



BLIJF AAN Z

EINDRAPPORT

INTERREG V
PROGRAMMAPERIODE 2021-2022
DECEMBER 2022

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL	2
EXECUTIVE SUMMARY NL	5
EXECUTIVE SUMMARY EN	7
PROJECTPARTNERS	9
AUTEURS	10
INTRODUCTIE	11
ACTIVITEIT 1: ANALYSE	12
Introductie	12
Doelstelling	14
Methode	15
Resultaten	17
Voorspellers van uitstroom en behoud van zorgverleners op organisatie- en teamniveau: een literatuurstudie	17
Interventies die jobtevredenheid van zorgverleners beïnvloeden: een scoping review ..	19
Geselecteerde voorspellers	21
Validatie	24
Methodologie	24
Rekrutering	24
Analyse	25
Topic list	25
Validatie Activiteit 1	25
Conclusie en aanbevelingen	28
ACTIVITEIT 2: DASHBOARD	30
Introductie	30
Methode	30
Resultaten	31
Ontwerpproces	31
Ontwerp van het Dashboard	33

Design rationale.....	33
Validatie.....	36
Valideringsronde 1	36
Valideringsronde 2	38
Conclusie en aanbevelingen	41
ACTIVITEIT 3: TEAM CHAMPIONS	42
Introductie.....	42
Methode.....	43
Resultaten.....	47
Fase 1: Theoretische onderbouwing en ontwikkeling.....	47
Fase 2: Rekrutering van de Team Champions en kick-off op teamniveau.....	50
Fase 3: Team Champion Opleiding	51
Fase 4: Lerende Netwerken	52
Validatie.....	53
Kwantitatieve evaluatie TC Methodiek	53
Kwalitatieve Evaluatie TC Methodiek (Focusgroepen)	54
Drop-out.....	56
Conclusie en aanbevelingen	57
Besluit	60
ACTIVITEIT 4: LEIDEN OM TE BOEIEN EN BINDEN	61
Introductie.....	61
Leiderschap als een praktijkvoering om te ontwikkelen.....	62
Authentiek, persoonsgericht en transformationeel leiderschap	63
Vier foci voor het leiden om te boeien en binden	64
Methode.....	65
Opbouw.....	65
Proces	66
Resultaten.....	71
Validatie.....	84

Kwantitatieve evaluatie Activiteit 4 methodiek.....	84
Kwalitatieve evaluatie Activiteit 4 methodiek (Focusgroepen)	85
Conclusie en aanbevelingen	88
Besluit	90
TOT SLOT: AANBEVELINGEN VOOR EEN VERVOLGPROJECT	91
REFERENTIES	93

EXECUTIVE SUMMARY NL

Blijf aan Z is een pilootproject binnen het Interreg V-programma Vlaanderen-Nederland. Het project startte in april 2021, tot december 2022. Het partnerschap van Blijf aan Z bestaat uit 7 Vlaamse en Nederlandse organisaties: Provincie Antwerpen, Universiteit Antwerpen, Thomas More Mechelen-Antwerpen, Fontys Hogescholen, Transvorm, Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis en Het GielsBos.

Het doel van Blijf aan Z is om duurzame en kwalitatief hoogstaande werkgelegenheid te bevorderen door het terugdringen van de uitstroom en langdurige uitval van zorgprofessionals uit de organisatie en/of de zorgsector.

Vier grote activiteiten kregen een plaats in het project: het uitvoeren van een **analyse (1)**, het ontwikkelen van een **monitoringinstrument of dashboard (2)**, het inschakelen van 'Team Champions' (3) en het inzetten op **leidinggevend** (4).

In de **analyse** werd via een **literatuurstudie** evidentie verzameld over de correlaten en beïnvloedende factoren van retentie van zorgverleners. Ook interventies die al toegepast werden, en hun effectiviteit werden hierin meegenomen. Tijdens focusgroepgesprekken werden de resultaten gevalideerd.

Uiteindelijk leidde de analyse tot de selectie van **vier extensieve factoren**: leiderschap, erkenning, communicatie, gedeelde waarden en **vijf thema's**: persoonlijke factoren, sociaal kapitaal, beslissingsruimte, werkdruk en patiëntenzorg.

Dit vormde de basis voor de ontwikkeling van twee interventies, waarvan de implementatie en het effect nauwgezet opgevolgd werden door kwantitatieve en kwalitatieve metingen.

Het meten gebeurde in een **dashboard**, dat toelaat de afgebakende factoren te monitoren. De resultaten van die metingen ondersteunen tegelijk de interventies. Het dashboard is dus niet alleen een instrument om te meten, maar versterkt ook de interventies.

Voor het ontwikkelen van het dashboard werd een beroep gedaan op vragenlijsten. De verdere bijsturing werd steeds afgetoetst bij de stuurgroep van Blijf aan Z, bij de klankbordgroep en bij potentiële gebruikers. Veel aandacht ging naar de **gebruiksvriendelijkheid** van het instrument en de belasting die de metingen betekenen voor de gebruikers.

De interventie **Team Champions** introduceert de Team Champion 'Welzijn'. De **rol** van de Team Champion 'Welzijn' werd eerst op basis van literatuur geconceptualiseerd, in combinatie met eigen praktijkervaringen en de insteek van experts. De interventie werd ook een eerste keer **geïmplementeerd** in een aantal bestaande teams in zorginstellingen. De Team Champions werden begeleid tijdens opleidingsdagen, bijeenkomsten van een lerend netwerk

en continue evaluatie en bijsturing. Op deze manier werden **profiel, rol en taken** van een Team Champion 'Welzijn' verder uitgetekend.

De interventie **Leiden om te boeien en te binden** vertrekt van leiderschap als een praktijkvoering. Het is een manier om een leidinggevende het behoud van medewerkers positief te laten beïnvloeden. Voor leidinggevendenden werd een ontwikkelprogramma opgezet in de vorm van de Community of Practice, vertrekkend van co-operative inquiry en 4 lantaarns of 'guiding lights' (relationele verbondenheid, professionele autonomie, een heilzame werkplekcultuur en groei en ontwikkeling(mechanismen) voor het behoud van zorgmedewerkers). Ook deze interventie werd in de praktijk getest.

De **eerste resultaten** van het project zijn **positief**. De interventies werden door de deelnemers positief geëvalueerd (kwalitatieve evaluatie). De partners van het project formuleerden verschillende aanbevelingen voor een vervolgproject.

Het thema **werkdruk** kan verder uitgediept worden. Uit de interventies bleek dat een duidelijker onderscheid mogelijk is tussen objectieve en subjectieve werkdruk.

Omdat de kwantitatieve evaluatie moest gebeuren op basis van te beperkte data, is het zinvol om het **dashboard** verder uit te werken en daarbij nog meer in te zetten op de **gebruiksvriendelijkheid**, maar ook op de **motivatie** van de deelnemers. Mogelijk is een andere tool gebruiken interessant.

Ook voor de interventies kan de aanpak verder verfijnd worden door meer te **meten**. Zeker een goede nulmeting is van belang. Vervolgens kan meer ingezet worden op het verkrijgen en gebruiken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data.

EXECUTIVE SUMMARY EN

Blijf aan Z is a pilot project within the Interreg V programme Flanders-Netherlands. The project ran from April 2021 until December 2022. The partnership consists of seven Flemish and Dutch organisations: Province of Antwerp, University of Antwerp, Thomas More University of Applied Sciences, Fontys University of Applied Sciences, Transvorm, Elizabeth-TweeSteden Hospital and Het GielsBos centre for people with learning disabilities.

The aim of Blijf aan Z was to promote long-term and healthful employment within healthcare organisations by reducing turnover and long-term attrition among healthcare professionals.

Four major activities were undertaken within the project: conducting an **analysis (1)**, developing a **monitoring tool or dashboard (2)**, engaging 'Team Champions' **(3)** and engaging **team leaders (4)**.

The **analysis** used a **literature review** to gather evidence on the correlates and influencing factors of healthcare professional retention. It also included a review of existent interventions and their effectiveness. Results were validated during focus group discussions with Dutch and Flemish stakeholders.

The analysis resulted in **four extensive factors**: leadership, recognition, communication, shared values **and five themes**: personal factors, social capital, decisional space, workload and patient care.

This formed the basis for the development of two interventions, whose implementation and impact were closely monitored through quantitative and qualitative measurements.

Measurement was conducted through a **dashboard**, which allowed monitoring of the delineated factors. The results of these measurements could simultaneously support the interventions. Hence the dashboard was not only a measurement tool but also a driver for the interventions.

To develop the dashboard questionnaires were used. Afterwards, the dashboard was continuously reviewed by the Blijf aan Z steering committee, the sounding board group and potential users. A lot of attention was paid to **user-friendliness** for, and burden placed on, users.

The **Team Champion** intervention introduced the idea of 'Wellbeing Team Champions'. Their **role** was initially conceptualised using current literature, combined with personal experiences and expert advice. The intervention was **implemented** in a number of existing care teams. The Team Champions were facilitated during several days of training, learning network sessions, continuous evaluation and adjustment. By doing so, the **profile, role and tasks** of 'Wellbeing Team Champions' was further refined.

The intervention **Leading to inspire and engage** began by viewing leadership as a practice, and explored how hierarchical, first-line leadership could influence staff retention. A development programme was designed for charge nurses in the form of a Community of Practice who engaged in a co-operative inquiry using four 'guiding lights' (fostering relational connectedness, professional autonomy, growth and development, and a healthful workplace culture) to focus their exploration of how to positively influence staff intention to stay. This intervention was also tested in practice contexts.

The **initial results** of the project are **positive**. The interventions were positively evaluated by the participants (qualitative evaluation). The project partners formulated several recommendations for a follow-up project.

The theme of **workload** should be explored further. The interventions showed that a clearer distinction can be made between objective and subjective workload.

As the quantitative evaluation was restricted to limited data, it would be logical and advisable to further develop the **dashboard** and focus even more on **user-friendliness** and participant **motivation**. Use of another tool could be interesting.

Also, further development of the interventions could be approached by **measuring** more evaluative data. A good baseline measurement is certainly important, and more effort could be made to obtaining and using quantitative and qualitative data.

PROJECTPARTNERS



**Provincie
Antwerpen**

GOUVERNEUR
KINSBERGECENTRUM



**Universiteit
Antwerpen**



Fontys

THOMAS
MORE

et+Z



Het GielsBos
gedreven door buitengewone mensen

GZA

Ziektehuizen
GasthuisZusters Antwerpen
Sint-Augustinus Sint-Vincentius Sint-Jozef

**trans
vorm** voor werken
in zorg en welzijn



Interreg



EUROPESE UNIE

Vlaanderen-Nederland

Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

AUTEURS

Activiteit 1 Analyse

- Tine Averens
- Erik Franck
- Kris Van den Broeck

Activiteit 2 Dashboard

- Mark de Graaf

Activiteit 3 Team Champions

- Tine Averens
- Erik Franck
- Kris Van den Broeck

Activiteit 4: Leiden om te boeien en te binden

- Shaun Cardiff
- Johann van Schijndel

Validatie

- Wendy D'Haenens
- Jorien Smets
- Wessel van de Veerdonk
- Marlon van Loo

INTRODUCTIE

Blijf aan Z is een pilootproject dat wordt gefinancierd binnen het Interreg V-programma Vlaanderen-Nederland, het grensoverschrijdend samenwerkingsprogramma met financiële steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling. Het project startte in april 2021 en loopt tot december 2022. Het partnerschap van Blijf aan Z bestaat uit 7 Vlaamse en Nederlandse organisaties: Provincie Antwerpen, Universiteit Antwerpen, Thomas More Mechelen-Antwerpen, Fontys Hogescholen, Transvorm, Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis en Het GielsBos.

Het project is ontstaan vanuit een gemeenschappelijk arbeidsmarkt- en maatschappelijk probleem: een stijgend personeelstekort in de zorgsector. Zowel in Vlaanderen als in Nederland geraken vacatures niet ingevuld, zijn de zorgnoden complexer geworden en valt personeel uit. Dit heeft zijn weerslag op het zittende personeel: de druk op het personeelsbestand is de afgelopen 10 jaar sterk toegenomen. Volgens Belgische studies heeft 10% van de Vlaamse verpleegkundigen een hoog burn-out risico en 1 op de 10 dacht eraan het beroep te verlaten (Geuens, Van Bogaert & Franck, 2017). In Nederland wordt de metafoor van het vergiet gebruikt, omdat de instroom van zorgpersoneel niet voldoende is tegenover de uitstroom die onveranderd groot blijft (Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2019). Zo ziet men 9% van alle werknemers in de zorg in het eerste kwartaal van 2019 uitstromen, waarvan 40% buiten het zorgberoep (CBS-AZW, 2021).

Het doel van Blijf aan Z is om duurzame en kwalitatief hoogstaande werkgelegenheid te bevorderen door het terugdringen van de uitstroom en langdurige uitval van zorgprofessionals uit de organisatie en/of de zorgsector. Het project focust hiervoor op 1 mogelijke piste: het behoud of de retentie van zorgprofessionals verhogen. We ondernemen **4 grote activiteiten** tijdens het project: het uitvoeren van een **analyse (1)**, het ontwikkelen van een **monitoringinstrument of dashboard (2)**, het inschakelen van 'Team Champions' **(3)** en het inzetten op **leidinggevend (4)**. De analyse vertrekt van bestaand onderzoek om te kijken welke voorspellers van uitstroom het meeste voorkomen. Het monitoringinstrument dient om deze voorspellers op te volgen en is in die zin bedoeld als deel van de interventie. De Team Champions worden ingezet om de veerkracht binnen een team te helpen verhogen en zo voor meer behoud te zorgen. De leidinggevend richten zich tot slot op het ontwikkelen van leiderschap om het behoud van hun medewerkers positief te beïnvloeden.

Deze 4 activiteiten kwamen overeen met werkpakketten binnen het project. Aan elke activiteit wordt in dit rapport een hoofdstuk gewijd, met telkens dezelfde opbouw: introductie, methode, resultaten, validatie en conclusie/discussie/aanbevelingen. Het rapport eindigt met een **algemene conclusie**.

ACTIVITEIT 1: ANALYSE

INTRODUCTIE

De WHO voorspelt tegen 2030 een wereldwijd tekort van 18 miljoen gezondheidswerkers (WHO, 2021). Eén van hun duurzame ontwikkelingsdoelen is investeren in het aantrekken en opleiden van nieuwe gezondheidswerkers en het behoud van de huidige (VN, 2021; WHO, 2021). Aantrekken en behouden van gezondheidswerkers is ook een prioriteit binnen Europa. Europese landen ondervinden problemen in het rekruteren en in stand houden van personeel in de gezondheidszorg (Barriball et al., 2015). In Vlaanderen zijn veel zorgberoepen knelpuntberoepen: vacatures worden niet ingevuld en ook de zorgopleidingen zijn onderbezet (Verso, 2018). Dit terwijl de gezondheidszorg steeds meer onder druk komt te staan door een toenemende zorgvraag omwille van een ouder wordende bevolking en een grotere complexiteit van de zorg door meer chronische en multiple pathologieën en geavanceerde behandelingen (Heinen et al., 2013; Maurits et al., 2016).

Een grote turn-over van gezondheidspersoneel heeft een negatieve impact op de kwaliteit van de gezondheidszorg doordat de continuïteit van de zorg in gevaar komt. Bovendien is er ook een significante economische kost verbonden aan het verloop van hulpverleners, door de uitgaven die verbonden zijn met het rekruteren en opleiden van nieuwe medewerkers (Barriball et al., 2015; Ten Hoeve et al., 2020). Tenslotte kan personeelsverloop - wanneer het zich in een hoog tempo voordoet - resulteren in een afnemende productiviteit en afnemend moreel van het personeel (Chen et al., 2008; Derycke et al., 2011). Het verlagen van de personeelsuitstroom is bijgevolg - naast andere strategieën - een belangrijke piste om de krapte op de zorgarbeidsmarkt te bestrijden (Estry-Beharet al., 2010; Verso, 2018). Een deel van de oplossing om personeel te behouden is zorgen voor werkbaar werk, dat wordt gedefinieerd als werk waarvan je niet ziek of overspannen wordt, dat motiverend en boeiend is en kansen biedt op leren en ontwikkelen (SERV, 2019). De welzijns- en zorgsector in Vlaanderen kende in 2019 een werkbaarheidsgraad van 50,8% tegenover 60,3% in 2010. Slechts 50,8% van de jobs wordt als werkbaar ervaren (SERV, 2019).

De uitstroom van zorgverleners kan zich manifesteren op verschillende niveaus, zoals voorgesteld in Figuur 1. Een zorgprofessional kan de job verlaten, de organisatie verlaten of het beroep verlaten (Derycke et al., 2012). Blijf aan Z focust zich vooral op de twee eerste niveaus; we richten ons op de factoren die de uitstroom en het behoud van zorgverleners op organisatie- en teamniveau beïnvloeden. Oplossingen of remediëringsstrategieën kunnen zich eveneens op verschillende niveaus situeren namelijk het individu, het team en de organisatie. Ook de maatschappij heeft een verantwoordelijkheid, aangezien dit een wereldwijd maatschappelijk probleem is (Geuens et al., 2017).



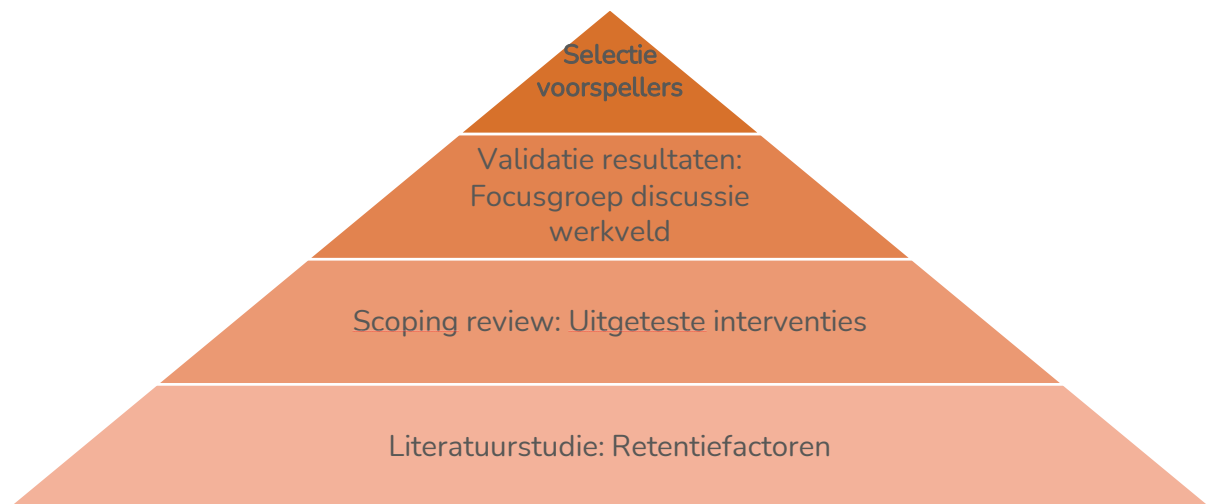
Figuur 1. Niveaus van uitstroom van zorgverleners

Studies gericht op retentie van zorgverleners (in welke mate een organisatie haar medewerkers kan behouden) nemen voornamelijk twee outcomes mee. De sterkste voorspellers voor turn-over van personeel zijn de intentie om de job te verlaten en jobtevredenheid (De Gieter et al., 2011; Estryn-Behar et al., 2010; Hayes et al., 2006). Jobontevredenheid en de intentie om te vertrekken zijn stadia in een complex besluitvormingsproces dat kan leiden tot werkelijk verloop (Derycke et al., 2012). Twee decennia van uitgebreid onderzoek hebben aangetoond dat er geen snelle en eenduidige oplossingen bestaan (Bell & Sheridan, 2020). Het behoud van zorgverleners is meervoudig en complex. Het zoeken naar oplossingen om het groeiende wereldwijde tekort aan zorgverleners op te lossen is een dringende zaak.

Onderzoek naar retentie in de zorg identificeerde verschillende beïnvloedende factoren waaronder individuele factoren en interpersoonlijke aspecten/ elementen (Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2012; Derycke et al., 2012; Van Bogaert & Clarke, 2018; Van Hoek et al., 2019). Veerkracht en sociale steun blijken beschermende factoren te zijn om een flexibel en effectief personeelsbestand te behouden. Verder kunnen leiderschapsrelaties en de werkkultuur sleutelfactoren zijn voor het boeien en binden van medewerkers op de verschillende niveaus. Er is minder onderzoek gedaan naar welke interventies op de werkplek bijdragen aan werktevredenheid en de effectiviteit van deze interventies (Niskala et al., 2020). Toch is het bekend dat goed ondersteunde omgevingen geassocieerd zijn met meer positieve uitkomsten. Bijgevolg is er behoefte aan meer rigoureuus onderzoek om de effectiviteit van retentieverhogende interventies te beoordelen (Barriball et al., 2015).

DOELSTELLING

Blijf aan Z had als doelstelling het bevorderen van duurzame en kwalitatief hoogstaande werkgelegenheid door het terugdringen van uitstroom en langdurige uitval van zorgprofessionals uit de organisatie en/of de zorgsector. We voerden een literatuurstudie uit om de huidige beste evidentie te verzamelen inzake de correlaten en beïnvloedende factoren van retentie van zorgverleners, alsook de reeds toegepaste interventies en hun effectiviteit. Onze analyse werd afgetoetst bij het werkveld ter validering. In een volgende stap maakten we een selectie van voorspellers waarmee we binnen Blijf aan Z aan de slag gingen. We ontwikkelden twee interventies en volgden de implementatie en het effect ervan nauwgezet op. We richtten ons hierbij specifiek op factoren waar organisaties impact op kunnen uitoefenen. De opbouw naar de doelstelling van de analyse in activiteit 1, is terug te vinden in Figuur 2.



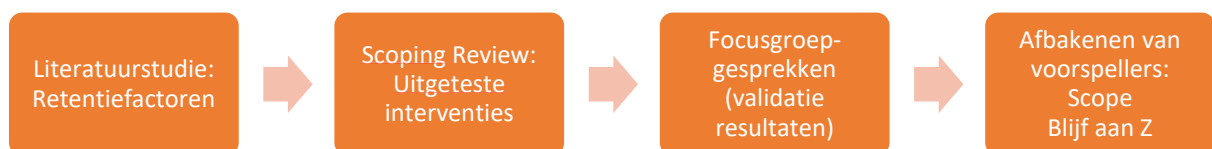
Figuur 2. Doelstelling en opbouw Activiteit 1 Analyse

METHODE

Voor deze activiteit gingen we in 4 fasen aan de slag (Figuur 3). In de eerste en tweede fase werden wetenschappelijke databanken Pubmed, Web of Science, Sciencedirect en Ovid doorzocht. De zoekstrategie voor deze twee literatuurstudies zijn terug te vinden in Tabel 1. Bij onze literatuurstudie hebben we ons uitsluitend gericht op / beperkt tot recent Europees onderzoek. Nationale gezondheidszorgsystemen nemen vele vormen aan en variëren, als gevolg van economische en sociale factoren. Bovendien wordt de ervaring van tewerkstelling in de gezondheidszorg beïnvloed door deze economische en sociale factoren, alsook door de cultuur. Conclusies trekken op basis van onderzoek en modellen die veraf staan van onze lokale aanpak, zou niet correct zijn.

De resultaten van deze zoektocht werden neergeschreven in twee literatuurstudies. Eén paper focust op de beïnvloedende factoren, de andere omvat de gangbare en onderzochte interventies (scoping review). Voor de opbouw van de scoping review werd het framework van Peters et al. (2015) en de PRISMA_ScR checklist (Tricco et al., 2018) gebruikt.

De resultaten van de eerste literatuurstudie werden gevalideerd bij mensen in het werkveld aan de hand van focusgroepgesprekken. De resultaten van de literatuurstudies en de focusgroepgesprekken werden gepresenteerd aan de leden van de stuurgroep van Blijf aan Z. Hierbij werd een selectie gemaakt van voorspellers van uitstroom die werden meegenomen tijdens het verder verloop van Blijf aan Z



Figuur 3. Verloop werkpakket 3 - Analyse

	Literatuurstudie: retentiefactoren	Scoping review: uitgeteste interventies
Databanken	Pubmed, Web of Science, Sciencedirect	Pubmed, Web of Science, Ovid
Zoektermen	Healthcare workers, health personnel (Mesh)	
	Turnover, personnel turnover (Mesh), professional turnover, nurse turnover/retention, job retention, drop out	Job satisfaction, Job retention
	Intention to quit, intention to leave, intention to stay	Improve, Enhance, Retain
	Attrition, professional commitment, career mobility, job satisfaction	
Filter	> 10 jaar, Europees onderzoek, Engels- en Nederlandstalig	
	Waar hebben zorgorganisaties impact op?	Intervention studies

Tabel 1. Zoekstrategie literatuurstudie voorspellers van retentie & scoping review uitgeteste interventies

RESULTATEN

VOORSPELLERS VAN UITSTROOM EN BEHOUD VAN ZORGVERLENERS OP ORGANISATIE- EN TEAMNIVEAU: EEN LITERATUURSTUDIE

Voor deze literatuurstudie werden 24 artikels weerhouden. De factoren die retentie beïnvloeden zijn veelvuldig. De verschillende retentiefactoren waar zorgorganisaties impact op kunnen uitoefenen werden onderverdeeld in vijf thema's: persoonlijke factoren, sociaal kapitaal, beslissingsruimte, werkvereisten en patiëntenzorg. Vier extensieve factoren overkoepelen deze verschillende thema's: erkenning, gedeelde waarden, leiderschap en communicatie. Deze extensieve factoren en thema's staan in onderlinge relatie en beïnvloeden elkaar. Al deze factoren staan op een werkbalans, waarin er een evenwicht moet zijn in de inspanning die hulpverleners leveren en de beloning die ze ervoor in ruil krijgen. Deze resultaten zijn voorgesteld in Figuur 4.



