



# De kunst van verpleegkundig leiderschap

---

Op weg naar een nieuw normaal in  
de zorg voor mens en aarde

**Dr. Kim J.M. Verhaegh**  
lectoraat Verpleegkundig Leiderschap

# De kunst van verpleegkundig leiderschap



Op weg naar een nieuw normaal in  
de zorg voor mens en aarde

## Lectorale Rede

Uitgesproken op 15 november 2023

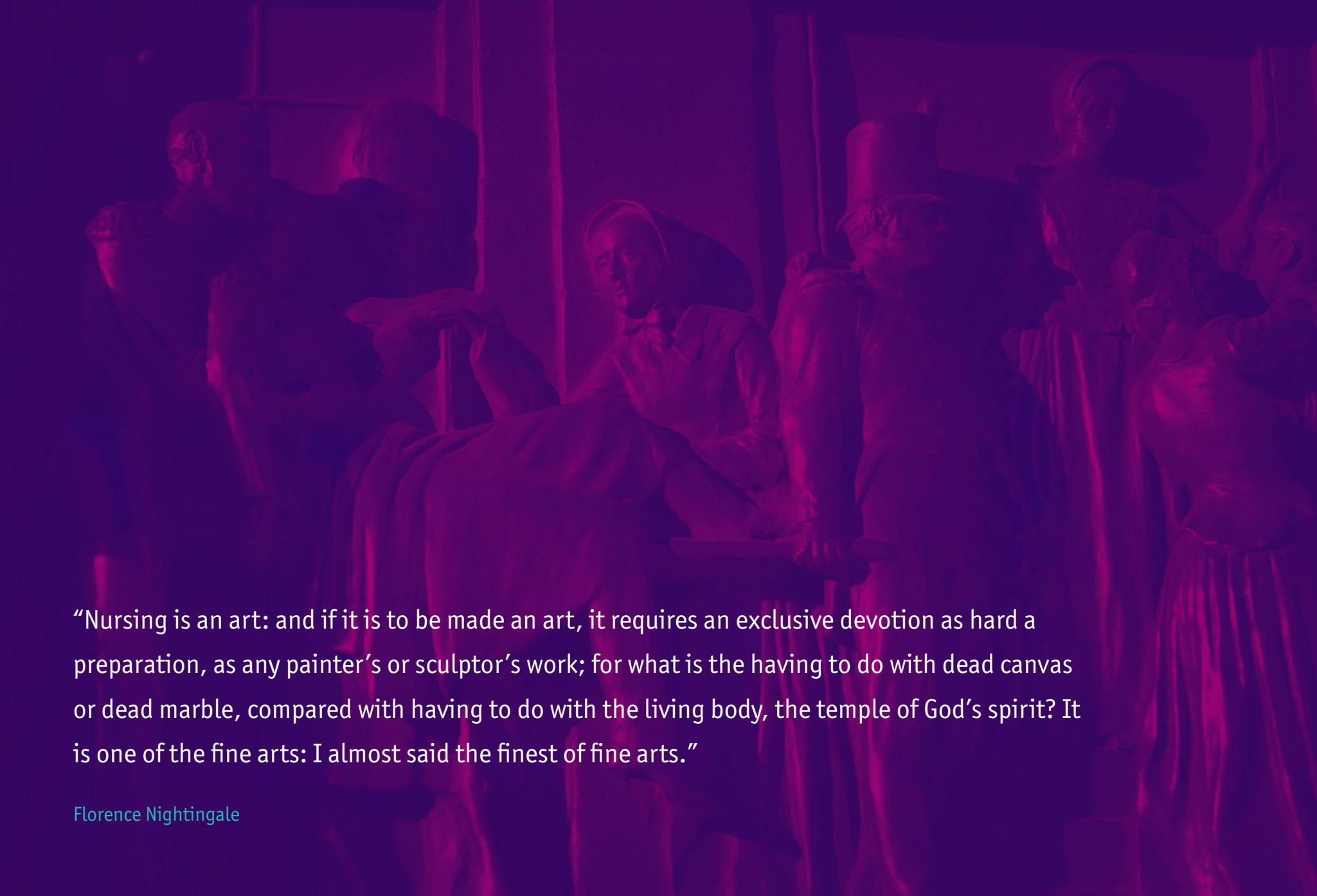
Door dr. K.J.M. Verhaegh



*Alrijne*  
zorggroep

lectoraat Verpleegkundig Leiderschap  
aan Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep





“Nursing is an art: and if it is to be made an art, it requires an exclusive devotion as hard a preparation, as any painter’s or sculptor’s work; for what is the having to do with dead canvas or dead marble, compared with having to do with the living body, the temple of God’s spirit? It is one of the fine arts: I almost said the finest of fine arts.”

Florence Nightingale

# Woord vooraf

In 2020 begon ik mijn lectorale opdracht. Vol energie en goede moed maakte ik kennis met zoveel mogelijk studenten, docenten, verpleegkundigen, artsen, teamleiders, beleidsmakers, managers en bestuurders om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de mensen die samen de organisaties Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep maken. Zo probeerde ik meer inzicht te krijgen in wat er speelt in het werkende leven van verpleegkundigen en wat nodig is rondom het vraagstuk verpleegkundig leiderschap. Hiervoor maakte ik goed gebruik van mijn achtergrond in de verpleegkunde en culturele antropologie.

En toen ineens stond alles stil. De coronapandemie zorgde ervoor dat het menselijke contact voornamelijk online plaatsvond. In het ziekenhuis was er sprake van code rood. Echter, met een onverwachte wending kwam ik toch het ziekenhuis binnen. Alleen nu niet als lector, maar wel als patiënt. Het was niet alleen crisis in mijn omgeving, maar ook in mijn lichaam. Ziek zijn werd mijn werk. Mijn 'baan' als patiënt bracht mij in contact met allerlei zorgprofessionals en ik kreeg zo een inkijkje in de wonderse wereld van het ziekenhuis.

Ik leefde en leef nog steeds tussen twee werelden, namelijk die van ziek en gezond zijn. En met mij heel veel andere mensen. Mensen die niet meer ziek zijn, maar ook niet gezond. Toch lukt het om een manier te vinden om me aan te passen aan dit nieuwe zijn en is er steeds minder ruimte nodig voor de rol van patiënt en gelukkig meer ruimte voor mijn werk als lector. Dat doe ik samen met mijn medeonderzoekers van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap. Het lectoraat onderzoekt hoe verpleegkundigen leiderschap kunnen nemen in het verbeteren van hun werk en de patiëntenzorg in het ziekenhuis. We zijn nu drie jaar verder en ik kan met trots zeggen dat we een solide basis hebben neergezet. Ik kijk er dan ook naar uit om de komende jaren het kunstenaarschap van verpleegkundigen te versterken.

**Dr. Kim J.M. Verhaegh**

lectoraat Verpleegkundig Leiderschap  
aan Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep







## De kennis-kring

Leden van de kenniskring in volgorde van boven naar beneden en van links naar rechts:

**Nienke** Holl, **Carin** Westhof, **Florine** Walburg, **Marije** Janmaat, **Marcelle** Rittershaus, **Rick** Hendriks, **Monique** Klinkenberg, **Cecile** Aan de Stegge, **Leontien** van Wely, **Heleen** Melissant, **Monica** Danielse, **Kim** Verhaegh, **Pegah** Esmaili, **Claudia** Verkaart



## Lectoraat Verpleegkundig Leiderschap

Het lectoraat verpleegkundig leiderschap is een samenwerkingsverband tussen Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep. Het lectoraat maakt deel uit van het kenniscentrum Vitaliteit en Eigen Regie (VEER). Tevens is het lectoraat onderdeel van de Faculteit Gezondheidszorg met het zwaartepunt op gezondheid en welzijn. Dat betekent dat het lectoraat praktijkgericht onderzoek doet in co-creatie met de verpleegkundige beroepsgroep in het Alrijne Ziekenhuis en studenten en docenten van de opleiding hbo-verpleegkunde en de Master Advanced Nursing Practice (MANP) van Hogeschool Leiden. Met het onderzoek wil het lectoraat bijdragen aan het empowerment en de veerkracht van (toekomstige) verpleegkundigen, zodat zij invloed kunnen uitoefenen op alles dat hun werk raakt. Dit vanuit de overtuiging dat verpleegkundigen een sleutelrol hebben in het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg die past bij de zorgbehoeften en wensen van patiënten en hun naasten.



# Inhoud

---

Inleiding

## Hoofdstuk 1

Huidige staat verpleegkundig leiderschap

## Hoofdstuk 2

Cultuurverandering in de verpleegkunde

## Hoofdstuk 3

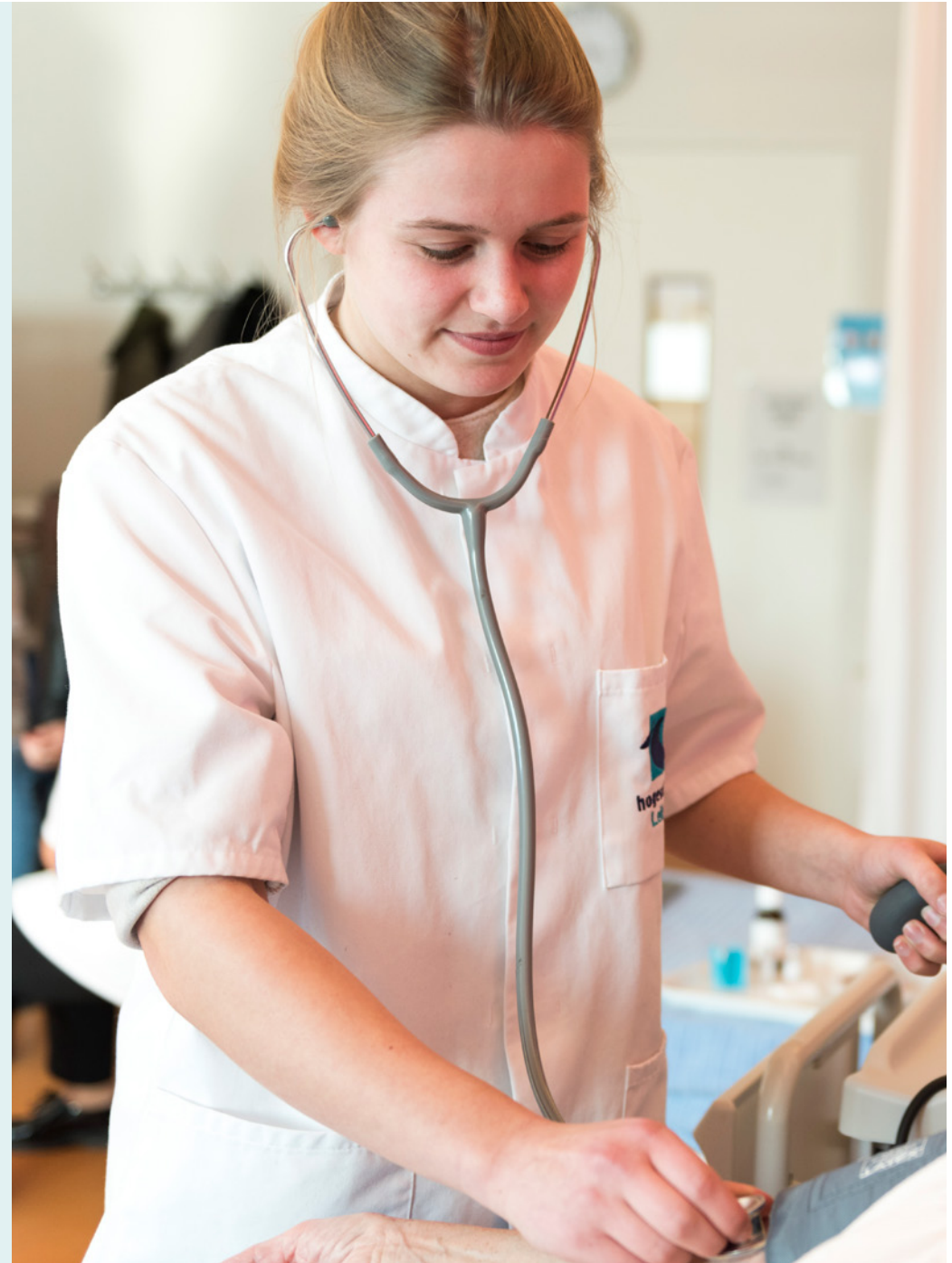
Verpleegkundig leiderschap en zorg voor de mens

## Hoofdstuk 4

Verpleegkundig leiderschap en zorg voor de aarde

Dankwoord

Literatuur





# Inleiding

Verpleegkundig werk is de afgelopen jaren bijzonder veel in beeld gekomen. We hebben kunnen zien dat verpleegkundigen in het begin van de coronapandemie werden onthaald als helden van de zorg. Niemand wist toen nog wat ons allemaal te wachten stond en hoe de pandemie zich zou gaan ontwikkelen. Verpleegkundigen beseften dat zij iets moesten doen en heel Nederland keek mee. Verpleegkundigen toonden en namen leiderschap in de zoektocht naar oplossingen voor acute problemen waar ze nog nooit in deze hevigheid mee te maken hadden gehad. Maar ze moesten ook veel persoonlijke risico's nemen, omdat er nog weinig of geen beschermende middelen waren. Ze zagen de angst in de ogen van hun patiënten, de stress bij collega-zorgverleners en voelden het verdriet en de onmacht bij familieleden. En eenmaal thuis na een lange werkdag, moesten ze afstand houden van hun eigen familieleden, bang om ook hen te besmetten. Verpleegkundigen deden dus alles om zo goed mogelijk voor hun patiënten te zorgen. Zelfs oud-verpleegkundigen voelden zich in deze periode in hun diepste binnenste aangesproken om hun witte uniform weer aan te trekken en te helpen waar de nood het hoogst was. Hierdoor werden verpleegkundigen gevierd als helden. Ze werden overladen met cadeaus en dankbetuigingen. Alleen na een tijd vervloog de heldendom verering van verpleegkundigen. Verpleegkundigen raakten doordrongen van een akelige realiteit. De verpleegkundige als held is vleidend, maar niet het complete, niet het *echte* verhaal.





Achter de façade van het heldendom gebeurde er in de werkelijkheid iets heel anders. Verpleegkundigen werden ingehaald door hun verleden. Ik moest hierbij denken aan de Diakonessenspreuk die werd uitgesproken tijdens de inzegening van de Diakonessen Leiden:

En wat is mijn loon?  
Ik dien noch voor loon,  
noch voor dank,  
maar uit dankbaarheid en liefde;  
mijn loon is, dat ik mag.  
En als ik daarbij omkom?  
Kom ik om, zoo kom ik om.

