d4dd1a47e%40sessionmgr104>

Plas, M., & Crijns, M. (2010). Vakinhoudelijk leiderschap en de LPI. *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 3(8), 20-22. doi: 10.1007/BF03089987

Rouckhout, D., & De Fruyt, F. (2006). De 8 leiderschapstijlen. Geraadpleegd op 24 maart 2017, op <http://perco.be/nl/leerhoek/de-8-leiderschapstijlen/>

Rubrech, J., & Stuyling De Lange, G. (2014). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Amsterdam: Pearson Benelux.

- Schumacher, J., & Smittenberg, I. (2014). *Vernieuwend zorgen: Zorgmedewerker in verandering*. Geraadpleegd op 5 maart 2017, op Vilans website:
http://www.vilans.nl/docs/vilans/ons_aanbod/Vernieuwend_zorgen/files/assets/basic-html/index.html#1
- Smith Houskamp, E. (2013). *A Case Study Investigating The Development, Implementation, And Perceptions Of Transformational Leadership Practices Of The Clinical Nurse Leader*. (Doctoral Dissertation, Fielding Graduate University).
Geraadpleegd op 10 mei 2017, op <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/62.pdf>
- Taylor, R., & Martindale, S. (2013). Clinical leadership in primary care. *Primary Health Care*, 23(5), 32-38. Geraadpleegd op 11 mei 2017, op
<http://web.b.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=c2563db2-a932-4096-b3e8-c21d4dd1a47e%40sessionmgr104>
- Van der Meer, N. (2015). Zorg vraagt bescheiden leiders. *Skipr*, 8(3), 40-42. doi: <https://doi-org.lib.fontys.nl/10.1007/s12654-015-0038-5>
- Vatan, F., & Temel, A. B. (2009). A Leadership Development Program Through Mentorship for Clinical Nurses in Turkey. *Nursing economics*, 34(5), 242-250. Geraadpleegd op 10 mei 2017, op
<http://web.a.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=9aa2b29b-ec03-42c9-b304-1677c3e8bc09%40sessionmgr4008>
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (Herz. ed.). Amsterdam: Boom.
- Vermeulen, H., Ubink, D. (2009). *Vakliteratuur onder de loep*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vlek, H., & Overgoor, L. (2015). Van zz naar gg: Mensen worden blij van deze verandering. *Vakblad De Eerstelijns*, 12(2), 20-21. Geraadpleegd op 12 maart 2017 op

http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Van_ziekte_en_zorg_naar_gezondheid_en_gedrag_De%20Eerstelijns.pdf

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. doi: 10.1016/j.jen.2011.04.009

Bijlage 1 Ingekorte versie Kader document zelfstandige teams binnen De Wever Thuis⁷.

Kaders zelfstandige teams / De Wever Thuis / 2017-2019 / Wijkzorg

Auteur: Frank van der Made, manager De Wever Thuis, Tilburg, 14-11-2016

Bijlage ingevoegd op 10-4-2017, door Merian den Boer.

Kader voor de wijkverpleegkundige

De Wijkverpleegkundige speelt een centrale rol als zelfstandig professional verbonden aan het zelfstandig wijkteam (een vakinhoudelijk huisgenoot). Zij is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het zorgproces en is expert op het gebied van verplegen en verzorgen. Zij coacht teamleden zorginhoudelijk, coördineert de zorg en is het aanspreekpunt voor zowel de teamleden als de partners in de wijk. De Wijkverpleegkundige doet dit vanuit een meewerkende rol en in nauwe samenwerking met zowel de leden van de teams zelf, als met de teamcoach. De Wijkverpleegkundige stelt zich op als vakinhoudelijk coach.

Tabel voor Kaders wijkverpleegkundigen De Wever Thuis

CanMEDS Rollen	Huidig	Gewenst
Zorgverlener	Route lopen (micro)	Regisseur kwetsbare burgers (macro)
Communicator	Teamgericht	Clientgericht Steunsysteem gericht Wijkgericht
Samenwerkingspartner	Van reactief naar	Pro-actief
Reflective professional	Fragmentarisch naar	EBP (Evidence Base Practice), Intervisie Meetbare zorg Reflectie burgers (topzorg - focus op geluk)
Gezondheidsbevorderaar	Van ziekte en zorg naar	Gezondheid en gedrag
	Van Clientgericht naar	Burgergericht
Organisator	Van Leidinggevend organisator naar	Vakinhoudelijk coach
Kwaliteitsbevorderaar	Van situatie gericht naar	Innovator, verbeteraar en implementator (bevlogen, ondernemend en inspirerend)

Kader voor de teamcoach

De teamcoach WT is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de voortgang van het teamontwikkelingsproces, stemt dit proces adequaat af op het team en de te behalen resultaten. Is hierbij gericht op het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid, mede eigenaarschap van de teamleden en op het (door)ontwikkelen van het team naar de volgende fase van teamontwikkeling en eigenaarschap. Ondersteunt en stimuleert teamleden bij het herkennen, benutten en versterken van de team /individuele competenties¹ Bewaakt dat dit ontwikkelingsproces plaatsvindt binnen de afgesproken kaders, spelregels en waarden en normen van de

⁷ Aangezien het gehele document als bijlage niet relevant is voor de lezer voor dit onderzoek, is het gedeeltelijk meegenomen als bijlage in een ingekorte versie. Het gehele document is te vinden op www.dewever.nl voor medewerkers van de Wever.

organisatie. Coacht, adviseert, stuurt en ondersteunt in eerste instantie het team en waar nodig individuele medewerkers in het vergroten van hun bijdrage aan het teamresultaat.

Bijlage 2 Cliëntgestuurde Wijkzuster

Een toetsingskader voor mensgerichte zorg



Het Toetsingskader Cliëntgestuurde Wijkzuster is ontwikkeld door de Regionale Kruisvereniging West Brabant in samenwerking met CIO, de certificeerder voor de professionele dienstverlening.

Op 21 juni 2011 is een eerste versie van het toetsingskader goedgekeurd door de Regionale Kruisvereniging West Brabant. Naar aanleiding van de eerste formele toetsing op 19 oktober 2011 en de validatie van het toetsingskader op dezelfde datum is de definitieve versie vastgesteld.

Het toetsingskader is opgebouwd uit 4 perspectieven. Deze bevatten ieder hun eigen onderwerpen waaraan normen zijn gekoppeld. Voor deze normen is de betekenis weergegeven. De organisatie dient binnen 3 jaar aan alle normen te voldoen; het fasenummer bij elke norm geeft aan welk jaar de norm gaat meetellen voor de beoordeling

Clientperspectief: eigen regie en eigen kracht

F Bevat

Betekenis / norm

	De wijkzuster zoekt contact met bewoners in de buurt en beweegt zich naar clienten toe. De wijkzuster hanteert een open agenda, doelen liggen met van tevoren vast.
1 Nabijheid	De wijkzuster benadert de cliënt vanuit een open houding; het eigen oordeel/weten wordt opgeschort. De wijkzuster richt zich op het opbouwen van een relatie met de client.
1 Keuzevrijheid	De wijkzuster ondersteunt de client bij het maken van keuzes en overlegt met de client over de invulling van wensen en behoeften en ondersteuning die de client wil m.b.t. welzijn, wonen en zorg. De wijkzuster staat de client met raad en daad terzijde en respecteert de keuzes die de client maakt. Indien de client niet zelf in staat is om te kiezen, dan wordt overlegd met naasten van de client of wordt de client geobserveerd om te zien welke keuzes blijken uit het gedrag van de client. De client of diens vertegenwoordiger voert regie over het eigen
2 Samenwerking	De wijkzuster beschouwt de client als een volwaardige partner in het hulpverleningsproces. De relatie die de wijkzuster opbouwt met de client kenmerkt zich door: betrokkenheid, gelijkwaardigheid, verbinding en wederkerigheid.
2 Vertrouwen	De wijkzuster realiseert verbindingen met de omgeving en of andere (zorg)aanbieders. Er wordt op een respect- en kwaliteitsvolle wijze gecommuniceerd waarbij de ander zich echt gehoord en begrepen voelt, en op een manier die recht doet aan beiden.
2 Aansluiting	De wijkzuster sluit aan bij de waarden en normen van de client en houdt hier rekening mee. De wijkzuster ondersteunt de vrager bij het formuleren van de vraag en eventueel de vraag achter de vraag. De client (of diens vertegenwoordiger) is op de hoogte van de afspraken die tussen hem of haar en de wijkzuster of de organisatie zijn gemaakt.
3 Waardering	De client is hiermee akkoord en afspraken worden nagekomen. Afspraken worden vastgelegd in (zorg)leefplan. De wijkzuster reflecteert met de client in welke mate de behoeften en de daarbij gekozen oplossingen in worden gevuld. De wijkzuster reflecteert met de client op welke wijze de samenwerking bijdraagt aan de oplossingen voor de client. De wijkzuster reflecteert met de client op ieders bijdrage aan het proces.