Figuur 4. Schematische voorstelling van de retentiefactoren waar zorgorganisaties impact op hebben

Een tekort aan en een groot verloop van hulpverleners vormen problemen voor de hulpverlening en de gezondheidszorg in termen van kosten, het vermogen om patiënten te verzorgen en de kwaliteit van de verstrekte zorg (Flinkman et al., 2008). Hieruit groeit de vraag naar wat zorgorganisaties concreet kunnen doen om deze factoren en balans te beïnvloeden, rekening houdend met het effect en de nodige inspanningen voor een organisatie.

De complexiteit zit in de verwevenheid van alle factoren en het streven naar een evenwicht in al deze werkkenmerken. Organisaties kunnen een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van deze werkkenmerken. Organisatorisch empowerment is een construct gebaseerd op Kanter's model van structureel empowerment en behandelt de toegang tot noodzakelijke hulpbronnen, d.i. de toegang van medewerkers tot relevante informatie, ondersteuning en middelen die nodig zijn om het werk te doen, alsmede mogelijkheden om te leren en te groeien (Van Bogaert et al., 2018). Het verbeteren van de (psychosociale) werkomgeving, en in het bijzonder van de intrinsieke beloning op het werk, kan helpen om zorgverleners te behouden en bijgevolg het tekort te verminderen (Li et al., 2011).

Al vroeg moet er aandacht zijn voor de psychosociale aspecten die jobtevredenheid beïnvloeden. Tijdens de opleiding moet er naast een focus op de competenties ook aandacht zijn voor de professionele identiteit van (toekomstige) zorgverleners, waarbij de individuele zorgprofessional een richting moet zoeken in het vak die past bij de eigen affectieve oriëntatie (Biegger et al., 2016). Dit kan doorgezet worden bij rekrutering en selectie van organisaties. Hier is eveneens een rol voor de werknemer weggelegd, en (opleidings)organisaties kunnen hierin ondersteunen. Cognitieve gedragstherapieën gericht op het aanleren van copingvaardigheden en het versterken van het individu zijn hier voorbeelden van (Awa et al., 2010). Initiatieven zoals 'productive ward' kunnen werknemers ondersteunen in het opnemen van autonomie (Van Bogaert et al., 2018). Interventies gericht op het verbeteren van deze psychosociale factoren nemen tijd; studies geven aan dat persoonsgerichte interventies op kortere termijn effecten geven (6 maanden of korter) dan organisatiegerichte interventies (12 maanden en langer). Hierbij is het belangrijk om de interventies door te zetten om een blijvend effect te hebben (Awa et al., 2010).

Voor de volledige resultaten verwijzen we graag naar Averens et al. (2022b).

INTERVENTIES DIE JOBTEVREDENHEID VAN ZORGVERLENERS BEÏNVLOEDEN: EEN SCOPING REVIEW

23 artikels werden geïncludeerd in deze scoping review. De interventies werden in verband gebracht met psychosociale factoren en thema's die de intentie tot vertrek in zorgorganisaties beïnvloeden (Figuur 4). Alle interventies ondersteunen verschillende beïnvloedende factoren: jobtevredenheid, patiëntgerichtheid en psychosociaal welbevinden van de zorgprofessional.

Slechts 11 van de 23 geïncludeerde studies hadden een positieve uitkomst op arbeidstevredenheid, drie interventies lieten een negatieve impact zien, negen studies lieten geen significante veranderingen in arbeidstevredenheid zien. De implementatie van een interventie vergt meestal een inspanning van zorgverleners; een nieuwe manier van werken kost tijd en energie. Het effort-reward imbalance model (ERI-model) (Weiland, 2015) benadrukt dat er een wederkerigheid moet zijn tussen de inspanning die werknemers in hun werk steken en de beloning die ze ervoor terugkrijgen (Li et al., 2011; Weiland, 2015). Bij het implementeren van interventies moet de 'return on investment' groot genoeg zijn, zodat zorgmedewerkers beloond worden voor de inspanning.

Achttien van de geteste interventies waren gericht op een verbetering in de aanpak van de patiëntenzorg, slechts zeven van deze interventies hadden een significant positief resultaat op de arbeidstevredenheid. De kwaliteit van de patiëntenzorg is slechts één van de factoren die de arbeidstevredenheid en het behoud van zorgverleners beïnvloedt. Het is belangrijk voor zorgverleners om 'goed werk' te leveren en hun patiënten/cliënten op de best mogelijke manier te helpen (Bell & Sheridan, 2020; Saraswati et al., 2019). Het implementeren van nieuwe werkmethoden daagt zorgverleners uit om te groeien en zich te ontwikkelen, waarbij ze beslissingsruimte krijgen. Maar ook de werkdruk wordt groter, want het doorvoeren van veranderingen kan een belasting vormen voor de al drukbezette gezondheidswerkers (Carter & Tourangeau, 2012; Saraswati et al., 2019). Verbeteringsprojecten moeten zorgvuldig worden overwogen en goed worden beargumenteerd voordat ze worden uitgevoerd.

Vijf studies waren gericht op de psychosociale arbeidsomstandigheden en het welzijn van de zorgverleners. Vier daarvan bleken succesvol en hadden een significant positief resultaat op de arbeidstevredenheid. Het bieden van een goede werkomgeving is essentieel (Barriball et al., 2015). Onderzoek naar het verbeteren van de psychosociale arbeidsomstandigheden is ondervertegenwoordigd. Een bloeiende werkomgeving ondersteunt en faciliteert 'werkbaar werk' (Ryan & Deci, 2000; SERV, 2019). Er is meer onderzoek nodig naar het testen van interventies die een goede psychosociale werkomgeving ondersteunen, waaronder verschillende psychosociale factoren die de arbeidstevredenheid en het behoud van werk beïnvloeden.

Concluderend kan gesteld worden dat het verbeteren van de patiëntenzorg het meest aanwezig is in de geselecteerde studies. Interventies gericht op het verbeteren van de

patiëntenzorg waren slechts in 39% van de studies effectief voor het verbeteren van de werktevredenheid. Vijf studies richtten zich uitsluitend op het verbeteren van de psychosociale werkomstandigheden en het welzijn van de zorgverleners. 80% van deze studies waren succesvol en hadden een significant positief resultaat op de werktevredenheid.

Interventies gericht op het verbeteren van de werkomstandigheden en het welzijn van zorgverleners lijken veelbelovend voor het behouden van zorgverleners en het terugdringen van het tekort. Meer onderzoek is nodig om deze conclusie te ondersteunen.

Betrokkenheid is noodzakelijk voor het ervaren van een positief welzijn op het werk (Siegrist & Li, 2016). De zelfdeterminatietheorie is ontwikkeld om de voorwaarden te bepalen die intrinsieke motivatie, sociale ontwikkeling en welzijn bevorderen. Drie psychologische behoeften bevorderen zelfmotivatie en geestelijke gezondheid: autonomie, competentie en verwantschap (Ryan & Deci, 2000). Het belang van deze behoeften doet zich ook voor bij beroepswelzijn (Ryan & Deci, 2000; Siegrist & Li, 2016).

Interventies kunnen persoons- of organisatiegericht zijn of beide. Een combinatie van persoons- en organisatiegerichte interventies hebben langduriger positieve effecten, namelijk 12 maanden en langer. Persoonsgerichte interventies hebben een sneller effect, 6 maanden of sneller. Het is belangrijk dat interventies blijven leven of herhaald worden, omdat het effect na verloop van tijd afneemt (Awa et al., 2010).

Voor de volledige resultaten verwijzen we graag naar Averens et al. (2022a).

GESELECTEERDE VOORSPELLERS

Op basis van twee literatuurstudies en de validatie van deze resultaten werden vier extensieve factoren en vijf thema's geselecteerd, waarmee we binnen Blijf aan Z aan de slag gingen (Tabel 2). In activiteit 3 'de Team Champions-methodiek' ligt de focus op de eerste drie thema's: persoonlijke factoren, sociaal kapitaal en beslissingsruimte. In activiteit 4 'Leiden om te boeien en te binden' wordt de nadruk gelegd op de extensieve factoren met daarbij leiderschap voorop. Door op de aangegeven factoren en thema's te werken willen de twee interventies de energiebronnen van zorgverleners vergroten en stressoren verkleinen en op deze manier een impact uitoefenen op de ervaren werkdruk. Op het objectief meten van werkdruk en patiëntenzorg wordt geen nadruk gelegd binnen de interventies van Blijf aan Z. Deze thema's worden wel bevraagd in de evaluatie van het project om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de deelnemers en de beïnvloedende factoren van hun jobtevredenheid. Objectieve en gepercipieerde werkdruk en hun verband zijn interessante factoren om mee te nemen in een eventueel vervolgproject.

	Leiderschap	Erkenning	Communicatie	Gedeelde waarden	Persoonlijke factoren	Sociaal kapitaal	Beslissingsruimte	Werkdruk	Patiëntenzorg
Team Champions									
Leiden om te boeien en te binden									

Tabel 2. Overzicht van de interventies en de geselecteerde voorspellers

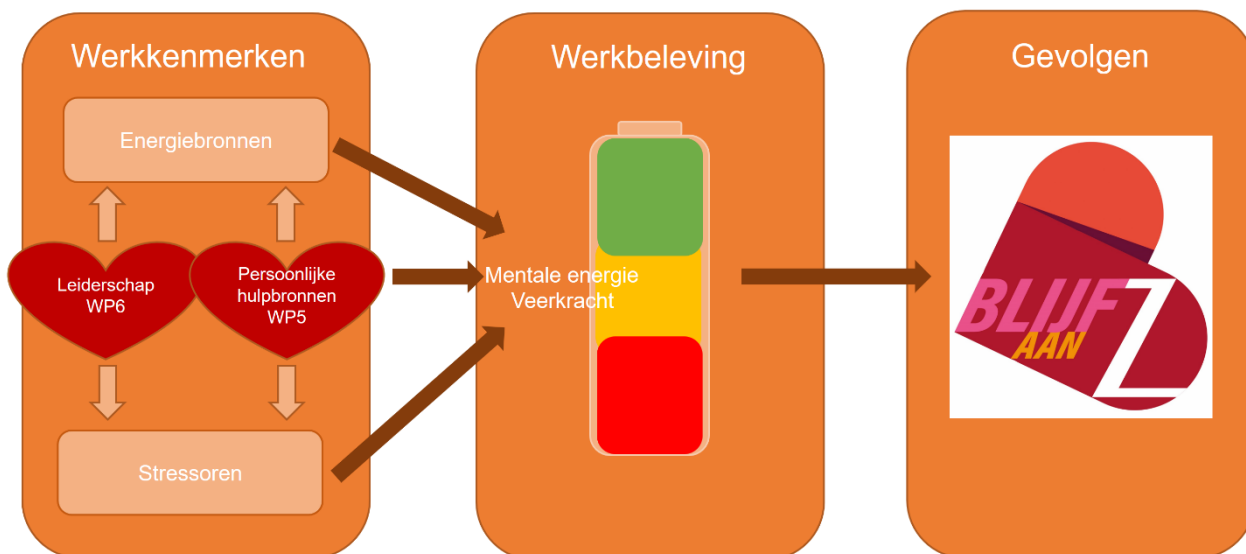
Werkeisen - '*workdemands*' - (thema 4) verwijzen naar de hoeveelheid mentale, fysieke en emotionele energie die nodig is voor de vervulling van een bepaalde baan, zoals mentale belasting en tijdsdruk (Daouk-Öyry et al., 2014). Werkomgeving en werkklimaat beïnvloeden deze werkvereisten. Een ontoereikend ondersteunende werkomgeving, zowel op afdelings- als organisatieniveau, zorgt voor verhoogde werkstress (Bobbio & Manganelli, 2015; Ten Hoeve et al., 2020; Van Bogaert et al., 2013).

Het hebben van voldoende, beschikbare middelen voor het verlenen van de patiëntenzorg is belangrijk en beïnvloedt de werkdruk. Dit gaat over zowel materiële middelen als personeel. Het ontbreken van materiële middelen zorgt voor frustratie (Carter & Tourangeau, 2012; Estryn-Behar et al., 2010; Flinkman et al., 2008; Ten Hoeve et al., 2020). Adequate bestaffing en de hulpverlener-patiënt-ratio zijn eveneens van belang. Een gevolg van een tekort aan materiële middelen en/of personeel zorgt voor een gevoel van onveiligheid. Bovendien hebben hulpverleners minder tijd om een positieve band op te bouwen met patiënten (Bell & Sheridan, 2020; Heinen et al., 2013; Leone et al., 2015). Binnen Blijf aan Z nemen we werkvereisten niet mee in de objectief te meten en beïnvloedende factoren zoals de praktische inrichting van de werkomgeving met voldoende materiële middelen en personeel. Echter wordt er binnen Blijf aan Z wel aandacht besteed aan het werkklimaat en een ondersteunende werkomgeving.

Werkdruk (workload) is geen eenvoudig te definiëren concept en omvat verschillende niveaus (Morris et al., 2007). Alghamdi (2016) deed in zijn conceptanalyse een poging en onderscheidde vijf attributen die bijdragen aan de verpleegkundige werkdruk: de hoeveelheid verzorgingstijd, het niveau van bekwaamheid, de zorgzwaarte, de mate van lichamelijke inspanning en de complexiteit van de job. Het managen van werkdruk is belangrijk in het behoud van zorgverleners (Alghamdi, 2016). Enerzijds kan werkdruk objectief gemeten worden (cfr. '*calculated/modelled workload*'), anderzijds is er ook subjectieve werkdruk of gepercipieerde, zelfgerapporteerde werkdruk (van den Oetelaar et al., 2021). Binnen Blijf aan Z gaan we op zoek of we invloed kunnen uitoefenen op deze subjectief ervaren werkdruk.

Het '*job demands-resources model*' (JD-R model) stelt dat de combinatie van hoge werkeisen en weinig energiebronnen leidt tot verminderde jobtevredenheid en meer stressgerelateerde gezondheidsklachten (Demerouti et al., 2001). Energiebronnen die de hoge werkdruk kunnen ondersteunen zijn een goed werkklimaat of ondersteunend leiderschap. Met de interventies '*Team Champions*' (activiteit 3) en '*Leiden om te boeien en te binden*' (activiteit 4) baseren we ons mee op dit model, Figuur 5.

Dit thema van werkvereisten en werkdruk, met name objectieve werkdruk en gepercipieerde werkdruk en de relatie hiertussen biedt opportuniteiten om verder uit te werken in een eventueel vervolgproject.



Figuur 5. JD-R model van Blijf aan Z

VALIDATIE

In deze kwalitatieve evaluatie gaan we na of de factoren uit de internationale literatuur matchen met de Vlaamse/Nederlandse praktijk (focusgroepen).

Voor een uitgebreid verslag van de resultaten uit de focusgroepgesprekken rond de factoren die leiden tot uitstroom, verwijzen we naar van de Veerdonk & Smets (2021).

De algemene methodologie die gebruikt is voor de validatie doorheen het project zal hieronder toegelicht worden. In de validatiesectie van latere activiteiten verwijzen we hiernaar.

METHODOLOGIE

Tussen oktober 2021 en oktober 2022 hebben we voor activiteit 1: Analyse respectievelijk 2 focusgroepgesprekken uitgevoerd. In grote lijnen ging het eerste focusgroepgesprek over het doorlopen proces en ging het tweede focusgroepgesprek dieper in op de (eerste) resultaten. Leidinggevend en/of verpleegkundigen uit zowel Zuid-Nederland als Vlaanderen (BE) waren betrokken in deze focusgroepgesprekken. De gesprekken werden georganiseerd in de vorm van een online focusgroepdiscussie (FGD) met behulp van een topic list. Door geen steekproefgrootte te overwegen wijkt dit af van de klassieke FGD-methodologie. Hiervoor is gekozen omdat het doel van de gesprekken eerder valideren is.

REKRUTERING

Gezien de huidige COVID-19-druk op de zorg fors is en dit veel van de zorgorganisaties en in het bijzonder van de verpleegkundigen vraagt, was het niet evident voor de doelgroep om tijd vrij te maken om deel te nemen aan dit onderzoek. Mede daardoor hebben we onze drop-outratio van 25% naar 50% opgeschaald voor het rekruteringsproces. Aangezien de doelgroep moeilijk te bereiken was, waren de enige inclusiecriteria het uitoefenen van een functie als verpleegkundige en/of het uitoefenen van (hr-)managementfunctie in een zorgorganisatie (afhankelijk van hun werkpakket). Het doel was om ongeveer acht mensen per FGD te rekruteren. Om drop-out tegen te gaan, werden 12 deelnemers per FGD uitgenodigd.

Tijdens de FGD's werden de huidige COVID-19-richtlijnen gevolgd en daardoor was het face to face organiseren van de gesprekken mogelijk. De geografische spreiding van de deelnemers, het gebrek aan tijd van de deelnemers en een forse investering in reizen maakten echter dat de FGD's online plaatsvonden. Informatie en formulieren voor geïnformeerde toestemming (ICF) werden verstrekt via e-mail. Aan het begin van de FGD's legden we het doel van de studie en de FGD's uit, samen met de ethische punten zoals het opnemen van het gesprek, de vrijwillige en pseudoanonieme aard van de deelname en het ondertekenen van de ICF's. Ethische goedkeuring werd gegeven voor de FGD's door zowel de Commissie

Medische Ethiek GZA op 7 September 2021 met studienummer 210906ACADEM als door de Centrale Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen op 18 Oktober 2021 met studienummer 2021 – 0507.

ANALYSE

De FGD's werden opgenomen, verbatim getranscribeerd, gecodeerd (open, axiaal en selectief) en geanalyseerd. Onze kwalitatieve studies voldoen aan de normen voor kwalitatieve onderzoeksopzet en analyses (QUAGOL). De analyse gebeurde afzonderlijk tussen meerdere auteurs om de betrouwbaarheid te verhogen. Er werd een iteratief proces toegepast om de topic list tussen de FGD's door te verfijnen. Dit om onderwerpen te verkennen die door de deelnemers als belangrijk naar voren werden gebracht en die aanvankelijk niet in de topic list waren opgenomen. Bijvoorbeeld (per stap), als in FGD 1 topic X aangebracht werd, dan werd nagegaan of dit topic ook van belang was in FGD 2. Direct na de publicatie van dit rapport zullen de audio-opnames van de FGD worden gewist overeenkomstig de ethische voorschriften.

TOPIC LIST

De topiclijsten zijn samengesteld op basis van een literatuurstudie (activiteit 1), in samenspraak met teamleden, experts en op basis van productcocreatie ontwikkelingsstappen (activiteit 3). In meerdere groepsgesprekken hebben we gebruik gemaakt van quizvragen, woordwolken en het laten rangschikken van factoren. De topic list bevatte interactieve activiteiten om de deelnemers maximaal betrokken en gefocust te houden op de besproken inhoud. Door deze activiteitsgerichte vragen te introduceren, kregen de deelnemers een korte onderbreking van het gebruik van mondelinge communicatie om hun mening te uiten.

VALIDATIE ACTIVITEIT 1

Voor de validatie van de resultaten van activiteit 1 heeft Thomas More 2 focusgroepgesprekken uitgevoerd. Dit om te bekijken of de factoren die gevonden waren in het bovenstaande literatuuronderzoek matchen met de Vlaamse/Nederlandse praktijk.

De verpleegkundigen en (hr-)managers beamen dat werklust, persoonlijke factoren, beslissingsruimte, werkrelaties en patiëntenzorg, namelijk de factoren die vanuit de literatuur naar voren kwamen, uitstroom in de hand kunnen werken. Voor de verpleegkundigen is werklust de belangrijkste factor, terwijl de (hr-)managers dit net als minst invloedrijk inschatten. Opmerkelijke verschillen werden genoteerd en worden weergegeven in Figuur 6.

Verpleegkundige

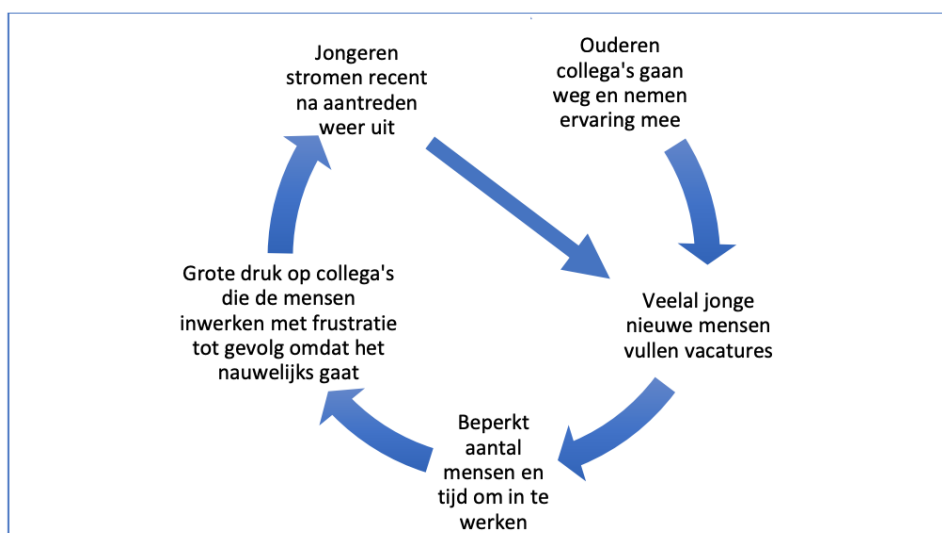


(HR)Managers



Figuur 6. De factoren die volgens de deelnemers de meeste impact hebben op uitstroom

In beide groepsdiscussies werd uitgebreid gesproken over teamwerking en zorgaspecten/passende job. Wat teamwerking betreft erkennen beide groepen het belang van goede communicatie, autonomie, een duidelijke rolverdeling en doorstroom van ervaring en kennis. De verpleegkundigen benoemen hierin dat het proces van uitstromende collega's en nieuwe medewerkers inwerken erg vermoeiend en demotiverend werkt omdat het gezien de vele mensen die uitstromen constant aanwezig lijkt te zijn. Dit proces geven we weer in Figuur 7.



Figuur 7. Het proces van inwerken nieuwe collega's volgens deelnemende verpleegkundige

Wat zorgaspecten betreft, geven de verpleegkundigen aan dat het patiëntencontact erg belangrijk is voor hen. Daarnaast verwijzen ze geregeld naar de fysieke zwaarte van hun job in de zorg. Zowel de verpleegkundigen als de (hr-)managers verwijzen naar de breedte van het zorgdomein die maakt dat interne mobiliteit mogelijk is. Beide groepen erkennen dat het niet evident is om een job in de zorg te combineren met een gezinsleven. Een factor die niet overeenkomt met de literatuur maar die beide groepen wel aangeven is de administratieve druk die door personeelsleden doorgaans als een last wordt ervaren. Dit laatste punt komt niet expliciet naar voren uit de literatuur.

Hoewel in beide groepsgesprekken dezelfde thema's aan bod kwamen, werd een duidelijk verschil in focus ervaren. De verpleegkundigen leggen in algemene zin de focus op samenwerking, erkenning en vertrouwen. Als de (hr-)managers hierover bevraagd worden vinden zij het moeilijk om aan te geven hoe die factoren te verbeteren. In algemene zin valt men terug in onderwerpen als heroriëntering, contractgrootte (deeltijds versus voltijds), richtlijnen en opleiding.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Veel onderzoek werd al gedaan naar factoren die retentie bij hulpverleners beïnvloeden. We maakten een synthese aan de hand van een literatuurstudie. Hierin kwamen we tot een kader met vier extensieve factoren (leiderschap, erkenning, communicatie en gedeelde waarden) en vijf thema's (persoonlijke factoren, sociaal kapitaal, beslissingsruimte, werkdruk en patiëntenzorg). Al deze items zijn verweven met elkaar en staan op een delicate werkbalans van inspanning en beloning. Meerdere modellen, zoals het *job demands-resources model* (*JD-R model*) en het *effort-reward imbalance model* (*ERI-model*) gaven dit al eerder aan.

Naar interventies gericht op het verminderen van de uitstroom van hulpverleners werd veel minder onderzoek gedaan. In onze scoping review gingen we hiernaar op zoek in de wetenschappelijke literatuur. We ordenden de gevonden interventies in het kader dat we ontwikkelden in de eerste literatuurstudie. We stelden vast dat alle uitgeteste interventies verschillende geïdentificeerde factoren meenamen. Maar we zagen toch dat binnen deze interventies de grootste nadruk lag op het verbeteren van de patiëntenzorg. De invloed op jobtevredenheid van deze interventies was slechts in 39% positief. Daartegenover was een klein deel van de interventies gericht op het verbeteren van de psychosociale werkomgeving. Vier van deze vijf interventies waren effectief in het verbeteren van de jobtevredenheid van hulpverleners.

De *zelfdeterminatietheorie* is ontwikkeld om de voorwaarden te bepalen die intrinsieke motivatie, sociale ontwikkeling en welzijn bevorderen. Drie psychologische behoeften bevorderen zelfmotivatie en geestelijke gezondheid: *autonomie, verbinding en competentie* (Ryan & Deci, 2000). Het belang van deze behoeften doet zich ook voor bij beroepswelzijn (Ryan & Deci, 2000; Siegrist & Li, 2016). Het vergroten van het beroepswelzijn ligt in het bevorderen en ondersteunen van deze psychologische behoeften. De resultaten van onze literatuurstudies bevestigen het belang van het verbeteren van de psychosociale werkcondities. Grote commerciële bedrijven zoals Google® zijn hier al langere tijd mee bezig. De vraag is hoe de gezondheidszorg met de beperkte middelen die voorhanden zijn initiatieven kan nemen die deze theorieën ondersteunen. Hier is nog veel onverkend terrein. Binnen Blijf aan Z willen we hier een bijdrage aan leveren.

Met de '*Team Champions*-methodiek' willen we teamleden inzetten (we geven hen de autonomie) om te werken aan de psychosociale werkomgeving, met name de individuele en teamveerkracht. We zetten in op het vergroten van de verwantschap of verbondenheid tussen teamleden door te bouwen aan een sfeer van vertrouwen en veiligheid. We ondersteunen hen terwijl ze in hun rol groeien, hierdoor nemen hun competenties toe. Op deze manier beïnvloeden we verschillende van de voorspellers die we identificeerden.