*(Fragment uit Diakonessenspreuk (1))*

Deze Diakonessenspreuk uit 1908 laat zien dat deze opofferingsgezinde mentaliteit van verpleegkundigen niet nieuw is, maar is gevoed door een rijke geschiedenis. Een geschiedenis die doorwerkt in de huidige tijd. We deden namelijk datgene wat er van ons werd verwacht, wat we van onszelf verwachtten. We offerden ons op en werden opgeofferd voor het belang van onze patiënten en collega's. Maar zorg verlenen aan mensen in een kwetsbare positie, in crisistijd of niet, mag nooit afgewenteld worden op enkel de verpleegkundigen.

Dat gezegd hebbende denk ik dat de coronapandemie ook iets heeft opengebroken, iets losgemaakt in ons innerlijke zelf. Veel verpleegkundigen hebben namelijk ervaren hoe betekenisvol hun werk is en hoe het is om een stap naar voren te zetten in een onzekere tijd. En verpleegkundigen hebben ervaren hoe anderen een stap opzij zetten voor hen, hoe het is om te werken vanuit gelijkwaardigheid, gehoord te worden en zeggenschap te hebben. Alleen, nu de pandemie aan haar einde is gekomen, vraag ik mij af hoe we dit kunnen vasthouden en afscheid kunnen nemen van oude gewoontes en gebruiken die ons belemmeren om ons uit te spreken en het goede te doen voor onze patiënten en hun familie, onze collega's en onszelf.

Het is zaak om nu het verpleegkundige vak (kunstenaarschap) te herdenken, robuuster te maken voor de schokken die er nog aan zullen komen (2). De coronaperiode heeft ons duidelijk laten zien hoe kwetsbaar ons zorgsysteem is en hoezeer de gezondheid van de mens verbonden is met de gezondheid van de aarde. Daarnaast zien we globaal een beweging dat mensen in groten getale ontslag nemen en vaak ook niet meer aan het werk gaan in de gezondheidszorg (54% zoekt werk buiten de gezondheidszorg 2020-2021) (3). In Nederland zien we een hoog ziekteverzuim (9,3%) (4) onder verpleegkundigen en een toenemende uitstroom van jonge verpleegkundigen (5). Ons lectoraat levert een bijdrage om meer inzicht te geven in de huidige problemen en suggereert een weg uit deze problemen. Ten eerste, in het duiden van de rol van verpleegkundig leiderschap bij het verbeteren en professionaliseren van de verpleegkundige zorg. Ten tweede, in het onderzoeken hoe met verpleegkundig leiderschap het zorgsysteem veerkrachtiger, duurzamer en minder kwetsbaar kan worden gemaakt.

In de afgelopen drie jaar hebben we als lectoraat een stevige onderzoeksbasis gelegd voor het beantwoorden van deze vragen. Samen met mijn onderzoeksgroep doe ik praktijkgericht onderzoek naar het paradigma van verpleegkundig leiderschap in co-creatie met de verpleegkundige beroepsgroep in het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp en studenten en docenten van de opleiding hbo-verpleegkunde en de Master Advanced Nursing Practice (MANP) van Hogeschool Leiden. Met ons onderzoek willen we bijdragen aan het *empowerment* van (toekomstige) verpleegkundigen, zodat zij invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling van hun vak en de organisatie waarin zij dit vak uitoefenen. Dit vanuit de overtuiging dat verpleegkundigen een sleutelrol hebben in het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg die past bij de zorgbehoeften en wensen van een patiënt en zijn naasten. De bijdrage van verpleegkundigen reikt daarbij verder dan alleen hun invloed op de persoonsgerichtheid en effectiviteit van de zorg die zij zelf verlenen aan patiënten, maar omvat ook hun rol als verpleegkundig leider binnen een zorgorganisatie. Hierbij gaat het expliciet niet om een formele leiderschapspositie, zoals een managementpositie in de organisatie. Het gaat erom dat verpleegkundigen in alle lagen van de organisatie ruimte krijgen en nemen om mee te denken en te beslissen over beleid dat het verpleegkundig werk behelst of raakt. Om de complexere zorgvragen van patiënten en naasten te beantwoorden, is het daarom noodzakelijk om de verpleegkundige zorg te professionaliseren en de positie van verpleegkundigen binnen het systeem van de algemene gezondheidszorg te versterken. Verpleegkundig leiderschap is daarbij essentieel.

De interesse in verpleegkundig leiderschap is binnen de beroepsgroep erg groot en krijgt met het nieuwe opleidingsprofiel BN2030 (6) een nog prominentere plek in het curriculum van verpleegkundige opleidingen. Nadeel is dat verpleegkundig leiderschap weleens als een containerbegrip wordt geduid en soms verkeerd of te simplistisch wordt geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld door sommige politici en beleidsmakers om hun neoliberale

discours van eigen kracht en verantwoordelijkheid te verantwoorden. Hiermee wordt succes of status van het individu gebaseerd op de eigen verdiensten en zijn verpleegkundigen dus zelf verantwoordelijk voor hun succes en welbevinden, zonder daarbij de invloed van de geschiedenis van het beroep, de sociale structuur en organisatiecultuur mee te wegen. Of dat wanneer zorgmanagers het over verpleegkundig leiderschap hebben, verpleegkundigen enkel worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om de zorg nog efficiënter te maken. Bijvoorbeeld door verpleegkundigen aan te moedigen om met minder collega's twee keer zoveel patiënten te verzorgen met dezelfde kwaliteit en werkplezier.

Ik wil hier stellen dat verpleegkundige zorg geen industrie is, geen productieproces. Het gaat over mensen, over verbinding, over maatschappelijke en verpleegkundige waarden die we moeten beschermen tegen hen die enkel en alleen op efficiency sturen. Het is echter waar dat we te maken hebben met grote maatschappelijke transitie's en het is juist dat we moeten onderzoeken welke zorg passend is om de gezondheidszorg financieel houdbaar te maken. Verpleegkundigen kunnen en willen een grote rol spelen in deze transitie's door in te zetten op gezondheid, sociale rechtvaardigheid en ecologische duurzaamheid. Daarom is het belangrijk dat we zorgorganisaties er echt toe uitnodigen om een stap vooruit te zetten, zodat verpleegkundigen zelf een narratief kunnen ontwikkelen hoe ze invulling willen geven aan verpleegkundig leiderschap.

In deze rede neem ik u mee in mijn denken over verpleegkundig leiderschap, gevoed door alle inzichten die ik de afgelopen jaren opdeed door allerlei inspirerende ontmoetingen met mensen die werkzaam zijn in, aan en buiten de zorg. Ik ga eerst in op de huidige staat van verpleegkundig leiderschap, vervolgens licht ik toe hoe in mijn ogen verpleegkundig leiderschap een rol kan spelen in de toekomstige zorg voor de mens en de aarde.





# Hoofdstuk 1

.....

## Huidige staat van verpleegkundig leiderschap

# Huidige staat van verpleegkundig leiderschap

Zonder verpleegkundigen is er geen gezondheidszorg. Verpleegkundigen zijn veruit de grootste beroepsgroep in de zorg (216.681 BIG-geregistreerd verpleegkundigen vs. 78.110 artsen (7)). Zij brengen de meeste tijd door met patiënten. Verpleegkundigen hebben daardoor waardevolle inzichten en vervullen een sleutelrol in het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg die past bij de behoeften en wensen van patiënten en hun naasten. Verpleegkunde is een veelzijdig beroep en het werk vindt onder andere plaats in ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische instellingen, bedrijven of in de wijk. Maar wat is verpleegkundig werk nu eigenlijk? De International Council of Nurses (8) omschrijft het zo:

‘Verpleegkunde omvat autonome, samenwerkende zorg voor individuen van alle leeftijden, families, groepen en gemeenschappen, ziek en gezond in alle settingen. Verpleegkunde omvat het bevorderen van de gezondheid, het voorkomen van ziekte en de zorg voor de zieke, en fysiek of mentaal beperkte en stervende mensen. Ook zijn belangenbehartiging, bevordering van een veilige omgeving, onderzoek, deelname aan het vormgeven van het gezondheidsbeleid en management van patiëntenzorg en zorgsystemen, en educatie belangrijke verpleegkundige taken en rollen.’ (ICN, 2002)

Uit deze definitie kunnen we opmaken dat het beroep van verpleegkundigen ontzettend belangrijk, betekenisvol, uitdagend en complex is. Verpleegkundigen maken dagelijks het verschil in de levens van patiënten en hun naasten en worden wereldwijd gezien als de meest betrouwbare beroepsgroep (9). Maar dan toch, dan toch hebben we

als verpleegkundigen nog steeds te maken met oude en nauwe beeldvormingen of stereotyperingen over verpleegkundigen en verpleegkundig werk (10, 11). Iedereen denkt namelijk te weten wat een verpleegkundige is: zij is een jonge vrouw in een wit uniform en werkt in een ziekenhuis waar zij zorgdraagt voor zieke mensen. Iedereen denkt ook te weten wat een verpleegkundige doet: zij volgt orders op van een arts, zodat een ziekte kan worden genezen en zij helpt de zieke door dit pijnlijke proces heen met compassie en gewoon handelen (12). Mensen denken voornamelijk aan een *zij*, omdat in hun ogen een verpleegkundige een vrouw is in een vrouwenberoep, die werk uitvoert dat past bij een vrouw (13, 14). En zij werkt vaak in deeltijd om het (onbetaald) zorgen voor anderen thuis voort te zetten. Ook dichtten mensen typische kwaliteiten toe aan verpleegkundigen, zoals dat ze lief, zorgzaam, opofferingsgezind en (vooral in de coronaperiode) heldhaftig zijn.

## Verpleegkundige stereotyperingen

Maar dan kun je denken: verpleegkundigen kunnen toch ook goed zorgen en zich heldhaftig gedragen? En de meeste verpleegkundigen zijn toch ook vrouw (88% vrouw vs. 12% man (7)). Uit onderzoek (11, 15) blijkt dat langdurige blootstelling aan stereotypen ertoe leidt dat deze aannames diepgeworteld raken in onszelf. Hierdoor ervaren wij deze stereotypen niet alleen als een omschrijving van hoe verpleegkundigen zouden zijn, maar ook hoe ze zich dienen te gedragen. Denkbeelden die ontstaan over verpleegkundigen gaan aanvoelen als natuurlijk en worden vanzelfsprekend, waardoor het simplistische denkbeeld realiteit wordt. Zo kan het gebeuren dat verpleegkundigen een onderdanige rol tolereren en zich niet durven uit te spreken. Of dat verpleegkundigen het niet tolereren dat een collega het hoofd boven het maaiveld uitsteekt en ze elkaars succes misgunnen, het zogenaamde krabbenmandeffect.



*“Op dergelijke posten als verpleegkundig leider moet je eerlijk en kwetsbaar durven zijn. Je moet ervoor uitkomen als je iets niet weet, ook al is dat soms pijnlijk of lastig. Die openheid geeft ruimte. Je doet een functie waarin je leiderschap moet tonen immers toch nooit alleen. Een leider hoeft mijns inziens niet alles zelf te doen, maar moet de juiste kanalen en mensen kennen en hen durven benaderen om bepaalde taken op te pakken. Je moet weten hoe je anderen kunt inspireren. In Alrijne zijn we met de VAR best ver gekomen. De afgelopen jaren zijn we van onzichtbaar naar zichtbaar gegaan en we hebben de rol van de verpleegkundige ook strategisch op de kaart gezet.”*

**Monica Daniëlse**

Lecturer Practitioner



Volgens de auteur en feminist Chimamanda Ngozi Adichie (16) is het probleem met stereotypen niet dat ze niet waar zijn, maar dat ze onvolledig zijn. Ze maken een verhaal tot het enige verhaal. Bijvoorbeeld het heldendom-stereotype wordt de norm en dat leidt tot vooroordelen en een eenzijdige blik. Het zorgt ervoor dat we accepteren en het normaal vinden dat verpleegkundigen zichzelf opofferen voor een ander, waardoor er minder ruimte is om je kwetsbaar op te stellen en je daardoor het gevaar loopt om op te branden. En het zorgt ervoor dat verpleegkunde als beroep niet kan floreren. Het voortdurend herhalen van het heldendom-stereotype houdt dus normatieve en simplistische ideeën over verpleegkundigen in stand, waardoor het voor verpleegkundigen moeilijker wordt om een leiderschapsrol uit te oefenen. Het beperkt de mogelijkheden om positie in te nemen en inspraak en invloed te hebben over de ontwikkeling van het verpleegkundige vak en werk. In die zin functioneert het heldendom-discours als een dekmantel voor bestaande problemen van verpleegkundigen, zoals een hoge werkdruk, weinig zeggenschap, lage positionering en onvoldoende waardering en salariëring.

### Verpleegkundigen maken de weg vrij

Het wordt de hoogste tijd dat verpleegkundigen en verpleegkundig werk op waarde worden geschat. Dat verpleegkundigen zichzelf op waarde schatten en zich losmaken van de heersende stereotiepe beeldvorming. Dat zij zich niet door anderen laten beperken in hun professionele autonomie en impact kunnen maken door mede de zorgagenda te bepalen. Om echte en duurzame verandering te bewerkstelligen is het nodig verder te kijken dan alle gefragmenteerde initiatieven die er momenteel zijn om de beroepsgroep verder te helpen. In “Niets over ons, zonder ons” (17) schrijft Bianca Buurman, destijds Chief Nursing Officer van het ministerie van VWS, dat de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen verbeterd moeten worden. Zij komt met concrete adviezen om de vicieuze cirkel van een hoge werkdruk en hogere uitstroom te doorbreken. Zij pleit onder andere voor meer



tijd en ruimte, meer zeggenschap en betere scholings- en loopbaanmogelijkheden. In “Applaus is niet genoeg” van de Raad Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (18) wordt beschreven dat passende arbeidsvoorwaarden, betekenisvolle zeggenschap en vruchtbare samenwerking nodig zijn om verpleegkundigen te behouden voor de zorg. En in “Aan de slag voor de zorg” van de Sociaal-Economische Raad (SER) (19) wordt daarnaast gepleit voor het behoud van zorgmedewerkers door het bieden van betere stageplekken, een betere werk-privébalans en het vergroten van waardering en betrokkenheid door structureel extra geld vrij te maken. Daadwerkelijke en duurzame verandering vergt dus een

systematische aanpak en is afhankelijk van het creëren van een eerlijk en gedeeld begrip van de werkelijkheid, van de onderliggende oorzaken van de huidige organisatorische en maatschappelijke problemen die er zijn en de belemmerende factoren die verpleegkundigen beperken in het uitoefenen en verder vormgeven van hun vak (20, 21). Verpleegkundigen hebben hierin een onmisbare sleutelrol. Daarvoor moeten zij wel bereid zijn om een stap naar voren te zetten om de status quo te doorbreken en af te rekenen met de heersende stereotiepe beeldvormingen. Dat vraagt om durf en lef, kortom: de kunst van verpleegkundig leiderschap.