Medewerkerperspectief: vakmanschap

F Bevat

Betekenis /norm

	De wijkzuster besteedt een substantieel deel van haar tijd aan activiteiten die betrekking hebben specifieke taken van de wijkzuster.
1 Beschikbaarheid	De omvang van het contract is minimaal 28 uur.
1 Professionaliteit	De wijkzuster weet wat zij moet en mag doen. De wijkzuster zorgt voor voldoende ruimte zichzelf te scholen waar nodig. De wijkzuster beschikt minimaal over volgende competenties: o oplossingsgericht (methodisch handelen) - o anticiperen (innoveren, brede maatschappelijk kijk en kennis van de sociale kaart) - o organisatievermogen (kennis maatschappelijke kaart, coördineren en afstemmen) - o Cliëntgestuurde (open en respectvol, verbindend, vraaggestuurd) - o onderhandelen o flexibel o zelfstandigheid De wijkzuster ontwikkelt competenties voor de activiteiten en vaardigheden die zij nodig heeft. Wijkzusters onderhouden regelmatig contact met elkaar om
2. VERBINDING	• De wijkzuster is in staat om de eigen waarden en normen te formuleren en hier vanuit te handelen. De wijkzusters zijn bekend met de visie en zijn betrokken bij het opstellen van het plan. • De wijkzusters en andere betrokken medewerkers zijn zich bewust van hun bijdrage in de uitvoering van de plannen. • De wijkzuster zorgt voor goede afstemming in het team en tussen verschillende disciplines.
3 Waardering	De wijkzuster zoekt actief naar reflectie op haar functioneren, van zichzelf, van collega's en klanten. De wijkzuster gebruikt deze reflectie om zichzelf te ontwikkelen.

Partnerperspectief: gezamenlijke verantwoordelijkheid

F Bevat	Betekenis /norm
----------------	------------------------

- | | |
|-----------------------|--|
| 1 Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • De wijkzuster maakt duidelijke afspraken met de partners over wie wat doet voor de client. • De wijkzuster bewaakt het zorgproces voor de client en bewerkstelligt een voorspoedige doorstroming van zorgverlening aan de client binnen de zorgketen. Ze neemt de nodige maatregelen om het zorgproces zo soepel mogelijk te laten verlopen. • De client ervaart de hulpverlening als een totaalpakket en geen afzonderlijke stukjes. |
| 2 Spin in het web | <ul style="list-style-type: none"> • De wijkzuster onderhoudt actief contacten met verwijzers waaronder de huisartsen en organisaties die relevant zijn voor de clienten. • De wijkzuster is gesprekspartner van de zorg- en welzijnspartners die bij de client zijn betrokken. |
| 3 Grensoverschrijdend | <ul style="list-style-type: none"> • De werkzaamheden van de wijkzuster passen naadloos op die van andere organisaties. • Gezamenlijk worden nieuwe werkwijzen bedacht om het voor de client nog beter te regelen. • Gezamenlijk worden hiaten in de oplossingsmogelijkheden voor de zorg aan clienten in een wijk in kaart gebracht en doorgegeven aan de verantwoordelijke personen en/of instanties. <p>De ondersteuning van de client wordt niet gehinderd door conflicterende procedures of protocollen van de betrokken organisaties.</p> |
| 3 Waardering | <ul style="list-style-type: none"> • De wijkzuster reflecteert samen met de partners in de wijk of de geboden zorgoplossingen voor clienten effectief zijn en aan wederzijdse verwachtingen voldoen. |

Managementperspectief: commitment en betrokkenheid^g

F Bevat

Betekenis / norm

1 Betrokkenheid van de leiding	De verantwoordelijkheid voor de invoering van het concept van de wijkzuster ligt op bestuursniveau. Het bestuur committeert zich aan het concept van de wijkzuster. Het bestuur zorgt ervoor dat de wijkzuster optimaal ondersteund wordt om haar werk goed te doen.
1 Visie, plan en bewustzijn van bijdrage	Het bestuur heeft in minimaal drie wijken een wijkzuster geïntroduceerd. Het bestuur heeft een visie op en kenmerken van het concept van de wijkzuster geformuleerd. Voor de invoering van 'het concept van de wijkzuster' is een plan aanwezig. Hierin is minimaal aandacht voor: - o Welke resultaten de organisatie wil bereiken met de wijkzuster - o Hoe de wijkzuster past in de organisatiestructuur - o De taken en bevoegdheden van de wijkzuster - o Welke competenties de wijkzuster daarvoor moet hebben - o Hoe te zorgen voor goede wijkzusters - o Hoe te zorgen voor een heldere werkwijze - o Hoe te zorgen voor een goed netwerk van partners - o Hoe de organisatie in te richten om de wijkzuster optimaal te ondersteunen, incl. mogelijkheden om te leren en reflecteren. - o Hoe te reflecteren of de resultaten worden bereikt.
2 Effect! even aansturing	De leiding kan aangeven welke stijl van aansturing nodig is om het concept van de wijkzuster tot een succes te maken. Leidinggevend en sturen en coachen op alle niveaus op vraaggestuurde zorg, verbeteren van clienttevredenheid en professionalisering van medewerkers. De leidinggevende toetst de wijkzuster en geeft haar opbouwende feedback. Leidinggevend beschikken minimaal over de volgende competenties: verbeeldingskracht, ondernemingszin, organisatievermogen, cliëntgerichtheid, regisseren, enthousiasmeren, resultaatgerichtheid. De wijkzusters ervaren de wijze van aansturing als ondersteunend en helpend om de resultaten bij klanten en netwerk te bereiken.
2 Leren en ontwikkel	De leiding heeft een duidelijke strategie geformuleerd voor de wijze waarop de organisatie effectief kan leren en ontwikkelen.
3 Borging en verankering	De wijze waarop dit is gebeurd, is geëvalueerd. Leerpunten worden gebruikt in volgende trajecten. De wijkzusters worden optimaal ondersteund door de werkwijzen van de organisatie (kwaliteitssysteem). De wijkzuster heeft de beschikking over die middelen die nodig zijn om haar werk goed uit te voeren.
3 Waardering	Deze middelen worden door de wijkzuster als voldoende ondersteunend ervaren. Het bestuur kan voorbeelden geven van wat bereikt is en verbeterd als gevolg van het 'concept van de wijkzuster'.

Bijlage 3 Begeleidingsbrief 1

Naam afzender: Merian den Boer, studentonderzoeker FHMg, verpleegkunde

Naam ontvanger: medewerkers De Wever Thuis

Betreft/onderwerp: uitnodiging voor deelname aan onderzoek

Tilburg, 13-4-2017

Geachte medewerker van De Wever Thuis,

Met genoeg nodig ik u uit voor deelname aan dit praktijkonderzoek voor mijn deelonderzoek van de HBO-V in opdracht van Frank van der Made. Dit afstudeeronderzoek voer ik uit samen met Annemiek Vissers en staat in het teken van het ontwikkeltraject naar het leiderschap van de wijkverpleegkundigen van alle wijkteams van De Wever Thuis.

Binnen De Wever Thuis is een ontwikkeling gaande naar zelfstandige teams waarin de wijkverpleegkundigen een transitie ondergaan van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap. De inhoud en vorm van dit vakinhoudelijk leiderschap is onbekend en niet ontwikkeld. Dit onderzoek gaat over hoe de transitie van het hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap bevorderd kan worden. Op basis van uw verwachtingen worden aanbevelingen en ondersteuningstrajecten aangeboden voor iedere wijkverpleegkundige.

Ik nodig u uit om deel te nemen aan een groepsgesprek (of als coach voor een interview samen met uw collega wijkcoach) op xx-xx-2017 op de Hazelaar in conferentieruimte x. Daarnaast vraag ik u of u eventueel bereid bent op een nader te bepalen datum, deel te nemen aan een tweede gezamenlijke evaluatiegroepsgesprek. Het eerste gesprek zal ongeveer één tot maximaal twee uur in beslag nemen. Het gezamenlijke evaluatiegroepsgesprek wordt geleid door Shaun Cardiff (projectleider FHMg) en neemt hoogstwaarschijnlijk twee tot drie uur in beslag. De tijd die het onderzoek in beslag neemt is werktijd. Koffie en thee zijn aanwezig alsook een kleine versnapering. De groepsgrootte is maximaal twaalf medewerkers. De deelnemers zijn verpleegkundigen/contactverzorgenden of verzorgenden uit de wijkteams van De Wever Thuis. Het gesprek wordt geleid door de onderzoeker en ondersteund door de mede-onderzoeker. Het gesprek wordt met audio met uw toestemming opgenomen.

De onderzoeker is wijkverpleegkundige van team Noord 1 en de mede-onderzoeker van team Zuid 3. Er is één aparte focusgroep voor alle wijkverpleegkundigen, één apart interview voor de wijkcoaches en twee focusgroepen voor de medewerkers van alle wijkteams, zodat iedereen hun mening vrij kan uiten.