De methodiek '*Leiden om te boeien en te binden*' bewandelt een gelijkaardig traject. Hier richten we ons specifiek op de leidinggevende. Leiderschap en omgeving hebben een sterke

impact op de intentie om een werkplek te verlaten. Daarbij is leidinggevende in de zorgsector, bijvoorbeeld hoofdverpleegkundige, een knelpuntberoep binnen de knelpuntberoepen. Binnen een Community of Practice (CoP) (cfr. verbondenheid) worden leidinggevendens begeleid in hun leiderschapontwikkeling (waarbij hun competenties toenemen). Autonomie staat hier eveneens centraal, want binnen het concept van transformationeel leren nemen ze zelf hun leerproces in handen, waarbij ze de nadruk leggen op de elementen die zij belangrijk vinden.

Het thema werkvereisten, met werkdruk voorop, kan in een eventueel vervolgproject nog verder uitgediept worden. Werkdruk kan enerzijds objectief gemeten worden (*cfr. 'calculated/modelled workload'*), anderzijds is er ook subjectieve werkdruk of gepercipieerde, zelfgerapporteerde werkdruk. Binnen de interventies van Blijf aan Z onderzochten we of we invloed kunnen uitoefenen op de gepercipieerde werkdruk. We doelden met onze interventies primair op het vergroten van energiebronnen; secundair zal dan de draagkracht van de deelnemers toenemen (JD-R model). In de validatie van dit project namen we werkdruk mee. Er werd echter geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve werkdruk en er was ook geen controlegroep – het is een pragmatische interventie die we in real life onderzoeken.

Binnen Blijf aan Z gingen we op zoek naar wat zorgorganisaties kunnen doen om de jobtevredenheid van zorgverleners te vergroten met het oog op het behoud van zorgprofessionals. Het is echter een gedeelde verantwoordelijkheid. Belangrijke invloed ligt bij de overheid en de maatschappij rond wetgeving in roldifferentiatie en rolontwikkeling en erkenning van zorgverleners. Maar ook het individu speelt een belangrijke rol in het eigen beroepswelzijn. Autonomie, competenties en verbondenheid zijn zaken die gestimuleerd kunnen worden door organisaties, maar het individu moet eveneens op zoek gaan naar het invullen van deze behoeften. Een goede match tussen de organisatie en haar waarden en het individu kunnen ondersteunend zijn.

ACTIVITEIT 2: DASHBOARD

INTRODUCTIE

Om de in activiteit 1 afgebakende factoren te monitoren en bruikbaar te maken voor het ondersteunen van de interventies, is een dashboard ontwikkeld. Voor het retentiemodel zijn uitgebreide vragenlijsten beschikbaar. Omdat voor het goed kunnen monitoren van de retentiefactoren vereist is dat deelnemers frequent datapunten genereren (er is uiteindelijk voor een frequentie van eenmaal per week gekozen), is naast de uitgebreide vragenlijst die elke 3 maanden wordt uitgezet een beknopte vragenlijst ontwikkeld. Gezien de korte looptijd van het project van 1,5 jaar is gekozen voor een zo snel mogelijke ontwikkeling van een dashboard, zodat over een voldoende lange periode ervaring kon worden opgedaan met het verzamelen van data.

METHODE

Voor de snelle ontwikkeling van het dashboard is een beknopte versie van de Agile Human Centered Design methode (Maguire, 2013) toegepast. Hierbij wordt de in de ICT veel gebruikte Agile methode (Fowler, 2001) als basis gebruikt.

Agile is een methode die ontwikkeld is om in snelle iteraties ICT-producten te ontwikkelen, en gaandeweg de gebruikerseisen en technische eisen scherper te krijgen. Deze methode leidt tot snellere en beter bij de gebruikers aansluitende oplossingen. Ook technische en administratieve vraagstukken worden in dit proces gaandeweg scherper gesteld.

De combinatie van de Agile methode met Human Centered Design voegt een voortdurende afstemming aan de factoren van de gebruikerscontext toe. In de Human Centered Design methode zijn evaluaties cruciaal. Daarom worden verschillende evaluatiemethoden ingezet.

We beschrijven verderop de ontwerpiteraties, validaties en resultaten. Omwille van het iteratieve karakter van het ontwerpproces, waarbij elke iteratie tot aanbevelingen voor de volgende iteratie leidt, zullen ontwerp en evaluatie integraal besproken worden.

RESULTATEN

ONTWERPPROCES

Motivatie: vragen, vraagstelling en frequentie en wijze van bevragen

In activiteit 1 Analyse werd een literatuurstudie gedaan naar de factoren die retentie van zorgprofessionals beïnvloeden. Uit deze analyse kwamen vier extensieve factoren (leiderschap, communicatie, erkenning en gedeelde waarden) naar boven en vijf thema's (persoonlijke factoren, sociaal klimaat, beslissingsruimte, werkvereisten en patiëntenzorg).

In een eerste fase werd een uitgebreide vragenlijst samengesteld, gericht op deze vier extensieve factoren en vijf thema's. Deze vragenlijst bestaat uit een combinatie van bestaande, gevalideerde (vertaalde) vragenlijsten die alle geïdentificeerde beïnvloedende factoren van retentie bevragen (Tabel 3), namelijk:

- Revised Nursing Work Index (NWI_R)
- Utrecht Work Engagement Scale Index (UWES)
- Manager Support Scale (MSS)
- Burnout Assessment Tool (BAT)

	Thema 1 (PF*)	Thema 2 (SK*)	Thema 3 (BS*)	Thema 4 (WD*)	Thema 5 (PZ*)	Leiderschap	Erkenning	Communicatie	Gedeelde waarden
NWI_R									
UWES									
MSS									
BAT									

Tabel 3. Overzicht van de geselecteerde, gevalideerde vragenlijsten gericht op behoud van zorgverleners (PF= persoonlijke factoren / SK= sociaal kapitaal / BS= beslissingsruimte / WD= Werkdruk / PZ= patiëntenzorg)*

Al snel werd duidelijk dat deze vragenlijst te uitgebreid was om in het dashboard te verwerken. Bovendien neemt deze te veel tijd van de zorgverleners in beslag om frequent (dagelijks/wekelijks) te beantwoorden. De resultaten moeten bij voorkeur passen op één pagina. Daarbij moeten de data frequent geüpdatet kunnen worden om de actuele situatie voor te stellen (Firican, 2017).

Zo is er besloten terug te vallen op 5 vragen gericht op de ervaring van zorgverleners met betrekking tot de vijf geïdentificeerde thema's. De vijf vragen werden opgesteld door een panel van experts in het opstellen van vragenlijsten. Deze vragenlijst werd bovendien afgetoetst bij de stuurgroep van Blijf aan Z, bij de klankbordgroep en bij potentiële gebruikers. Gebruiksgemak stond voorop: snelle, eenvoudig te begrijpen vragen gericht op de werkervaring tijdens de laatste werkdag. Elk item werd ontworpen om één idee te meten en er werd gebruikgemaakt van eenvoudig, gemakkelijk te begrijpen taal, zodat de betekenis van het item voor de respondenten ondubbelzinnig is (Wolfe & Smith, 2007). We kwamen tot volgende vragen (zie ook activiteit 1. Analyse):

- In welke mate heb je deze week de ruimte gehad je werk zelf in te richten? (autonomie)
- Hoe verliep de samenwerking met je directe collega's? (sociaal kapitaal)
- Hoe druk was je shift? (werkdruk)
- Heb je kwalitatief goede zorg verleend deze week? (patiëntenzorg)
- Hoeveel zin heb je in je volgende werkdag? (individuele factoren: energie/veerkracht)

Er werd geopteerd voor een Likert-type schaal met vier antwoordmogelijkheden. Er werd bewust gekozen om de antwoordmogelijkheden beperkt te houden. Reden daarvoor was enerzijds het gebruiksgemak van de deelnemers: een belangrijke doelstelling was dat gebruikers erg snel de vragen moeten kunnen beantwoorden. Anderzijds geeft de literatuur aan dat het verhogen van het aantal punten in een Likertschaal slechts een zeer beperkte stijging van de betrouwbaarheid geeft en dus een beperkt effect heeft op de analyse (Croasmun & Ostrom, 2011). Er werd gekozen voor een even schaal, zonder neutraal punt: zo zijn respondenten verplicht om een bepaalde positie in te nemen (Croasmun & Ostrom, 2011). Bovendien werd er voor een visuele schaal gekozen. Onderzoek toont aan dat visuele schalen minder gevoelig zijn voor beïnvloeding van externe factoren en een betere bescherming bieden tegen het plafondeffect (respondenten zullen gemakkelijker de bovenste waarde nemen bij de visuele schaal dan in een numerieke schaal). En het invullen van een visuele schaal neemt minder tijd in beslag (Voutilainen et al., 2016).

Verwachtingen rond de frequentie en wijze van bevragen bleken niet zo eenduidig. Er werd lang over overlegd, niet enkel in de stuurgroep, maar ook met de klankbordgroep. Ideaal zouden we de deelnemers na elke werkdag de vragenlijst voor het Dashboard laten invullen, maar dat zou de druk erg hoog leggen. Daarom is de beslissing op wekelijks gevallen om toch voldoende data te verzamelen voor een operationeel, flexibel dashboard (Firican, 2017). Bovendien werd uitgebreid gezocht naar de beste methode om de response rate zo hoog mogelijk te hebben. Hiervoor werden de deelnemende zorgverleners om hun mening gevraagd. Rekening houdend met hun wensen en binnen de mogelijkheden van dit pilootproject hebben we beslist te werken met een combinatie van herinneringsmails en een QR-code die opgehangen werd op de verschillende deelnemende afdelingen. Bovendien

kozen enkele afdelingen er zelf voor om de link wekelijks te verspreiden in een Whatsapp®-groep van het team.

Om de respons zo hoog mogelijk te hebben werd ook aangemoedigd het resultatendashboard met alle teamleden te delen. Hiervoor werden enkele veiligheidsmaatregelen genomen in functie van de anonimiteit van de resultaten. Enerzijds was registreren voor de vragenlijsten anoniem. Deelnemers werden gevraagd éénmalig te registreren met een cryptogram (eerste letter achternaam moeder, eerste letter voornaam vader, twee laatste cijfers gsm-nummer), elk team kreeg een gerandomiseerd nummer toegewezen om op te registreren. De resultaten zijn enkel zichtbaar indien er voldoende respons is. Dit wil concreet zeggen minimum 5 teamleden én 30% van het team moet deelgenomen hebben aan de bevraging alvorens de resultaten in het Dashboard verschijnen.

De werking van het Dashboard werd geëvalueerd in focusgroepdiscussies door Thomas More. De belangrijkste bemerkingen waren inhoudelijk over de vraag rond werkdruk, deze kan dubbel geïnterpreteerd worden. Hier werd meermaals en uitgebreid naar alternatieven gezocht, maar toch werd beslist de vraagstelling niet meer te veranderen binnen deze pilootstudie, maar de opmerking mee te nemen naar het vervolgproject. Een tweede opmerking ging over het tijdstip van de herinneringsmail. Initieel werd de uitnodiging via mail verstuurd op zondagavond 20u. Dit voorstel kwam uit de groep Team Champions. Dit tijdstip is aangepast naar dinsdag 16u. Vermits zorgverleners geen standaarduurrooster hebben, is het zeer moeilijk een vast moment te selecteren dat voor alle zorgprofessionals goed valt. Op algemene vraag werd toch het einde van een standaardwerkdag gekozen.

ONTWERP VAN HET DASHBOARD

Voor het design van het dashboard zijn in iteraties verschillende visualisaties voorgelegd aan een klein aantal gebruikers. De belangrijkste valideringsrondes worden verderop besproken.

DESIGN RATIONALE

In de design rationale worden kort de gemaakte keuzes bij het ontwerpen van het dashboard gemotiveerd met ervaren voor- en nadelen. Hierbij richten we ons op de hoofdzaken. De gedetailleerde ontwikkeling van de grafische weergave en vragenlijsten wordt later besproken.

Keuze voor PowerBI

Om zo snel mogelijk te kunnen beginnen met dataverzameling is voor een gevestigd, bij de betrokken instellingen beschikbaar platform gekozen: Microsoft PowerBI. Hiermee kon snel een bruikbare versie van het dashboard gemaakt worden.

Voordelen:

- Er konden met bestaande templates snel iteraties in het ontwerp gemaakt worden.
- Er konden in een vroeg stadium data verzameld worden.

Nadelen:

- In de loop van het project werd duidelijk dat het grote aantal partners en daarbij de verschillende gebruikers lastig te implementeren was in PowerBI. Opschalen naar meer gebruikers werd daardoor erg arbeidsintensief. Uiteindelijk zijn er meer dan 30 aparte dashboards gemaakt, ieder met net andere gebruikersrechten en dataverzameling en analyse.
- Vanuit het dashboard was het niet goed mogelijk de wekelijkse datacollectie goed te automatiseren.

Aanbeveling:

- PowerBI heeft structurele beperkingen die niet of nauwelijks te overkomen zijn. Daarom bevelen we de selectie aan van een technologisch platform dat de dataverzameling beter faciliteert, de vereiste mogelijkheden tot gedifferentieerde autorisatie biedt, en beter te schalen is naar grotere aantallen participerende organisaties.

Dataselectie in dashboard

Het is mogelijk de data van het eigen team te zien en de gecumuleerde data van andere teams. In eerdere versies is overwogen om deelselecties van meerdere andere teams ter referentie te maken. Daar is later van afgezien omdat de mogelijkheid tot herleiden tot data van identificeerbare teams te groot was. Om de privacy van individuele deelnemers te beschermen is verder gekozen voor het instellen van een ondergrens aan het aantal ingevulde vragenlijsten binnen een team. Deze ondergrens kan ingesteld worden afhankelijk van de teamgrootte.

Voordeel:

- Dit biedt een goede bescherming van deelnemers.

Nadeel:

- Het kan interessant zijn om binnen een organisatie teams te vergelijken, vooral vanuit managementperspectief. Deze mogelijkheid is vooralsnog uitgeschakeld.

Aanbeveling:

- Het is interessant de mogelijkheden te onderzoeken om naast een teamperspectief ook een managementperspectief toe te voegen voor het overkoepelend management in een organisatie.

Strikte scheiding van persoonlijke gegevens en retentiedata

De gegevens van gebruikers werden beheerd door onderzoekers bij de Provincie Antwerpen. Daar was de koppeling tussen personen en een niet-herleidbare gebruikerscode gemaakt. Dataverzameling vond in een volledig gescheiden systeem plaats, waar alleen de gebruikerscode bekend was.

Voordeel:

- Dit biedt een maximale bescherming van de privacy.

Nadelen:

- Dit betekende veel werk voor de onderzoekers.
- Het is lastig om gebruikers die hun wachtwoord kwijt zijn te ondersteunen.

Aanbeveling:

- Het is interessant te onderzoeken of voldoende beveiliging van de privacy haalbaar is in een omgeving waarin vanuit één organisatie zowel gebruikersgegevens beheerd kunnen worden als datacollectie plaats kan vinden.

Authenticatiemethode

Gebruikers werden met een persoonlijke link in een mail uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. De persoonlijke link bevatte de gebruikerscode, alleen het wachtwoord moest nog worden ingevuld. Om het gebruikers eenvoudiger te maken hun wachtwoord te onthouden is voor een algoritmische benadering gekozen, gebaseerd op gegevens in de persoonlijke omgeving.

Voordelen:

- De gebruikers worden beperkt belast bij het inloggen.
- Het is redelijk goed te doen verloren inloggegevens te herstellen.

Nadeel:

- De algoritmische benadering van het wachtwoord is kwetsbaar voor gebruik door anderen, die het algoritme kennen en genoeg weten van de persoonlijke context. Dit

risico is overigens gemitigeerd door het gebruik van de persoonlijke link, en de goed beveiligde dataomgeving bij een gecertificeerde provider.

Aanbevelingen:

- Doe verder onderzoek naar geschikte authenticatiemethoden met het oog op privacy en gebruikersvriendelijkheid.
- Gebruik daarbij in de werkcontext aanwezige middelen ter identificatie.

VALIDATIE

Het succesvol implementeren van een nieuwe tool vergt het betrekken van de gebruikersgroep tijdens het ontwikkelingsproces. Hiervoor werden twee FGDs (FGD 1: 19/11/2021 & FGD2: 28/06/2022) georganiseerd met zorgverleners om het monitoringinstrument (Dashboard) kritisch te evalueren. De bevindingen van deze twee valideringsrondes zullen hier kort besproken worden. Voor het gedetailleerde verslag van de resultaten uit de focusgroepgesprekken rond het Dashboard verwijzen we naar D'haenens et al., (2022).

VALIDERINGSRONDE 1

Om de suggesties uit de eerste valideringsronde ten volle te begrijpen tonen we enerzijds de 5 vragen die peilen naar de voorspellers voor werktevredenheid (= de oorspronkelijke snelle vragenlijst) en anderzijds het oorspronkelijke dashboard dat een visuele weergave is van de antwoorden op de 5 vragen (Figuur 8).

Oorspronkelijke snelle vragenlijst:

- **Vraag 1: Hoe druk was je shift? (workload)**
Antwoordmogelijkheden: zeer druk – druk – matig – rustig
- **Vraag 2: Heb je kwalitatief goede zorg verleend vandaag? (kwaliteit van zorg)**
Antwoordmogelijkheden: totaal niet – weinig – een beetje – veel
- **Vraag 3: In welke mate heb je vandaag de ruimte gehad je werk zelf in te richten? (autonomie)**
Antwoordmogelijkheden: totaal niet – weinig – een beetje – veel
- **Vraag 4: Hoe verliep de samenwerking met volgende collega's? (social capital)**
 - Leidinggevende

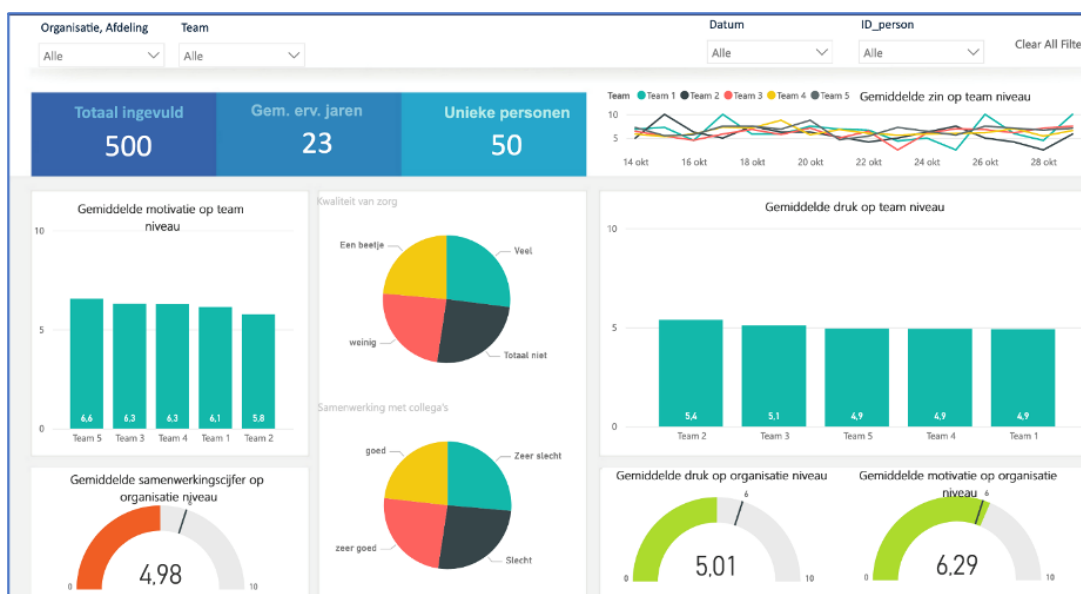
Antwoordmogelijkheden: zeer slecht – slecht – goed – zeer goed

- Directe collega('s)

Antwoordmogelijkheden: zeer slecht – slecht – goed – zeer goed

- **Vraag 5: Hoeveel zin heb je in je volgende werkdag? (algemene subjectieve ervaring)**

Antwoordmogelijkheden: totaal niet – weinig – een beetje – veel



Figuur 8. Oorspronkelijke weergave dashboard

In de eerste iteratie (Figuur 8) zijn verschillende mogelijke grafische presentaties van retentiedata bijeengebracht. Gebruikers gaven aan de verschillende presentaties slecht te kunnen interpreteren. Ook was de betekenis van kleuren niet eenduidig en riep die verwarring op. Omdat groen stond voor een lage waarde en rood voor een hoge, kon hoge werkdruk rood zijn, maar hoge tevredenheid over verleende zorg ook.

De voornaamste suggesties voor de ontwikkelaars, die door de gebruiksgroep geformuleerd werden, zijn:

Visuele weergave van het dashboard

1. Vereenvoudig en gebruik 1 diagram in plaats van 4 verschillende weergaves met elk hun eigen interpretatie: het gekozen diagram is het **halvering diagram**.
2. Gebruik een **kleurengradiënt** gaande van groen (= positief resultaat) – geel – oranje – rood (= negatief resultaat) om het cijfermatige resultaat te ondersteunen.



Figuur 9. Halvering diagram

3. Maak het mogelijk om een datum- of tijdsbereik te zien waardoor evoluties zichtbaar worden (zowel oudere als recentere data moeten geraadpleegd kunnen worden).
4. Toon de 5 vragen van de snelle vragenlijst op het dashboard met daaronder het halvering diagram.

Snelle vragenlijst:

1. Herformuleer **Vraag 1: Hoe druk was je shift?** Deze vraag heeft momenteel een dubbele betekenis voor de deelnemers. Met name 'er was veel werk op een dag' of 'er werd veel druk (op de schouders) ervaren'. De bedoeling is om te peilen naar de ervaren werkdruk.
2. Bespreek met elke individuele dienst op welke manier de vragenlijst aangeboden moet worden. Dit kan zijn via sms, werkmail, privémail, QR-code of een andere manier.
3. Bied de optie aan om anoniem tekst toe te laten voegen door zorgverleners.

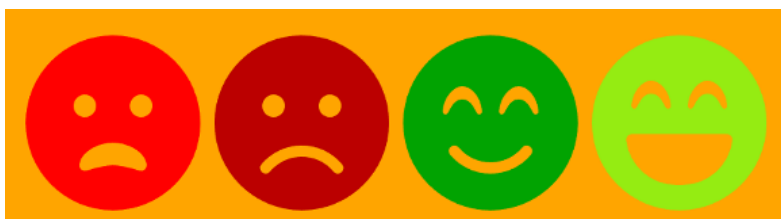
VALIDERINGSRONDE 2

De feedback uit valideringsronde 1 heeft ertoe geleid dat zowel de snelle vragenlijst als de visuele weergave van het dashboard aangepast werden. De aangepaste snelle vragenlijst en de aangepaste weergave van het dashboard (zie Figuur 11) worden hieronder getoond.

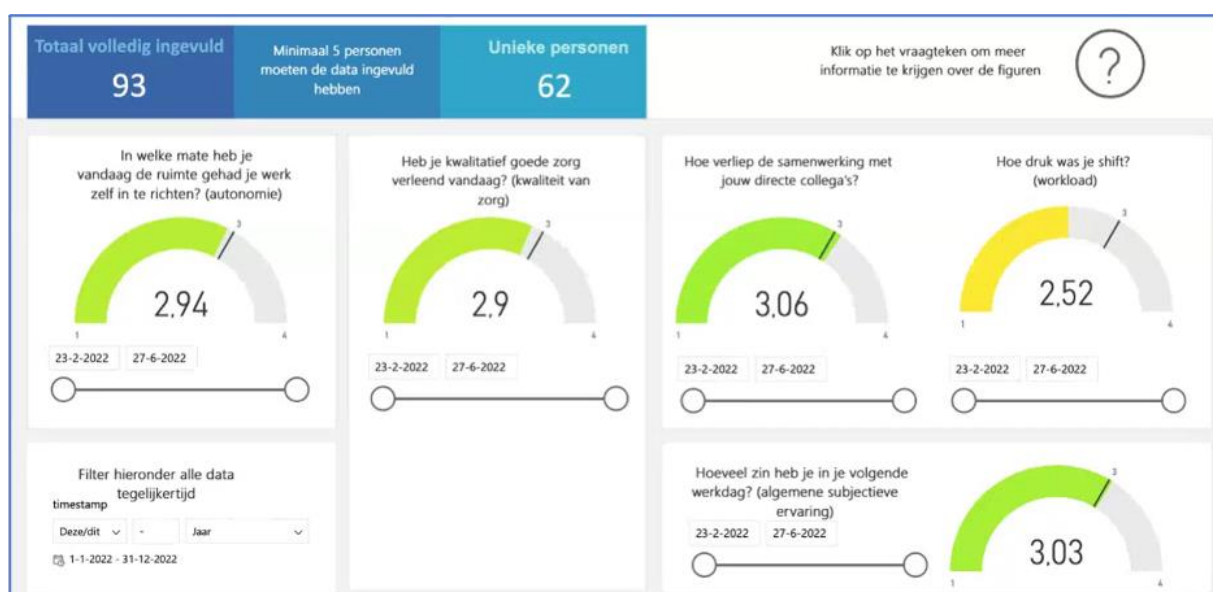
Aangepaste snelle vragenlijst die wekelijks wordt aangeboden:

- Vraag 1: In welke mate heb je deze week de ruimte gehad je werk zelf in te richten?
- Vraag 2: Hoe verliep de samenwerking met je directe collega's?
- Vraag 3: Hoe druk was je shift?
- Vraag 4: Heb je kwalitatief goede zorg verleend deze week?
- Vraag 5: Hoeveel zin heb je in je volgende werkdag?

De zorgverlener beantwoordt de vragen door telkens één symbool aan te duiden:



Figuur 10. De gebruikte grafische 4-punts Likertschaal



Figuur 11. Aangepaste weergave dashboard

Verschillende thema's werden besproken tijdens FGD2 en kunnen onderverdeeld worden in positieve elementen en werkpunten. De werkpunten worden meteen aangevuld met mogelijke oplossingen die gesuggereerd werden door de deelnemers aan de focusgroepdiscussie.

De voornaamste **positieve elementen**:

- De aangepaste visuele weergave van het dashboard is een enorme verbetering ten opzichte van de originele weergave. Het dashboard is vereenvoudigd waardoor de resultaten in één oogopslag zeer duidelijk zijn.
- Het wekelijks invullen van de vragenlijst is haalbaar.
- De legende bij het dashboard is zeer duidelijk en moet zeker behouden blijven.