*“Mensen die doorbreken als leider voldoen allemaal aan de volgende eigenschappen: ze zijn als persoon integer en strategisch handig, zij zien en pakken kansen. Daarnaast communiceren zij van hoog tot laag met iedereen op gelijkwaardig niveau en kunnen zij mensen aan zich binden. Ze zijn stressbestendig en hebben oog voor het buitenland en voor nieuwe ontwikkelingen.”*

### Cecile aan de Stegge

Docent-onderzoeker



### Verpleegkundig leiderschap als kunst

Al een tijd probeer ik te bedenken wat verpleegkundig leiderschap of een verpleegkundig leider is. Het concept van verpleegkundig leiderschap vindt zijn oorsprong in de 19<sup>de</sup> eeuw met de pioniersrol van verpleegkundige Florence Nightingale. Haar werk tijdens de Krimoorlog legde de basis voor de moderne verpleegkunde en benadrukte het belang van de toegewijde en bekwame verpleegkundigen. Hoewel haar leiderschap vooral op persoonlijk niveau was gericht, legde ze de basis voor een systematische aanpak van verpleging en zette ze de toon voor toekomstige verpleegkundige leiders. Inmiddels is er een grote hoeveelheid aan definities van verpleegkundig leiderschap te vinden en zijn deze gebaseerd op allerlei verschillende leiderschapstheorieën en -stijlen. Zo is er transformationeel leiderschap (22), transactioneel leiderschap (22), relationeel leiderschap (23), coachend leiderschap (24), charismatisch leiderschap (25), autocratisch leiderschap (24), dienend leiderschap (26), laissez-faire leiderschap (24), situationeel leiderschap (24), gedeeld leiderschap (27), moreel leiderschap (28) en klinisch leiderschap (29, 30). Dit zijn slechts enkele voorbeelden van leiderschapsstijlen. In de praktijk kunnen verpleegkundige leiders elementen van verschillende stijlen combineren, afhankelijk van de situatie en de mensen waarmee ze werken. Verpleegkundig leiderschap is in deze zin dus niet zozeer ‘technisch’ maar eerder ‘adaptief’ van aard.

Florence Nightingale zei ooit *verplegen* is een kunst. Volgens haar vergt verplegen namelijk net zoveel, zo niet meer devotie en oefening dan het werk van een kunstenaar (31). *Leiderschap* wordt ook vaak geassocieerd met kunst (32, 33). Kunst en leiderschap worden beide ervaren of aanschouwd door het proces waarmee ze worden gecreëerd, alsook de dingen of artefacten die zij achterlaten en waarop gereflecteerd kan worden

(34). Ik meen dan ook dat we *verpleegkundig leiderschap* kunnen beschouwen als kunst. Kunst laat ons iedere keer zien wat het is om mens te zijn in al zijn schoonheid en in al zijn lelijkheid. En iedere verpleegkundige die leidt, op welke manier dan ook, is in principe een kunstenaar.

Verpleegkundig leiderschap als kunst ontstaat vanuit de waarden die je kiest en de kennis of bekwaamheid die wordt toegepast in de praktijk. Net als een kunstenaar wil een verpleegkundig leider op een bijzondere manier iets creëren of tot stand brengen. Daarvoor moet een verpleegkundig leider net als een kunstenaar zijn of haar ambacht goed beheersen en creatief zijn. Om een mooi kunstwerk te creëren moet hij of zij beginnen met goed kijken en luisteren. Hij of zij moet de wil hebben en in staat zijn om de wereld om zich heen te begrijpen in al zijn complexiteit en het onbekende. Door goed gebruik te maken van alle zintuigen kan hij of zij optimaal betekenis geven aan de data die de wereld om hem of haar heen biedt. Maar net als bij kunst is alles wat je ziet, niet altijd wat het in eerste instantie lijkt te zijn. Soms blijven de dingen vaag of moeilijk te begrijpen, omdat ze afwijken van wat je kent uit het verleden. Kunst dwingt je om op een andere manier naar een onderwerp te kijken. Een verpleegkundig leider doet dat ook door iets bloot te leggen, waardoor je anders gaat kijken of denken. Ook blijft een verpleegkundig leider luisteren naar zijn of haar innerlijke stem, ook al is deze niet altijd aangenaam voor anderen. Tijdens het creatieve proces hebben een kunstenaar en verpleegkundig leider beiden oog voor detail, maar kijken ook regelmatig van een afstand naar het kunstwerk in wording om het totaalplaatje te kunnen overzien. Voor verpleegkundig leiders is het belangrijk om de materialen te kennen en verschillende technieken en vaardigheden te beheersen en deze op een creatieve manier te gebruiken en combineren. Hij of zij weet de kleuren goed op elkaar af te stemmen. Zo kun je bijvoorbeeld iedere leiderschapstheorie of -stijl zien als een andere kleur en deze gebruiken naargelang de situatie en context op dat moment.

Een verpleegkundig leider weet op een creatieve manier uiting te geven aan zijn of haar gedachten en emoties met de bedoeling anderen te verwonderen en ontroeren. Daarbij werkt een verpleegkundig leider net als een kunstenaar nooit alleen. Alles in zijn (of haar) omgeving kan inspiratie geven en heeft invloed op hem zelf en zijn werk. En kunst bestaat niet zonder toeschouwers en leiderschap niet zonder volgers. Wat mij betreft is verpleegkundig leiderschap net als kunst een sociaal construct, een menselijk fenomeen beïnvloed door historie, sociale structuur en cultuur. Dat betekent dat leiderschap fysiek niet bestaat, het kan niet worden gezien of aangeraakt, maar is een collectief proces bestaande uit een leider en volger. Een proces, een moment van een sociale relatie, dat niet statisch maar fluïde is en veranderlijk door de tijd. Verpleegkundig leiders kunnen volgers zijn, en volgers een verpleegkundig leider, afhankelijk van de situatie en de context waarin mensen zich begeven in een samenwerkingsverband (35). Afhankelijk van het gemeenschappelijk doel dat mensen voor ogen hebben kunnen zij de focus leggen op een aspect van leiderschap. We kunnen leiderschap dan ook zien als gelaagd, complex en dynamisch. Verpleegkundig leiders worden niet geboren als leiders, maar gemaakt. En om een mooi kunstwerk (goede zorg) te kunnen creëren moet de verpleegkundig leider ook enige artistieke vrijheid krijgen. Hij of zij moet dus zelf kunnen beslissen hoe het kunstwerk er uiteindelijk uit komt te zien.



## Hoofdstuk 2

.....

# Cultuurverandering in de verpleegkunde



# Cultuurverandering in de verpleegkunde

Na afronding van mijn studie verpleegkunde begon ik aan de studie culturele antropologie. Na enkele omzwervingen in binnen- en buitenland vond ik mijn weg terug naar de zorg. Ik werd onderzoeker en maakte in deze rol dankbaar gebruik van mijn ervaringen uit beide werelden. En dat doe ik in mijn huidige functie nog steeds. Als verpleegkundig antropoloog probeer ik het hedendaagse werkende leven van verpleegkundigen te begrijpen door te kijken naar het alledaagse en het verleden. Dat doe ik door de dingen van ver en dichtbij te observeren en een langetermijnperspectief te hanteren. Daarnaast denk ik dat praktijkgericht onderzoek altijd in een sociale context plaatsvindt, wat het goed maakt dat we ons als wetenschappers inzetten voor maatschappelijke problemen. En dus dat we met ons onderzoek waarde toevoegen aan de levens van verpleegkundigen en van patiënten waarvoor zij zorgdragen.

## Ondertussen in de wachtkamer

Tegenwoordig spreken we niet meer zo vaak over de coronaperiode. Wellicht om de pijnlijke en verdrietige gebeurtenissen achter ons te laten en het leven er weer zo normaal mogelijk uit te laten zien. Maar terug naar het oude normaal lukt ons niet meer, omdat we hebben gezien en ervaren dat het oude normaal niet meer werkt. We hebben sinds de uitbraak van COVID-19 afscheid genomen van oude vertrouwde gebruiken en gewoontes. En langzaam zie je een beweging die groeit richting een nieuwe normaal, een maatschappij waarin het welzijn van mensen meer centraal komt te staan in plaats van ongebreidelde groei, dus een economie van welzijn, terug naar de menselijke maat (36, 37). Alleen het nieuwe normaal hebben we nog niet gevonden. Het lijkt erop dat we momenteel in een tussenfase zitten. Antropologen noemen dit een 'liminale fase'. Het is een overgangsfase of tussenstap: je bent ergens weggegaan, maar nog niet ergens anders aangekomen. Het begrip liminaliteit

werd in 1909 door de etnograaf en folklorist Arnold van Gennep (38) geïntroduceerd in zijn werk *Les rites de passage*, waarin hij stelt dat overgangperiodes worden gevormd door overgangsrituelen. Volgens hem zijn overgangsrituelen in iedere cultuur te vinden en kunnen zij houvast bieden en een verandering faciliteren in de sociale status van een individu of een groep, zoals het huwelijk, ouderschap of overlijden.

Verpleegkundige worden kent ook bepaalde overgangsrituelen (39, 40), zoals de eerste keer dat je een wit uniform aantrekt, de eerste keer dat je als gediplomeerd verpleegkundige op de afdeling staat, de eerste keer dat je een reanimatie moet uitvoeren, of de eerste keer dat een patiënt van jou komt te overlijden. Maar wat als deze overgangsrituelen zelf in de overgang zitten? Wat we nu op grotere schaal zien is dat een hele beroepsgroep in een liminale fase zit. Tijdens COVID-19 werd het verpleegkundige beroep namelijk essentieel verklaard en werd zichtbaar hoe onmisbaar de stem van verpleegkundigen is. Met als gevolg dat verpleegkundigen zich tijdens en direct na COVID-19 hebben losgemaakt van hun oude sociale identiteit, maar nog niet hoeven te voldoen aan de nieuwe verwachtingen. Alsof verpleegkundigen zich in een soort wachtkamer bevinden. Een wachtkamer waarin hun sociale identiteit ambigu is en waarin de regels zoals ze die kennen ineens niet meer gelden. Het is een spannende tijd, want niemand weet hoe het nieuwe normaal eruit gaat zien. Volgens antropoloog Victor Turner (41) kenmerkt de liminale fase zich vooral door het ontbreken van alle structuur die normaal gesproken wordt opgelegd en dus een ontregeling van bestaande hiërarchie. Voor verpleegkundigen biedt deze overgangsfase ruimte voor een nieuw socialisatieproces en het verwerven van nieuwe status en macht. Laten we daarom vooral de onzekerheid die de liminale fase met zich meebrengt koesteren en blij zijn dat oude machtsstructuren

*“Ik denk bij het woord leiderschap het eerst aan een team of een groep mensen. Je kunt geen leider zijn als je niet goed samenwerkt. Ik denk niet in termen van ‘een leider en volgers.’ Leiden gaat in samenspraak. Een leider moet goed luisteren, observeren en zich verplaatsen in de beweegredenen van alle teamleden en hen weten te motiveren het beste uit zichzelf naar boven te halen. Als het goed is creëert een leider dan ook nieuwe leiders.”*

**Florine Walburg**

Onderzoeker



langzaam worden losgeweekt. En deze bijzondere periode gebruiken om ons te bezinnen over wat nou echt van waarde is voor de verpleegkundige beroepsgroep en de zorg die zij verleent. Laten we tijd en aandacht besteden aan rituelen om afscheid te nemen van het oude en herintrede van het nieuwe te vieren.

### Lijden of leiden: een kritisch realistische blik

Na de liminale fase treedt er een periode van re-integratie aan. In deze fase wordt de verpleegkundige met een hernieuwde sociale positie of rol weer in de sociaal-culturele structuur ingebed (41). Gelukkig zien we de eerste contouren verschijnen van het nieuwe normaal. Verpleegkundigen spreken zich sinds COVID-19 steeds vaker uit (42) en hun invloed is vergroot mede door de wet Zeggenschap in de Zorg (43) en de Governancecode Zorg 2022 (44). Tevens willen steeds meer verpleegkundigen investeren in hun persoonlijke leiderschapsontwikkeling en zeggenschap binnen de organisatie waarin zij werkzaam zijn en daarbuiten. Er vindt daardoor langzaam een verschuiving plaats, één waar verpleegkundigen voor zorgen. Verpleegkundigen zorgen namelijk niet alleen voor mensen in een ziekenhuisbed, maar verpleegkundigen die leiden, zorgen ook voor zichzelf en andere verpleegkundigen en de gezondheid van onze planeet. Met ons lectoraat willen we de verpleegkundige beroepspraktijk en opleidingen voeden met kennis over hoe zij de kunst van verpleegkundig leiderschap kunnen ontwikkelen en toepassen in de dagelijkse praktijk om het nieuwe normaal vorm te geven. Ook dient de kennis uit praktijk en onderwijs ons onderzoek te voeden.

Zoals eerder gezegd hanteer ik het paradigma van verpleegkundig leiderschap als centraal denk- en handelingskader voor verpleegkundig werk. We staan sterk met onze keuze voor verpleegkundig leiderschap, omdat het een belangrijke kernwaarde is van het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2030 (6), maar zeker ook vanwege de internationale definitie van verplegen (8) waarin verpleegkundig leiderschap als een rode draad

doorheen loopt. Met ons onderzoek willen we leiderschap bestuderen in de werkelijke context van het alledaagse werkende leven van verpleegkundigen in plaats van op een abstracte theoretische manier. Het onderzoek vindt daarom plaats in co-creatie met de verpleegkundige beroepspraktijk en -onderwijs en is gebaseerd op theorie die aansluit bij de kernwaarden van verpleegkundige professionele kennis (45). Dat wil zeggen dat we als lectoraat vanuit een kritisch realistisch perspectief bewust aandacht hebben voor en participeren in het teweegbrengen van verandering. Dat willen we bereiken door het bewustzijn van verpleegkundigen te vergroten op het gebied van verpleegkundig leiderschap en bij te dragen aan het bouwen van een professionele verpleegkundige gemeenschap. Een kritisch realistische benadering is in dit opzicht passend, omdat deze benadering verder reikt dan het biomedische model met zijn positivistische benadering.