Deelname aan dit onderzoek wordt op prijs gesteld maar is vrijwillig. Als u niet deelneemt, hoeft u niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken ook tijdens het onderzoek. De gegevens, zowel audio als transcripten worden vertrouwelijk verwerkt. De anonieme transcripten worden maximaal 5 jaar bewaard in geval ze gebruikt gaan worden voor een tweede studie over hetzelfde onderwerp. De audio-opnames worden in februari 2018 vernietigd.

De teksten op de audio-opnamen worden door de onderzoeker letterlijk op papier gezet en naar u opgestuurd ter controle op waarheid. Aanpassingen en/of aanvullingen worden verwerkt. De gezamenlijke uitkomsten worden uitgewerkt met hoofdthema's en opnieuw aan u voorgelegd ter controle of deze recht doen aan wat er vermeld werd in het groepsinterview. Vervolgens worden de resultaten besproken met een kleine groep vrijwillige afgevaardigden van alle deelnemers in het laatste evaluatiegroepsgesprek.

Aan u ook de vraag of u ook wilt deelnemen aan de evaluatiegroep. Als u daar interesse in heeft, verneem ik dat graag van u over de mail of telefonisch.

U krijgt als deelnemer een terugkoppeling van de resultaten in de vorm van een verslag.

Hebt u na het lezen van deze informatie nog vragen dan kunt u terecht bij de onderzoekers.

Dank voor uw deelname.

Met vriendelijke groet,

Merian den Boer, studentonderzoeker HBO-V
M: merian.denboer@student.fontys.nl
T: 06 515 48 723

Annemiek Vissers, studentonderzoeker HBO-V
M: annemiek.vissers@student.fontys.nl
T: 06 832 24 463

Opdrachtgever:

Frank van der Made, manager Wever Thuis

Handtekening

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'FvM', is written over a horizontal line.

Bijlage 4 Begeleidingsbrief 2

Naam afzender: Annemiek Vissers, studentonderzoeker HBO-V
Naam ontvanger: medewerkers De Wever Thuis
Betreft/onderwerp: uitnodiging voor deelname aan onderzoek
Tilburg, 13-4-2017

Geachte medewerker van De Wever Thuis,

Met genoeg nodig ik u uit voor deelname aan dit praktijkonderzoek voor mijn afstudeerproject van de HBO-V in opdracht van Frank van der Made. Dit afstudeeronderzoek voer ik uit samen met Merian den Boer en staat in het teken van het ontwikkeltraject naar het leiderschap van de wijkverpleegkundigen van alle wijkteams van De Wever Thuis.

Binnen De Wever Thuis is een ontwikkeling gaande naar zelfstandige teams waarin de wijkverpleegkundigen een transitie ondergaan van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap. De inhoud en vorm van dit vakinhoudelijk leiderschap is onbekend en niet ontwikkeld. Dit onderzoek gaat over hoe de transitie van het hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap bevorderd kan worden. Op basis van hoe u het leiderschap ervaart en waarneemt zullen aanbevelingen gedaan worden voor ondersteuningstrajecten voor iedere wijkverpleegkundige.

Deelname aan dit onderzoek wordt op prijs gesteld maar is vrijwillig. De tijd die het onderzoek in beslag neemt is werktijd. Als u niet deelneemt, hoeft u niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

U ontvangt binnenkort een mail met een link naar de digitale vragenlijst. Voorafgaand aan de vragenlijst geef ik u een werkdefinitie van (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap. Het invullen van de vragenlijst neemt 30 minuten in beslag. De vragenlijst wordt anoniem ingevuld. De wijkverpleegkundige is om toestemming gevraagd of de medewerkers haar mogen scoren. De wijkverpleegkundigen krijgen de mogelijkheid om de resultaten op haar/zijn naam te ontvangen, maar zien niet wie wat heeft gescoord.

De gegevens worden vertrouwelijk verwerkt en zullen na afloop maximaal vijf jaar bewaard worden in geval een secundaire studie gaat plaatsvinden over hetzelfde onderwerp. Omdat u naam niet op de vragenlijst staat bent u niet te traceren.

Een taart wordt toegekend aan het team met de hoogste respons.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen dan kunt u terecht bij de onderzoekers.

Dank u voor uw deelname.

Met vriendelijke groet,

Annemiek Vissers, studentonderzoeker HBO-V
M: annemiek.vissers@student.fontys.nl
T: 06 832 24 463

Merian den Boer, studentonderzoeker HBO-V
M: merian.denboer@student.fontys.nl
T: 06 515 48 72

Opdrachtgever:

Frank van der Made, manager Wever Thuis

Handtekening



Bijlage 5 Informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Transitie van hiërarchisch naar (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap door de wijkverpleegkundige

Verantwoordelijke onderzoekers: Annemiek Vissers en Merian den Boer

Beste medewerker van De Wever Thuis,

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat audio/video materiaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 6 Fasen CCHA-methode⁸

In deze bijlage een overzicht van de zeven fasen van 'Het kritisch-creatief hermeneutisch data-analyseraamwerk: Analyseren met in plaats van voor participanten' (CCHA) (Cardiff & van Lieshout, 2014).

De zeven fasen

Fase 1: Voorbereiden

Om de leesbaarheid van interviewtranscripten te verhogen worden ze eerst herschreven als gestructureerde verhalen en voorgelegd aan de geïnterviewde ter controle. Tevens wordt toestemming gevraagd voor gebruik in de collectieve data-analyse.

Fase 2: Kennismaken

Deelnemers lezen tijdens of voorafgaand aan de analyse de verhalen aandachtig door, om zo een eerste indruk te krijgen van verborgen betekenissen in de teksten. Er kan een leesopdracht worden gegeven om gedachten, gevoelens, ideeën en/of vragen die tijdens het lezen opkomen in de kantlijn weer te geven.

Fase 3: Overdenken

Een individuele warming-upoefening om zich te focussen op de analyse en zich (opnieuw) te richten op wat de verhalen de lezer verteld hebben.

Fase 4: Weergeven

Deelnemers wordt gevraagd in stilte de essentie van de teksten, als geheel, op creatieve wijze uit te beelden in de vorm van een collage. Dit kan door middel van foto's, tekenen, schilderen, beeldhouwen, in dichtvorm of een andere vorm van creatieve expressie.

In deze fase worden de belichaamde en cognitieve kennis geïntegreerd en wordt de interpretatie in een nieuw geheel gebracht.

Men kan individueel een collage maken en deze op een later moment samenvoegen, waardoor weer een nieuw geheel en mogelijk nieuwe inzichten ontstaan.

Fase 5: Kritiseren

Collectieve interpretatie van de creatieve collages over de betekenis van de verhalen. Het kritisch bevragen helpt om details in de delen van de collages te zien en zo meer diepgang, helderheid en intensiteit te creëren. Alternatieve interpretaties kunnen zo worden uitgewisseld.

Fase 6: Convergeren

Men doet nu een stap terug om weer naar het geheel te kijken en de meest zichtbare thema's te identificeren, alsook die thema's die meer onder de oppervlakte liggen. Hier ontmoeten verschillende perspectieven elkaar, worden horizonnen verbreed en geïntegreerd, en ontstaat een gedeelde interpretatie van de verhalen. Het resultaat is een thematisch raamwerk dat laat zien welke betekenis de groep aan de verhalen toeschrijft.

Fase 7: Bevestigen

In deze fase wordt het geheel weer in thematische delen opgedeeld door terug te gaan naar de oorspronkelijke teksten en ruwe data terug te zoeken die het thematisch raamwerk ondersteunen. Thema's kunnen worden geherformuleerd en nieuwe thema's kunnen eventueel worden toegevoegd. Thema's krijgen nu een gedetailleerde en rijke beschrijving.

⁸ De fasen van het CCHA-methode zijn onderdeel van het artikel van Cardiff en van Lieshout (2014); 'Het kritisch-creatief hermeneutisch data-analyseraamwerk: Analyseren met in plaats van voor participanten'.

Bijlage 7 Thema's data-analyse deelonderzoek 1



Thema's wijkverpleegkundigen

De verbinder zijn in het wijkteam

De meeste wijkverpleegkundigen zien verbinden als een belangrijke rol van een vakinhoudelijk leider op zowel teamniveau, in de organisatie of in de wijk. Hiervoor zijn volgens bijna alle wijkverpleegkundigen voorwaarden noodzakelijk als fysieke aanwezigheid, beschikbaarheid en zichtbaarheid voor het team. Over de fysieke aanwezigheid in omvang en hoedanigheid worden verschillende ideeën en meningen geventileerd en is afhankelijk, volgens de meesten, van de kwaliteit van de medewerkers van het wijkteam. De meeste wijkverpleegkundigen vinden het belangrijk om leider te inspireren, motiveren, betrokkenheid uit te stralen en vertrouwen te geven als rolmodel en kartrekker.