De voornaamste **werkpunten en mogelijke oplossingen**:

- Maandagochtend is een slecht moment om de mail te ontvangen om de vragenlijst in te vullen. Hierdoor wordt het invullen uitgesteld of vergeten.

➡ **Suggestie: vraag aan iedere zorgmedewerker wat de beste dag en het beste moment van de dag is om in te vullen.**

- De mail komt ook als je afwezig bent door vakantie, ziekte of een dagje verlof. Dit vinden de deelnemers zeer storend.

➡ **Suggestie: laat de zorgmedewerker een vakje aanvinken waarmee die bv. kan aangeven in vakantie te zijn en dus de vragenlijst niet verder in te moeten vullen.**

- Er kan geen evolutie weergegeven worden in de tijd.

➡ **Suggestie: hanteer een lijndiagram (met dezelfde kleurengradiënt) om een maand- en/of jaarverslag te creëren zodat de evolutie gemonitord kan worden.**

- Vier antwoordmogelijkheden met gekleurde smileys bij de snelle vragenlijst is te beperkt.

➡ **Suggestie: zorg ervoor dat de mogelijkheid bestaat om neutraal te reageren, waardoor minstens 5 antwoordmogelijkheden ontstaan.**

- De kleuren en de gezichtsuitdrukkingen van de smileys kloppen niet.

➡ **Suggestie: herbekijk dit.**

- Er bestaat geen mogelijkheid om kanttekeningen te maken die eventueel meegespeeld hebben bij het invullen van de vragenlijst en die zorgmedewerkers graag willen delen.

➡ **Suggestie: zorg voor een ruimte in de vragenlijst om kanttekeningen te maken als iemand dit wenst.**

- De vraag “Hoe druk was je shift?” bleef ongewijzigd ten opzichte van de vorige discussie en wordt opnieuw voorgelegd aan deze deelnemers. Dit blijft nog steeds een dubbelzinnige vraag.

➡ **Suggestie 1: voeg het woordje (workload) aan de vraag. Nu wordt dit enkel weergegeven in het dashboard (zie Figuur 11) en niet bij de snelle vragenlijst.**

➡ **Suggestie 2: Splits deze vraag op in 2 vragen: ‘hoe druk was het die dag?’ en ‘hoe aangenaam was dat?’.**

Een belangrijk aandachtspunt dat besproken werd tijdens deze valideringsronde is dat het niet invullen van de vragenlijst gekoppeld blijkt te zijn aan het feit dat zorgmedewerkers het persoonlijke nut er niet van inzien. Ze vragen zich af of het invullen van zo'n vragenlijst impact heeft. Doen leidinggevendenden hier iets mee? Er lijkt weinig terugkoppeling te zijn naar het team waardoor de motivatie om mee te werken zeer laag is.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Aan het begin van het project zijn keuzes gemaakt met het oog op het zo snel mogelijk beginnen met datacollectie. Dit heeft onder andere geleid tot de keuze voor PowerBI. Voor een vervolgtraject waarbij over een langere periode gemeten zal worden en een groter aantal organisaties betrokken zullen worden, is dit waarschijnlijk niet de beste keuze. Nader onderzoek is nodig.

Het streven naar het zo snel mogelijk verzamelen van data is deels geslaagd. Er zijn bij een deel van de organisaties gedurende het hele project voldoende data verzameld om inzichten te verkrijgen in de mogelijkheden en uitdagingen. De langdurige participatie was echter niet groot genoeg om ook grondige analyses te kunnen maken. Het is duidelijk geworden dat hier nog stevige uitdagingen liggen.

Om in de praktijk het dashboard te hanteren als monitorings- en sturingsinstrument in organisaties, is het noodzakelijk dat medewerkers zowel langdurig als trouw gegevens blijven aanleveren. Dit vraagt meer dan een goed dashboard en een app voor het ophalen van de data. Aandachtspunten hierbij zijn:

- Zorgen dat deelnemers 'beloond' worden voor het trouw leveren van de data, door bijvoorbeeld het nuttige gebruik van de data zichtbaar te maken en door inzicht te geven in persoonlijke data over de tijd, door het dashboard te gebruiken tijdens werkbesprekingen en door er aantoonbaar iets mee te doen.
- Integratie in de werkpraktijk: als het invullen van de data bijvoorbeeld een vast onderdeel wordt van een teamoverleg, het inklokken of andere dagelijkse of wekelijkse routines op het werk.
- Zo laagdrempelig mogelijk houden van de tool door deze te integreren in de gebruikte voorzieningen van elke organisatie. Mogelijke denkrichtingen zijn het gebruik van slimme badges, biometrische voorzieningen, gebruik van telefoons verstrekt door de werkgever, ...
- Problemen met beveiligingsvoorzieningen in de ICT zoals firewalls. Goede afstemming met interne ICT-diensten is nodig.
- In het algemeen strekt het ter aanbeveling aandacht te besteden aan technologieacceptatie in de zorg. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de Normalisation Process Theory, een kader waarin een breed palet aan perspectieven wordt meegenomen die allemaal randvoorwaarden zijn voor het doen slagen van technologische innovatie in de zorg.

ACTIVITEIT 3: TEAM CHAMPIONS

INTRODUCTIE

In het kader van het behoud en de uitstroom van zorgverleners is het bieden van een goede werkomgeving essentieel. Goed ondersteunende werkomgevingen verhogen jobtevredenheid (Barriball, 2015). Deze interventie sluit aan bij de groeiende aandacht in de arbeidspychologie voor een positieve benadering gericht op amplitie (het versterken van werknemers) en werkgerelateerd welbevinden (Ouweneel et al., 2009). Zorgorganisaties nemen steeds meer initiatieven gericht op het welzijn van zorgverleners. Deze initiatieven bereiken echter vaak de werknemers waarvoor deze bedoeld zijn niet.

We waren geïnspireerd door het concept van Team Champions (TC's), dat in de gezondheidszorg al succes heeft bewezen bij het implementeren van kwaliteitsverbeteringsprogramma's (Ploeg et al., 2010; Shea et al., 2016; Woo et al., 2017). TC's zijn teamleden die van onderuit in een team verandering implementeren (bottom-up). Het zijn individuen die een belangrijke rol spelen bij het leiden of bevorderen van verandering (Ploeg et al., 2010; Woo et al., 2017). In een continu ontwikkelende sector zoals de gezondheidszorg is er nood aan de verspreiding en uitwisseling van kennis tussen onderzoekers en de klinische praktijk. Individen zoals champions spelen hier een belangrijke rol in (Thompson et al., 2006). In Vlaanderen en Nederland zijn referentieverpleegkundigen hier een praktijkvoorbeeld van.

Het introduceren van TC's voor het behoud van personeel is een innovatieve en veelbelovende manier om de aandacht voor en informatie over veerkracht van onderuit in een organisatie te implementeren. Een Team Champion 'Welzijn' kan effectief zijn om de bekendheid, het begrip, de deelname en het algehele succes van een gezondheids- en welzijnsprogramma van organisaties voor werknemers te vergroten. Acties van deze TC's kunnen betrekking hebben op verschillende domeinen van welzijn, waaronder teambuilding, sociale interactie, stressmanagement en nieuwe ervaringen voor de werkgroep (Ellis et al., 2021; Wieneke et al., 2019).

Het introduceren van TC's ter bevordering van welzijn op het werk is nieuw in (zorg)organisaties. Met deze interventie willen we de rol en de toepassing verkennen. We doen dit op basis van de literatuur en testen deze meteen uit in de praktijk met een pilootproject in Vlaanderen (en Nederland).

METHODE

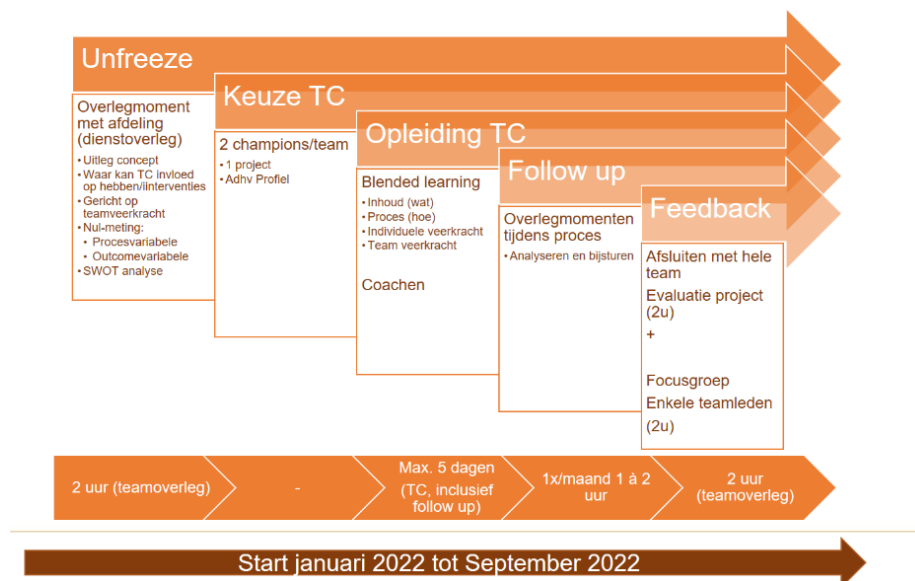
De stapsgewijze ontwikkeling, implementatie en onderzoeksmatige opvolging van de TC welzijn zoals geconceptualiseerd en uitgevoerd door onderzoekers van de UAntwerpen is weergegeven in Figuur 12.

Fase 1: Theoretische onderbouwing en ontwikkeling:

Op basis van de literatuur kwamen we tot een conceptualisatie van de TC welzijn. We ontwikkelden deze pilootinterventie verder aan de hand van eigen praktijkervaringen en we vroegen de insteek van andere experts die werkzaam zijn in de gezondheidszorg tijdens een eerste klankbordgroep. We werkten het profiel, de rol, de taken en een ontwikkelingstraject uit.

Fase 2: Rekrutering van de Team Champions en kick-off op teamniveau:

Zorgteams en TC's werden gerekruteerd via de website van Blijf aan Z, via LinkedIn en door zorgorganisaties aan te spreken. Een zorgorganisatie kon intekenen wanneer er in teamverband rechtstreekse zorg werd geboden aan patiënten of cliënten. Geïnteresseerde teams en deelnemers werden geïnformeerd tijdens een teamoverleg om de betrokkenheid te verhogen (de Team Champion Kick-off), hierin werd het ontwikkeltraject besproken (Figuur 12).



Figuur 12. Ontwikkeltraject Team Champion, Blijf aan Z

Tijdens de TC kick-off volgden we de verandertheorie van Lewin (1951) en startten met de unfreeze-fase (Figuur 13) (Manchester et al., 2014). We identificeerden samen met het team

wat goed loopt en waar er ruimte is tot verbetering. Tijdens dit overleg werd ook de ganse onderzoeksopzet uitgelegd met de verwachtingen en de doelstellingen. Na voorstelling van het project was er ruimte voor het benoemen van weerstand en barrières en werd in samenspraak gereflecteerd over mogelijke oplossingen. Vanuit dit overleg werden per pilootafdeling maximum 2 TC's gekozen om het project mee te leiden en op te volgen. De TC's passen in het profiel dat vooraf werd opgesteld.



Figuur 13. Lewin's 3 stage model of the theory of change (Bron: <https://online.visual-paradigm.com/diagrams/templates/lewins-change-model/lewin-change-model-template/>)

Fase 3: Opleidingsdagen:

Tijdens drie volledige dagen kwamen experts in verschillende domeinen aan bod over volgende onderwerpen:

- Energiemanagement en veerkracht
- Communicatievaardigheden (coachende en verbindende communicatie)
- Teamdynamiek en conflicthantering

Fase 4: Lerende netwerken

Na de opleiding bleven we de TC's gedurende het verloop van dit project verder opvolgen en ondersteunen. In een periode van 9 maanden kwamen we 6 maal samen gedurende 2u in een lerend netwerk waarin 'good practices' en obstakels besproken werden.

Tijdens de lerende netwerken werd de intervisiecirkel van Korthagen ter ondersteuning gebruikt. Ter voorbereiding van de lerende netwerken werd aan de TC's gevraagd te reflecteren over volgende vragen:

- Hoe ben je vertrokken na de opleiding/laatste lerend netwerk?
- Welke stap(pen) heb je ondernomen sindsdien
- Hoe is dit gelopen?
- Wat ging er goed?
- Waar ben je op gebotst?

Ervaringen werden afwisselend in grote groep of in break-outgroepen onderling besproken onder begeleiding van een supervisor. Er werd teruggekoppeld naar de opleidingen en de nodige nieuwe handvaten werden meegegeven.

Tijdens de lerende netwerken werd ook gereflecteerd over de werkwijze. Op geregelde tijdstippen werden de TC's gevraagd deze te evalueren, zowel anoniem (via Google Forms) als actief tijdens de bijeenkomsten. Op basis van de feedback die binnenkwam tijdens en na de eerste lerende netwerken en op basis van de eerste resultaten van de eerste focusgroepdiscussie (FGD) is na lerend netwerk 3 de werkwijze bijgesteld. De bijeenkomsten werden verlengd in tijd: 3,5 uur i.p.v. 2 uur en gingen volledig fysiek door. Dit om tot meer diepgang en verbinding te kunnen komen. Ook werd aansluitend op de lerende netwerken een informele, vrijblijvende lunch aangeboden.

Fase 5: Afronding

In de laatste maanden van het project brachten we alle resultaten samen in een validatierapport.

Continue evaluatie (en bijsturing)

We deden aan verschillende vormen van projectevaluatie en follow-upmetingen:

1. Evaluatie van de opleiding aan de hand van anonieme vragenlijsten
2. Permanente evaluatie: wekelijkse, beknopte bevestigingen als input voor dashboard en ter ondersteuning van de Team Champions (zie activiteit 2 Dashboard)
3. Periodieke, bredere bevestigingen (kwantitatieve projectevaluatie): via Qualtrics® werden de TC's en hun teamleden aan de start, halverwege en op het einde van de interventie elektronisch bevestigd. Simultaan werden ook de deelnemers en hun teamleden van de Leiden om te boeien en binden (LBB) interventie (activiteit 4) op dezelfde wijze bevestigd. De vragenlijst bestond uit bestaande, gevalideerde, Nederlandstalige vragenlijsten gericht op jobtevredenheid en intentie om de job te verlaten en voorspellers van deze factoren, geïdentificeerd in WP 3, namelijk de Revised Nursing Work Index (NWI_R), de Utrecht Work Engagement Scale Index (UWES) en de Burnout Assessment Tool (BAT). Ook de Manager Support Scale (MSS) werd afgenomen, maar van deze vragenlijst bestond bij aanvang van de studie geen

gevalideerde Nederlandstalige versie. De vragenlijst werd daarom aan de hand van de 'forward-backward translation method' vertaald van het Engels naar het Nederlands. Er werd geen controlegroep voorzien.

De statistische analyse gebeurde in SPSS-versie 28. Met behulp van frequentiemetingen werden de demografische en persoonskenmerken beschreven. Vervolgens werd door middel van significantietesten gezocht naar de invloed van de interventie over de tijd (gebruikmakend van de drie meetpunten) op de verschillende geselecteerde voorspellers. Deze analyse gebeurde (1) overkoepelend over alle teams per interventie, (2) op teamniveau, (3) tussen de twee interventies. In alle testen werd een significantieniveau van $p < 0,5$ gehanteerd.

4. Focusgroepen discussies (FGD (kwalitatieve projectevaluatie): de TC's werden uitgenodigd deel te nemen aan focusgroepdiscussies (FGD) georganiseerd door Blijf aan Z-partner Thomas More Hogeschool. Eén FGD vond halverwege de interventie plaats en op basis van deze resultaten werd de interventie licht bijgestuurd. Op het einde vonden opnieuw FGD's plaats.

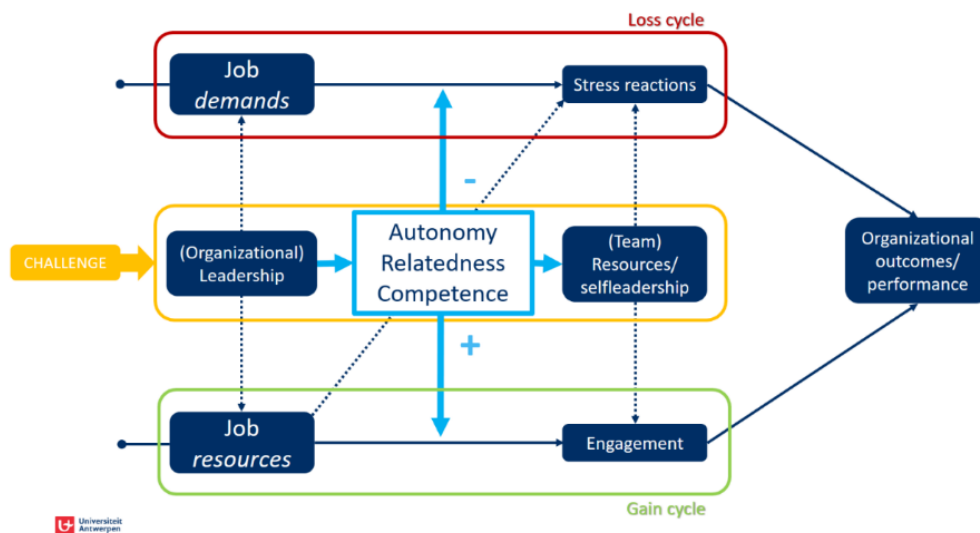
April – Juni 2021	Juli – September 2021	Oktober – December 2021	Januari – Maart 2022	April – juni 2022	Juli-September 2022	Oktober – December 2022
UITVOERING INTERVENTIE						
Fase 1: Theoretische onderbouwing en ontwikkeling						
		Fase 2: Recruterings en Team Champions kick off op teamniveau				
			Fase 3: Opleidingsdagen			
			Fase 4: Maandelijkse lerende netwerken (1-6)			
						Fase 5: Afronding
EVALUATIE						

Figuur 14. Verloop TC methodiek

RESULTATEN

FASE 1: THEORETISCHE ONDERBOUWING EN ONTWIKKELING

We bouwen verder op de voorstudie uitgevoerd in activiteit 1. De TC methodiek zet in op de 'gain cycle' door het vergroten van de energiebronnen om tot een grotere jobtevredenheid te komen. Concreet zetten we daarbij in op de drie psychologische basisbehoeften van de zelfdeterminatietheorie (Figuur 15).



Figuur 15. JD-R model & ZDT in interactie met loss & gain circle (Franck & Van Bogaert, 2023; Olafsen & Deci, 2020; Bakker & Demerouti, 2007)

Relationele verbondenheid ('belongingness') staat centraal in deze interventie. Een belangrijke rol van de TC's is om deze verbondenheid in hun team te vergroten. Dat wordt gedefinieerd als de wens om positieve relaties op te bouwen met anderen, zich geliefd en verzorgd te voelen en zelf voor anderen te zorgen (Ryan & Deci, 2000; Van den Broeck et al., 2009). Werknemers kunnen zich verbonden voelen wanneer ze deel uitmaken van een hecht team en hun persoonlijke gevoelens en gedachten kunnen delen met collega's (Van den Broeck et al., 2009). De TC's werden getraind om deze verbondenheid in hun team te vergroten.

"Ik vind verbinding iets superbelangrijks en ik vind het een kracht als team om heel verbonden te zijn met elkaar, om van daaruit dingen te doen en te bereiken als team en vooral dan de goede zorg voor de patiënt, op welke manier dan ook."

Xhanne, Team Champion in Blijf aan Z



Taak en rolbeschrijving van de Team Champion

Op basis van de literatuur en praktijkervaringen kwamen we tot een rol- en taakbeschrijving. Deze werd gebruikt als basis voor de rekrutering en de selectie van de TC's.

ROL

De TC zal (team)veerkracht van onderuit faciliteren op afdelingsniveau. De nadruk ligt op werken aan een gezond werkklimaat met oog voor het psychosociaal welzijn en het sociaal klimaat van het team. De TC zal bijdragen aan een duurzame teamontwikkeling. Kernwoorden hier zijn verbinden, stimuleren en ondersteunen.

TAKEN

De taken van de TC zijn gericht op het verhogen van de draag- en veerkracht van het team. De TC zal een signaalfunctie hebben binnen het team en handvaten meekrijgen om interpersoonlijke problemen aan te pakken. Uit de literatuur blijkt dat een sfeer van vertrouwen en veiligheid erg belangrijk is binnen zorgteams. De taak van de TC zal dus gericht zijn op het ontwikkelen en/of onderhouden van een positieve werksfeer en het vergroten van de open communicatie in het team.

Profiel

Niet iedereen is geschikt om de rol van TC op te nemen. De literatuur kon hierbij een aanzet bieden. Luz et al. (2020) toonden in hun onderzoek het belang van het sociale netwerk van champions aan. Het hebben van een uitgebreid sociaal netwerk op de werkvloer met een hechte verbondenheid of het vermogen om verbinding aan te gaan met collega's zijn een

grote meerwaarde (Luz et al., 2021). Daarnaast toonden zij in een andere studie het belang van informele leiders voor bottom-up veranderingen aan (Luz et al., 2019). Bovendien zijn het werknemers die niet noodzakelijk experts zijn op het vlak van gezondheid en welzijn, maar wel zichzelf identificeren, waarde hechten aan gezondheid en welzijn en oprecht geïnteresseerd zijn in het ondersteunen van zijn collega's (Wieneke et al., 2019).

In de eerste klankbordgroep van Blijf aan Z werd uitgebreid op het profiel van de TC ingegaan met mensen uit de praktijk. Een brainstormsessie werd gehouden met leidinggevendenden, managementleden en HR-medewerkers van zorgorganisaties. Een uitgebreide lijst van eigenschappen en competenties kwam hier aan bod. Op basis van de literatuur en praktijkinbreng kwamen we tot onderstaande beschrijving.

WIE KAN TEAM CHAMPION WELZIEN WORDEN?

Eerst en vooral zoeken we iemand die geïnteresseerd en geëngageerd is voor dit project. De Team Champion Welzijn moet het vertrouwen hebben van de teamleden en ook invloed/impact kunnen uitoefenen op het team. We zoeken iemand die positief, open-minded en veranderbereid is en ook actie durft ondernemen.

We vroegen ook de mening van experts uit het werkveld in een klankbordgroep. Volgende eigenschappen kwamen hierbij nog naar voren: matuur, integer, luisterbereid, discreet en diplomatisch.

Beschrijving van het TC profiel

FASE 2: REKRUTERING VAN DE TEAM CHAMPIONS EN KICK-OFF OP TEAMNIVEAU

GEZOCHT: TEAM CHAMPION

Wie?

- Geïnteresseerd in het algemeen welzijn van zijn team en collega's
- Gemotiveerd en geëngageerd
- Open minded en veranderbereid
- Betrouwbaar (discreet en integer)
- Sociale vaardigheden
- Team player
- Leergierig

Wat?

- (Team)veerkracht vergroten op afdelingsniveau
- Bijdragen aan een gezond werkklimaat (psychosociaal welzijn)
- Duurzame teamontwikkeling (gezond sociaal klimaat): sfeer van vertrouwen en veiligheid
- Communicatie verbeteren binnen het team
- Signaalfunctie



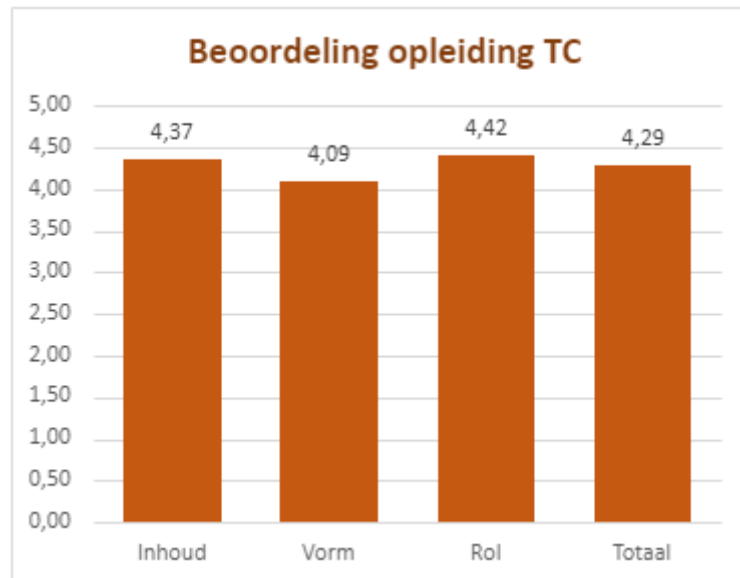
Dertien zorgteams, uit zes zorgorganisaties, toonden interesse voor deelname aan deze interventie. Deelnemers kwamen uit ziekenhuizen, de psychiatrische zorg en residentiële zorginstellingen voor volwassenen en kinderen met een beperking en bestonden uit verpleeg-, zorg- en opvoedkundigen en therapeuten. In deze dertien teams werd door een projectmedewerker van Blijf aan Z een Team Champions Kick-off gegeven tijdens een werkoverleg.

Tijdens deze kick-off gingen we in dialoog met de betrokken medewerkers en leidinggevende. Er werd aan de teamleden en de leidinggevende van de deelnemende teams gevraagd om zelf één of twee TC's uit te kiezen. Hiermee doelden we op een individu dat zich enerzijds zelf aangesproken voelde, maar anderzijds een teamlid dat zowel het vertrouwen heeft van het team als van de leidinggevende.

Na de kick-off stapten alle zorgteams verder in het TC traject. In totaal schreven 20 TC's zich in voor de opleidingsdagen (19 vrouwen en 1 man).

FASE 3: TEAM CHAMPION OPLEIDING

20 deelnemers startten aan de eerste opleidingsdag. Door de hoge werkdruk en enkele ziekten waren er 3 afwezig op de tweede opleidingsdag. Na de tweede opleidingsdag besloot één deelnemer het traject stop te zetten. Zij voelde geen aansluiting bij dit project. Door de rest van de deelnemers werden de opleidingsdagen wel positief geëvalueerd.