Kritisch realisme is een filosofische benadering die stelt dat er een werkelijkheid bestaat die onafhankelijk is van onze waarneming of interpretatie (46). Dit betekent dat onze waarneming en begrip van de wereld gekleurd is door onze subjectieve perspectieven en interpretaties, maar dat er onderliggende mechanismen zijn die onze waarneming bepalen en onafhankelijk bestaan van onze subjectieve ervaring. Kritisch realisme probeert dit subjectieve aspect van onze waarneming en begrip te overstijgen door naar deze onderliggende mechanismen te zoeken en deze te analyseren. Kritisch realisme kan helpen om een meer objectieve en realistische waardering van de wereld te verkrijgen en beslissingen te nemen die gebaseerd zijn op feiten en data, in plaats van subjectieve interpretaties of persoonlijke voorkeur. Vrij vertaald betekent dit dat wij in ons onderzoek kritisch realisme gebruiken om inzicht te krijgen in hoe verschillende machtsstructuren en mechanismen invloed hebben op de complexe sociale wereld van verpleegkundigen en hoe verpleegkundige deze wereld ervaren (47). Hiervoor maakt het lectoraat gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Een groot voordeel van een kritisch realistische benadering is de transformerende aard van sociale structuren en relaties doordat sociale actie en agency van mensen centraal gesteld wordt. Deze theoretische benadering is daarom niet alleen bedoeld om de omgeving en de verdeling van macht kritisch te bevragen, maar ook om kritisch te reflecteren op het eigen denken en handelen en actie te ondernemen om ongelijkheid in ons zorgsysteem te veranderen (48). Kritisch realisme kan dus een bevrijdende of *empowering* werking hebben, omdat het een raamwerk biedt waarmee je de wereld om je heen beter leert begrijpen en daardoor niet langer in naïviteit verkeert. Het geeft verpleegkundigen de mogelijkheid om echte cultuurverandering te bewerkstelligen zodat de kwaliteit van verpleegkundige zorg en werkplezier gewaarborgd blijft.







# Hoofdstuk 3

---

## Verpleegkundig leiderschap en zorg voor de mens

# Verpleegkundig leiderschap in de zorg voor de mens

Samen met de onderzoekers van het lectoraat *Verpleegkundig Leiderschap* gaan we de komende jaren onderzoek doen naar de kunst van verpleegkundig leiderschap en het veerkrachtiger, duurzamer en minder kwetsbaar maken van ons zorgsysteem. We bouwen samen met de verpleegkundige beroepspraktijk en -onderwijs verder aan de weg die we drie jaar geleden zijn ingegaan. Wij willen met ons onderzoek naar verpleegkundig leiderschap een bijdrage leveren aan het vormgeven van een nieuw normaal in de zorg voor de mens. Ik zal een korte beschrijving geven van een aantal projecten dat ik samen met het team van onderzoekers ben gestart en dat de basis vormt van ons lectoraat.

## 1. Zorg voor verpleegkundigen

Verpleegkundigen die goed voor zichzelf zorgen kunnen ook goed voor anderen zorgen. Dat is het belangrijkste uitgangspunt van deze onderzoekslijn binnen het lectoraat. Verpleegkundigen zijn namelijk de hoeksteen van de gezondheidszorg en spelen een cruciale rol in het welzijn van mensen en de samenleving als geheel. Door hun belang te erkennen en te ondersteunen, kunnen we zorgen voor een robuustere en mensgerichte gezondheidszorg. In ons onderzoek hebben we bewust aandacht voor zelfzorg en de omgeving waarin verpleegkundigen werkzaam zijn. Hierdoor zijn verschillende aanverwante concepten, zoals zelfcompassie, vitaliteit, veerkracht en empowerment relevant in ons onderzoek naar de kunst van verpleegkundig leiderschap. Ik geef een aantal voorbeelden van ons onderzoek.

## Zelfleiderschap, zelfcompassie en veerkracht bij studenten verpleegkunde

Heleen Melissant en Claudia Verkaart onderzoeken hoe toekomstige verpleegkundigen voorbereid kunnen worden op hun cruciale holistische rol binnen de gezondheidszorg, zodat zij kunnen functioneren als zelfstandige en zelfbewuste professionals die verantwoordelijkheid nemen en in staat worden gesteld om leiding te nemen over duurzame veranderingen ter verbetering van de gezondheidszorg. Door middel van een exploratief mixed-methods onderzoek willen Melissant en Verkaart inzicht krijgen in hoe studenten Verpleegkunde zelfleiderschap en zelfcompassie toepassen om veerkrachtig te worden en te blijven. Het doorlopen van de opleiding Verpleegkunde is namelijk een uitdagend en soms veeleisend proces. Van studenten wordt verwacht dat ze theoretische kennis en praktische vaardigheden leren beheersen. Daarnaast krijgen ze te maken met emotionele belasting, uitgebreide stages en verantwoordelijkheid voor de gezondheid van patiënten. Bovendien wordt van studenten Verpleegkunde verwacht dat ze compassievolle zorg leveren aan patiënten en ondertussen ook hun eigen stress en emoties in bedwang houden. Sommige studenten merken dat dit impact heeft op hun mentale gezondheid en welzijn, of overwegen zelfs te stoppen met de opleiding. Dit vraagt om veerkrachtige studenten: iemand die zich niet uit het veld laat slaan bij moeilijke omstandigheden, incassingsvermogen heeft, en niet opgeeft als hij of zij tegengewerkt wordt. Iemand die zichzelf en anderen steunt en hierin het goede voorbeeld geeft. Het inzetten van zelfcompassie en (zelf)leiderschapsstrategieën kan een belangrijke rol spelen om veerkrachtig te worden en te blijven (49). Zelfcompassie verwijst naar het vermogen om vriendelijk en ondersteunend naar zichzelf te zijn bij falen of tegenslag, in plaats van zelfkritisch en zelfveroordeledend te zijn. Onderzoek toont aan dat zelfcompassie een

*“Ik reageer op je vraag wat ik zie als leiderschap vanuit mijn functie voor de MANP. Een verpleegkundig specialist heeft een onderzoekende houding en neemt vanuit die houding verantwoordelijkheid voor kwaliteit, primair door klinische leiderschap te tonen in de zorg voor patiënten. Bijvoorbeeld door als regiebehandelaar de verantwoording te nemen voor advanced care planning. Daarnaast kan deze ook een rol spelen bij innovaties in de zorg.”*

### **Marije Janmaat**

*Docent-onderzoeker*



van de meest krachtige bronnen is om veerkrachtig om te gaan met tegenslagen (50). Daarnaast lijkt een centrale rol weggelegd voor zelfleiderschap. Kort gezegd omvat dit een set van strategieën die iemand zich eigen maakt om zijn of haar prestaties te verbeteren. Zelfleiderschap is begrijpen wie je bent, het identificeren van gewenste ervaringen en jezelf daar opzettelijk naartoe leiden. Voor studenten Verpleegkunde kan dat zich uiten in dat ze zichzelf doelen stellen, steun zoeken waar nodig en zichzelf actief ontwikkelen om zo meer invloed te hebben op hun opleiding(stage) en hoe ze deze ervaren. De resultaten van dit onderzoek maken inzichtelijk wat de kracht is van zelfcompassie en zelfleiderschapsstrategieën bij het veerkrachtig doorlopen van de opleiding Verpleegkunde. Daarnaast wordt duidelijk wat de potentie kan zijn van een training of scholing op dit gebied en welke studenten hier specifiek van kunnen profiteren. Ook geven de resultaten praktische input voor het ontwikkelen van een dergelijke veerkrachtstraining.

In het huidige onderzoek wordt er vooral gekeken hoe studenten en verpleegkundigen zelf veerkrachtiger kunnen worden en hoe zij beter kunnen omgaan met tegenslagen. Door deze taal te gebruiken wekken we wellicht de suggestie dat veerkracht puur op het individu is gericht, dat (toekomstige) verpleegkundigen vaak niet kiezen wat hen overkomt, maar wel hoe zij er mee omgaan. Hiermee zeggen we eigenlijk dat de grootste beroepsgroep in de zorg het heeft opgegeven om invloed uit te oefenen wat hen overkomt (51). Het getuigt wat mij betreft te weinig van verandering en teveel van het bevestigen van de status quo. In vervolgonderzoek willen we dan ook wegblijven van deze taal door met een kritisch realistische lens de veerkracht van studenten Verpleegkunde te onderzoeken in relatie met zelfleiderschap, zelfcompassie en veerkracht. Dit doen we op zowel op micro- als op mesoniveau. Dat wil zeggen dat we met ons onderzoek zowel de focus leggen op interne factoren (zoals self-efficacy, optimisme, emotionele intelligentie en zelfzorg) als externe factoren (veilige leer/werkomgeving, social support, gezonde werk-privé balans en sense of belonging) die passen bij een ecologisch model van veerkracht (49, 52).



## Vitale start van startende verpleegkundigen

Het concept 'vitaliteit' staat centraal in het onderzoek naar goede inwerkprogramma's voor startende verpleegkundigen. We weten dat het heel belangrijk is om verpleegkundigen die net zijn afgestudeerd de tijd te geven om te wennen aan de nieuwe afdeling en het werkende leven, zodat zij een thuisgevoel (sense of belonging) krijgen dat bijdraagt aan groei (53). Echter, veel verpleegkundigen ervaren al in de opleiding mentale gezondheidsklachten en klachten aan het bewegingsapparaat (54, 55). Vitaliteit kan gezien worden als één van de persoonlijke hulpbronnen voor het werkvermogen van medewerkers die door werkgevers kunnen worden aangeboord en versterkt. Vitaliteit omvat volgens Strijk et al. (56) de kerndimensies energie, motivatie en veerkracht, waarbij energie wordt gekenmerkt door zich energiek voelen, motivatie door doelen te stellen in het leven en moeite te doen om deze te behalen, en veerkracht door het vermogen om met de dagelijkse problemen en uitdagingen van het leven om te gaan. Het onderzoek naar transition-to-practice-programma's vindt plaats in samenwerking met onderzoekers van Hogeschool Rotterdam, Albeda College Zorg en Welzijn, Erasmus MC en Alrijne Zorggroep. We richten ons in dit onderzoek op de vraag hoe opleiding en zorgpraktijk samen met studenten en startende verpleegkundigen een modulair Transitie-van-Opleiding-naar-Praktijk (TOP-)programma samenstellen door te leren van goede praktijken, zodat studenten beter zijn voorbereid op het mentaal en fysiek uitdagende beroep van verpleegkundige en startende verpleegkundigen vitaal aan boord blijven. Door middel van een realist review hebben Heleen Melissant en Rick Hendriks al enkele belangrijke inzichten kunnen geven in de onderliggende mechanismen en contextuele factoren die bijdragen aan het succes van dergelijke TOP-programma's. Zo zijn professionele, psychologische en sociale ontwikkeling drie belangrijke mechanismen die je als zorgorganisatie kunt activeren om de gewenste uitkomsten zoals werkplezier, vitaliteit en behoud van verpleegkundigen voor het vak te realiseren. De motivatie van startende verpleegkundigen, voldoende tijd

en middelen en steun van een mentor op de werkvloer zijn contextuele factoren die de onderliggende mechanismen positief kunnen beïnvloeden. De komende twee jaar zullen we het onderzoek vervolgen door deze inzichten uit de literatuur te verweven met de bevindingen uit het onderwijs en de beroepspraktijk en door bouwstenen te vormen voor een veilige landing in een gezond leer- en werkklimaat.

Het consortium van het TOP-programma bestaat uit: **Hoofdaanvrager: Hogeschool Rotterdam. Medeaanvragers: Hogeschool Leiden, Alrijne Zorggroep, Albeda College Zorg en Welzijn, ErasmusMC, Stichting deRotterdamseZorg, Werkgeversvereniging ZWconnect, Marente Zorggroep, Haga Ziekenhuis, MBO Rijnland, LUMC, Franciscus Gasthuis en Vlietland, Maastad Ziekenhuis, Reinier de Graaf Gasthuis, Fontynenburg.**

## Minor Verpleegkundig Leiderschap

Het verpleegkundig leiderschap, met onder andere Cecile aan de Stegge en Claudia Verkaart, heeft in nauwe samenwerking met docenten van de hbo-Opleiding tot Verpleegkundige de minor *Verpleegkundig Leiderschap* ontwikkeld. Het doel van deze minor is om studenten handvatten te bieden om zich de kunst van leiderschap eigen te maken. Dit gebeurt op zowel persoonlijk als professioneel niveau, waarbij studenten zichzelf uitdagen, hun grenzen verkennen en hun zeggenschap versterken. Bovendien worden zij gestimuleerd na te denken over hun positie als verpleegkundige in de bredere zorgcontext en aan welke knoppen zij kunnen draaien om echte verandering te bewerkstelligen. In het onderwijs wordt gebruik gemaakt van het aanverwante concept *empowerment*. Empowerment is een participatief proces waarbij een individu, organisatie of gemeenschap meer macht,

effectiviteit en sociale gelijkheid krijgt (57, 58). Het gaat om het versterken van iemands capaciteiten, vaardigheden en zelfvertrouwen om beslissingen te nemen en actie te ondernemen. Veel verpleegkundig onderzoek (59) richt zich op de vraag hoe organisaties verpleegkundigen toegang geven tot kansen, informatie, ondersteuning en middelen om de invloed en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen te vergroten, oftewel structureel empowerment (60). Maar dat is maar een deel van het verhaal. Er is meer nodig om echte verandering te bewerkstelligen. Empowerment benadrukt de verwevenheid van het individuele (psychologisch empowerment), het organisatorische of de werkomgeving (structureel empowerment) en het sociaal-culturele of systemische (kritisch-sociaal empowerment) (61).