"Dat je fysiek ook zichtbaar bent voor de mensen, voor de teamleden want anders komen ze niet bij jou aankloppen, je zal op een gegeven moment ook een stukje vertrouwen moeten kweken, betrokkenheid moeten hebben met het team wil je dat kunnen bewerkstelligen." (F1, R6, p. 2)⁹

Kennis en visie hebben; expert zijn

Unaniem geven de wijkverpleegkundigen aan dat een hbo opleiding (bachelor) verpleegkunde de basis is voor een wijkverpleegkundige om te kunnen acteren vanuit expertise en kwaliteit van zorg te bewaken en verbeteren. De meesten willen als groep samenwerken en leren van elkaar. Bijna iedereen geeft aan zich te willen ontwikkelen tot vakinhoudelijk leider door middel van scholing, interviews en praktijkleren.

⁹ F= Focusgroep R= Respondent p.= paginanummer

"Ik heb nog best veel kennis te vergaren en ja ... ik moet een hele hoop bij gaan spijkeren en ik denk dat we daar ook de ruimte voor moeten gaan krijgen, om kennis op te gaan doen." (F1, R8, p.11)

Een eigen weg volgen en eigen regie hebben; autonomie

Alle wijkverpleegkundigen vinden autonomie belangrijk bij de invulling van hun vak. Ze delen gezamenlijk het feit dat ze hun eigen weg willen bepalen en eigen regie willen hebben om vervolgens succes te hebben als vakinhoudelijk leider. Zij zien dit als een voorwaarde om zelfstandig de wijk in te gaan, het netwerk uit te breiden en vroeg-signalering met preventie in de wijk uit te voeren. Veel zien een lege agenda, tijd hebben, als belangrijke randvoorwaarde om je eigen weg ook daadwerkelijk te kunnen volgen.

"ik zou dan een telefonisch spreekuur doen tussen negen en tien bijvoorbeeld of tussen 10 en 11 en om 12 uur aanwezig zijn op kantoor.... En dan in de ochtend afspraken maken of tijdens het spreekuur, zodat je diezelfde dag nog bij mensen langs kunt." (F1, R4, p.14)

Zorgen belemmeren transitie

Bijna alle wijkverpleegkundigen geven aan zorgen te hebben over de focusverschuiving van het leiderschap; van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leider. Deze zorgen worden gezien als belemmeringen om de transitie te ondergaan.

Zorgen zijn:

- Onvoldoende steun en hulp ervaren vanuit de organisatie.
- De organisatietaken belemmeren de ontwikkeling (organisatie wordt als 'niet klaar' ervaren).
- Onvoldoende ervaren van functioneren/steun en samenwerking met wijkcoaches.
- Onbekendheid met het vakinhoudelijk leiderschap.

"[. . .] en dan krijg je geen hulp en geen steun...want dat heb je wel nodig." (F1, R6, p.8)

"[. . .] dus eigenlijk mis je een stuk ondersteuning vanuit een coach of vanuit de organisatie, hè waar liggen die oplossingen, ik denk dat ik daardoor ook niet verder kom....het houdt mij in ieder geval heel erg tegen." (F1, R2, p.6)

Thema's wijkcoaches

Leiderschapskwaliteiten tonen

De coaches vinden de aanwezigheid van interpersoonlijke competenties buiten een hbo-diploma belangrijk(er). Leiderschapskenmerken die zij waarderen en nodig achten zijn: inspireren, zelfvertrouwen, charisma, een open houding, kritische denker, benaderbaar, flexibel en een visie op zorg uitstralen. Zij impliceren dat het belangrijk is om ontwikkelbaar te zijn en dat meer kennis noodzakelijk is voor de wijkverpleegkundigen in deze complexe tijden.

"[. . .] of als een netwerker...die moet toch zelfverzekerd zijn...die moet een verhaal hebben maar ook een open houding en charismatisch wel een beetje zijn en er zijn ook hele geschoolde mensen die dat niet hebben [. . .]." (IV¹⁰, R1, p.5)

Kwaliteit van zorg bewaken en verbeteren

Volgens de coaches wordt er veel gevraagd van de wijkverpleegkundigen in de nieuwe tijd vol met veranderingen. Hierdoor verwachten zij van de vakinhoudelijk leider hbo werk - en denkniveau en evidence based practice handelen, zodat zij de kwaliteit van zorg bewaakt, innoveert en verbetertrajecten implementeert. Deze nieuwe tijd vraagt volgens hen hbo-opgeleide professionals en is een harde eis van de zorgverzekeraars.

"Dat je toch wel iets meer kennis daarvan moet hebben en verbeterpunten kan opsporen en implementaties zelfstandig begeleiden en uitvoeren, dat zijn toch dingen die je op hbo-opleiding wel krijgt volgens mij en op een mbo achterweg wordt gelaten [. . .]." (IV, R2, p.6)

De missie en visie van de organisatie uitstralen

¹⁰ IV=interview

De wijkcoaches verwachten van de vakinhoudelijk leiders dat ze een rolmodel zijn door 'het beste jongetje van de klas' te zijn en zonder klagen zich te conformeren met de organisatie. Zij impliceren dat de mening van de vakinhoudelijke leider zwaar weegt en zij eerst moeten 'inweveren' om uniformiteit uit te stralen. De wijkcoaches suggereren dat de vakinhoudelijke leider als 'sandwichmodel' fungeert tussen de lagen in de organisatie en dat de samenwerking met de coach voor een uitdaging staat. Ze benadrukken het belang van een goede samenwerking.

"[. . .] denk ik dat je daarin moet uitstralen het beste jongetje van de klas te willen zijn als voorbeeldje denkt overstijgend. afdeling overstijgend, dat je je werk zonder klagen doet.... je denkt voor de organisatie en niet in het team of wat dan ook[. . .]." (IV, R1, p.14)

Leiderschap verschuiven van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap

Een verschuiving van hiërarchisch naar vakinhoudelijk leiderschap door de wijkverpleegkundigen wordt verwacht door de twee wijkcoaches. Er zijn vragen en zij beogen dat de verschuiving moeizaam plaats vindt uit mogelijke 'angst voor het onbekende' om te veranderen/verbreden. Zij denken dat leiden buiten het wijkteam/het wijkteam verlaten en fysiek uit beeld zijn mogelijk kunnen helpen bij de focusverschuiving en verwacht wordt van de vakinhoudelijke leider om een bezoeker te worden van haar eigen team.

"ik denk ook het woordje angst in de breedste zin van het woord. niet van angst... eng maar meer van angst voor het onbekende en dat ze niet weten hoe ze dan de invulling moeten gaan geven." (IV, R1, p.15)

"[. . .] soms zou het goed zijn als jullie eens uit beeld waren [. . .] ja, fysiek uit beeld, eigenlijk zou je ergens anders moeten kunnen gaan zitten zeg maar [. . .] tenminste vaak zit je daar gewoon en hebben mensen ook altijd de mogelijkheid om er naar toe te kunnen, dan hoeven ze zelf nooit te denken zeg maar." (IV, R2, p.14)

Thema's medewerkers wijkteams

Verbinding maken met het team en de belanghebbenden

De meeste medewerkers van de wijkteams verwachten van de vakinhoudelijke leider dat ze rust brengt door open te communiceren en te verbinden als sleutelfiguur in de organisatie, de wijk en binnen het wijkteam. Zij geven bijna allemaal de voorkeur aan samenwerken en coachen op relationeel en vakinhoudelijke grondslag.

"ja, maar dan is er juist die wijkverpleegkundige op dit moment die moet zorgen dat daar weer een geheel van moet maken en iedereen zijn kwaliteiten benut worden." (F2, R7, p.8)

"de verandering van de functie naar vakinhoudelijk leiderschap, ik denk dat communiceren hierin wel de eerste zin, of het woord moet zijn wat je moet hebben als wijkverpleegkundige en dat je goed communiceert met iedereen [. . .]" (F3, R7, pp 4)

Beschikbaar zijn als expert binnen het team

Bijna alle medewerkers verwachten en wensen een vakinhoudelijk leider die dichtbij beschikbaar is. De meesten merken op dat het afhankelijk is van de kwaliteit van het team hoe dichtbij zij aanwezig is. Zij verwachten een expert met een helicopterview die kartrekker en karduwer is, laagdrempelig beschikbaar is, die visie uitdragen, rolmodel zijn, verbeterpunten signaleren en samenwerken met de medewerkers van het team.

"omdat ik af en toe denk dat we toch nog expertise nodig hebben van iemand die een hbo studie gedaan heeft en dat die overzicht heeft en dat we daar bij aan kunnen kloppen voor kennis [. . .]." (F2, R2, p.2)

"soort van voorbeeldfunctie tijdens een gesprek en een rolmodel zijn door samen met een contactverzorgende op gesprek te gaan bij desbetreffende cliënt, waar het niet helemaal bij loopt". (F3, R1 p.11)

Ondersteuning bieden op basis van (zelf)vertrouwen en warmte

Op basis van de verwachtingen van de medewerkers wordt van de vakinhoudelijke leider verwacht dat zij ondersteuning biedt en een vertrouwenspersoon kan zijn. Hiervoor verwacht men dat zij een 'luisterend oor' heeft, de sfeer bewaakt binnen het team, zelfvertrouwen en warmte uitstraalt.