Figuur 16. Evaluatie opleidingsdagen TC

Op het einde van de opleidingsdagen werd aan de deelnemers gevraagd anoniem een evaluatieformulier in te vullen. Er werd over elke opleidingsdag gevraagd om de inhoud, de vorm en het nut voor de rol van TC te evalueren met score op vijf. De gemiddelde scores van de drie opleidingsdagen zijn terug te vinden in Figuur 16. De gemiddelde totaalscore van de opleidingsdagen is 4,29/5 (met een responsgraad van 81,5%).

Na de opleidingsdagen sloot een extra TC aan in het traject. Eén van de TC's zocht versterking binnen het team om verder in de praktijk aan de slag te gaan binnen het team.

FASE 4: LERENDE NETWERKEN

We kwamen bij voorkeur fysiek samen als de situatie het toeliet. Afhankelijk van de op die moment geldende COVID-19-richtlijnen was er de mogelijkheid om de opleidingen of het lerend netwerk digitaal te laten doorgaan. Het eerste lerend netwerk ging volledig digitaal door, lerende netwerken 2 & 3 waren hybride. De laatste drie lerende netwerken gingen volledig fysiek door. De ervaring leerde ons dat door volledig fysiek samen te komen we tot meer verbinding en diepgang kwamen.

Fysiek bijeenkomen had wel impact op de opkomst tijdens de lerende netwerken. De afstand tot Wilrijk, waar de lerende netwerken plaatsvonden, was voor sommige deelnemers een barrière. Enkelen gaven aan dat de afstand moeilijk te combineren was met de hoge werkdruk. Bovendien moesten TC's inspringen voor zieke collega's of waren ze zelf ziek. De opkomst van de eerste 4 lerende netwerken lag tussen de 80-90%. De laatste twee lerende netwerken waren er slechts 50% aanwezig. Een bijkomende reden voor deze lage opkomst tijdens deze laatste lerende netwerken was dat zij in de maanden juni en september gepland stonden en enkele TC's hier vakantie hadden.

VALIDATIE

KWANTITATIEVE EVALUATIE TC METHODIEK

Voor een uitgebreid verslag van de resultaten van de kwantitatieve evaluatie van de Team Champions (TC) methodiek verwijzen we naar Averens et al., (2022c).

Belangrijkste resultaten

De twee primaire voorspellers voor de TC methodiek waren sociaal kapitaal en graad van energie gemeten met de Burn-out Assessment Tool (BAT). Er werd een lichte, zij het niet-significante toename in de loop van de tijd geobserveerd voor sociaal kapitaal (+0,12). De totale BAT score nam toe (+0,11) wat een afname van energie betekent bij de deelnemers, deze score was echter evenmin significant.

Op teamniveau werd voor één team een significant hogere score ($p < 0,5$) gevonden tussen de eerste en laatste meting voor sociaal kapitaal (geschatte effect +0,64, CI 95% [3,00-3,71]). Voor één team werd een afname in score sociaal kapitaal gevonden (geschatte effect -0,50, CI 95% [2,80-3,16]). Voor energie op basis van de BAT-score werd voor één team eveneens een significante verbetering geregistreerd in het onderdeel emotionele ontregeling (geschatte effect -1,63, CI 95% [1,53-3,31]) en totaalscore (geschatte effect -0,97, CI 95% [1,62-2,60]). Verder werden op teamniveau geen significante verschillen gevonden.

Secundair werd gekeken naar de verloopintentie van de deelnemers (Tabel 4). Hier werd een significante daling gevonden in jobtevredenheid (geschatte effect -0,32, CI 95% [2,98-3,16]). Ook werd een kleine significante toename gevonden in intentie om van organisatie te veranderen (geschatte effect +0,18, CI [0,12-0,23]).

Geen betrouwbare besluiten kunnen genomen worden op basis van de qualtricsbevraging van Blijf aan Z tijdens deze pilootinterventie. De response rate van de finale bevraging was te laag en de heterogeniteit van de doelgroep laat eigenlijk niet toe om analyses over de hele groep te doen. TC's gaven tijdens de lerende netwerken en in de FGD aan dat teamleden overbevraagd werden in combinatie met het invullen van de wekelijkse vragenlijsten voor de Dashboardinterventie. De bescheiden significante effecten die gevonden werden, blijven mogelijk niet overeind wanneer we corrigeren voor het grote aantal uitgevoerde tests.

KWALITATIEVE EVALUATIE TC METHODIEK (FOCUSGROEPEN)

Voor een uitgebreid verslag van de resultaten uit de focusgroep gesprekken rond de Team Champions methodiek, verwijzen we naar: van Loo M et al., (2022).

De algemene methodologie die gebruikt is voor doeleinden van de validatie doorheen het project kan teruggevonden worden in Activiteit 1 – Validatie.

De Team Champions methodiek werd besproken in twee focusgroepen met verpleegkundigen die aan het project hebben deelgenomen. De eerste focusgroep richtte zich voornamelijk op de evaluatie van de 3 opleidingsdagen en de implementatie van de aangeleerde technieken in de praktijk. Dit groepsgesprek vond plaats terwijl het lerend netwerk, i.e. de terugkomsessies, nog bezig was. Ook deze terugkomsessies werden kort aangestipt. In het tweede focusgroepgesprek werden de resultaten van het project bevraagd, na afloop van alle opleidingsdagen en terugkomsessies.

De focusgroepen rond de Team Champions methodiek hebben interessante thema's aan het licht gebracht die meegenomen kunnen worden in de verdere ontwikkeling van het project.

De opleidingsdagen werden over het algemeen als erg nuttig ervaren en ook de onderwerpen waren interessant, hoewel er soms wat te veel theorie aan bod kwam, de stap naar de praktijk voor een schok kon zorgen en er over het algemeen meer behoefte was aan intensieve begeleiding en feedback. Veel deelnemers kregen echter een positieve boost van deelname aan de opleidingsdagen. Met name conflicthantering werd als een interessant onderwerp beschouwd.

Tijdens de lerende netwerken, ofwel de terugkomdagen, heerste het gevoel dat er te weinig begeleiding en mogelijkheid tot intervisie was, en dat casussen wat oppervlakkig werden besproken. De terugkomdagen mochten langer duren, wat tijdens het project nog is aangepast. De reacties hierop waren uitsluitend positief. Er werd echter wel in vraag gesteld hoe kundig de begeleiders van dit lerend netwerk waren. Het had kunnen helpen als de experts van de opleidingsdagen ook aanwezig waren tijdens de terugkomdagen. Verder vonden de deelnemers dat kleinere groepjes ervoor zouden kunnen zorgen dat er meer ruimte zou zijn voor het doorspreken van casussen.

Volgens de deelnemers is een Team Champion iemand die reflecteert, observeert, luistert, ruimte geeft op een niet-oordelende manier en ingrijpt met aangeleerde technieken als dat nodig is. Ook het introduceren van een klimaat waarbinnen dit mogelijk is, behoort tot de taken van een Team Champion. Een Team Champion zou een bepaald beoordelingsvermogen moeten hebben en zelf veerkrachtig en positief ingesteld moeten zijn om iets te kunnen overbrengen op anderen.

Tijdens het uitvoeren van hun rol als Team Champion in de praktijk botsten de deelnemers op verschillende hindernissen. Zo misten ze bijvoorbeeld een stukje begeleiding: hoe moesten

ze er in de praktijk mee aan de slag gaan? Ook leken hun collega's niet altijd even gemotiveerd, en bleek het moeilijk om het project te combineren met de hoge werkdruk en het privéleven. Het verantwoordelijkheidsgevoel was vaak groot. Sommige Team Champions zaten continu met het project in hun hoofd, wat voor meer druk zorgde. Anderen gaven het project lagere prioriteit en voelden deze verantwoordelijkheid minder.

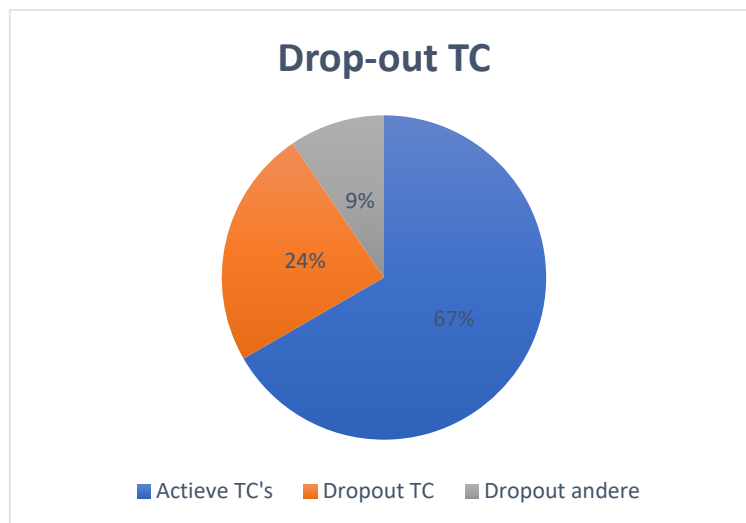
Ook hadden de Team Champions moeite met het invullen van hun rol binnen het team. Volgens de ene zou een onafhankelijke of externe positie eerder gewenst zijn, zodat je altijd een oordeelvrije houding kan aannemen. Volgens de andere biedt het juist een meerwaarde om deel uit te maken van het team, omdat je de mensen binnen de groep al kent. Ze gaven verder aan dat het van meerwaarde zou zijn, mochten ze de interventie in duo's kunnen aangaan, of als ze iemand zouden hebben om hun hart bij te luchten.

Als laatste bleek ook de visie van de organisatie en de bestaande hiërarchie verbonden aan het optimaal uitvoeren van de rol als Team Champion. De organisatiestructuur staat het soms niet toe om de Team Champions methodiek in de praktijk te brengen doordat ze geen tijd en geld, of geen mandaat krijgen om oefeningen of intervisiemomenten te organiseren. Wat ook als een hindernis werd ervaren is de hiërarchie die in een organisatie bestaat. De Team Champions voelen zich de onderste laag van die hiërarchie, die van bovenaf opgelegd krijgt wat zij zouden moeten doen en bijgevolg weinig zeggenschap hebben.

Voor de meeste Team Champions was het nog wat te vroeg om al resultaten op te merken wat betreft veerkracht. Er waren echter wel kleine interventies gebeurd rond communicatie, en de signaalfunctie bleek voor een aantal deelnemers ook verhoogd. Een aantal praktijkoefeningen, zoals een kwaliteitenspel, bleek in het ene team nuttiger te zijn dan in het andere. Waar sommige teams eerder behoefte hebben aan laagdrempelige oefeningen, staan andere teams al wat verder. Ook werd aangegeven dat het belangrijk is om meer tijd te maken voor intervisies in het dagelijks werk, wat ook in de praktijk is gebracht. Ook leidinggevendenden werden op een positieve manier bij het project betrokken door de Team Champions. Als laatste werd de hoop geuit dat het project blijft voortbestaan omdat de deelnemers op de langere termijn in het effect van de Team Champions methodiek geloven.

DROP-OUT

Zoals elk project had de TC interventie ook te maken met uitval. Van de 21 TC's uit 13 zorgteams bleven op het einde van het project 14 TC's uit 10 zorgteams over (Figuur 17). Van de 7 TC's die uitvielen tijdens de interventie, haakten 5 zorgprofessionals af omdat de interventie niet aan de verwachtingen voldeed, niet aansloot bij de eigen visie of stootte op de visie en hiërarchie van de organisatie. Twee TC's namen ontslag in hun organisatie in de loop van dit project. Hun ontslag stond weliswaar los van de TC interventie, maar het illustreert tegelijk de noodzaak van inzetten op behoud van medewerkers. Beide TC's bleven wel aan het werk als zorgprofessional, maar binnen een andere zorgorganisatie waarin ze hoopten meer aansluiting te vinden met de eigen visie en waarden.



Figuur 17. Cirkeldiagram van de uitval tijdens de TC's interventie

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Vanuit de literatuur experimenteerden we in dit werkpakket met een nieuwe rol - TC 'welzijn' - met specifieke taken en skills. We voorzagen diverse metingen en deden aan zelfreflectie. We kwamen hierbij tot verschillende vaststellingen en kritische bedenkingen.

Een eerste vaststelling: de rol van TC is niet voor iedereen weggelegd. Een goede rekrutering vonden we belangrijk, maar bleek allerm minst evident. We zochten kandidaten die interesse hadden in gezondheid, welzijn, veerkracht en een bereidheid om verbinding aan te gaan met collega's. Ook het vertrouwen van de directe leidinggevende was niet onbelangrijk in de rekrutering (Luz et al., 2021; Luz et al., 2019; Luz et al., 2019). Informele leiders in een team waren zeer welkom, gezien zij reeds een bestaande connectie en invloed hebben in het team. Uiteindelijk bleek in de praktijk dat verschillende TC's deze rol dus niet volledig vrijwillig hadden kunnen opnemen omdat hen werd opgedragen om deel te nemen, of dat de directe leidinggevende de nieuwe rol als ondermijnd ervaarden.

Wat we verder vaststelden en waarop we stootten binnen deze interventie is de vaak nog hiërarchische organisatie van zorgorganisaties waar nog te vaak aan micromanagement gedaan wordt. Enkele TC's botsten binnen hun organisatie op deze grenzen waarbinnen hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden lagen. Hierbij ervoeren ze een tekort aan vrijheid en autonomie om hun rol op te nemen. Zorgprofessionals zitten vaak verweven tussen de eisen en verwachtingen van organisatie, leidinggevende, andere disciplines, patiënten en collega's. Hieruit kan een passiviteit groeien of 'een aangeleerde hulpeloosheid' (Moreland et al., 2015). Dit zagen we bij sommige TC's, die startten met de veronderstelling dat de experts exact konden aanreiken wat zij moesten uitvoeren, terwijl wij een gezamenlijke rolontwikkeling voor ogen hadden. Dit is iets wat we echt hadden onderschat. Wellicht hebben we dit mee in de hand gewerkt door de wijze waarop we zijn gestart met de opleidingsdagen. De opleiding bij aanvang was immers gericht op kennisoverdracht rond teamveerkracht en teamcoaching en er was onvoldoende aandacht voor hoe de TC's deze rol zelf mee vorm konden geven.

Professionele rolontwikkeling gaat over het herkennen, ontwikkelen en toepassen van je vaardigheden en ontdekken van je professionele identiteit. Hierbij zoekt de zorgprofessional naar een richting in het vak die past bij het eigen gevoel en helpt om dromen en ambities te verwezenlijken (Biegger et al., 2016; van Dijk & Holleman, 2020). Dit is helpend om als professional te participeren in het organiseren, innoveren en evalueren van zorgprocessen in het klinisch microsysteem, alsook in organisatorische en maatschappelijke contexten (van Dijk & Holleman, 2020). Dit vraagt het doorlopen van een proces, bestaande uit enkele stadia om tot professioneel en persoonlijk leiderschap te komen. Vanuit zorgopleidingen kan nog meer worden geïnvesteerd in de ontwikkeling van de professionele rolidentiteit van de

zorgprofessional in opleiding. De focus vandaag ligt nog voornamelijk op competentie-ontwikkeling.

"Twee 'eye-openers' voor mij zijn het werken rond waarden en werken vanuit een professionele identiteit. De kracht van verandering zit bij onszelf, hoe de situatie ook is."

An, Team Champion in Blijf aan Z



Bovendien missen we ook in organisaties een context waarbinnen zorgverleners in hun dagelijkse praktijk de ruimte hebben om professioneel en persoonlijk leiderschap te kunnen opnemen. Het ontbreekt vandaag nog te vaak aan structuren en systemen waarbij teamleden medezeggenschap hebben in het beleid op teamniveau en binnen de organisatie, de zogenaamde shared governance (Medeiros, 2018; Moore & Hutchison, 2007). Dit vraagt de toegang van medewerkers tot relevante informatie, ondersteuning en middelen, wat Kanter 'Organisatorische empowerment' noemt, en wat nodig is om het werk te doen, alsmede om te leren en te groeien (Van Bogaert et al., 2018).

Rode draad in dit verhaal is een noodzaak en een tekort aan autonomie van zorgprofessionals, een basisbehoefte voor arbeidsgeluk. Professionele autonomie moet ontwikkeld worden op basis van professionele identiteit en competenties om tot de best mogelijke patiëntenzorg te komen (Rouhi-Balasi et al., 2020). Autonomie vraagt een klimaat en cultuur van psychologische veiligheid, waar zorgverleners zich durven uitspreken ('speak up') (Edmondson, 2018), een cultuur die in onze zorgorganisaties nog verder moet ontwikkeld worden. Bovendien komt deze verandering in cultuur de patiëntenzorg, onze corebusiness, alleen maar ten goede.

De metingen van de kwantitatieve data-analyse leverden niet op wat we ervan verwacht hadden. Tijdens de lerende netwerken kwamen uitgebreid beïnvloedende factoren van ontevredenheid binnen zorgteams naar boven. Er werden strategieën besproken om met deze ontevredenheid in team om te gaan en te beïnvloeden. Hoewel de TC's leken te groeien in hun rol, ontbrak hen vaak de tijd om voldoende met hun team aan de slag te gaan. Factoren

die zorgden voor ontevredenheid waren leidinggevende en onvoldoende organisatorische betrokkenheid.

Sociaal kapitaal is slechts één van de beïnvloedende factoren van job(on)tevredenheid en intentie om te vertrekken. Alle factoren staan in onderlinge relatie en op een delicate werkbalans, waarin er een evenwicht moet zijn in de inspanning die hulpverleners leveren en de beloning die ze ervoor in ruil krijgen. Het is aangeraden om verschillende factoren te includeren in interventies gericht op het behoud van zorgprofessionals (Averens et al.; 2022a & 2022b).

Bovendien waren er beperkingen aan de kwalitatieve datacollectie. Er werd geen betrouwbare voormeting gedaan. De twee interventies waren reeds gestart voor de eerste meting plaatsvond. LBB startte in oktober 2021, TC's in januari 2022, de eerste meting vond plaats in februari 2022. De laatste meting vond plaats simultaan met de afsluiting van het project. Deze had een zeer lage response rate, ondanks herhaalde oproep tot deelname, de deelnemers gaven echter aan overbevraagd te zijn.

Het was een zeer heterogene deelnemersgroep. Er waren onderling grote verschillen in soort zorgorganisatie, deelnemende disciplines en teamgrootte. Door de heterogeniteit in deelnemende teams en organisaties zijn er veel (ongekende) beïnvloedende factoren. Zo vielen deze interventies in één organisatie samen met de implementatie van een nieuw elektronisch patiëntendossier, dat grote druk uitoefende op de deelnemers en hun welbevinden. In enkele andere zorgteams van de TC's methodiek viel de direct leidinggevende uit omwille van langdurige ziekte of ontslag. Deze events hadden ongetwijfeld een impact op onze geselecteerde voorspellers die we onmogelijk allemaal in de resultaten konden meenemen.

Toekomstig onderzoek moet meer aandacht besteden aan een correcte nulmeting en voldoende respons bij de nameting door de deelnemers niet te overbevragen. De heterogeniteit van de doelgroep moet kritisch in vraag gesteld worden, waarbij de positieve en negatieve aspecten tegen elkaar worden afgewogen.

Toekomstige trajecten TC welzijn moeten meer aandacht besteden aan de ondersteuning van de rolontwikkeling met oog voor de professionele identiteit van de zorgverleners. Wij benaderden energimanagement tijdens de opleiding vanuit een negatieve invalshoek, namelijk burn-out. Aangeraden is om in de toekomst meer de positieve insteek te nemen en te focussen op energiebronnen. De nadruk moet blijven liggen op betrokkenheid creëren bij TC's en hun teamgenoten door hen voorop te stellen.

Desalniettemin kregen we een globaal positieve evaluatie en respons van de opleiding, lerende netwerken en de FGD's. Team Champions waren overwegend positief over de interventie, het effect op teamleden is onvoldoende gekend.

BESLUIT

We legden een boeiend traject af, waarbij we probeerden in te zetten op een nieuwe rol - de TC welzijn - met specifieke taken - teamveerkracht bottom-up bevorderen - en specifieke skills - die we in een opleiding aanleerden. De rolontwikkeling was bedoeld als een gezamenlijk traject, het lijkt aangeraden om in een vervolgproject dit vroeger te integreren en nog meer te benadrukken en ondersteunen.

Het opleidingstraject werd gewaardeerd, al was het ook al snel duidelijk dat selectie van de juiste personen in een dergelijk verhaal heel belangrijk is. Harde effecten d.m.v. de vooraf bepaalde metingen werden niet gevonden, doch kwalitatief onderzoek suggereerde ervaren meerwaarde en geloof in een verdere doorontwikkeling. Hierbij wordt de ondersteuning (in lerende netwerken) als erg belangrijk geduid.

ACTIVITEIT 4: LEIDEN OM TE BOEIEN EN BINDEN

INTRODUCTIE

In Activiteit 1 (Analyse) is het probleem van personeelstekort in de gezondheidszorg toegelicht en de focus van Blijf aan Z verduidelijkt: interventies ontwikkelen om de intentie van zorgmedewerkers om te blijven verhogen en om te vertrekken verlagen. De focus op 'intentie' in plaats van 'verloop' is bewust omdat verloop wordt geconstateerd na de feiten en er geen ruimte meer is voor beïnvloeding. Intentie dekt de periode en het proces voorafgaand aan verloop (zie Figuur 18) en wordt beïnvloed door individuele, interpersoonlijke, jobgerelateerde en organisatiefactoren. De diversiteit en hoeveelheid factoren maken dat verloop en behoud een 'wicked problem' is. Er is geen 'one-size-fits-all'-oplossing. De resultaten van Activiteit 1 hebben ook aangetoond dat "interventies gericht op het verbeteren van de werkomstandigheden en het welzijn van zorgverleners veelbelovend" lijken, en dat een combinatie van persoons- en organisatiegerichtheid langdurigere positieve effecten heeft dan enkele/eenzijdige interventies. Dit is vooral het geval wanneer ze blijven deel uitmaken van de dagelijkse werkplekcultuur of herhaald worden. Authentiek, persoonsgericht en transformationeel leiderschap beoefend door frontlinie leidinggevendenden zoals afdelingshoofden en teamleiders, zou zo'n interventie kunnen zijn.



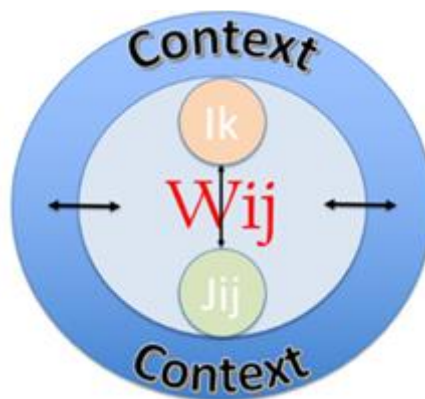
Figuur 18. Het proces van retentie en verloop

Het ontwikkelen van reflexieve leidinggevendenden die leiden om te boeien en daardoor binden, is het doel van Activiteit 4. Voorafgaand aan het toelichten van de methode en de beschrijving van resultaten, moeten een aantal uitgangspunten en keuzes toegelicht worden.

LEIDERSCHAP ALS EEN PRAKTIJKVOERING OM TE ONTWIKKELEN

Doorheen de tijd verschenen verschillende leiderschapstheorieën. Hoewel ze allemaal een bepaalde waarde en relevantie hebben, is er geen universele definitie voor leiderschap. Het is daarom van belang dat iedere leider, opleider en onderzoeker de eigen persoonlijke assumpties bekendmaakt zodat anderen het denken kunnen volgen.

Voor deze interventie wordt leiderschap als een praktijkvoering gezien, iets dat (onder andere) leidinggevendens beoefenen en dat zich manifesteert in de relatie tussen de leider en anderen binnen een werkomgeving. Het is een relationeel fenomeen met een kernproces van 'beïnvloeden', waarbij de leider tracht mensen te verenigen en te doen samenwerken aan een gemeenschappelijk doel. Terwijl de leider probeert anderen te beïnvloeden, en samen met hen de context te beïnvloeden, komt snel de realisatie dat beïnvloeden wederkerig is (zie Figuur 19).



Figuur 19. Wederzijds beïnvloeding tussen leider, collega en omgeving

Leiderschap beoefenen in dynamische relaties en contexten is complex en niet te reduceren tot een lijst van taken en handelingen. Mensen kunnen 'getraind' worden in specifieke taken en handelingen die een leider kan benutten in het eigen leiderschap. Maar geen twee leiders zijn identiek in hoe ze invulling geven aan hun praktijkvoering. Leiderschap moet ook gericht zijn op zowel korte- als langeretermijnoutput, is zelden jobspecifiek maar wordt wel vaak bepaald en aangeleerd door (experts in/in opdracht van) een organisatie. Gezien de hedendaagse uitdagingen in onze gezondheidszorg en de vraag naar flexibele en veerkrachtige zorgprofessionals, zijn flexibele en veerkrachtige leidinggevendens nodig om richting te geven aan medewerkers en hen te ondersteunen in het gezond en gelukkig werken aan de doelen van de dienst en de organisatie. Het is daarom wijzer om de groei van leidinggevendens te benaderen vanuit een 'ontwikkel'perspectief waardoor er ruimte is voor individualisering en contextualisering: passend bij wat zij als persoon nodig hebben in hun specifieke context. Zo'n ontwikkelingstraject is dan ook gestoeld op een volwassen, zelfsturende en transformatieve leertheorie.