In ons onderwijs besteden we daarom aandacht aan empowerment op individueel niveau (door studenten bewust te maken van hun eigen potentieel en de middelen die zij tot hun beschikking hebben om hun doelen te bereiken) en empowerment op sociaal-cultureel of systeemniveau (door studenten bewust te maken van de invloed van historische en maatschappelijke factoren op hun sociale status en verpleegkundige invloed) (61, 62). Gedurende deze minor worden studenten uitgedaagd met zelfstandige opdrachten, die zij zowel binnen hun werk- of stageomgeving als in hun privéleven uitvoeren en bijhouden in een leiderschapsportfolio. Hierbij ervaren zij hoe het is om hun stem te laten horen en anderen te enthousiasmeren voor het vak Verpleegkunde (63, 64). Ook worden studenten aangemoedigd om buiten de voor hen bekende kaders te denken en innovatieve oplossingen te vinden voor uitdagingen op het gebied van duurzaamheid en klimaatverandering. Tot nu toe hebben de studenten Verpleegkunde producten, zoals podcasts en blogs, gemaakt die getuigen van hun creativiteit en betrokkenheid. In de minor Verpleegkundig Leiderschap ligt dan ook een sterke focus op het ontwikkelen van creativiteit (65, 66). Daarnaast zijn kritisch denken, communicatie en samenwerking

belangrijke leiderschapsvaardigheden die we met capabel gericht onderwijs centraal stellen (61, 67). Vanwege het procesmatige karakter van leiderschapsontwikkeling zal competentiegericht onderwijs niet tot het gewenste resultaat leiden. Bij leiderschapsontwikkeling past mijns inziens capabel gericht onderwijs, omdat er meer ruimte is voor de complexiteit van de alledaagse zorg en voor het meenemen van de situatie in zijn geheel in het verlenen van verpleegkundige zorg.

## Leiderschapsontwikkeling van regieverpleegkundigen

Florine Walburg en Marcelle Rittershaus onderzoeken hoe de functie van regieverpleegkundige vorm krijgt tijdens de implementatie van functiedifferentiatie in zogenoemde proeftuinen in het Alrijne Ziekenhuis. Verpleegkundigen worden in de proeftuinen in de gelegenheid gesteld om met elkaar en met begeleiding van zogenoemde implementatiecoaches invulling te geven aan de nieuwe functie van regieverpleegkundige op basis van de mbo- en hbo-opleidingsprofielen (6). Walburg en Rittershaus hebben een jaar lang verpleegkundigen gevolgd en door middel van kwalitatief en kwantitatief onderzoek de professionele rol- en leiderschapsontwikkeling en impact van functiedifferentiatie op de werkomgeving onderzocht. Hier worden aspecten van het concept empowerment meegenomen in de analyse van de resultaten. De eerste inzichten laten zien dat verpleegkundigen een meer proactieve en onderzoekende houding aannemen en dat werken aan kwaliteitsverbetering steeds meer vorm krijgt. Ook zijn verpleegkundigen zich steeds meer bewust van hun zeggenschapspositie in de gezondheidszorg en van de vitaliteit van hun collega's. Maar we zien ook dat het verpleegkundigen veel tijd kost om uit te zoeken hoe ze als team van regieverpleegkundigen kunnen samenwerken met elkaar en met andere collega's. Verder ligt de focus vaak op praktische vraagstukken en minder op professionele identiteitsontwikkeling. Uit ons onderzoek blijkt dat er veel wordt gevraagd van de

*Pegah start in 2024 als onderzoeker bij het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap.*

**Pegah Esmaili**

*Docent-onderzoeker*



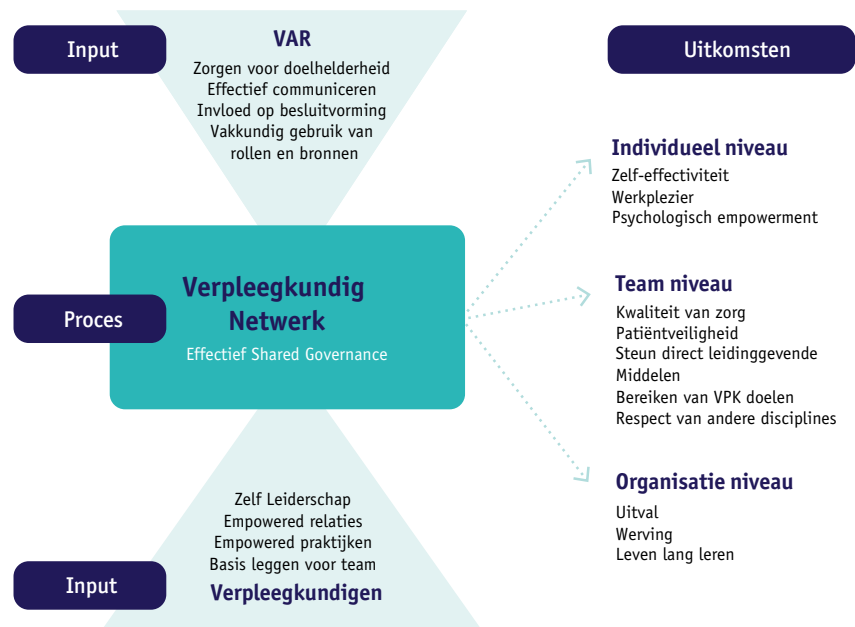
verpleegkundigen zelf om het veranderproces te doen slagen en dat ze soms steun en leiderschap missen vanuit hun directe werkomgeving (68). Om een echte transitie in gang te zetten, en dus een volledige professionele identiteitsontwikkeling, is het aan te bevelen om genoeg tijd en middelen beschikbaar te stellen en een empowered leiderschapsstijl te hanteren vanuit de direct leidinggevende. Het worden van een regieverpleegkundige vraagt dus niet alleen iets van verpleegkundigen zelf, maar ook van het team en de organisatie waarin zij werkzaam zijn.

### **Verpleegkundigen aan zet: ontwikkeling van een veerkrachtig verpleegkundig netwerk**

Florine Walburg en Anika Schoenmaekers onderzoeken door middel van een responsieve evaluatie (69) hoe een verpleegkundig netwerk tot stand komt waarmee verpleegkundigen in het Alrijne Ziekenhuis meer zeggenschap en veerkracht realiseren. Uit een medewerkersonderzoek van het Alrijne Ziekenhuis (2021) blijkt dat verpleegkundigen onder druk staan door gebrek aan zeggenschap en een hoge werkdruk. Zij ervaren te weinig autonomie over de zorgverlening, kunnen werkzaamheden niet altijd zelf inplannen en hebben te weinig tijd om hun werk goed te doen, met een oplopend ziekteverzuim en stijgende uitstroom van verpleegkundigen tot gevolg. Meer verpleegkundige zeggenschap wordt geassocieerd met meer werkplezier, betere verpleegkundige zorg en betere patiëntenuitkomsten (70, 71). Voor veel verpleegkundigen is het echter onduidelijk hoe zij in de praktijk hun invloed op de uitvoering van het dagelijkse werk kunnen vergroten. Het ontbreekt daarbij ook aan een goede structuur om ervaringen met elkaar te delen en van elkaar te leren. Om te zorgen dat verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten meer zeggenschap hebben over hun werk is het gewenst dat zij een actieve bijdrage leveren aan het creëren van een duurzame en effectieve afdelingsoverstijgende samenwerking



tussen de VAR, (regie)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Met behulp van subsidiegelden van het Landelijk Actieplan Zeggenschap en Veerkracht (72) wordt er een verpleegkundig netwerk ontwikkeld in het Alrijne Ziekenhuis (figuur 1).



Figuur 1 afgeleid van: A theory-based approach to nursing shared governance; Lindell, J.M., et al. (2016) (70).

Het doel van het verpleegkundig netwerk is dat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en leden van de VAR actief deelnemen aan en inspraak hebben op de besluitvorming die het verpleegkundige werk raakt, zodat werkplezier en kwaliteit van zorg

toeneemt en uitval afneemt. Het verpleegkundig netwerk stimuleert verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om in contact te komen en elkaar zo te inspireren en te helpen bij het ontwikkelen en behouden van veerkracht en zeggenschap. Door middel van dialogosessies worden de deelnemers gestimuleerd om kennis te vergaren over zeggenschap en veerkracht en deze nieuwe kennis in de praktijk te brengen binnen het netwerk, maar ook binnen hun eigen team.

Professionele zeggenschap is een essentieel onderdeel van verpleegkundig leiderschap. Helaas is er geen duidelijke definitie van zeggenschap. Zeggenschap is een breed begrip en bevat enkele kerncomponenten zoals: professionalisering, shared decision-making, evidence-based practice, continue kwaliteitsverbetering en samenwerking (73). Daarnaast wordt zeggenschap vaak geassocieerd met shared governance. Shared governance is de manier waarop beslissingen worden genomen en uitgevoerd in een organisatie, bedrijf of gemeenschap. Het gaat over de verantwoordelijkheden, macht, de controles die nodig zijn om de doelen van de organisatie te bereiken en te waarborgen dat de belangen van alle betrokkenen worden beschermd. Shared governance is dat de zeggenschap en besluitvormingsbevoegdheid over zorginhoudelijk beleid ligt bij de experts: de verpleegkundigen in dit geval. Over implicaties van beleid en implementatie en borging worden samen met lijnverantwoordelijkheden besluiten genomen: shared (74, 75). Shared governance wordt daarnaast regelmatig beschreven als empowerment of een middel om te empoweren (70). Zeggenschap is dus moeilijk te definiëren en een breed begrip. Daardoor is de impact van zeggenschap momenteel moeilijk te meten. Met ons onderzoek dragen we bij aan het verder ontwikkelen en onderbouwen van het concept zeggenschap. We leggen de focus op de relatie tussen de *input* (activiteiten van verpleegkundigen en VAR) en het proces van zeggenschap (shared governance) dat relevant is voor de verpleegkundige beroepspraktijk, en de verpleegsensitieve *uitkomsten*. Het lectoraat

*“Verpleegkundig leiders zijn verpleegkundigen die voortdurend kijken hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden en die van betekenis willen zijn in het leven van mensen die specifieke zorg en ondersteuning nodig hebben. Het zijn vakbekwame, onderzoekende, veerkrachtige, autonome, inspirerende en motiverende professionals die zich willen blijven ontwikkelen. Verpleegkundig leiders dragen met de juiste kennis, houding en vaardigheden bij aan het waarborgen van een kwalitatief hoogwaardige persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Zo ervaren zij zingeving en zijn zij duurzaam inzetbaar.”*

**Nienke Holl**

Programmamanager  
Kenniscentrum Vitaliteit  
en Eigen Regie



Verpleegkundig Leiderschap zal zich de komende jaren ook blijven inzetten om de positie van verpleegkundigen in het ziekenhuis te versterken. Dat zal het bijvoorbeeld doen door te lobbyen binnen de organisatie voor meer verpleegkundige macht en invloed op datgene wat het verpleegkundig werk raakt en een daarbij passende organisatiestructuur die verpleegkundigen zeggenschap ondersteunt en helpt bij het vormgeven en implementeren van een visie op verpleegkundige zorg in Alrijne Ziekenhuis.

### Interprofessionele samenwerking

Uit hetzelfde medewerkersonderzoek van het Alrijne Ziekenhuis (2021) blijkt dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen niet altijd goed verloopt. Interprofessionele samenwerking is essentieel voor het waarborgen van goede en veilige patiëntenzorg en werkplezier. Wanneer verpleegkundigen aangeven dat zij het moeilijk vinden om artsen aan te spreken op hun gedrag is dat een punt van zorg. Het niet durven uitspreken of je stem laten horen als verpleegkundige kan ervoor zorgen dat de belangen van patiënten onvoldoende worden meegenomen in de besluitvorming van de zorgverlening en de patiëntveiligheid in het geding komt (76). Het kan er ook voor zorgen dat verpleegkundigen uiteindelijk met minder plezier naar hun werk gaan en ervoor kiezen om het vak te verlaten (77). Echter, ziekenhuisorganisaties zijn erg complex. Het is dan ook moeilijk om een duidelijk beeld te krijgen van hoe de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen precies verloopt. Daarom willen we terug naar de menselijke maat. In ons onderzoek zijn we daarom ook op zoek gegaan naar de ervaringen van verpleegkundigen en artsen omtrent hun samenwerking. Monica Daniëlse en Florine Walburg onderzoeken door middel van focusgroep bijeenkomsten en interviews de ervaringen van verpleegkundigen en artsen over interprofessionele samenwerking net als de wensen en behoeften bij beide groepen professionals om de samenwerking te verbeteren. Daarnaast onderzoekt Marcelle Rittershaus door middel van participerende observatie de samenwerking tussen artsen

en verpleegkundigen tijdens de dagelijkse visite. Daarbij ligt een sterke focus op hoe verpleegkundigen leiderschap nemen tijdens dit moment van samenwerking. Het vraagt van verpleegkundigen zelf om zich te ontwikkelen als een reflecterende zorgprofessional en om zich de kunst van het leiderschap eigen te maken gedurende hun verpleegkundige carrière. Daarnaast geven de resultaten een beeld van een organisatiecultuur waarbij macht op veel verpleegafdelingen vrij hiërarchisch is verdeeld en artsen en verpleegkundigen vaak geen goed beeld hebben van elkaars werk of beroep. Samen geschiedenis maken is een manier om vorm te geven aan een nieuw normaal voor goede en effectieve interprofessionele samenwerking.

## 2. Zorg voor patiënten

In het ziekenhuis hebben verpleegkundigen het privilege om tijdelijk het leven van mensen in hun meest kwetsbare uren mee te maken. Van de geboorte tot aan de dood zijn verpleegkundigen betrokken en bieden zij hun helpende hand en luisterend oor. Verpleegkundigen leveren essentiële zorg, dat wil zeggen dat zij activiteiten uitvoeren die de essentiële behoeften van mensen behelzen en respecteren. Essentiële zorg behoort tot de kern van verpleegkundige zorg en draagt bij aan het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door het ontwikkelen van een positieve relatie en vertrouwensband met patiënten en hun naasten (78). Activiteiten van essentiële zorg zijn bijvoorbeeld gericht op ademhaling, communicatie, mobiliseren, eten en drinken en slapen (79).

### Evidence based palliatieve zorg: ondersteuning van studenten en jong gediplomeerde verpleegkundigen met het Education in Fundamentals of Palliative Care-programma

Verpleegkundigen bieden ook essentiële zorg tijdens het naderende levenseinde, ook wel palliatieve zorg genoemd. Palliatieve zorg is volgens de WHO een benadering die de



kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen van nodeloos lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (80). Echter, verschillende barrières belemmeren de implementatie van evidence based palliatieve zorg (EBPZ), zoals dat verpleegkundigen onbekend zijn met richtlijnen en deze weinig toepassen, verminderde eigen-effectiviteit en morele stress (81). Met behulp van de ZonMw subsidie Essentiële zorg willen we het vermogen van verpleegkundigen om EBPZ te leveren vergroten. Samen met Miranda van Heemskerk, Dagmar van Gerven en Nienke Goes implementeren en evalueren we een educatieve interventie (het EFPC-programma), waarbij we student- en beginnende verpleegkundigen trainen in praktijkgerichte EBPZ-vaardigheden en in zelfleiderschap effectief toe te passen in de praktijk. Het doel is om de haalbaarheid van



*“Ik zie een leider als een visionair; iemand die een duidelijk doel voor ogen heeft, daar gestaag naar toe werkt en bij tegenwerking of onder hoge druk veerkrachtig kan blijven, omdat de voor die persoon meest geschikte mogelijkheden om zich weer op te laden bekend zijn.”*

**Heleen Melissant**

Docent-onderzoeker



de EFPC-interventie en de potentiële impact op verpleegkundigen te onderzoeken.