“ik wil wel geïnspireerd worden door iemand en die een warme persoonlijkheid heeft [. . .] iemand die zelfvertrouwen heeft en door dat zelfvertrouwen en die uitstraling word ik zelf ook gemotiveerd om door te gaan [. . .] dat imiteer ik ook....dan ga ik dat ook zo doen.” (F2, R3, p.3)

Zorgen en vragen over de transitie

De zorgen en vragen over de transitie uit zich in vragen over de rol van de wijkcoach en het ervaren van communicatieproblemen van het team met de organisatie en de wijkcoach

De rol en het functioneren van de wijkcoach wordt door bijna alle medewerkers als onvoldoende ervaren en roept vragen op. Voor de meesten zijn ze onzichtbaar, nauwelijks beschikbaar, is er een hoge drempel en onbekendheid over de rol/functie van de coach.

“Als ik nu een teamcoach bel met iets. Die zijn zes weken niet geweest, die weten misschien niet eens wie pietje is die is komen werken, denk ik dat dat meer onrust geeft, ik zie niet in wat dat nu. maar ook niet wat dat voor de toekomst gaat doen [. . .] dat kan je dan als team met die nieuwe wijkverpleegkundige zelf wel [. . .].” (F2, R7, p.5)

De communicatie van het team met de ondersteunende diensten uit de organisatie wordt door de meerderheid ervaren als onrustig, door het gevoel van niet gehoord te worden, het ‘niet luisteren’ naar de medewerkers van de wijkteams, wat vervolgens weer onrust geeft in het team.

“we willen eerst iemand die luistert.” (F2, R?, p. 16)

“[. . .] en het is ook niet duidelijk wat je van hun (de coach) mag verwachten en wat hun taak eigenlijk is, ik bedoel de éne keer komen ze met de i-padjes binnen, en de andere keer zitten ze bij het teamoverleg. Maar wat ze nu eigenlijk komen doen en toevoegen is mij ook niet duidelijk.” (F2, R1, pp 18)

Bijlage 8 Vragenlijst medewerker

Demografische gegevens

- Wat is uw leeftijd?
- Man / Vrouw (omcirkelen wat van toepassing is)
- Hoogst genoten opleiding MBO / HBO / WO (omcirkelen wat van toepassing is)

Invul instructie

- De vragenlijst meet de frequentie van 46 specifieke leiderschaps karakteristieken op een 10-punts schaal. De medewerker beoordeelt de wijkverpleegkundige hoe frequent zij de wijkverpleegkundige associeert met deze gedragingen. De antwoordmogelijkheden zijn: 1= Bijna nooit, 2= Zeer zelden, 3= Zelden, 4= Soms, 5= Incidenteel, 6= Soms, 7= Regelmatig, 8= Frequent, 9= Zeer frequent, 10= Bijna altijd.
- Lees elke vraag aandachtig en kruis datgene aan wat het eerst in je opkomt.
- Probeer zo eerlijk en realistisch mogelijk de vragen te beantwoorden.
- Beoordeel de wijkverpleegkundige op haar huidige professionele rol.
- Als je de vragenlijst hebt ingevuld controleer dan of je alle vragen hebt ingevuld.

Werkdefinitie (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap

De werkdefinitie geformuleerd door de onderzoekers: Een vakinhoudelijk leider is een hbo-verpleegkundige die vanuit de kern van een organisatie gepassioneerd, kritisch, zelfstandig, flexibel en creatief acteert met veel expertise, een warme uitstraling en een grote mate van zelfvertrouwen. De leider kan verbeterpunten opsporen, evidence based denken en handelen, reflecteren en implementaties zelfstandig begeleiden en uitvoeren. Ze zijn kartrekkers binnen een team, weten collega's te inspireren en motiveren, hebben een heldere visie op zorg, weten anderen te overtuigen van hun visie en zijn een rolmodel voor anderen.

Vragenlijst

1= Bijna nooit, 2= Zeer zelden, 3= Zelden, 4= Soms, 5= Incidenteel, 6= Soms, 7= Regelmatig, 8= Frequent, 9= Zeer frequent, 10= Bijna altijd.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	De wijkverpleegkundige neemt zichzelf als voorbeeld bij wat hij/zij van anderen verwacht.										
2	De wijkverpleegkundige praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren.										
3	De wijkverpleegkundige gaat op zoek naar uitdagingen om zijn/haar eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen.										
4	De wijkverpleegkundige bevordert samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk.										
5	De wijkverpleegkundige geeft mensen een compliment als ze hun werk goed gedaan hebben										
6	De wijkverpleegkundige besteed tijd en energie om zich ervan te verzekeren dat de mensen waarmee we werken zich houden aan de principes en normen, die we samen hebben afgesproken.										
7	De wijkverpleegkundige beschrijft een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst (van de zorgverlening) er zou kunnen uitzien.										
8	De wijkverpleegkundige daagt mensen uit nieuwe en innovatieve werkwijzen uit te proberen.										

Bijlage 9 Vragenlijst wijkverpleegkundige

Algemene vragen

- Wat is uw leeftijd?
- Man / Vrouw (omcirkelen wat van toepassing is)
- Hoogst genoten opleiding MBO / HBO / WO (omcirkelen wat van toepassing is)

Invul instructie

- De vragenlijst meet de frequentie van 46 specifieke leiderschaps karakteristieken op een 10-punts schaal. De wijkverpleegkundige beoordeelt hoe frequent zij zichzelf associeert met deze gedragingen. De antwoordmogelijkheden zijn: 1= Bijna nooit, 2= Zeer zelden, 3= Zelden, 4= Soms, 5= Incidenteel, 6= Soms, 7= Regelmatig, 8= Frequent, 9= Zeer frequent, 10= Bijna altijd.
- Lees elke vraag aandachtig en kruis datgene aan wat het eerst in je opkomt.
- Beoordeel jezelf op je huidige professionele rol.
- Als je de vragenlijst hebt ingevuld controleer dan of je alle vragen hebt ingevuld.

Werkdefinitie (transformationeel) vakinhoudelijk leiderschap

De werkdefinitie geformuleerd door de onderzoekers: Een vakinhoudelijk leider is een hbo-verpleegkundige die vanuit de kern van een organisatie gepassioneerd, kritisch, zelfstandig, flexibel en creatief acteert met veel expertise, een warme uitstraling en een grote mate van zelfvertrouwen. De leider kan verbeterpunten opsporen, evidence based denken en handelen, reflecteren en implementaties zelfstandig begeleiden en uitvoeren. Ze zijn kartrekkers binnen een team, weten collega's te inspireren en motiveren, hebben een heldere visie op zorg, weten anderen te overtuigen van hun visie en zijn een rolmodel voor anderen.

Vragenlijst

1= Bijna nooit, 2= Zeer zelden, 3= Zelden, 4= Soms, 5= Incidenteel, 6= Soms, 7= Regelmatig, 8= Frequent, 9= Zeer frequent, 10= Bijna altijd.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Ik neem mezelf als voorbeeld bij wat ik van anderen verwacht.										
2	Ik praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren.										
3	Ik ga op zoek naar uitdagingen om mijn eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen.										
4	Ik bevorder samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk.										
5	Ik geef mensen een compliment als ze hun werk goed gedaan hebben.										
6	Ik besteed er tijd en energie aan me ervan te verzekeren dat de mensen waarmee ik werk zich houden aan de principes en normen, die we samen hebben afgesproken.										
7	Ik beschrijf een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst (van de zorgverlening) er zou kunnen uitzien.										
8	Ik daag mensen uit nieuwe en innovatieve werkwijzen uit te proberen.										

Bijlage 10 Score samengevoegde vragenlijst (LPI en CLB-Q) van de wijkverpleegkundige

Sub dimensies

1. Model de way = rolmodel
2. Inspire a shared vision = inspireren tot een gemeenschappelijke visie
3. Challenge the proces = de status quo aanpakken.
4. Enable others to act = anderen in staat stellen te handelen
5. Encourage the heart = mensen een hart onder de riem steken

1=Nooit. 2=Zeer zelden. 3=Zelden. 4=Incidenteel. 5=Soms. 6=Regelmatig. 7=Frequent. 8=Zeer frequent. 9=Bijna altijd. 10=Altijd.