AUTHENTIEK, PERSOONSGERICHT EN TRANSFORMATIONEEL LEIDERSCHAP

Wanneer een leidinggevende het behoud van medewerkers positief wil beïnvloeden, is het noodzakelijk dat die niet alleen kennis heeft van de beïnvloedende factoren, maar ook welke rol die zelf kan spelen in het uitoefenen van positieve invloed. De leidinggevende zou van positieve invloed kunnen zijn wanneer die mensen leidt op een manier die hen tot hun recht doet komen binnen een werkomgeving waarin individuele en collectieve doelen op elkaar afgestemd zijn. Twee stijlen en bijbehorende raamwerken kunnen deze leiderschapsontwikkeling ondersteunen (zie Figuur 20): persoonsgericht (Cardiff et al., 2018) en transformationeel leiderschap (Bass & Riggio, 2006; Kouzes & Posner, 2006). Het raamwerk voor persoonsgericht leiderschap is ontwikkeld met en voor verpleegkundige leiders en is gericht op het bevorderen van de zelfactualisatie van de individuele medewerker, van empowerment en van welzijn. De transformationeel leiderschapsmodellen zijn het meest populair en richten zich op de afstemming tussen medewerkersgroei en -prestatie met organisatiedoelen. Voor beide stijlen is authentiek leiderschap nodig waarbij de leider wordt geacht te handelen vanuit zelfkennis. Authentieke leiders willen anderen inspireren, dienen en helpen een verschil te maken in hun werk (George, 2003). Ze doen dit vanuit zelfkennis over hun eigen krachten, doelen, kernwaarden, opvattingen en behoeften (Wong & Cummings, 2009) verworven middels reflectie en feedback vragen.

Alle drie de stijlen verwerpen het gedachtegoed van een heroïsche leider, en promoten het bevorderen van eigen regie en moreel handelen.



Figuur 20. Drie raamwerken ter ondersteuning van leiderschap ontwikkeling: Cardiff et al. (2018) / Kouzes & Posner (2006) / Bass & Riggio (2006)

VIER FOCI VOOR HET LEIDEN OM TE BOEIEN EN BINDEN

Eerder is gesteld dat het behouden van zorgpersoneel een 'wicked problem' is. Tuckett et al. (2015) adviseren dat dergelijke problemen worden benaderd vanuit systeemdenken, mitigatiestrategieën en een dialogische benadering waarbij het probleem in context wordt gezien en een nadruk gelegd op de empowerment van lokale betrokkenen. Alhoewel er voldoende bewijs is dat leiderschap een belangrijke rol speelt bij retentie en verloop, blijft de 'hoe'-vraag puzzelen. Daarom werd een realist review literatuurstudie uitgevoerd volgens de vierstappenmethode van Pawson et al. (2005). Na het zorgvuldig zoeken, selecteren en analyseren van 46 artikelen werden 4 initiële programmatheorieën geconstrueerd. Samen stellen ze dat eerstelinieiderschap (context) gericht is op relationele verbondenheid, professionele autonomie, een heilzame werkplekcultuur en groei en ontwikkeling (mechanismen) voor het behoud van zorgmedewerkers binnen het team, de organisatie of het beroep (resultaat). De theorieën (zie Figuur 21) zijn specifiek genoeg geformuleerd om leidinggevendenden te leiden naar het doel van retentie, maar niet zo prescriptief of gedetailleerd dat er geen ruimte is om te accommoderen in de individuele of contextuele eigenheid. Ze worden 'lantaarns' ('guiding lights') genoemd.

Context	Mechanisme	Output
Wanneer leiderschap beoefend door eerstelinieidinggevendenden ...	1. ... relationele verbondenheid met medewerkers bevordert	... heeft dit een positieve invloed op intentie van de medewerker om te blijven.
	2. ... professionele autonomie mogelijk maakt	
	3. ... een heilzame werkplekcultuur cultiveert	
	4. ... professionele groei en ontwikkeling ondersteunt	

Figuur 21. De vier lantaarns van leiden om te boeien en binden (Cardiff et al. ingediend)

METHODE

In Activiteit 4 werd een ontwikkelprogramma uitgevoerd in de vorm van een Community of Practice (CoP). Deelnemers werden begeleid in het collectief en individueel exploreren hoe zij invloed kunnen uitoefenen op de medewerkersintentie om te blijven. Ze voerden als het waren een co-operative inquiry (Reason, 2003) uit op hun eigen leiderschap. De ondersteunende theoretische kaders hierbij waren de drie leiderschapsraamwerken voor persoonsgericht en transformationeel leiderschap (zie Figuur 20) en de vier leiderschap lantaarns om te boeien en binden (zie Figuur 21).

OPBOUW

Het ontwikkelprogramma, zoals gepland (zie Tabel 5), werd als volgt opgebouwd:

1. Intakegesprekken met potentiële deelnemers
2. Twee introductiedagen ter oriëntatie op de inhoud en gezamenlijke bepaling van het proces
3. Eendaagse vaardigheidstraining voor het intercollegiaal schaduwen
4. Zeven halfdaagse bijeenkomsten ter bespreking en planning van de voortgang
5. Afsluitende bijeenkomst om het leiderschapsontwikkelverhaal te verduidelijken

Activiteiten	2021												2022											
	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d			
Intakegesprekken																								
2 daagse opstart																								
1 daags vervolg																								
Halfdaagse bijeenkomsten																								
Afsluitende bijeenkomst																								

Tabel 5. Planning van het ontwikkelprogramma 'Leiden om te boeien en binden'

PROCES

Kenmerkend aan dit ontwikkelprogramma is dat er geen voorprogrammeren heeft plaatsgevonden door de facilitators ('trainers'). De doelstelling en theoretische kaders werden vooraf bepaald en de wijze van werken met deelnemers resulteerde in het gezamenlijk invullen van de bijeenkomsten. Dit begon bij de introductiedagen en zette zich voort gedurende het ontwikkelprogramma. Deze benaderingswijze is in lijn met de geest van een Community of Practice en co-operative inquiry.

Community of Practice

Een community of practice (oftewel leergemeenschap) is een groep mensen met een gemeenschappelijk interesse en behoefte om kennis te genereren. Voor Activiteit 4 zijn dat leidinggevendenden met interesse in het exploreren hoe zij, via het leiderschap dat ze op de werkplek beoefenen, de intentie van medewerkers om te blijven/vertrekken positief kunnen beïnvloeden. Een CoP komt fysiek of online regelmatig samen om vragen, kennis, ervaringen en best practices te exploreren. De focus van interesse staat in relatie met de eigen praktijk m.a.w. ze weten 'hoe' te leiden, maar willen het 'beter' doen (Wenger et al. 2002; APQC, 2010; Cambridge et al, 2005)

Elke CoP krijgt een eigen leven en identiteit als de individuen en de groep evolueren (Corso et al., 2009). Het vrij delen en analyseren van routines, begrippen, tools, handelingen, verhalen, gebaren en symbolen bevordert de psychologische veiligheid t.g.v. wederzijdse erkenning, waardering en begrip - ook kenmerkend voor persoonsgerichte manieren van leiden en zorgen. Er wordt een klimaat gecreëerd voor actief en doelgericht leren doordat de focus van individueel en gezamenlijk leren helder is, en men engageert zich in actief leren door de dialoog met zichzelf en met anderen aan te gaan, door te observeren (kijken/lezen) en door acties uit te proberen (doen).

CoP's zijn te vinden in allerlei vormen en gezondheidszorgsettings, zoals monodisciplinaire journal clubs, regionale netwerkbijeenkomsten of studentenintervisiegroepen tijdens stage (Li et al, 2009). Het werven van deelnemers, plannen van bijeenkomsten, focus bepalen en de groep een 'CoP' noemen, is geen garantie voor succes (Ranmuthugala et al, 2011). Experts adviseren bij het opstarten van CoP's om voldoende ruimte te nemen voor het leggen van een heldere strategie en relationele verbondenheid (Bindels et al, 2014). Daarom is gekozen voor twee opstartdagen bij Activiteit 4. Een latere verhuizing naar virtuele bijeenkomsten is mogelijk, maar moet IT-ondersteund zijn en niet IT-bepaald (Urquhart et al, 2009). Zodoende werden de virtuele bijeenkomsten van Activiteit 4 eerst aangekondigd als 'mogelijkheid' en niet als definitief. Het cocreëren van een basisstructuur en werkwijze is eerst noodzakelijk, en er moet altijd voldoende ruimte zijn voor (creatieve) uitwisseling, exploratie en afstemming (conclusies trekken) (Urquhart et al, 2009) wat niet altijd evident is in een virtuele bijeenkomst.

Terwijl deelnemers altijd individuele redenen hebben om lid te worden van een CoP, is het belangrijk dat ze bewust instappen en dat de vraag- en doelstellingen van de CoP samen worden bepaald. De intakegesprekken werden oorspronkelijk voor de opstartdagen gepland. Tijdens de opstartdagen kon weer en verder gebouwd worden aan het verhelderen van waar men zich toe engageert, wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn en hoe er met elkaar wordt omgegaan: grondregels. Gelijke aanwezigheid en actieve betrokkenheid door alle leden te allen tijde is onrealistisch. Maar door de waarde van persoonsgerichtheid te exploreren in de opstartdagen en dit na te leven gedurende de CoP-bijeenkomsten konden leden zich onverhinderd bewegen tussen de verschillende niveaus/lagen van CoP-participatie zoals beschreven door Wenger et al. (2002):

- De kern - de trainers en ondersteuners die een leidende en faciliterende rol opnemen voor het organiseren en faciliteren van de CoP-bijeenkomsten. Terwijl deze mensen meestal kennis en expertise hebben van de inhoud/focus van de CoP, en het faciliteren van groepsbijeenkomsten, is hun taak niet 'doceren', alleen 'faciliteren van leren'. Het is dan ook een mythe om te verwachten dat de kernleden iedere keer de inhoud bepalen en het programma begeleiden. De inhoud zou sowieso gezamenlijk moeten bepaald worden, en iedereen kan de begeleidende rollen vervullen.
- Actieve deelnemers - de deelnemende leidinggevendenden die regelmatig aanwezig zijn, geven input en zijn actief in de activiteiten. Idealiter groeien deze mensen uit tot leden van de kern en versterken ze dus de duurzaamheid van de CoP.
- Periferie/'lurkers' - zijn er vaker niet dan wel, zijn minder actief maar kunnen alsnog veel leren en moeten dus niet als 'een probleem' gezien worden. Ook zij kunnen het geleerde toepassen in hun eigen werkomgeving, en kunnen altijd weer actieve deelnemer worden.
- Omgeving - dit zijn de mensen en omgevingen die beïnvloed worden door de CoP-leden. Met andere woorden (mensen binnen) de teams en organisaties waar de leidinggevendenden werken.

Co-operative inquiry

Co-operative inquiry is ontstaan als een manier om onderzoek te doen, maar is ook een manier van werken met mensen om een gemeenschappelijk interessegebied te leren begrijpen en te leren hoe beter te handelen om dingen te veranderen. In Activiteit 4 gaat het om de gemeenschappelijke interesse om te begrijpen welke rol leiderschap speelt in de medewerkersintentie om te blijven/vertrekken, om te leren hoe beter te leiden en omgevingsfactoren te veranderen zodat de intentie positiever wordt. Het is participatief van aard, en waar traditioneel onderzoek wordt uitgevoerd 'op' mensen, wordt deze vorm van onderzoek uitgevoerd 'met' mensen. Hetzelfde kan gezegd worden m.b.t. het ontwikkelen van leidinggevendenden. In plaats van hen te trainen of op te leiden via een voorbedacht programma, wordt het ontwikkeltraject samen met hen ontwikkeld. Zo worden participanten

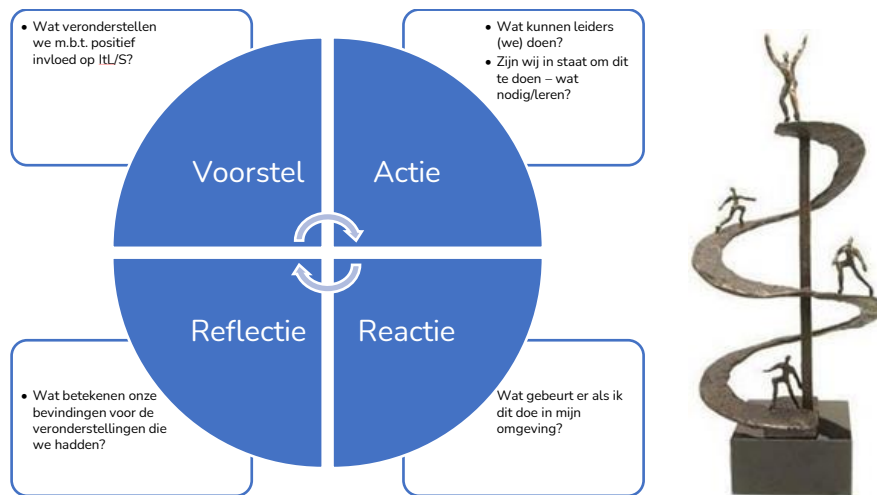
'actieve agenten' in het onderzoek of ontwikkeltraject, in plaats van 'passieve subjecten' (Heron & Reason, 2006).

Deze benadering van ontwikkelen vraagt een andere mindset en instelling bij onderzoekers en opleiders. De aandacht is minder gericht op theoretisering voor publicaties en meer op het creatief handelen om veranderingen voor het goede in de praktijk te verwezenlijken. Voor Activiteit 4 betekent dit begrijpen hoe leiderschap medewerkersintentie om te blijven/vertrekken kan beïnvloeden, en het transformeren van deelnemers leiderschap en werkomgeving zodat medewerkers daar willen blijven werken. De traditionele rollen van onderzoeker of opleider veranderen ook in een samenwerkingsrelatie waardoor iedereen kan participeren in beslissingen en activiteiten bij het ontwerpen, uitvoeren en evalueren van het onderzoek of het ontwikkelprogramma.

Een co-operative inquiry heeft een basisstructuur van vier fases die steeds doorlopen worden als een actiespiraal (zie Figuur 22). In fase 1 wordt verkend welke veronderstellingen en vragen men heeft rondom het onderwerp van studie. Vervolgens worden voorstellen gedaan over wat men wil onderzoeken in de praktijk. Dit kan zowel op individueel als op groepsniveau gebeuren. Daarbij wordt aandacht besteed aan hoe de reacties op de acties vast te leggen, bijvoorbeeld, het opnemen/notuleren van gesprekken, foto's of creatieve uitbeeldingen, vragenlijsten enz. Idealiter worden de acties gekoppeld aan de leiderschapsstijlen en vier lantaarns die dienen als kader voor Activiteit 4. In fase twee en drie worden de voorgestelde acties in uitvoering gebracht en de reacties bij zelf, anderen en de omgeving vastgelegd. In fase vier komen de groepsleden terug bij elkaar om hun bevindingen aan elkaar te presenteren, te bediscussiëren en er betekenis aan te geven. Naast individuele groei, ligt de focus op het ontwikkelen van gezamenlijke kennis rondom het leiden om te boeien en binden - waarmee de mechanismen van het vierlantaarnsmodel kunnen aangevuld of verfijnd worden.

In Activiteit 4 vinden fases twee en drie plaats in de periodes tussen de halfdaagse bijeenkomsten, dus tijdens het gewone werk. Een kader/structuur/formulier voor het 'plannen' van de leeractiviteiten in fase 1 kan aangeboden worden door de opleiders. Suggesties en tijd om samen te verkennen hoe informatie tijdens fase twee en drie vast te leggen kan ook plaatsvinden tijdens de bijeenkomsten. Dat kan bijvoorbeeld, door gebruik te maken/ontwikkelen van een digitaal logboek, een fysiek dagboek of een plakboek. Het daadwerkelijk werken met deze tools, en terugkoppelen van bevindingen, is de verantwoordelijkheid van de deelnemers zelf.

Het is ook niet ongebruikelijk dat deelnemers op ideeën komen (fase één) na de CoP-bijeenkomsten. Dit hoeft geen belemmering te zijn voor het verder doorlopen van fases twee en drie. De resultaten kunnen alsnog gepresenteerd worden tijdens de volgende bijeenkomst.

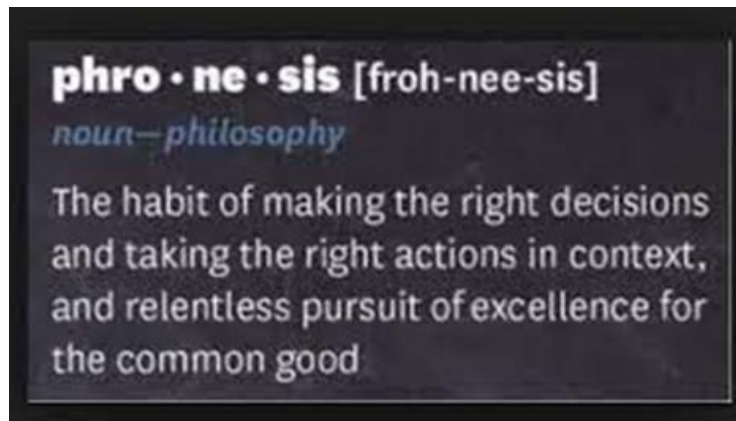


Figuur 22. De co-operative inquiry spiraal

De vragen en veronderstellingen kunnen, evenals de analyses van opgedane ervaringen, onderwerpen oproepen waar deelnemers meer (theoretische) kennis over willen horen of lezen. Het is daarom belangrijk dat er ook voldoende ruimte is voor lezingen en workshops tijdens de CoP-bijeenkomsten. Deze kunnen georganiseerd en/of gegeven worden door de deelnemers zelf, de opleiders of gasten die daarvoor uitgenodigd worden. Het doel om kennis en handelingen te genereren voor het boeien en binden van medewerkers in de zorg, blijft.

Kritisch en creatief

Onderzoek en volwassenonderwijs zijn grotendeels gedomineerd door cognitief en rationeel denken en handelen. Tijdens Activiteit 4 wordt een beroep gedaan op het vermogen van deelnemers om ook kritisch en creatief te denken en handelen. Waar 'het kritisch zijn' soms opgevat kan worden als 'kritiek uiten' of het negatieve zien, betekent het hier de status quo durven bevragen om bewust te worden van vormen van versterking en onderdrukking, en vervolgens het positieve te versterken en het negatieve veranderen. Dit is in lijn met de assumpties behorend bij een sociaalkritisch wetenschapsparadigma (Fay, 1987), dat stelt dat macht continu aanwezig is en dat bij bewustwording en bevraging mensen (in relatie) tot actie overgaan en de 'macht over' transformeren in 'macht met', waardoor zij zelf en anderen geëmancipeerd worden van zulke onderdrukkingen. Vertaald naar de focus van Activiteit 4, betekende dit het exploreren van de eigen waarden, opvattingen, veronderstellingen, structuren en culturen die van invloed zijn op het eigen leiderschap. Vanuit die bewustwording kunnen strategieën en acties bedacht worden om eigen regie en gelijk- of evenwaardigheid te cultiveren in werkplekken waar verschillen blijven bestaan maar ook benut worden voor het goede. Hiermee krijgt leiderschap een morele lading en is het de moeite om Flyvbjergs (2004) vier vragen voor oog te houden: 1) Waar gaan we heen? 2) Wie wint en wie verliest, en door welke machtsmechanismen? 3) Is deze ontwikkeling wenselijk? 4) Wat moeten we er eventueel aan doen?



In sociaalkritische methoden van onderzoek en onderwijs wordt dialoog veel gebruikt als middel om de 'ontmoeting' tussen betrokkenen te bevorderen. Het is wel belangrijk dat de 'ruimte' waarin deze dialoog plaatsvindt, zij het fysiek of virtueel, ook veilig is. Zodoende kunnen individuele interpretaties gepresenteerd, beargumenteerd en bekritiseerd worden op een constructieve wijze. Het vraagt wederzijds vertrouwen, eerlijkheid, moraliteit en authenticiteit onder de deelnemers, iets dat makkelijker gezegd is dan gedaan. Het ontwikkelen hiervan binnen een CoP vraagt dan ook om facilitering door een expert.

Het gesproken woord kan krachtig zijn. Het kan ook machtig zijn in de zin dat het de bijdragen van anderen kan overschaduwen of onderdrukken. Veel mensen zijn visueel ingesteld (denken in beelden) of zich soms niet bewust van de kennis die ze bezitten en dus wordt het niet makkelijk gearticuleerd. Creatieve expressie helpt niet-gearticuleerde vormen van kennis aan de oppervlakte krijgen voor nadere analyse en interpretatie (Cardiff & van Lieshout, 2014). Bovendien kunnen cognitieve processen zoals rationaliseren een belemmering vormen voor het uiten van cognitieve kennis - dat stemmetje dat zegt "Dat kan je niet zeggen". Wederom kan creatieve expressie een poort openen naar het niet-geverbaliseerde.

Metaforen, symbolische taal en verhalen, evenals toneelstukjes, muziek, beeldcollages, (lego)constructies, schilderijen, geboetseerde figuren of andere creaties helpen het ongearticuleerde tastbaar maken. Het proces op zich stimuleert nieuwsgierigheid en anders denken, evenals het versterken van eigen effectiviteit en groepsverbondenheid (Frost, 2020). Het kan in eerste instantie oncomfortabel voelen voor deelnemers. Zorgzaam en zorgvuldig faciliteren door begeleiders die de meerwaarde van creatieve methoden hebben ervaren en omarmen, is heel belangrijk. Er moet ruimte zijn voor wel/niet/deels participeren, evenals de mogelijkheid om via verschillende methoden uiting te geven aan gedachten en gevoelens. Mensen hebben vaak een voorkeur voor, en soms een afkeer van bepaalde methoden. Bovendien, als het werken met creativiteit niet expliciet of doelbewust gebeurt, kan het meer verwarring dan verheldering oproepen.

RESULTATEN

Het oprichten en inrichten van een CoP voor eerstelinieleidinggevenden om hun leiderschap te ontwikkelen middels een (kritisch en creatief) co-operative inquiry is begonnen in oktober 2021. De eerste twee dagen hebben fysiek plaats kunnen vinden bij partnerorganisatie Het GielsBos. Nadien werden de planning en deelnames gehinderd door herhaalde verstrenging van maatregelen t.g.v. de COVID-19-pandemie. Wat wel en niet is gerealiseerd wordt hieronder chronologisch gepresenteerd in beeld en tekst. De volgende producten zijn te vinden op de [website van Blijf aan Z: Nederlandstalige realist review](#); [CoP manual](#); Richtlijn Kritische Vriend (intercollegiaal schaduwen); [het deelnemersnarratief](#) (een fusie van 6 individuele deelnemer verhalen).

Realist literature review

De realist review van de literatuur over de invloed van leiderschap op de intentie van verpleegkundigen om te blijven/vertrekken, was oorspronkelijk gepland met als einddatum oktober 2021. Door het beperkte contact en (langdurig) ziekte van auteurs, is de review pas in oktober 2022 voltooid en ingediend voor publicatie. Op moment van het schrijven van dit rapport, is bij de vertaling van Engels naar Nederlands ook een inkorting gaande. Dit zal klaar zijn in december 2022.

De resultaten van de review, de 4 lantaarns zoals hierboven beschreven, zijn wel al langere tijd beschikbaar en werden gebruikt tijdens het ontwikkelprogramma met de leidinggevenden.

Aanmeldingen, intakegesprekken en deelneming

Oorspronkelijk was de planning om in gesprek te gaan met aangemelde deelnemers. De bedoeling hiervan was tweedelig: informeren over wat er te wachten staat (verwachtingsmanagement) en commitment peilen (intrinsieke en/of extrinsieke motivatie). Vanwege het laat aanmelden, hebben de intakegesprekken pas in november 2021 plaatsgevonden, dus na de opstartdagen.

Waar zich oorspronkelijk 18 deelnemers hadden aangemeld, heeft de directie van een Vlaams verpleeghuis 4 deelnemers (namens hen) afgemeld omdat men ervan uitgegaan was dat alles online zouden plaatsvinden. De reisafstand naar Antwerpen en dat de meerderheid van deelnemers werkzaam was in ziekenhuizen, waren redenen voor terugtrekking. Van de resterende 14 deelnemers hebben vier personen zich afgemeld in het voorjaar van 2022. Gegeven redenen waren: verandering van functie en niet passend bij de nieuwe functie; toegenomen werkdruk waarbij aanwezigheid tijdens CoP-bijeenkomsten niet mogelijk/te

belastend was. Een deelnemer die werkzaam was in residentiële zorg, heeft het gehele traject doorlopen en ervaaarde evenveel leerrendement als deelnemers werkzaam in een ziekenhuis.

Onder de 10 deelnemers die niet gestopt zijn met het ontwikkeltraject, was de gemiddelde aanwezigheid 7,8 van de 11 bijeenkomsten (range 4-10 keer aanwezig; modus 9 keer aanwezig). De beperkte aantallen en wisselende aanwezigheid maakte de oorspronkelijke planning van afwisselen tussen plenaire sessies en sessies in subgroepen overbodig. Wel is rekening gehouden met het creëren van een hybride leeromgeving (online of fysiek aanwezig zijn) waar mogelijk. Dit werd gewaardeerd en gebruikt wanneer fysiek aanwezig zijn onmogelijk was, bijvoorbeeld t.g.v. ziekte, werkdruk, enz.

Tweedaagse opstart CoP

De tweedaagse opstart heeft plaatsgevonden op 20 en 21 oktober 2021 in de mooie, bosrijke omgeving van Het GielsBos, Gierle, België. Het programma bestond uit:

Dag 1:

- Kennismaking met elkaar en onze visies op goed leiderschap
- Introductie van de voorspellers van retentie (activiteit 1) & de 4 Lantaarns voor leidinggevend
- Verkennen van resonant, persoonsgericht en transformationeel leiderschap via instrumenten en uitbeeldingen
- Introductie tot co-operative inquiry

Dag 2:

- Verkennen van bevoegdheid m.b.v. een meetinstrument
- Introduceren van 'de bedoeling' van activiteit 4 en het intercollegiale schaduwen
- Aankondigen focusgroepen ter validering
- Eerste invulling van het 4 lantaarn raamwerk
- Opstarten reflectie en persoonlijk ontwikkelplanning.
- Casusbespreking m.b.v. het kritisch & creatief reflectie proces (Cardiff, 2011)

Tijdens dag 2 is overeengekomen hoe de vervolgdag, en de halfdaagse bijeenkomsten, ingericht zouden worden. Op dat moment werd consensus bereikt over de mogelijkheid voor het 'online' of fysiek aanwezig zijn.

Er werd ook een MS Teams-ruimte georganiseerd voor het opbergen en delen van al het materiaal van dit ontwikkeltraject. Alle deelnemers kregen toegang tot deze ruimte, gehost door Fontys Mens & Gezondheid.