Tessy Zwakenberg, Florine Walburg en Monica Daniëlse onderzoeken deze interventie door middel van een procesevaluatie, een fenomenologische en een mixed-methods studie. De resultaten monden uiteindelijk uit in een borgingsplan voor het effectieve en duurzame gebruik van EFPC, artikelen en een gebruikershandleiding.

Daarnaast onderzoeken we met verschillende partners, zoals Janneke de Man-van Ginkel, Erwin Ista, Getty Huisman-de Waal en Monique van Dijk, hoe verpleegkundige zeggenschap over essentiële zorg vergroot kan worden door middel van een literatuurstudie. Het vergroten van verpleegkundige zeggenschap is essentieel, omdat we te maken hebben met grote schaarste en de toegang tot basiszorg onder druk staat (82). Verpleegkundigen zullen zich moeten uitspreken over wat er volgens hen nodig is om essentiële zorg te kunnen waarborgen en een manier vinden om effectief bij te dragen aan een veerkrachtig zorgsysteem.

Het consortium van het EFPC-programma bestaat uit: Hogeschool Leiden, Alrijne Zorggroep, LUMC (Janneke de Man-van Ginkel, Ellen Nijs en Yvette van der Linden), mboRijnland CIV Welzijn & Zorg (Desiree Bierlaagh), patiëntvertegenwoordiging door Addy Camper.



# Hoofdstuk 4

.....

## Verpleegkundig leiderschap en zorg voor de aarde

## Verpleegkundige zorg voor de aarde

Gezonde mensen en een gezonde planeet gaan hand in hand. Onze gezondheid is namelijk afhankelijk van het ecosysteem waar wij deel van uitmaken. Het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap vindt daarom klimaatverandering een belangrijk onderwerp. Klimaatverandering of de klimaatcrisis is de grootste bedreiging van de volksgezondheid van deze eeuw (83, 84). De effecten van klimaatverandering veroorzaken risico's voor de gezondheid en het welzijn van mensen (85-87). Gezondheidsrisico's ontstaan onder andere door de toename van weersextremen, zoals hittegolven, overstromingen, droogte, biodiversiteitsverlies en milieuvuiling. De impact van klimaatverandering en milieuvuiling treft iedereen op aarde, maar in het bijzonder mensen in een kwetsbare positie, zoals mensen die in armoede leven, ouderen, chronisch zieken, zwangeren en pasgeborenen (88, 89). Een duurzaamheidstransitie is nodig om de oorzaak van de huidige problemen op te lossen (90, 91). Het is dan ook schijnbaar tegenstrijdig dat we als zorgsector zelf bijdragen aan het ziek maken van mensen door een substantiële CO<sub>2</sub>-uitstoot en milieubelasting. In Nederland is de zorgsector verantwoordelijk voor 7% van de CO<sub>2</sub>-voetafdruk, 4% van het afval en 13% van het grondstoffengebruik (92-95).

Verpleegkundigen hebben een maatschappelijke rol als gezondheidsbevorderaar. Zij beloven in hun beroepseed dat zij zorgvragers geen schade zullen toebrengen en dat zij zich inzetten voor de bevordering van de volksgezondheid en het welzijn van de samenleving (96). Zij kunnen leiderschap tonen door klimaat gerelateerde gezondheidsproblemen, zoals infectieziekten, hittestress, long- en cardiovasculaire aandoeningen en mentale problemen, te signaleren en deze preventief aan te pakken. De International Council of Nurses (ICN) stelt in zijn position statement (97) dat verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen spelen in klimaatmitigatie. Enerzijds door

de zorgsector te helpen verduurzamen en anderzijds door (personen die deel uitmaken van) risicogroepen en gemeenschappen effectief te helpen en te ondersteunen bij hun aanpassing aan klimaatverandering. Daarnaast adviseert de ICN om nieuwe zorgmodellen te ontwikkelen, gezondheidsprogramma's te ontwikkelen voor klimaatgerelateerde infectie- en overdraagbare ziekten, duurzame initiatieven te ontplooiën, duurzame praktijken in de gezondheidssector toe te passen, onderzoek naar gezondheid (zorg) en klimaatverandering te stimuleren en verpleegkundigen deel te laten nemen aan het publieke debat.

Om de rol van gezondheidsbevorderaar te kunnen vervullen, moeten verpleegkundigen beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en handelingsperspectieven over hoe zij moeten omgaan met de gevolgen van klimaatverandering en het duurzaam uitoefenen van hun vak. Echter, klimaatverandering is lange tijd onderbelicht geweest binnen de verpleegkunde. Klimaat gerelateerd onderwijs is momenteel nauwelijks opgenomen in het verpleegkundig onderwijs. De eerste publicatie binnen de verpleegkunde die refereert aan klimaatverandering dateert van 1995 (voor geneeskunde was dit 1961 en bouwkunde 1957) (98). Voor een deel is dit te verklaren doordat verpleegkundigen in de voorgaande decennia een harde strijd hebben moeten voeren om als professionals erkend en gewaardeerd te worden. Maar het heeft er ook mee te maken dat er binnen de verpleegkunde lange tijd gebruik is gemaakt van twee conceptuele modellen van de omgeving of het milieu waarin de mens zich bevindt, namelijk een lokale en een verenigde conceptualisatie van de omgeving (99). Een *lokale conceptualisatie* van de omgeving verwijst naar de directe omgeving van de mens. Een omgeving die statisch en onveranderlijk is. Hierdoor hebben mensen eigenlijk alleen de keuze om zichzelf te



*“Voor mij is verpleegkundig leiderschap het nemen van initiatief op basis van eigen kennis, gedachten en ervaringen als verpleegkundig professional, ten gunste van het welzijn van de patiënt. Dit betekent niet dat dit initiatief alleen de directe patiëntenzorg mag betreffen; het kan ook gaan om het bereiken van een efficiënt en effectief verpleegkundig proces.”*

**Carin Westhof**

Opleidingsadviseur



veranderen of zich aan te passen aan hun omgeving, in plaats van dat zij proberen hun omgeving te veranderen. Een *verenigde conceptualisatie* van de omgeving gaat uit van het idee dat de mens en de omgeving onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Een omgeving die fluïde is en eensgezind verandert met de percepties van het individu. Met deze conceptualisatie wordt een grote focus gelegd op persoonlijke ervaringen; dat kan problematisch zijn omdat persoonlijke ervaringen los kunnen staan van sociale of politieke werkelijkheden (99). Verpleegkundigen die deze zienswijze hanteren worden beperkt, omdat zij de klimaatcrisis alleen vanuit hun persoonlijke ervaringen beleven of vanuit diegene met wie zij samenwerken. Maar als je niet direct een ervaring hebt gehad met bijvoorbeeld een overstroming of natuurbrand, bestaan die dan niet?

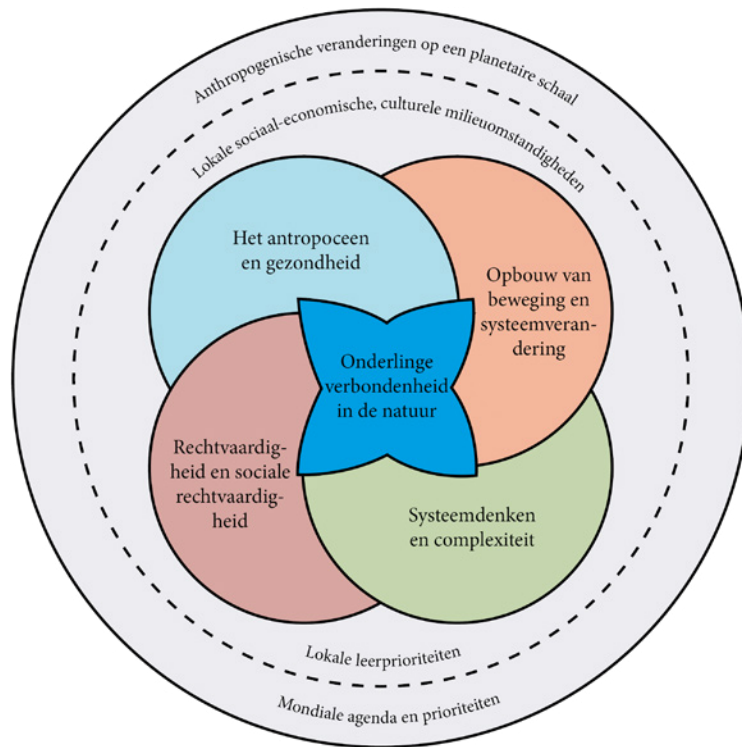
Tegenwoordig passen de hierboven beschreven conceptuele modellen niet meer bij de klimaat gerelateerde uitdagingen waar verpleegkundigen en de mensen voor wie zij voor zorgen mee te maken hebben. Om te werken naar een nieuw normaal in de zorg voor de aarde is het nodig om gebruik te maken van een meer uitgebalanceerd concept van de omgeving, namelijk *planetary health*. Planetary health wordt volgens Whitmee, S., et al. (2015) (100) gedefinieerd als:

*“the achievement of the highest attainable standard of health, wellbeing, and equity worldwide through judicious attention to the human systems—political, economic, and social—that shape the future humanity and the Earth’s natural systems that define the safe environmental limits within which humanity can flourish.”*

Planetary health is een opkomend transdisciplinair concept en een veld dat de gezondheid van zowel mensheid als de planeet Aarde als geheel in beschouwing neemt. Het richt zich

op complexe en onderling verbonden relaties tussen menselijke gezondheid, het milieu en de ecosystemen van de planeet op mondiale schaal en streeft naar een duurzame praktijk en maatregelen die een gezonde en veerkrachtige toekomst voor alle levensvormen op aarde waarborgen.

Voor verpleegkundigen is *planetary health* van toegevoegde waarde omdat het een holistische benadering biedt van gezondheid, zie figuur 2.



Figuur 2 afkomstig uit: A framework to guide planetary health; Fearon Guzmán, C.A., et al. (2021) (101).

Door planetair te denken kunnen verpleegkundigen een brede en systematische kijk op gezondheid ontwikkelen die rekening houdt met de effecten van klimaatverandering en milieuvuiling op de gezondheid van mensen (102). Verpleegkundigen leren hierdoor dus ook te kijken naar oorzaken van gezondheid en ziekte die buiten hun gezichtsveld liggen, denk aan ontbossing aan de andere kant van de wereld, of sociale ongelijkheden die verband houden met het koloniale verleden. Zij leren waar zij als verpleegkundige invloed op kunnen uitoefenen om de zorg voor mensen in een kwetsbare positie te verbeteren. Door planetair te denken kunnen verpleegkundigen ook bijdragen aan een duurzame gezondheidszorg, bijvoorbeeld door efficiënter gebruik te maken van hulpbronnen, het verminderen van afval en het aannemen van milieuvriendelijke benaderingen in de zorginstellingen waar zij werken. Ook hebben verpleegkundigen vaak nauw contact met gemeenschappen en kunnen zij een leidende rol spelen bij het betrekken van mensen bij planetary health-initiatieven, zoals het promoten van gezonde voedingskeuzes, duurzaam transport en bewustwording van klimaatverandering. En, zoals we ook zagen tijdens de covidpandemie, verpleegkundigen zijn vaak een van de eersten die reageren bij rampen en noodsituaties. Inzicht in planetary health kan hen helpen beter voorbereid te zijn op de gevolgen van klimaatverandering, zoals extreme weersomstandigheden, en effectieve noodhulp te bieden.

Gelukkig is er de laatste jaren een groeiende behoefte onder verpleegkundigen om een duurzaamheidstransitie in gang te zetten. Zo zijn er meerdere zorgorganisaties aangesloten bij het MVO Netwerk Zorg van MVO Nederland en bieden de Sustainable Development Goals concrete handvatten voor het systematisch verduurzamen van de gezondheidszorg. In het Alrijne Ziekenhuis zien we dit concreet terug in de toename van green teams op verpleegafdelingen en 'duurzaam werken' als onderdeel van de visie op verpleegkundige zorg. Echter, veel van de huidige klimaatinitiatieven zijn gefragmenteerd. Echte

*“Als ik het woord leiderschap hoor denk ik het eerst aan eigen regie, maar ik denk ook aan collega’s die ik meemaak, die andere mensen weten te inspireren en stimuleren zichzelf verder te ontplooien, maar die tegelijkertijd de moed hebben om in te grijpen als iets niet zo goed loopt.”*

**Monique**

**Klinkenberg-Tekstra**

*Management assistent*



systeemverandering vraagt om een systematische aanpak. De rol van verpleegkundigen hierin is dat zij bereid zijn om coalities te smeden met andere professionals in en buiten de gezondheidszorg en dat zij leiderschap tonen in het ontwikkelen van een klimaat- en duurzaamheidsbeweging (101, 103). Een eerste stap in het creëren van een beweging heeft het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap al gezet door nauw samen te werken met het actienetwerk De Duurzame Verpleegkundige.

Hoewel er al veel kennis bestaat over de grenzen van de planeet, en hoewel het duidelijk is dat we deze grenzen inmiddels ruimschoots overschrijden, blijft voor veel verpleegkundigen de vraag hoe zij leiderschap kunnen nemen in het omgaan met klimaatverandering en verduurzamingen van de zorg (104). De komende jaren doen wij als onderzoekers van het lectoraat, de verpleegkundige opleidingen en beroepspraktijk onderzoek naar de kunst van verpleegkundig leiderschap in het veerkrachtiger en duurzamer maken van ons zorgsysteem. We nemen hierbij *planetary health* als uitgangspunt. Dit onderzoek bestaat uit twee lijnen, namelijk (1) hoe kunnen verpleegkundigen leiderschap nemen in het verminderen van de CO2 voetafdruk van de gezondheidszorg met oog voor circulariteit? en (2) hoe kunnen verpleegkundigen omgaan met de gevolgen van klimaatverandering op gezondheid en het zorgsysteem en voorbereid zijn op toekomstige klimaatrampen? Dat doen we door een focus te leggen op het inbedden van planetary health in curricula van de faculteit Gezondheidszorg. Leontien van Wely onderzoekt momenteel samen met studenten verpleegkunde en fysiotherapie welke wensen, behoeften en uitdagingen studenten, docenten en de beroepspraktijk hebben met betrekking tot het implementeren van planetaire gezondheid en de doelstellingen van de Green Deal 3.0 (92) in de verschillende curricula. Een neveneffect hiervan is dat we op deze manier tegelijkertijd bewustzijn creëren voor de noodzaak van actie. Daarnaast is het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap landelijk partner binnen twee





grote onderzoeksprojecten, namelijk het ESCH-R en MANTRA project. Hieronder volgt een korte beschrijving van beide projecten.