(Wijkvpk=zelfscore. La=laagste score medewerker. Ho=hoogste score medewerker. Gem.=totaal gemiddelde score medewerker. Med=mediaan. SD=standaarddeviatie. Mod=modus. Miss=aantal niet ingevulde vragen medewerkers)

LPI VRAGEN (transformationeel leiderschap)	Wijk vpk	La	Ho	Gem	Med	SD	Mod	Miss
1.Ik neem mezelf als voorbeeld bij wat ik van anderen verwacht.	6	5	8	7	7	1.09	7	-
6.Ik besteed er tijd en energie aan me ervan te verzekeren dat de mensen waarmee ik werk zich houden aan de principes en normen, die we samen hebben afgesproken.	5	6	8	7	7	0.71	7	-
11.Ik kom mijn beloften en afspraken die ik maak na.	9	5	8	7	7.50	1.22	8	-
16.Ik vraag feedback over hoe mijn handelen de prestaties van anderen beïnvloedt.	4	4	7	6	6	1.09	6	-
21.Ik werk aan consensus met betrekking tot de gezamenlijke waarden op basis waarvan onze organisatie wordt geleid.	7	6	7	7	6.50	0.50	6en7	-
26.Ik ben duidelijk over mijn opvatting over (vakinhoudelijk) leiderschap.	6	5	7	6	6.50	0.83	7	-

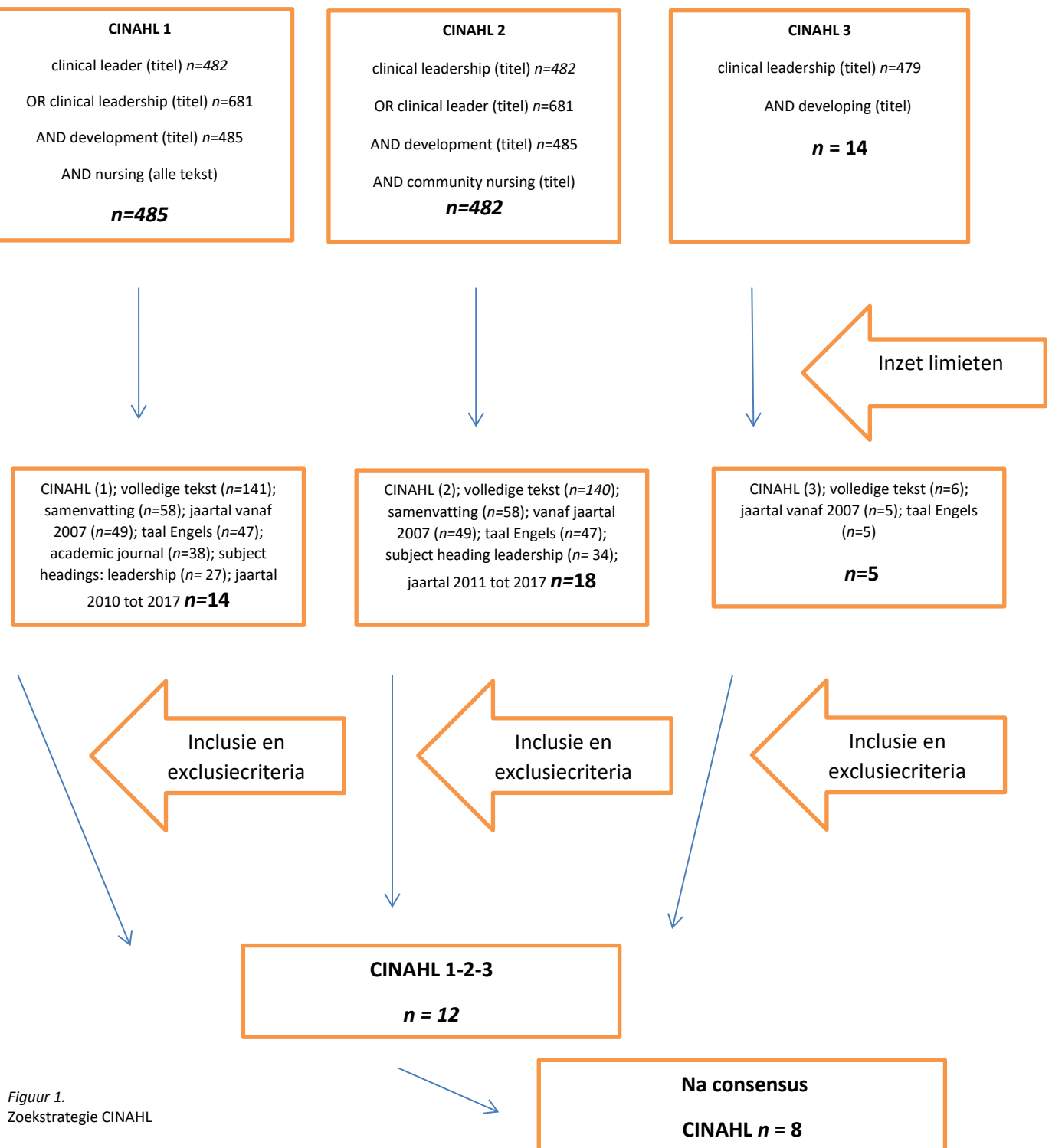
2.Ik praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren.	8	5	8	7	7	1.09	7	
7.Ik beschrijf een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst (van de zorgverlening) er zou kunnen uitzien.	7	5	7	6	6.50	0.83	7	-
12.Ik nodig anderen uit om een fascinerende toekomstdroom (over de zorgverlening) met mij te delen.	5	5	6	6	6	0.43	6	
17.Ik laat anderen zien dat zij hun doelen voor de lange termijn kunnen realiseren door een gezamenlijke visie te onderschrijven.	5	6	10	7	6.50	1.64	6	-
22.Ik schets de grote lijnen van wat we hopen te bereiken.	7	5	8	7	7	1.09	7	-
27.Ik spreek met oprechte overtuiging over de (hogere) betekenis en het doel van ons werk.	4	6	7	7	6.50	0.50	6 en 7	-
3.Ik ga op zoek naar uitdagingen om mijn eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen.	8	6	8	6	6	0.87	6	-
8.Ik daag mensen uit nieuwe en innovatieve werkwijzen uit te proberen.	6	6	7	6	6	0.43	6	-
13. Ik zoek buiten de grenzen van mijn organisatie naar innovatieve manieren om te verbeteren wat we doen.	6	5	8	6	6	1.09	6	-
18.Ik stel de vraag 'wat kunnen we leren?' als het niet loopt als verwacht.	5	7	8	8	8	0.43	8	-
23.Ik overtuig me ervan dat we haalbare doelstellingen formuleren, concrete plannen maken en meetbare resultaten vaststellen voor de projecten en programma's waar we aan werken.	6	5	8	6	6	1.09	6	-
28.Ik experimenteer en neem risico's, zelfs als er kans is dat het misgaat.	5	4	7	6	6.50	1.22	7	-
4.Ik bevorder samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk.	8	5	8	7	6.50	1.12	-	-
9.Ik sta open voor uiteenlopende standpunten, meningen en perspectieven.	10	7	10	7	7	1.30	7	-
14. Ik behandel anderen met waardigheid en respect.	10	7	10	9	10	1.30	10	-

19. Ik steun de beslissingen die mensen zelf nemen.	7	7	9	7	7.50	0.83	7	-
24. Ik geef mensen veel vrijheid en keuzemogelijkheden om zelf te beslissen hoe ze hun werk uitvoeren.	8	7	9	8	8.50	0.83	9	-
29. Ik zie erop toe dat mensen groeien in hun werk door zich nieuwe vaardigheden eigen te maken en zich te ontwikkelen.	6	6	8	7	7	0.71	7	-
5. Ik geef mensen een compliment als ze hun werk goed gedaan hebben.	8	6	7	6	6	0.47	6	1
10. Ik vind het belangrijk mensen te laten weten dat ik vertrouwen heb in hun mogelijkheden.	9	6	10	8	7.50	1.48	-	-
15. Ik let erop dat mensen op creatieve wijze worden beloond voor hun bijdrage aan het succes van onze projecten/ons team.	5	4	7	6	6.50	1.22	6	-
20. Ik geef in het openbaar erkenning aan mensen die zich loyaal tonen aan wat wij belangrijk vinden.	4	6	7	7	6.50	0.50	6en7	-
25. Als we iets hebben bereikt vind ik manieren om het te vieren.	6	3	5	5	5	0.87	5	-
30. Ik geef de leden van het team veel waardering en steun voor hun bijdragen.	6	6	8	7	7	1	6en8	2
Totaal:	196			202				