Figuur 23. Groepsfoto van deelnemers tijdens de opstartdagen



Figuur 24: Tableau vivant als creatieve methode voor het uitbeelden van een actuele en wenselijke situatie

Eendaagse vervolg (vaardigheidstraining)

De invloed van COVID-19-maatregelen werd meteen gevoeld bij deze bijeenkomst. Een fysieke ontmoeting was onmogelijk en dus werd het programma aangepast aan een online bijeenkomst:

Dag 3:

- Puzzelen met persoonsgerichtheid
- Verkenning van de principes voor observeren en interviewen (schaduwen)
- Gast college door Annemarie de Vos (partner ETZ) - project 3 vragen ter ondersteuning van verpleegkundigen tijdens de COVID-golf no.1.
- Transformationeel leiderschap nader bekeken
- Persoonlijk ontwikkel/actieplannen

Het verschil in groepsdynamiek en individuele bijdragen was direct merkbaar. Ondanks ervaringen met online vergaderen tijdens de eerste COVID-19-lockdown, was participeren in een virtuele omgeving een zware uitdaging voor velen. De aandacht erbij houden en (durven)

snel bijdragen was niet evident en ook niet natuurlijk voor velen. Een CoP-bijeenkomst is ook heel anders qua inhoud en structuur dan een teamoverleg.



Figuur 25. Een poster geïnspireerd door het 3 vragen project van gastspreker Annemarie de Vos

Halfdaagse bijeenkomsten

Op basis van de ervaringskennis met deelnemen aan bijeenkomsten via MS Teams, de onzekerheden over nieuwe lockdowns en de werkdruk/ het tekort aan medewerkers als bedreiging voor consistent fysieke deelname, werd gezamenlijk besloten om de 7x4 uren halfdaagse fysieke bijeenkomsten om te bouwen naar 5x3 uren hybride en 2x6 uren fysieke bijeenkomsten. Dit resulteerde in het volgende programma:

Dag 4 - 3 uren online (dec '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fasen 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties / ervaringsverhalen
- Inhoudelijk aandacht voor persoonsgericht leiderschap, logboek, medewerkersprofiel
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Dag 5 - 3 uren online (jan '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fasen 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties / ervaringsverhalen
- Dialoog m.b.t. online team interviewen
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Dag 6 - 6 uren fysiek (feb '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats.
- Familiariseren met de richtlijn 'Kritische Vrienden': Een richtlijn voor peer schaduwen en team interviewen, want, "Ik zie wat jij misschien niet ziet, en hoor wat jij misschien niet hoort."
- a) Vaardigheidstraining - 1 deelnemer leidt een groepsinterview, 2 observeren het groepsinterview, de resterende mensen nemen deel aan het groepsinterview maar ieder vanuit een andere denkhoed van De Bono. Het onderwerp van het interview = De richtlijn Kritische Vrienden.
- b) Terugkoppeling van observaties (volgens de richtlijn).
- c) Bespreken van de inhoud van de richtlijn Kritische Vrienden o.b.v. het uitgevoerde groepsinterview en feedback van observaties.
- Het dashboard (activiteit 2) onder de aandacht brengen.
- Groepsinterview (2xsubgroepen) o.l.v. deelnemers, over hoe aanwezigen afgelopen maand positieve invloed hebben proberen uitoefenen op het werkgeluk & welzijn van medewerkers
- Groepsinterview (2xsubgroepen) o.l.v. deelnemers, over hoe aanwezigen komende maand een positieve invloed kunnen hebben op medewerker werkgeluk & welzijn

Dag 7 - 3 uren hybride (maart '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fase 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties/ervaringsverhalen
- Inhoudelijk aandacht voor talentontwikkeling
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Dag 8 - 3 uren hybride (april '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fasen 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties/ervaringsverhalen
- Inhoudelijk aandacht voor empowerment
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Dag 9 - 6 uren fysiek (mei '22)

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fasen 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties/ervaringsverhalen

- Inhoudelijk aandacht voor werkplekcultuur, talentontwikkeling en persoonsgericht leiderschap
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Dag 10 - 3 uren hybride (juni '22)

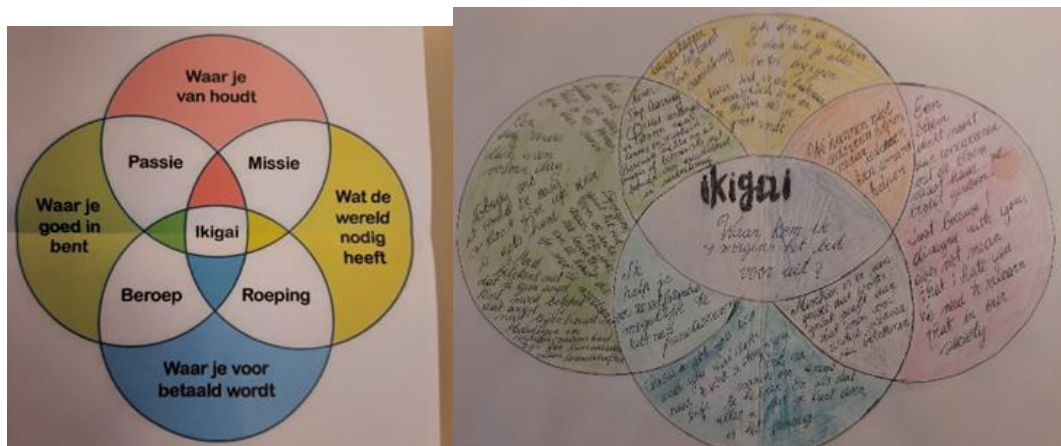
- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Fasen 4 (reflectie) - delen en bevragen van ingezette acties/ervaringsverhalen
- Inhoudelijk aandacht voor psychologisch eigenaarschap, het bevorderen van verantwoordelijkheid nemen door medewerkers
- Fase 1 (voorstellen) - formuleren van (persoonlijke) acties

Flexibiliteit in planning en facilitering was een vereiste om de geplande bijeenkomsten (fysiek/hybride) door te laten gaan tijdens de COVID-19-pandemie. Er werd zoveel mogelijk rekening gehouden met zowel de maatschappelijke als de individuele omstandigheden en leerbehoeften. Opvallend waren de dialogen die ontstonden bij de incheckactiviteiten. Gezien de contextuele uitdagingen werd voorrang gegeven aan dat wat deelnemers boeide en actueel ervoeren. Gaandeweg waren er toch allerlei activiteiten ontstaan binnen de eigen werkomgevingen, soms kleine zoals bijzondere gesprekken, soms wat grotere zoals het creatief en participatief ontwerpen van een vacaturetekst. Ervaringen werden gedeeld en kritisch besproken, wat leidde tot nieuwe ideeën, het verfijnen van bestaande activiteiten of simpelweg een positief gevoel van erkenning en waardering. Vooral de fysieke dagen van 6 uren werden benut voor de meer creatieve werkmethoden. Het maken en/of bijhouden van een logboek bleek een te grote uitdaging voor de meeste deelnemers.

Hieronder volgen enkele 'visuele' impressies van de bijeenkomsten



Figuur 26. De wensenslinger om wensen van medewerkers (voor het nieuwe jaar) te verzamelen



Figuur 27. Het ikigai raamwerk & voorbeeld van hoe een medewerker zich heeft voorbereid op een ontwikkelgesprek met de leidinggevende

Afsluitende bijeenkomst

Deze bijeenkomst werd fysiek gehouden in september 2022, conform de oorspronkelijke planning. Opvallend was de behoefte om inhoudelijk stil te staan bij het uitoefenen van invloed 'naar boven toe'. Tijdens de voorgaande halfdagse bijeenkomsten werden meerdere verhalen gedeeld waarin verteld werd over het ervaren van druk zowel van onderuit (binnen de teams die het hoofd boven water probeerden te houden) als van bovenaf (intussen werden pre-COVID-19-gewoontes en projecten weer opgepakt). De deelnemers bemerkten bij zichzelf veranderingen in leiderschapsstijl en een positievere samenwerking met hun teams. Helaas miste een aantal deelnemers een vergelijkbare leiderschapsstijl en ondersteuning vanuit hun eigen leidinggevendens. Er was een algemeen gevoel dat de ontwikkeling ondergaan door de deelnemende eerstelinieleiders ook zou moeten plaatsvinden bij andere leiders, zowel van dezelfde laag in het organisatieorganogram als daarboven. De conclusie was dat systemische transformatie wenselijk zou zijn voor duurzame veranderingen in medewerkersretentie.

De dagagenda zag er als volgt uit:

- Incheck activiteit & pas op de plaats
- Creëren van een eigen 'storybord' over het persoonlijke ontwikkeltraject, en het verhaal vertellen.
- Inhoudelijk aandacht voor 'invloed uitoefenen naar boven toe'
- Do's & Don't boodschappen voor andere eerstelinieleidinggevendens (a.d.h.v. de vier lantaarns)

Waar de oorspronkelijke planning was dat deelnemers elkaar zouden interviewen op hun narratief, wilde iedereen alle verhalen horen. Dit betekende dat de geplande werkplekcultuur

workshop in een overleg werd georganiseerd. Deze participatieve manier van agendabepaling was een norm geworden en paste bij een CoP en co-operative inquiry.

Met toestemming van de aanwezige deelnemers wordt één narratief ontwikkeld uit alle zes verhalen. Deze zal gepresenteerd worden tijdens de eindconferentie van Blijf aan Z in december 2022, en is consulteerbaar op de [website van Blijf aan Z](#).



Figuur 28. Drie creatief storyboards van deelnemer ontwikkelingen

Intercollegiaal schaduwen

Als onderdeel van dit ontwikkelprogramma was gepland dat deelnemers elkaar zouden schaduwen voor één dag in een ieders natuurlijke werkomgeving. Deelnemers zouden elkaar observeren gedurende één werkdag, en een groepsinterview afnemen bij het team over hoe zij het leiderschap van hun leidinggevende ervaren. De observaties en inhoud van het groepsgesprek zouden zorgvuldig teruggekoppeld worden na het bezoek. Om deelnemers te ondersteunen in deze activiteit, werd een richtlijn ontwikkeld, gepresenteerd en bediscussieerd. Goedkeuring van de richtlijn, door deelnemers, en een vaardigheidstraining in observeren, feedback geven en interviewen heeft wel plaats kunnen vinden tijdens dag 6 en niet, zoals oorspronkelijk gepland, op dag 3.

Bij de oorspronkelijke toelichting van deze activiteit waren alle deelnemers, zonder uitzondering, heel enthousiast en duo's werden direct gevormd tijdens de tweedaagse opstart van het CoP. Helaas heeft door de wederom verstrengde COVID-19-maatregelen geen enkel duo elkaar kunnen schaduw in de betreffende periode. Met het uitvallen van verschillende deelnemers werd ook de kans op schaduw steeds kleiner. Uiteindelijk heeft maar één duo het schaduw kunnen uitvoeren. Hoewel de feedback nog niet helemaal klaar was, hebben ze hun positieve ervaringen tijdens de afsluitende bijeenkomst kunnen delen met de andere deelnemers.

Transformationeel leiderschap metingen

Deelnemers werden uitgenodigd om zichzelf te beoordelen als transformationele leiders m.b.v. het gevalideerde meetinstrument Leadership Practice Inventory (LPI). Dit meetinstrument is gebaseerd op het leiderschapsmodel van Kouzes & Posner (2007), waarvan een Nederlandstalige versie beschikbaar is. De vragenlijst werd op drie momenten gedurende het ontwikkelprogramma aangeboden: tijdens de tweedaagse opstart (T0); na 6 maanden (T1); na de afsluitende bijeenkomst (T2). Invullen en retourneren was vrijwillig. Totale scores en subschaalscores werden berekend en teruggekoppeld naar individuele deelnemers na iedere meetmoment. Op moment van schrijven had enkel 1 deelnemer de vragenlijst ingevuld en geretourneerd tot en met T2. Vanwege het kleine aantal deelnemers, werden alleen het gemiddelde (met range) en de mediaan voor de totale LPI-score berekend. Tevens werd de range van maximum- en minimumscores voor de items uitgezocht en gepresenteerd in Tabel 6. Voor de subschalen scores wordt de lezer verwezen naar de bijlagen.

LPI-score: Totaal	T0 (n=9)	T1 (n=9)
Gemiddelde (range)	211 (183-245)	233 (210-258)
Mediaan	203	230
Max. item scores	9-10	9-10
Min. item scores	1-6	5-8

Tabel 6. Zelfbeoordeling LPI-totaalscores op T0 en T1

Met betrekking tot de totale scores valt op te merken dat de gemiddelde LPI-totaalscore gestegen was tussen T0 en T1. Hetzelfde gold zowel voor de range van scores als voor de mediaan. Met betrekking tot de individuele items scoorden deelnemers zichzelf ook hoger bij T1 dan bij T0. Dit wijst erop dat deelnemers van mening waren dat ze meer frequent transformationeel leiderschap aan de dag legden na 6 maanden in het ontwikkelprogramma.

Groep lantaarns voor leiden om te boeien en binden

Tabel 7 is het (voorlopige) raamwerk met mechanismen zoals geïdentificeerd door de deelnemers van WP6. Iedere mechanisme kan op verschillende manieren manifesteren in de beroepspraktijk.

Context	Mechanismen	Uitkomsten
<i>Wanneer lokaal, eerstelinieleidinggevend ...</i>	<i>... via ...</i>	<i>...heeft dit een positieve invloed op ...</i>
<i>1. relationeel verbondenheid bevorderen</i>	• Formeel en informeel dialogische ruimtes creëren en begeleiden om ervaringsverhalen en wensen uit te wisselen; • De medewerker als unieke persoon leren kennen en oprechte interesse tonen in de mens achter de medewerker; • Persoonlijke attenties/boodschappen geven; • Toekomstplannen van de medewerker bevragen en bespreken; • Eigen fouten toegeven, en bescheidenheid tonen; • Benaderbaar en bereikbaar zijn – open deur.	<i>medewerkersintentie om te blijven</i>
<i>2. professionele autonomie ondersteunen</i>	• Medewerkers zelf stimuleren om onderling afspraken te maken t.b.v. taakinvullingen/rolverdelingen; • Mee ruimte zoeken en creëren voor het invullen van nieuwe/niet standaard taken; • Aanmoedigen en ruimte bieden om voorstellen te doen bij zorgoverstijgende / werkomgeving vraagstukken; • Op een kritische en geïnteresseerde manier de status quo bevragen.	

3. <i>een heilzame werkplekcultuur kweken</i>	• Feedback vragen (en geven) op constructieve en creatieve wijze; • Zelf het voorbeeld zijn voor de wenselijke manier om dingen te doen, en er consequent in zijn; • (Niet-)structureel onderling overleg stimuleren over de manier waarop dingen gedaan worden binnen de werkplek, het wenselijke en bepalen van de waarde en haalbaarheid van voorgestelde acties; • Het geven van complimenten en steun bevorderen via allerlei methoden; • Regelmatig in kaart brengen wat goed loopt en ook de kleinste successen vieren; • Structuren en processen creëren voor shared decision making over gezamenlijke doelstellingen, kaders en prioriteitenstelling.
4. <i>professionele groei en ontwikkeling stimuleren</i>	• Taakdelegatie te koppelen aan ontwikkelingsbehoefte • Kritisch bevragen/spiegelen om bewustwording te bevorderen over (veronder)stellingen, wensen en plannen; • Feedback geven op gedrag en niet op de persoon; • Niet-conventionele manieren om een persoonlijk ontwikkelingsplan/jaargesprek voor te bereiden en te doen stimuleren en aanvaarden; • Ondersteunen in zelfreflectie en in beeld brengen van het eigen functioneren; • Talenten in beeld brengen en aanspreken.

Tabel 7. Het groep lantaarn raamwerk voor leiden om te boeien en binden,

Facilitator lessons learned

Naast het samen voorbereiden van iedere bijeenkomst, hebben de facilitators hun ervaringen geëvalueerd. Op basis daarvan zijn aanpassingen in het programma gedaan, en werden de volgende overkoepelende lessen getrokken:

- Adequate voorlichting is essentieel voor bewust inschrijven, en vooraf intakegesprekken organiseren wordt sterk aangeraden om verwachtingen te kunnen verhelderen/bijstellen.
- Naast een persoonsgerichte houding moet de facilitator flexibel zijn om ter plaatse de structuur van de bijeenkomst en het proces aan te passen als dat nodig is. De facilitator moet ook een brede scope van kennis bezitten over/gerelateerd aan leiderschap.
- Een evenredige mix aan Vlaamse en Nederlandse deelnemers is zeer wenselijk, om de heterogeniteit te vergroten. Een mix aan zorgsettings hoeft geen belemmering te zijn voor effectief leren, zolang deelnemers zich openstellen voor wat er ondanks de verschillen met en van elkaar kan geleerd worden.
- De theoretische bagage en het vermogen om te abstraheren zijn over het algemeen beperkt. Facilitators moeten dan bereid zijn om meer de lead te nemen qua invulling geven aan de mechanismen van het 4 lantaarn schema.
- Het veranderen van de halfdaagse bijeenkomsten van 7x4 uren naar 5x3 uren hybride leeromgeving + 2x6 uren, werkte goed. Zich verplaatsen voor de 6 uren fysieke bijeenkomsten met voldoende ruimte voor diepgaande gesprekken en uitgebreide, creatieve workshops, was de moeite waard. De mogelijkheid om tussentijds online aan te sluiten werd eerder een uitzondering dan regel.
- De 3 uren halfdaagse bijeenkomsten zijn best gestructureerd als volgt:
 - 15min inchecken
 - 45min terugblik afgelopen maand (fase 4)
 - 30-45min inhoudelijke thema
 - 60-75mins vooruitplannen met daarin 15min 'reflecteren in stilte' (fase 1)

Bij voldoende deelnemers kan de onlinegroep zich terugtrekken tijdens fase 4 en 1. Tijdens fase 4 moet er wel bewust en consequent stilgestaan worden bij het invullen/aanpassen van het 4 lantaarn raamwerk. Het reflectiemoment is bedoeld om deelnemers de ruimte te geven om de inhoud van de dag te laten bezinken/tot zich te nemen en (hopelijk) daardoor gericht te kijken naar de aankomende periode.

- Aanvankelijke terughoudendheid m.b.t. creatief werken werd snel overwonnen tijdens de opstartdagen. Creatieve werkvormen zijn zeer aan te raden tijdens de bijeenkomsten van 6+uren.

- Ontwikkelen en aanbieden van een gestructureerd logboek (sjabloon) om deelnemers te ondersteunen in het bewust en systematisch documenteren van hun leren tijdens fasen 2 en 3. Dit mag ook in de vorm van een plakboek als de deelnemer zelf daar een voorkeur voor heeft.
- Het is aan te bevelen dat deelnemers een interne 'buddy' zoeken om hen te ondersteunen en uit te dagen bij het actief leren tijdens het 'gewone' werk - tussen de bijeenkomsten in. Dit zou een collega-leidinggevende kunnen zijn, of de eigen leidinggevende.

VALIDATIE

KWANTITATIEVE EVALUATIE ACTIVITEIT 4 METHODIEK

Net als bij WP5 TC's, werd kwantitatieve evaluatie middels het inzetten van het dashboard aangeboden bij de deelnemende leidinggevenden en hun teams. Teamleden konden dagelijks aangeven hoe zij zich voelde middels 5 korte vragen. Om de 3 maanden kregen teamleden een survey instrument bestaan uit gevalideerde, Nederlandstalige vragenlijsten gericht op jobtevredenheid en intentie om de job te verlaten en voorspellers van deze factoren, geïdentificeerd in WP 3, namelijk de Revised Nursing Work Index (NWI_R), de Utrecht Work Engagement Scale Index (UWES) en de Burnout Assessment Tool (BAT) en de Manager Support Scale (MSS). We schetsen de belangrijkste resultaten. We schetsen de belangrijkste resultaten.

De drie primaire voorspellers voor de TC's methodiek waren Direct management (MSS) en Sociaal klimaat en beslissingsruimte (NWI_R). Er werd een lichte, zij het niet-significante toename in de loop van de tijd geobserveerd voor beslissingsruimte (+0,05) en sociaal klimaat (+0,16). Opvallend is een daling voor de direct management-score bij T2 (-0.8), maar wederom niet significant (zie tabel 9). Er werden geen significante veranderingen geconstateerd bij medewerkersjobtevredenheid of de intentie om de organisatie/het beroep te verlaten (zie tabel 8).

Geen betrouwbare besluiten kunnen genomen worden op basis van de qualtricsbevraging van Blijf aan Z tijdens deze pilootinterventie. De response rate van de finale bevraging was te laag en de heterogeniteit van de doelgroep laat eigenlijk niet toe om analyses over de ganze groep te doen. Bovendien hebben niet alle teams van de deelnemende leidinggevenden geparticipeerd in de dashboardapp en -survey. De beginsituaties met betrekking tot de uitkomstmaten waren ook relatief positief, en tijdens de interventie hebben de deelnemende leidinggevende niet expliciet gewerkt met de resultaten met het surveyinstrument.

TC's gaven tijdens de lerende netwerken en in de FGD aan dat teamleden overbevraagd werden in combinatie met het invullen van de wekelijkse vragenlijsten voor de Dashboardinterventie. De bescheiden significante effecten die gevonden werden, blijven mogelijk niet overeind wanneer we corrigeren voor het grote aantal uitgevoerde tests.

	Periode 1		Periode 2		Periode 3	
	N	%	N	%	N	%
JOBTEVREDENHEID						
- Heel ontevreden	0	0	0	0	0	0
- Ontevreden	3	6	1	1,5	3	10

- Tevreden	37	74	50	74,6	20	66,7
- Heel tevreden	10	20	15	22,4	5	16,7
INTENTIE OM DE ORGANISATIE TE VERLATEN						
- Neen	46	92	62	92,5	25	83,3
- Ja	4	8	3	4,5	3	10,0
INTENTIE OM VAN BEROEP TE VERANDEREN						
- Neen	45	90	60	89,6	24	80,0
- Ja	5	10	6	9,0	4	13,3

Tabel 8. Uitkomsten jobtevredenheid, intentie om organisatie / beroep te verlaten

	Periode 1		Periode 2		Periode 3	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Organisatorische ondersteuning (NWL_R)	2,38	,23	2,43	,29	2,38	,31
Management dienstniveau (NWL_R)	2,74	,23	2,77	,27	2,66	,26
Direct leiderschap (MSS)	3,57	,74	3,66	,77	3,43	,93
Sociaal Klimaat (NWL_R)	3,02	,42	3,05	,42	3,18	,45
Beslissingsruimte (NWL_R)	2,89	,24	2,89	,30	2,94	,30
BAT	2,69	,73	2,63	,64	2,84	,49

Tabel 9: Voorspellers van verlaten/behouden

KWALITATIEVE EVALUATIE ACTIVITEIT 4 METHODIEK (FOCUSGROEPEN)

Voor een uitgebreid verslag van de resultaten uit de focusgroepdiscussies (FGD) rond de Leiden om te boeien en te binden methodiek, verwijzen we naar van Loo M. et al. (2022). De

algemene methodologie die gebruikt is voor de validatie doorheen het project kan teruggevonden worden in activiteit 1 – Validatie.

De Leiden om te boeien en te binden interventie werd geëvalueerd in twee FGD's. De eerste FGD richtte zich op de ervaringen van leidinggevendenden die aan het project hadden deelgenomen. In de tweede FGD werd aan 1 teamlid gevraagd of er bepaalde veranderingen waren in de manier van leidinggeven van hun leidinggevende, die de interventie had doorlopen. Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van de teamleden, is er een bijkomende vragenlijst uitgestuurd naar de teamleden die niet aanwezig waren tijdens de tweede FGD. Hierop hebben 2 andere teamleden gereageerd.

De praktijktoepassing van de Leiden om te boeien en binden interventie door leidinggevendenden en de evaluatie daarvan door de teamleden hebben waardevolle inzichten opgeleverd die kunnen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van de interventie.

De leidinggevendenden waren erg positief over de opleidingsdagen. De begeleiders waren bekwaam en ook de manier van lesgeven, die actieve betrokkenheid vereiste, werd gewaardeerd. Ook de groeps grootte bleek (na drop-out) ideaal om ruimte te hebben voor binding tussen deelnemers.

Terug in de praktijk merkten ze dat ze minder impulsief handelden en hun teamleden meer betrokken bij het nemen van beslissingen. Het vertrouwen en de autonomie die ze hun teamleden gaven werden door de teamleden erkend en gewaardeerd. De interventie gaf leidinggevendenden daarnaast meer zekerheid en houvast, zeker jonge leidinggevendenden. Een oudere generatie leidinggevendenden zou wellicht meer moeite hebben met de toepassing van de interventie, omdat ze hiervoor hun bestaande visie eventueel moeten aanpassen of verruimen. Uiteindelijk waren alle leidinggevendenden het erover eens dat de interventie kon bijdragen aan een vermindering van de uitstroom in de zorg.

De teamleden merkten enkele, voornamelijk positieve, veranderingen in de werkwijze van hun leidinggevende, zoals een vriendelijkere houding en een grotere bereidheid mee te helpen problemen op te lossen. Ze gaven echter aan dat er nog werkpunten zijn, zoals het creëren van een open werkcultuur waarin plaats is voor feedback.

Leidinggevendenden zouden daarnaast de verbondenheid kunnen verhogen door open te staan voor hun teamleden. Veel teams kregen al een grote hoeveelheid autonomie en zeggenschap van hun leidinggevende, wat de onderlinge vertrouwensband versterkte. De werklekultuur was daarnaast erg aangenaam, met fijne collega's en een leuke sfeer, hoewel de leidinggevende wat meer begrip zou mogen tonen voor zaken die spelen in een team. Qua groei en ontwikkeling was er het algemene gevoel dat er genoeg ruimte was voor bijscholing en doorgroeimogelijkheden.