### **Evidence-based Strategies to create Circular Hospitals: Applying the 10-Rs framework to healthcare (ESCH-R)**

Het doel van dit onderzoek is om een circulair ziekenhuis te creëren. Door middel van living labs in verschillende ziekenhuizen wordt onderzocht hoe ziekenhuizen minder wegwerpproducten kunnen gebruiken, zodat de ecologische voetafdruk in de zorg afneemt en de transitie naar circulariteit kan worden gemaakt. Samen met verschillende partners gaat een interdisciplinair onderzoeksteam strategieën ontwikkelen die circulair, veilig en schaalbaar zijn. Ook wordt er binnen dit project onderwijsmateriaal ontwikkeld voor de opleidingen geneeskunde en verpleegkunde. Op de lange termijn gaat ESCH-R bijdragen aan een duurzame en toekomstbestendige gezondheidszorg.

Het consortium ESCH-R bestaat uit: Hoofdaanvrager: N. Hunfeld, Erasmus MC. Medeaanvragers: UMCU, LUMC, TU Delft, TU Eindhoven, Wageningen Universiteit & Research, Erasmus Universiteit, Universiteit Utrecht, Hogeschool Rotterdam, NHL Stenden Hogeschool, Hogeschool Leiden en RIVM. Bedrijven: BV Rubberfabriek Wittenburg, Sabic, PreZero, Philips, Medtronic en DORC. Strategisch advies en ondersteuning: NEVI, Gupta Strategists, ORTEC. Wetenschappelijke verenigingen/organisaties: NFU, Gynaecology Green, De Groene OK en De Groene IC. Vanuit de stad Rotterdam: Klimaattafel Zorg. Diverse organisaties met expertise in circulariteit: Medical Delta, MVO Nederland, BlueCity en Milieu Platform Zorg

### **CliMate Adaptation for Healthy Rural Areas (MANTRA)**

Het doel van het MANTRA project is om onderzoek te verrichten naar de gezondheidseffecten van klimaatverandering voor mensen, landbouw, natuur en biodiversiteit in landelijke gebieden. Momenteel is er te weinig aandacht voor de gezondheidseffecten van klimaatverandering op het platteland. Dit beperkt de mogelijkheden voor effectieve maatregelen die de gevolgen van klimaatverandering tegen gaan. Het huidige onderzoeksproject integreert de ontwikkeling van klimaatveranderingsoplossingen met gezondheidsrisico's en andere uitdagingen voor lokale gemeenschappen en ontwerpt sturingsarrangementen voor een effectieve uitvoering in drie 'rural labs': Hogeland, Alblasserwaard en NoordOost-Brabant. In deze rural labs wordt onder andere onderzocht hoe kwetsbare groepen (mensen, gemeenschappen, ecosystemen) kunnen worden geïdentificeerd en hoe kan worden geleerd van de culturele veerkracht uit het verleden. Uiteindelijk leiden deze inzichten tot nieuwe instrumenten voor toekomstige generaties om te kunnen omgaan met fysieke

*“Als ik aan leiderschap denk, dan denk ik onmiddellijk aan het woord ‘Kwaliteit’. Het beste willen, de beste zorg, de beste relaties, oog voor de manier waarop processen in het werk lopen. Ook zie ik direct twee collega’s voor me uit mijn Haagse tijd, die hoorden bij het ZON-MW project over de Wijkverpleegkundige als Zichtbare Schakel. Dat waren twee vrouwen die altijd het allerbeste wilden voor hun armlastige cliënten; ze gingen bij iedereen op de fiets langs, en ‘nee’ was voor hen geen antwoord. Ze hadden altijd fietstassen vol speelgoed en kleding bij zich en wisten de meest fantastische verbindingen te leggen.”*

**Marcelle Rittershaus**

Docent-onderzoeker



en mentale gezondheidsproblemen als gevolg van klimaatverandering. Tevens wordt er onderwijsmateriaal ontwikkeld over dit thema voor verschillende hbo-instellingen.

Het consortium MANTRA bestaat uit: Hoofdaanvrager: P. Martens, Universiteit Maastricht. Medeaanvragers: RIMM, Radboud Universiteit, Wageningen Universiteit, Naturalis Biodiversity Center, Universiteit Maastricht & Onderzoeksinstituut IVO, Hogeschool Leiden, Platform31, Cliëntbelang Amsterdam, Movisie, Louis Bolk Instituut, Aanjager of Vakland het Hogeland, Wongema, CMO STAMM, Herenboeren Landmeerse Loop, GGD Hart voor Brabant, Bureau LIB, RNOB, GGD Groningen, Groninger Energie Koepel.

Tot slot, in mijn rede heb ik het echte verhaal van verpleegkundigen verteld. Het belangrijkste dat ik heb willen overbrengen is dat verpleegkundig leiderschap een kunst is die iedere verpleegkundige zich eigen kan maken op zijn of haar manier. De kunst van verpleegkundig leiderschap biedt verpleegkundigen de kans om afscheid te nemen van het oude en vanuit hun cruciale rol in de gezondheidszorg toe te werken naar een nieuw normaal waarin de gezondheid en het welzijn van mens en aarde centraal staat. Hiervoor is het belangrijk dat verpleegkundigen zich bezinnen over wat nou echt van waarde is voor de verpleegkundige beroepsgroep en de zorg die zij verleent en uiterst bedachtzaam is voor het uitvinden van nieuwe rituelen voor het oude. Ik hoop dat een beter begrip van het krachtenveld waarin verpleegkundigen hun werk uitvoeren helpt om de maatschappelijke uitdagingen slimmer aan te pakken. En dat het werkgevers, opleiders en beleidsmakers helpt om verpleegkundigen te ondersteunen en met hen samen te werken in het vormgeven van het nieuwe normaal. Met veel enthousiasme en plezier bouw ik met ons lectoraat verder aan de kunst van verpleegkundig leiderschap.

A group of people in traditional attire, possibly a theatrical performance, with a red overlay. The scene is dimly lit, and the figures are dressed in long, flowing robes and head coverings. The overall mood is dramatic and historical.

# Dankwoord

.....



# Dankwoord

Geachte toehoorders, ik draag deze rede met veel warmte en dankbaarheid op aan allen die hebben willen mee bouwen aan het onderzoek naar de kunst van verpleegkundig leiderschap.

Vandaag sta ik hier door de steun van velen. Allereerst dank ik het College van Bestuur van Hogeschool Leiden voor het in mij gestelde vertrouwen en voor het instellen van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap. Dit geldt ook voor de Raad van Bestuur van Alrijne Zorggroep die dit lectoraat mogelijk maakt. Speciale dank gaat uit naar Yvonne Wilders. Ik heb je de laatste drie jaar leren kennen als een bevlogen bestuurder die altijd bereid is om constructief mee te denken over hoe we de verpleegkundigen in het Alrijne Ziekenhuis beter kunnen positioneren en duurzaam kunnen ondersteunen in het uitvoeren van hun werk. Je bent voor mij een rolmodel in hoe jij je menselijke kant durft te laten zien als bestuurder van een zorgorganisatie. Dank voor je lieve woorden vooraf aan deze lectorale rede. Ik weet hoe moeilijk het voor je is om er niet bij te kunnen zijn en wens je dan ook veel sterkte en liefde toe.

Ook wil ik directeur Eldrid Bringmann van de Faculteit Gezondheidszorg bedanken. Dank Eldrid voor alles wat je de afgelopen tijd hebt gedaan om het lectoraat te laten bloeien. Je denkt altijd in oplossingen en stroopt je mouwen op als het nodig is. Ik heb veel respect voor je manier van leidinggeven. Het betekent ook veel voor mij dat je, vol vertrouwen, mij de ruimte gaf om te herstellen zodat ik mijn werk weer kon oppakken. Dank ook aan oud-directeur van de Faculteit Gezondheidszorg Nico van Tol. Jij gaf mij drie jaar geleden de kans om deze mooie positie te vervullen en hebt mij gesteund in de eerste periode van het ziek zijn.

Collega-lectoren van het kenniscentrum Vitaliteit en Eigen Regie, Petra, Erik en Chris, dank voor jullie inspiratieve samenwerking. Ik heb nu al zin in de volgende zeedagen. Speciale dank gaat uit naar John Verhoef. Dankjewel voor het kritisch mee denken en lezen van mijn lectorale rede. Je wist me iedere keer te inspireren en mijn gedachten te ordenen tot een duidelijk verhaal.

Grote dank gaat uit naar mijn kenniskringleden. Florine, Monica, Heleen, Monique, Rick, Cecile, Claudia, Leontien, Nienke, Marcelle, Tessy, Carin, Pegah en Marije. Dank voor al jullie steun, goede ideeën en harde werk. Wat ben ik trots op wat we samen hebben kunnen neerzetten in de afgelopen paar jaar. Zonder jullie is er geen lectoraat.

Alle collega's van Alrijne Academie. Dank voor jullie warme en fijne samenwerking. Carlos, dank voor je steun en kritisch meedenken over de koers van het lectoraat. Dank aan alle andere collega's van Alrijne Zorggroep. Speciale dank aan Lynette en Anika. Ik kijk uit naar de komende jaren waarin we verder kunnen bouwen aan verpleegkundig leiderschap in het Alrijne Ziekenhuis.

Dank ook aan de opleidingsmanagers Aart en Sabrina en al mijn collega's van de hbo-verpleegkunde en MANP opleidingen. Verder wil ik alle studenten, docenten, verpleegkundigen, artsen en andere zorgprofessionals van Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep danken voor het meedoen en meedenken over praktijkgericht onderzoek.

Dank aan alle samenwerkingspartners die zich net als ik inzetten om verpleegkundig leiderschap in de breedste zin van het woord te vergroten. Jullie bieden mij inspiratie en

*“Voor mij is leiderschap ‘mensen de ruimte geven’. Out of the box-denken, beginners in het vak de kans geven fouten te maken en daarvan te leren. Compassievol optreden, maar wel met oog voor ieders grenzen. Een leider kan zichzelf goed neerzetten, zichzelf blijven en de eigen grenzen goed bewaken.”*

**Claudia Verkaart-  
Hernandez Murillo**

*Docent-onderzoeker*



veel werkplezier. Ik kijk uit naar de komende jaren waarin we in gezamenlijkheid vele mooie onderzoeksprojecten mogen vormgeven.

Mijn klimaatzusters Annemarie, Ellen, Elke, Yolanda. Wat ontzettend fijn dat ik gelijkgestemden heb gevonden. Ik bewonder jullie kennis, doorzettingsvermogen en creativiteit in het verbeteren van de zorg voor de aarde. Ik kijk uit naar hoe we samen de stem van De Duurzame Verpleegkundige nog luider kunnen laten klinken.

Dan kom ik aan bij mijn lieve vrienden en familie. Dank voor alle steun de afgelopen jaren en voor alle gezelligheid naast het werkende leven. Jullie maken het leven een stuk vrolijker.

Lieve papa, mamma en broertje. Jullie liefde gaf mij de moed om door te gaan. Alles komt goed.

Tot slot, mijn gezin. Lieve Hannah en Steffi wat ben ik trots op jullie. Ik vind het ontzettend mooi en bijzonder om te zien hoe jullie je ontwikkelen tot sterke persoonlijkheden.

Lieve meiden jullie zijn mijn alles. Lieve Joost, wat hebben we de afgelopen jaren veel meegemaakt samen. En wat ben ik trots dat we er ons samen doorheen geslagen hebben. We zijn nu 16 jaar samen en ik hoop dat er de komende jaren meer lichtheid in ons leven komt. Ik ben trots op wie je bent als vader en echtgenoot. Je brengt me aan het lachen, inspireert me, relateert de boel als de dingen in mijn hoofd te groot worden en weet me met beide benen op de grond te houden. Ik hou van je.

**Ik heb gezegd**



# Literatuur

.....

# Literatuur

1. Jubileumuitgave bij het 75 jarig bestaan van Diaconessenhuis Leiden. 1972.
2. de Graaff D, Rahmawan-Huizenga S, van de Bovenkamp H, Kuijper S, Wallenburg I, Bal R. Naar een veerkrachtig zorgsysteem: lessen uit de pandemie. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy and Management; 2022.
3. De Smet A, Dowling B, Hancock B, Schaninger B. The Great Attrition is making hiring harder. Are you searching the right talent pools? McKinsey Quarterly. 2022.
4. Ziekteverzuimpercentage (2023, 8 september); AZW branches. Geraadpleegd op 15-10-2023, van <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24015NED/table?dl=79EA2>.
5. Auerbach AI, Beurhaus PI, Donelan K, Staiger DO. A Worrysome Drop In The Number Of Young Nurses. Health Affairs Forefront. 2022.
6. Bouwes A, Broekman H, Dobber J, Eisenberg I, den Hertog R, Ruthers A. Opleidingsprofiel Bachelor Nursing. 2023.
7. BIG-register (2023, 1 november). Geraadpleegd op 10-10-2023, van <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers>.
8. Nursing definitions (2002). Geraadpleegd op 10-10-2023, van <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>.
9. Hulst, F.J.P. van der, Brabers, A.E.M. en Jong, J.D. de. Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg. Utrecht: Nivel; 2023.
10. Teresa-Morales C, Rodriguez-Perez M, Araujo-Hernandez M, Feria-Ramirez C. Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;22;19(13):7640.
11. van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today?: A debate on the nursing professional identity and its need for change. Nursing philosophy. 2021;22(2):e12343,n/a.
12. Salvage J. The politics of nursing. London: Butterworth-Heinemann Ltd; 1885.
13. Porter S. Women in a women's job: the gendered experience of nurses. Sociology of Health & Illness. 1992;14(4):510-27.
14. Berger L. Zorg. Een betere kijk op de mens. 1st ed. Amsterdam: De Correspondent; 2022.
15. Eagly AH, Koenig AM. The Vicious Cycle Linking Stereotypes and Social Roles. Current Directions in Psychological Science. 2021;30(4):343-50.
16. The Danger of a single story. TED. Oxford, UK: TEDGlobal; 2009.
17. Buurman BM. Niets over ons, zonder ons: Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen & verzorgenden. 2020.
18. Raad Volksgezondheid en Samenleving. Applaus is niet genoeg. Anders waarderen en erkennen van zorgverleners. RVS;2020.
19. Sociaal-Economische Raad. Aan de slag voor de zorg. Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; 2021.
20. Munich Declaration--nurses and midwives: a force for health. Intensive Crit Care Nurs. 2000; 01;16(4):207-8.
21. World Health Organization. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2014.
22. Burns JM. Leadership. New York, NY: Harper & Row; 1978.
23. Uhl-Bien M. Relational leadership theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. The leadership quarterly. 2006;17(6):654-76.