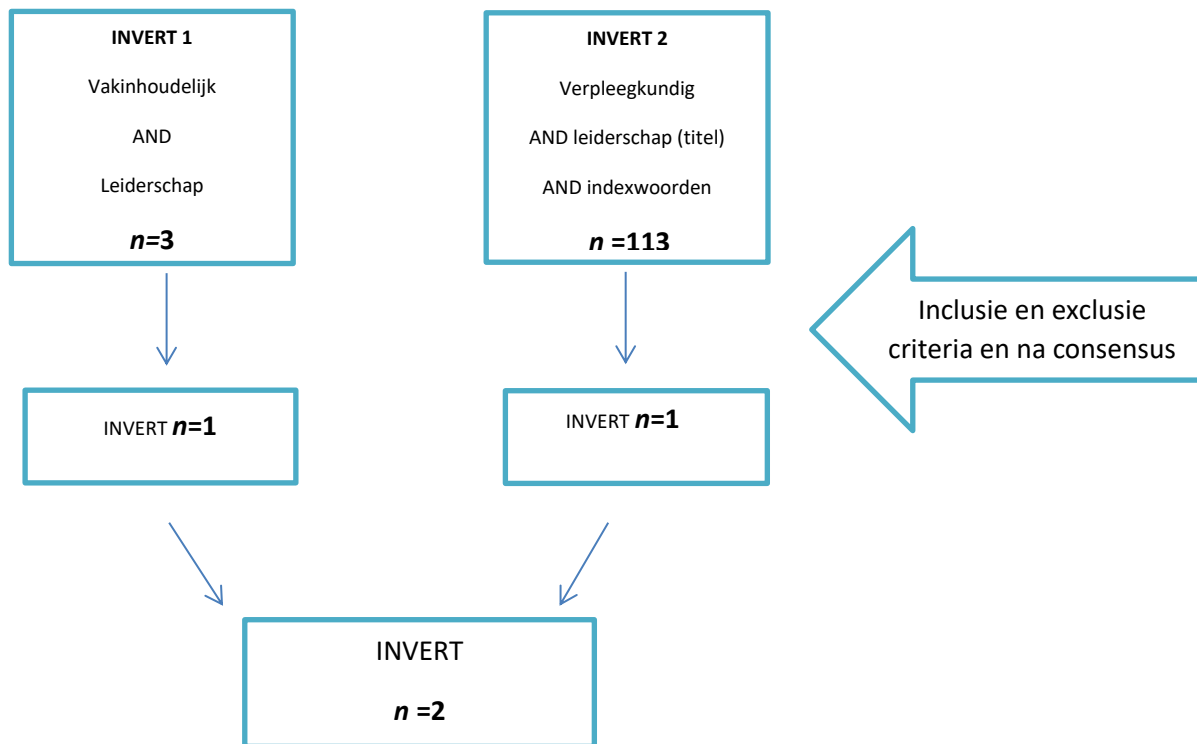
CLB-Q VRAGEN (vakinhoudelijk leiderschap)	Wijk vpk	Laags t	Ho	Gem.	Med	SD	Mod	Miss
1. Ik moedig anderen aan om overeenkomstig de standaarden en beschikbare evidence te werken.	6	6	8	6	6.50	0.83	6	-
2. Ik steun de inspanningen van anderen om de kwaliteit van de patiënt tevredenheid te onderzoeken.	6	6	7	7	6.50	0.50	6en7	-
3. Ik ben gevoelig voor de emoties en reacties van anderen.	7	4	5	5	5	0.47	5	1
4. Ik luister actief wanneer anderen met mij communiceren.	8	7	10	8	9	1.30	10	-
5. Ik neem verantwoordelijkheid voor beslissingen die effect op anderen hebben.	9	5	9	7	6.50	1.48	-	-
6. Ik ben aanspreekbaar voor de gevolgen en effecten voor anderen over beslissingen die ik neem.	9	6	10	8	8	1.58	-	-
7. Waar nodig handel ik actief om problemen of conflicten in het werkveld op te lossen.	8	6	10	8	7.50	1.48	-	-
8. Ik ontwikkel een goede samenwerkingsrelatie met de mensen met wie ik samenwerk.	8	7	9	8	8.50	0.83	9	-
9. Ik ben bereid beslissingen te nemen die effect hebben op cliënten of collega's.	7	7	8	8	7.50	0.50	7en8	-
10. Ik maak afwegingen in opties vóór ik reageer op een probleem of situaties.	7	5	9	8	8	1.66	9	-
11. Ik gebruik passende taal naar het individu of groep waarmee ik communiceer.	8	6	10	8	9	1.50	9	-
12. Wanneer nodig grijp ik in om conflicten in de werksetting te managen.	8	7	8	8	7.50	0.50	7en8	-
13. Ik zorg voor effectieve zorg door uitkomsten van geleverde zorg te monitoren (bijv. evaluatie, beoordelingen, audit rapporten).	6	6	8	7	7.50	0.83	8	-
14. Ik vraag cliënten om feedback over de kwaliteit van zorg die zij ontvangen.	9	6	9	7	6.50	1.22	6	-
15. Door mijn acties creëer ik een samenwerkingscultuur (bijv. rolmodel).	7	7	9	8	8	1	7en9	-

16. Ik maak maximaal gebruik van beschikbare middelen (apparatuur, informatie technologie, literatuur) om ervoor te zorgen dat we uitstekende zorg verlenen.	6	6	9	7	7.50	1.12	-	-
Totaal:	119			118				

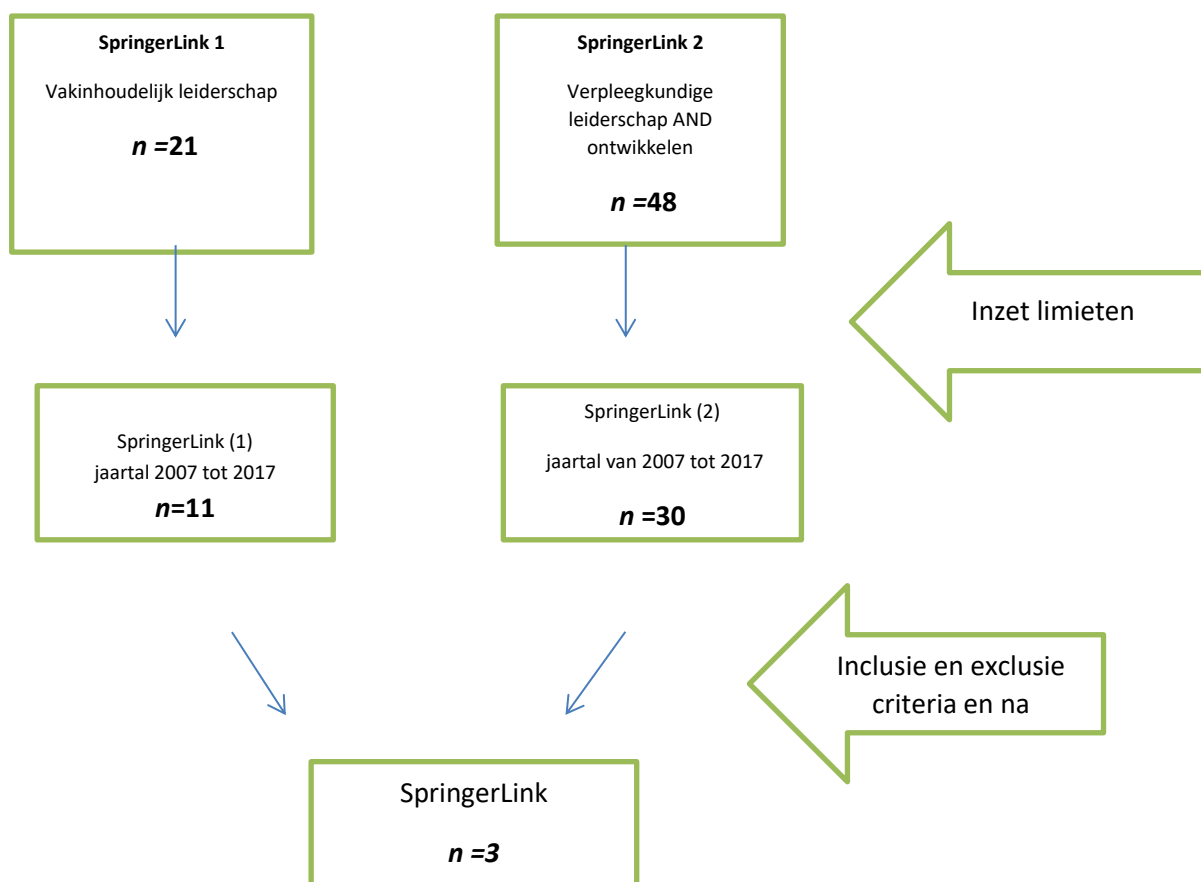
Bijlage 11 Zoekbomen



Figuur 1.
Zoekstrategie CINAHL



Figuur 2.
Zoekstrategie Invert



Figuur 3.
Zoekstrategie SpringerLink

Bijlage 12 Tabel literatuurstudie

Tabel 1.