Er waren tot slot niet veel barrières die de teamleden voor hun leidinggevenden voorzagen. Ook de leidinggevenden zelf konden geen concrete barrières identificeren voor de toepassing van de interventie in de praktijk, omdat zij nog in de beginfase van de uitvoering zaten.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Bij de interventie leiden om te boeien en binden is er getracht directe leidinggevendenden van zorgteams te ondersteunen in het ontwikkelen van hun leiderschap waardoor ze een positieve invloed zouden kunnen hebben op de voorspellers van medewerkersintentie om te vertrekken. Ondersteund door bevindingen vanuit een realist review van bestaande literatuur werden vier richtinggevende lantaarns geformuleerd om mee te experimenteren in de dagelijkse praktijk. In een Community of Practice en middels een co-operative inquiry werkmethode hebben de deelnemende leidinggevendenden samen geëxperimenteerd. Terwijl de 'harde', kwantitatieve uitkomstmaten geen statistisch significante veranderingen lieten zien, werden opmerkelijke positieve evaluaties geconstateerd tijdens de kwalitatieve evaluatie – zowel bij de deelnemende leidinggevendenden als bij zorgmedewerkers. De resultaten riepen verschillende vaststellingen en kritische bedenkingen op.

Een eerste vaststelling is dat behoud van zorgmedewerkers een wicked probleem is, waarvoor er niet één oplossing is. De hoeveelheid beïnvloedende factoren op de intentie van zorgmedewerkers om te vertrekken/het verloop is zo groot en breed dat een leidinggevende het probleem niet zelf, alleen kan oplossen. Wat de resultaten van deze pilot wel aantonen is dat de vier lantaarns houvast en focus bieden voor directe leidinggevendenden om een positieve invloed te hebben op de samenwerkingsrelatie met medewerkers en de werkplekcultuur. De Community of Practice-structuur met expert facilitering van een co-operative inquiry methodiek had een positieve invloed op hun zelfbeoordeelde leiderschapsstijl (zie tabel 6), en positieve veranderingen in leiderschap werden door zorgmedewerkers ook opgemerkt.

Naarmate de interventie vorderde en het leerklimaat veiliger en kritischer werd, werden steeds meer verhalen gedeeld over andere factoren die ook van invloed zijn op de leiderswerktevredenheid, welzijn en intentie om te vertrekken/blijven. De huidige organisatiecultuur en het leiderschap door hoger management, vooral in ziekenhuizen, is zodanig hiërarchisch en autocratisch van aard dat het eerder een belemmering dan bevordering was voor het behoud van zorgmedewerkers.

Deze ervaringen, gecombineerd met de constatering dat behoud een wicked problem is, vormt een pleidooi voor een multi-interventie en systeembreed interventieprogramma.

Zoals in activiteit 3 vermeld, leverden de kwantitatieve metingen niet op wat er gehoopt werd. Verschillende verklaringen zijn mogelijk, grotendeels gekoppeld aan het verschil tussen de 'geplande' activiteiten en 'daadwerkelijke' activiteiten ten gevolge van de COVID-19-pandemie en bijbehorende maatregelen.

Ten eerste waren de interventies begonnen voordat de eerste dashboardmetingen hadden kunnen plaatsvinden, en was er dus geen 'nulmeting'.

Ten tweede hebben niet alle teams van de deelnemende leidinggevenden het dashboard geadopteerd en was er geen expliciete ondersteuning in het werken met de resultaten. De motivatie om dit instrument constructief te gebruiken nam gaandeweg af, waardoor de response rate op het einde enorm laag was.

Veranderingen constateren via intercollegiaal schaduwen was ook niet mogelijk ten gevolge van de beperkingen door COVID-19 en drop-out.

Ten slotte bleek het werven van deelnemers uit Nederland een grote uitdaging te zijn. Hun deelname was beperkt en sporadisch, waardoor de gewenste kruisbestuiving ontbrak. Dit vormt daarom een pleidooi voor een spetterende en tijdige wervingscampagne bij toekomstige projecten, vooraf goed ontwikkelde en getoetste meetinstrumenten/evaluatiestrategie, en expliciet aandacht besteden aan de gemeten uitkomstmaten en dashboardresultaten, zodat deelnemers hierop kunnen focussen en ermee kunnen werken.

Ondanks het ontbreken van statistisch significante verschillen en/of een grote variatie in kwalitatieve evaluaties, zijn de verkregen resultaten zodanig positief dat er mag geconcludeerd worden dat de interventie Leiden om te boeien en binden, in zijn huidige vorm, potentieel heeft.

BESLUIT

In deze interventie werd geprobeerd om, via een ontwikkelingstraject voor directe leidinggevendenden, een positieve invloed te hebben op de intentie van zorgmedewerkers om te blijven werken in de zorg. Hoewel deze interventie alleen nooit 'de oplossing' kan zijn, rekening houdend met de onverwachte obstakels van de COVID-19-pandemie, en de gevolgen hiervan, laten de resultaten het potentieel zien.

Het was geen opleidingstraject maar een ontwikkeltraject, en werd sterk gewaardeerd door de deelnemers die het hebben voltooid. De uitgangspunten van het traject zijn vergelijkbaar met die van de vier lantaarns om te boeien en binden, en misschien is dit de sleutel tot succes: het bevorderen van relationele verbondenheid, het ruimte bieden voor en respecteren van autonomie, het co-creëren van een heilzame cultuur, en het zowel stimuleren als ondersteunen van groei en ontwikkeling.

TOT SLOT: AANBEVELINGEN VOOR EEN VERVOLGPROJECT

'Blijf aan Z' bleek een boeiend traject, dat meer inzicht gaf in redenen waarom zorgprofessionals uitstromen of langdurig uitvallen en vooral in hoe je die uitstroom en uitval kan terugdringen. Ondanks de beperkte looptijd en de - inmiddels welbekende - moeilijke omstandigheden door de COVID-19-pandemie, leidden de activiteiten in het kader van 'Blijf aan Z' tot mooie resultaten.

Op basis van een literatuurstudie werd een kader opgezet voor twee interventies, ondersteund door metingen in een dashboard.

Vanuit de **Team Champions** kregen we een globaal positieve evaluatie en respons van de opleiding, lerende netwerken en de FGD's. De Team Champions zelf waren ook overwegend positief over de interventie.

Ook bij de interventie **Leiden om te binden en te boeien** waren de resultaten van de kwalitatieve evaluatie opmerkelijk positief, zowel bij de deelnemende leidinggevenden als bij zorgmedewerkers.

Deze eerste, positieve resultaten, doen geloven in het nut van de verdere doorontwikkeling. Daarbij formuleren we graag enkele aanbevelingen.

De **kwantitatieve evaluatie** moest gebeuren op basis van te beperkte data en zorgde daardoor niet voor de verhoopte resultaten.

De data die verzameld werden bleken ontoereikend om echt grondige analyses te maken. Het is een uitdaging om in de praktijk echt met het **dashboard** te werken in organisaties: medewerkers moeten langdurig en trouw data blijven aanleveren. Er werden verschillende suggesties geformuleerd om in een vervolgproject dit doel te bereiken. Sommige suggesties hebben te maken met de motivatie van de deelnemers, andere met de gebruiksvriendelijkheid van het dashboard (zie ook verder).

Verder is het zinvol te onderzoeken of een **andere tool** voor het dashboard gebruiksvriendelijker is. In 'Blijf aan Z' is omwille van praktische redenen gewerkt met PowerBI.

Uit de **analyse en de literatuurstudies** bleek dat het thema **werkdruk** (objectief versus subjectief) in een vervolgproject nog verder uitgediept kan worden. Binnen 'Blijf aan Z' probeerden we vooral subjectieve werkdruk te verlagen door in te zetten op energiebronnen. Ook een controlegroep kan de resultaten van de interventie meer onderbouwen.

De **Team Champion** aanpak kan verder verfijnd worden door meer aandacht te besteden aan een **correcte nulmeting** en voldoende **respons bij de nameting** door de deelnemers niet te overbevragen.

Werken met een **heterogene doelgroep** heeft voor- en nadelen, maar wordt bij een vervolgproject best kritisch in vraag gesteld. De positieve en negatieve aspecten moeten tegen elkaar afgewogen worden.

Er kan in de toekomst ook meer aandacht gaan naar de **ondersteuning van de rolontwikkeling** met oog voor de professionele identiteit van de zorgverleners, en die ook vroeger te integreren.

Ook een meer positieve insteek met focus op **energiebronnen** zou een vervolgproject ten goede komen.

Voor de interventie **Leiden om te boeien en te binden** is het belangrijk bij een vervolgproject te starten met een goede **nulmeting**.

Algemeen kan meer ingezet worden op het verkrijgen van **kwantitatieve data** via het **dashboard**. Het is belangrijk dat de deelnemende leidinggevenden het dashboard effectief (blijven) gebruiken, door hen te ondersteunen om met de resultaten aan de slag te gaan.

Het blijft zinvol de piste van **intercollegiaal schaduwen** verder te verkennen.

Een **voldoende grote en heterogene groep** is nodig om kruisbestuiving te realiseren. Bij start van een vervolgproject is daarom een stevige wervingscampagne wenselijk.

Uit 'Blijf aan Z' blijkt dat zorgorganisaties heel wat middelen in handen om effectief de jobtevredenheid van zorgprofessionals te vergroten en hen zo aan boord te houden. Toch willen we benadrukken dat retentie in de zorg een **gedeelde verantwoordelijkheid** is. Er zijn namelijk heel wat factoren waar zorgorganisaties geen invloed op hebben. Daar zijn overheid en maatschappij aan zet. Zij kunnen invloed hebben op roldifferentiatie, rolontwikkeling en erkenning van zorgverleners.

REFERENTIES

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717. doi:10.1136/bmj.e1717.
- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *J Nurs Manag*, 24(4), 449-457. doi:10.1111/jonm.12354.
- APQC. (2010). *Sustaining Effective Communities of Practice* [White Paper]. Beschikbaar op: <https://www.apqc.org/resource-library/resource-listing/sustaining-effective-communities-practice-best-practices-report>.
- Averens, T., Van den Broeck, K., & Franck, E. (2022a). *Interventions that increase job satisfaction of healthcare workers: a scoping review*. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/economie/arbeidszorg/Scoping%20review%20retention%20interventions-gecomprimeerd.pdf>.
- Averens, T., Van den Broeck, K., & Franck, E. (2022b). *Retention of healthcare staff, predictors on organizational and team level: a literature review*. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/gkc/blijf-aan-z/Literatuurstudie%20voorspellers%20van%20uitstroom.pdf>.
- Averens, T., Van den Broeck, K., & Franck, E. (2022c). *Rapportage (deel) WP5: Validatierapport*, Universiteit Antwerpen November 2022. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/gkc/blijf-aan-z/team-champions/Validatierapport%20Team%20Champions.pdf>.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*, 78(2), 184-190. doi:10.1016/j.pec.2009.04.008.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol*, 22(3), 273-285. doi:10.1037/ocp0000056.
- Barriball, L. B., J.n Buchan, J.; Craveiro, I., Dieleman, M., Dix, O., Dussault, G., Jansen, C., Kroezen, M., Rafferty, A.M., & Sermeus, W. . (2015). *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe: Final Report*. Retrieved from Brussel: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fhealth%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fworkforce%2Fdocs%2F2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf&clen=1221951&chunk=true.

- Bass, B., & Riggio, R. (2006). *Transformational Leadership (Second ed.)*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bell, M., & Sheridan, A. (2020). How organisational commitment influences nurses' intention to stay in nursing throughout their career. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2, 100007. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100007>.
- Biegger, A., De Geest, S., Schubert, M., & Ausserhofer, D. (2016). The 'magnetic forces' of Swiss acute care hospitals: A secondary data analysis on nurses' job satisfaction and their intention to leave their current job. *NursingPlus Open*, 2, 15-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.002>.
- Bindels, J., Cox, K., Widdershoven, G., van Schayck, C. P., & Abma, T. A. (2014). Stimulating program implementation via a Community of Practice: a responsive evaluation of care programs for frail older people in the Netherlands. *Evaluation and Program planning*, 46, 115-121.
- Bobbio, A., & Manganelli, A. M. (2015). Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 52(7), 1180-1192. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2015.03.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.009).
- Cambridge, D., & Suter, V. (2005). *Community of Practice design guide: A step-by-step guide for designing & cultivating communities of practice in Higher Education*. EDUCAUSE Learning Initiative (ELI).
- Cardiff, S., & Lieshout van, F. (2014). Het kritisch-creatief hermeneutisch data-analyseraamwerk: Analyseren met in plaats van voor participanten. *KWALON Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 19(2), 30-36.
- Cardiff, S., McCormack, B., & McCance, T. (2018). Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3056-3069.
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *J Adv Nurs*, 68(7), 1589-1600. doi:[10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x).
- CBS-AZW, (2021). <https://dashboards.cbs.nl/v3/AZWDashboard/> Bezocht op: 30-11-2021.
- Chen, H. C., Chu, C. I., Wang, Y. H., & Lin, L. C. (2008). Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *Int J Nurs Stud*, 45(2), 277-285. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2006.08.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.010).
- Corso, M., Giacobbe, A., & Martini, A. (2009). Designing and managing business communities of practice. *Journal of knowledge management*, 13(3), 73-89.

- Croasmun, J. T., & Ostrom, L. (2011). Using Likert-type scales in the social sciences. *J Adult Educ*, 40, 19-22.
- Daouk-Öyry, L., Anouze, A. L., Otaki, F., Dumit, N. Y., & Osman, I. (2014). The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 51(1), 93-110. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.018.
- De Gieter, S., Hofmans, J., & Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: an individual differences analysis. *Int J Nurs Stud*, 48(12), 1562-1569. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.06.007.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*, 86(3), 499-512.
- Derycke, H., Clays, E., Vlerick, P., D'Hoore, W., Hasselhorn, H. M., & Braeckman, L. (2012). Perceived work ability and turnover intentions: a prospective study among Belgian healthcare workers. *J Adv Nurs*, 68(7), 1556-1566. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05961.x.
- Derycke, H., Vlerick, P., Burnay, N., Declaire, C., D'Hoore, W., Hasselhorn, H., & Braeckman, L. (2011). Impact of the effort-reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers: A prospective study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 879-893. doi:10.1348/096317909X477594.
- D'haenens, W., van de Veerdonk, W., & Smets, J. (2022). *Rapportage (deel) WP4: Het ontwikkelingsproces en de resultaten van een dashboard om uitstroom factoren per team inzichtelijk te maken*. Thomas More Oktober 2022. Retrieved from Wilrijk: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/gkc/blijf-aan-z/Focusgroep%20dashboard.pdf>.
- Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation and Growth*. John Wiley & Sons Inc.
- Eerste Kamer der Staten-Generaal (2019). *Rapportage commissie Werken in de Zorg 2019*. Retrieved from: https://www.eerstekamer.nl/overig/20191220/rapportage_commissie_werken_in_de/document/
- Ellis, R., Saringer, C., Davis, A., Biber, D., & Ferrer, D. A. (2021). Examining the Impact of Wellness Champions on the Effectiveness of a Workplace Health and Well-Being Program. *American Journal of Health Promotion*, 35(1), 121-126. doi:10.1177/0890117120929131.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B. I., Fry, C., & Hasselhorn, H. M. (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res*, 59(3), 166-177. doi:10.1097/NNR.0b013e3181dbb29f.

- Fay, B. (1987). *Critical Social Science: Liberation and its Limits*. New York: Cornell University Press.
- Firican, G. (2017). Best practices for powerful dashboards. *Business Intelligence Journal*, 22(2). Retrieved from file:///C:/Users/gva11274/Downloads/47384386yt3876yt3y9pq3hkvsbio.pdf.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 45(5), 727-739. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006.
- Flyvbjerg, B. (2004). Phronetic planning research: theoretical and methodological reflections. *Planning Theory & Practice*, 5:3, 283-306.
- Fowler, M., & Highsmith, J. (2001). The agile manifesto. *Software Development*, 9(8), 28- 35.
- Frost, D. (2020). *Understanding and developing professional artistry in nursing practice*. (PhD). Queen Margaret University, Edinburgh, Beschikbaar van <https://www.publicatie-online.nl/publicaties/donna-frost>.
- George, B. (2003). *Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Geuens, N., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2017). Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. *J Clin Nurs*, 26(23-24), 4622-4633. doi:10.1111/jocn.13808.
- Geuens, N., Verheyen, H., Vlerick, P., Van Bogaert, P., & Franck, E. (2020). Exploring the influence of core-self evaluations, situational factors, and coping on nurse burnout: A cross-sectional survey study. *PLoS One*, 15(4), e0230883. doi:10.1371/journal.pone.0230883.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F., & Kyriakidou, O. (2008). Diffusion of innovations in health service organisations: a systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, 82 (581 - 629).
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 43(2), 237-263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007.
- Heron, J., & Reason, P. (2006) The Practice of Co-Operative Inquiry: Research "with" Rather than "on" People. In: Reason, P. and Bradbury, H., Eds., *Handbook of Action Research*, Thousand Oaks: SAGE Publications, 144-154.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., . . . Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional

observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 174-184. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019.

Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.

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

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Henriques de Jesus, É., . . . Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584-1592. doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.006.

Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation science*, 4(1), 1-8.

Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--prospective results from the European longitudinal NEXT study. *Int J Nurs Stud*, 48(5), 628-635. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011.

Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160. doi:10.1016/j.orgdyn.2004.01.003.

Luz, S., Drach-Zahavy, A., & Shadmi, E. (2021). A personal network approach to the study of nurse champions of innovation and their innovation projects' spread. *J Adv Nurs*, 77(2), 775-786. doi:10.1111/jan.14620.

Luz, S., Shadmi, E., Admi, H., Peterfreund, I., & Drach-Zahavy, A. (2019). Characteristics and behaviours of formal versus informal nurse champions and their relationship to innovation success. *J Adv Nurs*, 75(1), 85-95. doi:10.1111/jan.13838.

Luz, S., Shadmi, E., & Drach-Zahavy, A. (2019). Nursing innovation: The joint effects of championship behaviors, project types, and initiation levels. *Nurs Outlook*, 67(4), 404-418. doi:10.1016/j.outlook.2019.02.001.

Maguire, M. (2013). *Using human factors standards to support user experience and agile design*. In *International Conference on Universal Access in Human-Computer Interaction* (pp. 185-194). Springer, Berlin, Heidelberg.

Manchester, J., Gray-Miceli, D. L., Metcalf, J. A., Paolini, C. A., Napier, A. H., Coogler, C. L., & Owens, M. G. (2014). *Facilitating Lewin's change model with collaborative evaluation in promoting evidence based practices of health professionals*. *Evaluation and Program Planning*, 47, 82-90. doi:https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.08.007.

- Maurits, E. E. M. d. V., A.J.E., Spreeuwenberg, P., & Francke, A. L. (2016). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2015*. Utrecht.
- Medeiros, M. (2018). Shared governance councils: 10 essential actions for nurse leaders. *Nurs Manage*, 49(7), 12-13. doi:10.1097/01.NUMA.0000538920.83653.9b.
- Moore, S. C., & Hutchison, S. A. (2007). Developing leaders at every level: accountability and empowerment actualized through shared governance. *J Nurs Adm*, 37(12), 564-568. doi:10.1097/01.Nna.0000302386.76119.22.
- Moreland, J. J., Ewoldsen, D. R., Albert, N. M., Kosicki, G. M., & Clayton, M. F. (2015). Predicting Nurses' Turnover: The Aversive Effects of Decreased Identity, Poor Interpersonal Communication, and Learned Helplessness. *J Health Commun*, 20(10), 1155-1165. doi:10.1080/10810730.2015.1018589.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463-471. doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x.
- Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A. M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*, 76(7), 1498-1508. doi:10.1111/jan.14342.
- Olafsen, A., & Deci, E. (2020). Self-Determination Theory and Its Relation to Organizations. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press. DOI:10.1093/acrefore/9780190236557.013.112.
- Ouweneel, A. P. E., Schaufeli, W., & Blanc, P. M. (2009). Van Preventie naar amplitie: interventies voor optimaal functioneren. *Gedrag & Organisatie*, 22. doi:10.5117/2009.022.002.002.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1_suppl), 21-34.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. doi:10.1097/xeb.0000000000000050.
- Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., . . . Downey, A. (2010). The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238-251. doi:https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00202.x.

- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11(1), 1-16.
- Reason, P. (2003). Chapter 10: Co-operative inquiry. In Smith, J. (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage Publications.
- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 66(647), e423-433. doi:10.3399/bjgp16X685261.
- Rogers, E. M., Singhal, A., & Quinlan, M. M. (2014). *Diffusion of innovations. In An integrated approach to communication theory and research* (pp. 432-448): Routledge.
- Rouhi-Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Jahani, S., & Hazrati, M. (2020). Professional Autonomy of Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 25(4), 273-281. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_213_19.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55(1), 68-78. doi:10.1037//0003-066x.55.1.68.
- Saraswati, J. M. R., Milbourn, B. T., & Buchanan, A. J. (2019). Re-imagining occupational wellbeing: Development of an evidence-based framework. *Aust Occup Ther J*, 66(2), 164-173. doi:10.1111/1440-1630.12528.
- SERV (2019). *Jaarverslag Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen*. Retrieved from https://www.serv.be/jaarverslag/2019/#page_serv.
- Shea, C. M., Reiter, K. L., Weaver, M. A., & Albritton, J. (2016). Quality improvement teams, super-users, and nurse champions: a recipe for meaningful use? *J Am Med Inform Assoc*, 23(6), 1195-1198. doi:10.1093/jamia/ocw029.
- Siegrist, J., & Li, J. (2016). Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. *Int J Environ Res Public Health*, 13(4), 432. doi:10.3390/ijerph13040432.
- Ten Hoeve, Y., Brouwer, J., & Kunnen, S. (2020). Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. *J Adv Nurs*, 76(3), 836-845. doi:10.1111/jan.14281.
- Thompson, G. N., Estabrooks, C. A., & Degner, L. F. (2006). Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 691-701. doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03775.x.

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850.
- Tuckett, A., Winters-Chang, P., Bogossian, F., & Wood, M. (2015). "Why nurses are leaving the profession ... lack of support from managers": What nurses from an e-cohort study said. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 359-366.
- Urquhart, C., Brice, A., Cooper, J., Spink, S., & Thomas, R. (2010). Evaluating the development of virtual communities of practice that support evidence based practice. *Evidence Based Library and Information Practice*, 5(1), 48-63.
- Van Bogaert, P., & Clarke, S. (2018). Concepts: Organization of Nursing Work and the Psychosocial Experience of Nurses. In P. Van Bogaert & S. Clarke (Eds.), *The Organizational Context of Nursing Practice: Concepts, Evidence, and Interventions for Improvement* (pp. 5-47). Cham: Springer International Publishing.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 50(12), 1667-1677. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010.
- Van Bogaert, P., Van Heusden, D., Sloomans, S., Roosen, I., Van Aken, P., Hans, G.H., & Franck, E. (2018). Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 756. doi:10.1186/s12913-018-3562-3.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Lens, W., & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22(4). doi:https://doi.org/10.5117/2009.022.004.002.
- van den Oetelaar, W., Roelen, C. A. M., Grolman, W., Stellato, R. K., & van Rhenen, W. (2021). Exploring the relation between modelled and perceived workload of nurses and related job demands, job resources and personal resources; a longitudinal study. *PLoS One*, 16(2), e0246658. doi:10.1371/journal.pone.0246658.
- van de Veerdonk, W., & Smets, J. (2021). *Rapportage (deel) WP3: Uitstromen uit het zorgberoep. Matchen de factoren uit de internationale literatuur met de Vlaams/Nederlandse praktijk?* Thomas More December 2021. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/economie/zorg/Rapport%20focusgroepdiscussies.pdf>.

- van Dijk, M., & Holleman, G. (2020). *Rolontwikkeling en persoonlijke ontwikkeling*. (pp. 33-59). In Vermeulen, H., Holleman, G., Huis, A., Ista, E., & Lalleman, P. *Verpleegkundig leiderschap*. Bohn, Stafleu, van Loghum. Houten.
- Van Hoek, G., Portzky, M., & Franck, E. (2019). The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. *Nurse Educ Today*, 72, 90-96. doi:10.1016/j.nedt.2018.10.013.
- van Loo M., van de Veerdonk W., Smets J. (2022). *Rapportage (deel) WP5: Het ontwikkelingsproces en de resultaten van de Team Champions interventie*. Thomas More September 2022. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/gkc/blijf-aan-z/Focusgroep%20resultaten%20Team%20Champions%20compressed.pdf>.
- van Loo, M., D'Haenens, W., van de Veerdonk, W. (2022). *Rapportage (deel) WP6: Het ontwikkelingsproces en de resultaten van de Leiden om te boeien en te binden interventie*. Thomas More Oktober 2022. Retrieved from: <https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dese/gkc/blijf-aan-z/Focusgroep%20leidinggeevenden.pdf>.
- Verso. (2018). *Talent gezocht voor de social profit: Een duobaan voor beleid en onderneming*. Retrieved from <https://verso-net.be/over-verso/publicaties-detail/2018/05/16/Talent-gezocht-voor-de-social-profit>.
- Vink, J., Ouwenel, E., & Le Blanc, P. (2011). Psychologische energiebronnen voor bevlogen werknemers. *Gedrag & Organisatie*, 24(2). doi:<https://doi.org/10.5117/2011.024.002.101>.
- VN. (2021). *Take action for the sustainable development goals*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
- Voutilainen, A., Pitkäaho, T., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. *J Adv Nurs*, 72(4), 946-957. doi:10.1111/jan.12875.
- Weiland, S. A. (2015). Understanding nurse practitioner autonomy. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27(2), 95-104. doi:10.1002/2327-6924.12120.
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston: Harvard business press.
- WHO. (2021). *Health workforce*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1.

- Wieneke, K. C., Egginton, J. S., Jenkins, S. M., Kruse, G. C., Lopez-Jimenez, F., Mungo, M. M., . . . Limburg, P. J. (2019). Well-Being Champion Impact on Employee Engagement, Staff Satisfaction, and Employee Well-Being. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(2), 106-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.04.001>.
- Wolfe, E. W., & Smith, E. V., Jr. (2007). Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models: part I - instrument development tools. *J Appl Meas*, 8(1), 97-123.
- Wong, C., & Cummings, G. (2009). Authentic leadership: a new theory for nursing or back to basics? *Journal of Health Organization and Management*, 23(5), 522-538.
- Woo, K., Milworm, G., & Dowding, D. (2017). Characteristics of Quality Improvement Champions in Nursing Homes: A Systematic Review With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 14(6), 440-446. doi:10.1111/wvn.12262.