*“Voor mij is leiderschap iets wat je nooit alleen kunt doen. Je moet anderen inspireren met je mee te gaan om thema’s te agenderen die belangrijk zijn, ook al liggen ze nog wat verder in de toekomst. Ikzelf denk als leider liever in oplossingen dan in problemen, en vind het leuk om mensen mee te krijgen om voor die oplossingen op de bres te springen. Ik neig dan soms wel naar activisme, maar mijn kwaliteiten liggen meer in woordvoerderschap op een constructieve manier.”*

**Leontien van Wely**

Onderzoeker



24. Hersey, P., & Blanchard, K.H. Life cycle theory of leadership. *Training & Development Journal*. 1969;23(5):26-34.
25. Weber M. *The theory of social and economic organization*. New York, NY: Simon and Schuster; 2009.
26. Greenleaf RK. *The servant as leader*. South Orange, NJ: Center for servant leadership; 2008.
27. Pearce, C. L., & Conger, J. A. *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
28. Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational behavior and human decision processes*. 2005;97(2):117-34.
29. Swanwick, T., & McKimm, J. What is clinical leadership... and why is it important? 2011;8(1):22-6.
30. Vermeulen H, van Dijk M, Groenewegen P, Heinen M, Holleman G, Huis A, et al. *Verpleegkundig Leiderschap*. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2020.
31. Nightingale F. *As Miss Nightingale said--: Florence Nightingale through her sayings : a Victorian perspective*. Second ed. London, UK: Bailliere Tindall; 1997.
32. De Pree M. *Leadership is an art*. New York, USA: Currency; 2004.
33. Jones M. *Artful leadership. Awakening the commons of the imagination*. Orillia ON Canada: Pianoscapes; 2006.
34. Ladkin D, Taylor SS. Leadership as art: Variations on a theme. *Leadership*. 2010;6(3):235-241.
35. Ladkin D. *Rethinking leadership. A new look at old questions*. Second ed. Northampton, MA: Edward Elger Publishing Inc.; 2020.
36. Bansal A. Planetary health underpins an economy of wellbeing. *BMJ*. 2020 August 04;370:m3080.

37. Raworth K. Doughnut economics: seven ways to think like a 21st century economist. London, UK: Random House UK; 2018.
38. van Gennepe A. The rites of passage. Second ed. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2019.
39. Tradewell G. Rites of passage. Adaptation of nursing graduates to a hospital setting. *J Nurs Staff Dev.* 1996 August 01;12(4):183-9.
40. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;01;23(1):12-28.
41. Turner VW. Betwixt and between. The liminal period in the "Rites de Passage". In: *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual.* Ithaca; London: Cornell University Press; 1967. p. 93-111.
42. Lalleman P. Dossier Leiderschap. Een nieuw narratief. *TvZ.* 2023;5.
43. Zeggenschap van zorgmedewerkers, Artikel 3, Rijksoverheid, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg Sess. Rijksoverheid; 2023.
44. Brancheorganisaties Zorg (BoZ). Governancecode Zorg 2022. BoZ; 2021.
45. Clegg S. Evidence-based practice in educational research: A critical realist critique of systematic review. *British Journal of Sociology of Education.* 2005;26(3):415-428.
46. Bhaskar R. Reclaiming reality: a critical introduction to contemporary philosophy. New York, NY: Verso; 1989.
47. Williams L, Rycroft-Malone J, Burton CR. Bringing critical realism to nursing practice: Roy Bhaskar's contribution. *Nursing Philosophy.* 2017;e12130(e12130).
48. Angélica Mosqueda-Díaz, A., Vílchez-Barboza, V., ValenzuelaSuazo, S., Sanhueza-Alvarado, O. Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(2):356-63.
49. Hughes V, Cologer S, Swoboda S, Rushton C. Strengthening internal resources to promote resilience among prelicensure nursing students. *J Prof Nurs.* 2021;01;37(4):777-83.
50. Neff K. Self-compassion: The proven power of being kind to yourself. UK: Hachette; 2011.
51. Traynor M. Guest editorial: What's wrong with resilience. *J Res Nurs.* 2018;01;23(1):5-8.
52. Hughes V, Swoboda S, Taylor J, Hudson K, Rushton C. Strengthening external protective resources to promote prelicensure nursing students' resilience. *J Prof Nurs.* 2022;01;39:10-8.
53. Bakker EJM, Verhaegh KJ, Kox, Jos H A M, van der Beek, Allard J, Boot CRL, Roelofs, Pepijn D D M, et al. Late dropout from nursing education: An interview study of nursing students' experiences and reasons. *Nurse Educ Pract.* 2019;01;39:17-25.
54. Kox, Jos H A M, Runhaar J, Groenewoud JH, Bierma-Zeinstra SMA, Bakker EJM, Miedema HS, et al. Do physical work factors and musculoskeletal complaints contribute to the intention to leave or actual dropout in student nurses? A prospective cohort study. *J Prof Nurs.* 2022;01;39:26-33.
55. Bakker EJM, Kox, Jos H A M, Miedema HS, Bierma-Zeinstra S, Runhaar J, Boot CRL, et al. Physical and mental determinants of dropout and retention among nursing students: protocol of the SPRiNG cohort study. *BMC Nurs.* 2018;22;17:27,9. eCollection 2018.
56. Strijk J., Wendel-Vos G., Picavet H., Hofstetter H., Hildebrandt V. Wat is vitaliteit en hoe is het te meten? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen.* 2015;93(1):32-40.
57. Rappaport J. Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology.* 1987;15:121-48.
58. Solomon BB. Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities. New York, NY: Columbia University Press.
59. Goedhart NS, van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *J Nurs Manag.* 2017;01;25(3):194-206.

60. Kanter RM. Men and women of the corporation. New York, NY: Basic Books; 1977.
61. Kagan PN. POWER, EMPOWERMENT, AND CHANGE IN NURSING AND HEALTH CARE. In: Amer KS, editor. Quality and Safety for Transformational Nursing: Core Competencies. Pearson; 2013.
62. Rao A. The contemporary construction of nurse empowerment. J Nurs Scholarsh. 2012;01;44(4):396-402.
63. Salvage J, Stilwell B. Breaking the silence: A new story of nursing. J Clin Nurs. 2018 April 01;27(7-8):1301-3.
64. Morrison EW. Employee Voice and Silence. Annu Rev Organ Psychol Organ Behav. 2014;1(1):173-97.
65. Kagan PN, Smith MC, Cowling III WR, Chinn PL. A nursing manifesto: an emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis. Nursing philosophy. 2010;11(1):67-84.
66. Nursemanifest. A call to conscience and action (2023, oktober 9). Geraadpleegd op 18-10-2023, van <https://www.nursemanifest.com>.
67. O'Connell J, Gardner G, Coyer F. Beyond competencies: using a capability framework in developing practice standards for advanced practice nursing. J Adv Nurs. 2014;01;70(12):2728-35.
68. Verhaegh KJ, aan de Stegge C, van der Laan J, Schoenmaker K, de Goede N, Westhof C. Verpleegkundige beroepsontwikkeling. Evaluatie van functiedifferentiatie in Alrijne Ziekenhuis. Leiderdorp: Alrijne Zorggroep; 2022.
69. Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. Responsieve methodologie. interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Uitgeverij Lemma; 2006.
70. Joseph ML, Bogue RJ. A theory-based approach to nursing shared governance. Nurs Outlook. 2016;01;64(4):339-51.
71. de Kraker D, de Groot K, de Veer A, Schlinkert C. Zeggenschap en een lerende teamcultuur dragen bij aan de veerkracht van verpleegkundigen. Peiling 2 Veerkracht van verpleegkundigen, maart 2023. Utrecht: Nivel; 2023.
72. Landelijk Actieplan Zeggenschap en Veerkracht. Visie op het versterken van zeggenschap en een roadmap daartoe. Landelijk Actieplan Zeggenschap; 2023.
73. Kyytsönen, M., Tomietto, M., Huhtakangas, M. and Kanste, O. Research on hospital-based shared governance: a scoping review. International Journal of Health Governance. 2020;25(4):371-86.
74. Nursing Shared Governance 2022 (september 19, 2023). Geraadpleegd op 03-11-2023, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549862/>.
75. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. ANA Publ. 1983.
76. Schlinkert, C., Stralen, S. van, Jelsma, J., Schoten, S. van, Wimmer, P., Kroeze, M., Wagner, C. De Resilience Analysis Grid (RAG) in Nederlandse ziekenhuizen: Ontwikkeling, evaluatie en eerste conceptversie van een Safety-II reflectie tool. Utrecht / Amsterdam: Nivel; 2023.
77. Quiet Quitting and the Great Resignation Have a Common Cause—Dissatisfied Workers Feel They Can't Speak up in the Workplace (oktober 11, 2022). Geraadpleegd op 10-10-2023, van <https://theconversation.com/quiet-quitting-and-the-great-resignation-have-a-common-cause-dissatisfied-workers-feel-they-cant-speak-up-in-the-workplace-190390>.
78. Feo R, Rasmussen P, Wiechula R, Conroy T, Kitson A. Developing effective and caring nurse-patient relationships. Nurs Stand. 2017;08;31(28):54-63.
79. Salvage J. Model thinking: nurse, author and journalist Jane Salvage describes how Roper, Logan and Tierney's model of nursing changed the world and stood the test of time. Nursing Standard. 2006;20(17):24+.
80. Definition of palliative care (2023). Geraadpleegd op 10-10-2023, van <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

*“Een leider wordt pas een leider als deze het vertrouwen geniet onder de groep die hem volgt. Idealiter zet de leider een koers uit die de groep wil lopen. Maar ook volgers kunnen altijd suggesties doen voor koerswijziging. Leiderschap kan dus ook tijdelijk zijn; de situatie van de groep kan bijvoorbeeld zodanig ingrijpend veranderen dat het beter is iemand anders uit de groep als leider te benoemen.”*

**Rick Hendriks**

Onderzoeksassistent



81. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2021;01;28(5):614-27.
82. Kitson AL, Conroy T, Jeffs L, Carr D, Huisman-Dewaal GJ, Muntlin A, et al. 'No more heroes': The ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. *J Adv Nurs*. 2023;01;79(3):922-32.
83. Health and climate change (2018). Geraadpleegd op 27-10-2023, van <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-and-climate-change>.
84. Frantz, C. M., & Mayer, F. S. The emergency of climate change: Why are we failing to take action? *Analyses of social issues and public policy*. 2009;9(1):205-22.
85. Haines, A., Ebi, K. The Imperative for Climate Action to Protect Health. *N Engl J Med*. 2019;380:263-73.
86. Wuijts S. Effecten van klimaat op gezondheid. Actualisatie voor de Nationale Adaptatiestrategie (2016). Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2014.
87. van Daalen KR, Romanello M, Rocklöv J, Semenza JC, Tonne C, Markandya A, et al. The 2022 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: Towards a climate resilient future. *Lancet Public Health*. 2022;7:e942–e965.
88. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2021;09;397(10269):129-70.
89. Prüss-Üstün, Annette, Corvalán, Carlos F & World Health Organization. (2006). Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease. Prüss-Üstün A, Corvalán C./World Health Organization; 2006.



90. IFMSA-NL Advocacy Group Climate Change and Health. Policy Document Planetary Health. IFMSA-NL; 2023.
91. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Uitvoeringsplan Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; 2023.
92. Green Deal Samen werken aan duurzame zorg (Green Deal 3.0). Rijksoverheid; 2022.
93. Health Care Without Harm. Klimaatvoetafdruk van de gezondheidszorg. Hoe de gezondheidssector bijdraagt aan de wereldwijde klimaatcrisis en mogelijkheden voor acties. Brussel: Health Care Without Harm (HCWH) Europe; 2019.
94. Lenzen M, Malik A, Li M, Fry J, Weisz H, Pichler P, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. *Lancet Planet Health*. 2020;01;4(7):e271-9.
95. Steenmeijer, M., Pieters, L., Warmerhoven, N., Huiberts, E., Stoelinga, M., Zijp, M., Zelm, R., van Waaijers-van der Loop, S. Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2022.
96. V&VN. Eed van verpleegkundigen en verzorgenden. V&VN. 2009.
97. International Council of Nurses. Nurses, climate change and health. Position statement. ICN:2018.
98. Portela Dos Santos O, Melly P, Joost S, Verloo H. Climate Change, Environmental Health, and Challenges for Nursing Discipline. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;28;20(9):5682. doi: 10.3390/ijerph20095682.
99. Kalogirou MR, Olson J, Davidson S. Nursing's metaparadigm, climate change and planetary health. *Nurs Inq*. 2020;01;27(3):e12356.
100. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, de Souza Dias, Braulio Ferreira, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015;14;386(10007):1973-2028.
101. Guzman CAF, Aguirre AA, Astle B, Barros E, Bayles B, Chimbari M, et al. A framework to guide planetary health education. *Lancet Planet Health*. 2021;01;5(5):e253-5.
102. Baena-Morales S, Froberg A. Towards a more sustainable future: simple recommendations to integrate planetary health into education. *Lancet Planet Health*. 2023;01;7(10):e868-73.
103. Kurth AE. Planetary Health and the Role of Nursing: A Call to Action. *J Nurs Scholarsh*. 2017;01;49(6):598-605.
104. KNAW. Planetary Health. An emerging field to be developed. Amsterdam: KNAW; 2023.

## Dr. Kim Johannes Maria Verhaegh

---

Kim Verhaegh (1979) is verpleegkundige en studeerde Culturele Antropologie in Utrecht. In 2019 promoveerde zij op het proefschrift *Sailing home: a better journey for patients through transitions of care*. Voordat zij lector Verpleegkundig Leiderschap werd bij Hogeschool Leiden en Alrijne Zorggroep werkte ze onder meer als docent bij de Hogeschool van Amsterdam en als onderzoeker bij het Nivel. Kim Verhaegh is daarnaast Bestuurslid van De Duurzame Verpleegkundige.





hogeschool  
Leiden