Overzicht geïncludeerde wetenschappelijke literatuur

Auteur(s) & Publicatiejaar	Titel	Land	Methode	Waardering
1) Smith Houskamp (2013).	A Case Study Investigating The Development, Implementation, And Perceptions Of Transformational Leadership Practices Of The Clinical Nurse Leader	Verenigde Staten	Casestudie over het ontwikkelen, implementeren en waarnemen van het transformationeel leiderschap van de vakinhoudelijke leider. Kwalitatief; interviews met vakinhoudelijk leiders. Ontmoetingssessies. Dossieronderzoek. Kwantitatief: LPI meetinstrument gebruikt door vakinhoudelijk leider en observant.	<u>Uitstekend</u> Sterk: Wetenschappelijk onderzoek, kwalitatief en kwantitatief met literatuuronderzoek. Zwak: beperkt generaliseerbaar. Slechts 9 vakinhoudelijk leiders gevolgd bij 1 ziekenhuis setting.
2) Vatan & Temel (2009).	A Leadership Development Program Through Mentorship for Clinical Nurses in Turkey	Turkije	Quasi experimenteel actieonderzoek naar effect van mentorprogramma voor 9 vakinhoudelijk leiders. Kwantitatief: vragenlijsten vóór en ná programma gebruikt. Kwalitatief: 2 wekelijks reflectie dagboek met open vragen.	<u>Uitstekend</u> Sterk: Wetenschappelijk, kwalitatief en kwantitatief. Zwak: beperkt generaliseerbaar. 9 vakinhoudelijk leiders met 9 mentoren gedurende 6 maanden gevolgd.
3) Cameron, Harbison, Lambert & Dickson (2012).	Exploring leadership in community nursing teams	Schotland	Kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Individuele semi gestructureerde interviews en focusgroepen in 4 casestudies 2 onderzoeken bij wijkteams. En 2 onderzoeken bij openbare gezondheidszorg in 2 geografische gebieden. Totaal 54 deelnemers	<u>Uitstekend</u> Sterk: Wetenschappelijk. Peer debriefing. Thick description. Triangulatie. Logboek bijgehouden. Zwak: kleinschalige studie waardoor generaliseerbaarheid beperkt. Gegevens van zelf-rapportage gebruikt zonder observatie waardoor ongemelde aspecten van leiderschap niet herkend worden.
4) Long, Loble, Spurgeon, Clark, Balderson & Lonetto (2011).	The CLCF: developing leadership capacity and capability in the clinical profession	Engeland	Kwalitatief beschrijvend onderzoek. Semi gestructureerde vragen. 51 organisaties ontmoet waarvan 97 professionals in alle lagen van organisatie geïnterviewd. D.m.v. workshops feedback op CLCF framework. Presentaties gegeven. Literatuuronderzoek	<u>Uitstekend</u> Sterk: Wetenschappelijk. Breed opgezet en vanuit verschillende gremia. Diverse methoden gebruikt Zwak: Geen kwantitatief
5) Miller & Dalton (2011).	Learning from an evaluation of Kent, Surrey and Sussex Deanery's Clinical Leadership Fellowship Programme.	Engeland	Grotendeels kwalitatief met documentatie onderzoek Interviews. Digitale vragenlijst met open en gesloten vragen. Focusgroep. Telefonische interviews. Conferentie. Literatuuronderzoek	<u>Prima</u> Sterk: Wetenschappelijk kwalitatief. Zwak: Beperkt kwantitatief. Programma is op 1 moment geëvalueerd.
6) Lee, Goh, Yeo, Kaur & Chua (2015).	Evaluation of a Project: Clinical Leadership Programme That Prepared Senior Nurses and Nurse Managers at the National Kidney Foundation, Singapore for Renal Dialysis Nurse-Led Model of Care	Singapore	Kwantitatief beschrijvend pre-experimenteel design met vragenlijsten en voor en nameting waarbij effect van ontwikkelprogramma is gemeten. Kwalitatief via reflectieverslagen met citaten	<u>Prima</u> Sterk: Kwalitatief en kwantitatief. Wetenschappelijk. Vragenlijst is getoetst op interne en externe validiteit. Thick description. Zwak: geen controlegroep voor vergelijking. Geen analyse van kwalitatief onderzoek.
7) Bakker (2014).	Verpleegkundig leiderschap in medische centrum spectrum Twente.	Nederland	Kwantitatief, quasi experimenteel onderzoek. LPI meetinstrument gebruikt door vakinhoudelijk leider en observant.	<u>Goed</u> Sterk; Wetenschappelijk. Vragenlijst is gevalideerd. Vragenlijst ingevuld door deelnemer en observant. Zwak; Geen nul meting. Geen kwalitatief onderzoek. Respons 37,5 %.

Tabel 2
Overzicht niet-wetenschappelijke (vak)literatuur

Auteur(s) & Publicatiejaar	Titel	Land	Methode	Waardering
1) Crijns & Brummelen (2008).	Leiderschap op de werkvloer	Nederland	Artikel gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek over vakinhoudelijk leiderschap en ontwikkelprogramma's	<u>Goed</u> Sterk ; artikel uit populair wetenschappelijk opinieblad (Denkbeeld) Zwak ; geen wetenschappelijk onderzoek.
2) Plas & Crijns (2010).	Vakinhoudelijk leiderschap en de LPI.	Nederland	Artikel gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek over transformationeel leiderschap en het gebruik van de LPI bij een leiderschap programma.	<u>Goed</u> Sterk ; artikel uit Nederlands tijdschrift voor evidence based practice. LEVV heeft LPI vertaald op wetenschappelijk verantwoorde wijze naar Nederlandse versie. Zwak ; geen wetenschappelijk onderzoek.
3) Crijns, Holleman & Plas (2006).	Follow the leader.	Nederland	Artikel gaat over 2 ontwikkelprogramma's met bewezen waarde voor het ontwikkelen van vakinhoudelijk leiderschap. Ondersteund door VenVN en LEVV.	<u>Goed</u> Sterk ; Artikel uit toonaangevend Nederlands tijdschrift (Onderwijs en gezondheid). Zwak ; geen wetenschappelijk onderzoek.
4) Jaeken & De Witte (2006).	Verpleegkundig leiderschap in een stroomversnelling.	België	Artikel over aanpak van ontwikkeling naar vakinhoudelijk leider in een ziekenhuis met stappenplan voor veranderen via competenties, beoordeling van niveau, gedragsindicatoren, 360C feedback.	<u>Goed</u> Sterk ; heeft een wetenschappelijke onderbouwing. Artikel uit tijdschrift van het Centrum voor Ziekenhuis-wetenschappen van de Katholieke Universiteit te Leuven. Zwak ; geen wetenschappelijk onderzoek.
5) Taylor & Martindale (2013).	Clinical leadership in primary care.	Engeland	Artikel bevat wetenschappelijke literatuur waarin begrip en toepassing van vakinhoudelijk leiderschap wordt onderzocht in de primary care. Bevat opdrachten om je vakinhoudelijk leiderschap te ontwikkelen en verbeteren. Verwijzing naar ontwikkelprogramma's.	<u>Goed</u> Sterk ; heeft een wetenschappelijke onderbouwing via dubbelblinde review. Professioneel vaktijdschrift gepubliceerd bij de Royal College of Nursing met klinische vak artikelen gerelateerd aan wijkverpleging. Artikelen is geregistreerd in Cinahl. Zwak ; Geen wetenschappelijk onderzoek.
6) Jukkala, Greenwood, Motes & Block (2013).	Creating innovative CNL practicum experiences through academic and practice partnerships.	Verenigde Staten	Artikel beschrijft proces van een ontwikkelprogramma vanuit een samenwerking tussen opleiding en ziekenhuispraktijk om vakinhoudelijk leiders te ontwikkelen met leermeesters.	<u>Goed</u> Sterk ; wetenschappelijke onderbouwing met dubbelblinde review uit wetenschappelijk tijdschrift: Nursing Education Perspectives. Zwak ; geen wetenschappelijke onderzoek.
7) Pintar, Capuano, & Rosser (2011).	Developing Clinical Leadership Capability	Verenigde Staten	Procesbeschrijving van programmatische benadering in een ziekenhuissetting om leiderschapsontwikkeling voor kleine groepen te ontwikkelen. Doel om andere organisaties gebruik te laten maken van dit programma en de lessen die hieruit geleerd zijn.	<u>Goed</u> Sterk ; Wetenschappelijke onderbouwing. Gepubliceerd in The Journal of Continuing Education in Nursing. Populair maandblad voorzien van originele peer review artikelen. Zwak ; geen wetenschappelijk onderzoek. Geen metingen van effect.
8) Meer (2015).	Zorg vraagt bescheiden leiders.	Nederland	Beschouwing over leiders van de toekomst. Leiderschapsvaardigheden opnemen in opleidingscurricula geeft voordelen. Voorstander van keuzevak leiderschap. Effectief leiderschap is voor goede clienten zorg net zo belangrijk als kennis van fysiologie etc.	<u>Redelijk</u> Sterk ; Beschouwing is gebaseerd op oratie van een hoogleraar Health Care Management. Gepubliceerd in gerenommeerd vakblad, Skipr (vakblad vanuit perspectief van de beslissers in de zorg). Zwak ; Geen wetenschappelijk onderzoek en geen onderbouwing vanuit literatuur.