

Teams en veiligheid in de langdurige zorg

Een onderzoek naar de safety attitude van teams in de langdurige zorg



Cris van Tuel

Oktober 2012

Masterscriptie Zorgmanagement

Thema:

Safety attitude van teams in de langdurige zorg

Auteur:

bc. C. van Tuel

Studentnummer: 333508ct

Contactgegevens:

C van Tuel

St. Sebastiaanhof 12

5262 BH Vught

cvantuel1@hotmail.com

Datum:

September 2012

Opleiding:

Master Zorgmanagement (2011-2012)

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Begeleiders:

Connie Dekker-van Doorn RN, MSc (interne begeleidster, Erasmus Universiteit Rotterdam)

Martina Buljac PhD (interne begeleidster, Erasmus Universiteit Rotterdam)

Sylvia Elkhuisen PhD (interne begeleidster, Erasmus Universiteit Rotterdam)

Voorwoord

Voor u ligt een scriptie welke het resultaat is van een onderzoek naar de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Met deze scriptie zal ik de master Zorgmanagement aan het iBMG van de Erasmus Universiteit Rotterdam afronden.

De afgelopen maanden heb ik met ups en downs aan het onderzoek gewerkt, maar ik kan uiteindelijk tevreden terugkijken op deze afstudeerperiode. Tijdens het schrijven van de scriptie heb ik geleerd om door te zetten, ook al kostte dit soms de nodige moeite.

Als eerste wil ik mijn afstudeerbegeleidster, Connie, bedanken voor haar ideeën, reacties en adviezen tijdens de scriptieperiode. Ook wil ik mijn meelezers, Martina en Sylvia, bedanken voor het mede beoordelen van mijn scriptie. Bovendien wil ik de organisatie BrabantZorg, en specifiek de collega's van kwaliteit en beleid, hartelijk bedanken voor hun steun, ideeën, adviezen en contacten bij het schrijven van deze scriptie. Daarnaast wil ik Ineke, Peter en alle teammanagers van locatiegroep Landerd bedanken voor de hun steun gedurende dit onderzoek.

Daarnaast wil ik ook mijn medestudenten en tevens scriptiegroepsleden bedanken. Bedankt voor de steun die ik aan jullie heb gehad tijdens het schrijven. En natuurlijk ook fijn dat we onze frustraties zo nu en dan bij elkaar konden uiten. We hebben elkaar er volgens mij goed doorheen gesleept!

Als laatste, mijn dank aan de thuisomgeving, die mij in alle tijde hebben gesteund en gemotiveerd wisten te houden.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie en hoop u, door middel van mijn scriptie, nieuwe inzichten te verschaffen.

Cris van Tuel

Vught, September 2012



Samenvatting

Achtergrond: Door ontwikkelingen in de Nederlandse bevolking, zoals de vergrijzing en de toenemende complexiteit van de zorg, zullen steeds meer mensen gebruik gaan maken van de langdurige zorg waardoor de veiligheid in de langdurige zorg steeds belangrijker wordt.

Theoretisch kader: Om de veiligheid in de langdurige zorginstellingen te verbeteren zal er een veiligheidscultuur moeten heersen. Waarbij een safety attitude een onderdeel is van de veiligheidscultuur. In dit onderzoek wordt de safety attitude gemeten met behulp van de Safety Attitude Questionnaire (SAQ). De focus in dit onderzoek ligt op de twee componenten teamwork climate en safety climate van de SAQ, van de teams in de langdurige zorginstellingen. Onder teamwork climate wordt de kwaliteit van samenwerking verstaan en onder safety climate wordt de organisatorische betrokkenheid tot veiligheid verstaan. Waarbij de factoren teameigenschappen zoals stabiliteit en samenwerken, een belangrijke rol spelen binnen een teamwork climate en een safety climate van de teams in de langdurige zorg. Daarnaast spelen de factoren coachend leiderschap en feedback tevens een belangrijke rol binnen een teamwork climate en een safety climate van de teams in de langdurige zorg.

Doel: Het verkrijgen van kennis en inzicht met betrekking tot de positieve, dan wel negatieve, effecten van de teameigenschappen stabiliteit en samenwerken, en van coachend leiderschap en feedback op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

Methoden: In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwantitatief onderzoek waarbij data verzameld zijn, door studenten van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, met behulp van vragenlijsten. Resultaten zijn statistisch getoetst met behulp van het statistisch computerprogramma SPSS. Om de samenhang aan te tonen tussen de variabelen is een correlatieanalyse uitgevoerd. Waarna regressieanalyses uitgevoerd zijn om een mogelijk verband aan te tonen.

Conclusie: Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de teameigenschap stabiliteit een positieve invloed heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Coachend leiderschap en feedback hebben tevens een positieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Deze effecten gelden echter alleen voor de teams van de langdurige zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen.

Summary

Background: Because of developments, such as aging population and the increasing complexity of care, people will be making use of long-term healthcare increasingly, as a result of which safety in long-term healthcare will become more important.

Theoretical framework: To improve the safety in the long-term care facilities, there has to be a safety culture. And safety attitude is part of the safety culture. In this research, the safety attitude is measured using the Safety Attitude Questionnaire (SAQ) with the focus on teamwork climate and safety climate of the teams in the long-term care institutions. Teamwork climate means the quality of the collaboration and safety climate means the organizational involvement of safety. In which the factors team characteristics such as stableness and task-interdependence, coaching leadership and feedback play an important role within a teamwork climate and a safety climate of the teams in the long-term care.

Purpose: Obtaining knowledge and insight regarding the positive or negative effects of team characteristics stableness and task-interdependence, coaching leadership and feedback on the safety attitude of the teams in the long-term care.

Methods: This research makes use of quantitative research, and this data was collected by Students of the Erasmus University Rotterdam by using questionnaires. Results were statistically tested using the statistic computer programme SPSS. In order to demonstrate the consistency between the variables a correlation analysis has been made. After which regression analyses have been made to show a possible connection.

Conclusion: Based on this research can be concluded that the team characteristic stableness, coaching leadership and feedback have a positive influence on the safety attitude of the teams in the long term care. The found effects apply to the teams of the long-term care facilities that participated in this research.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Summary	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	8
1.1 Probleemanalyse	8
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen	11
1.3 Aanleiding en relevantie	11
1.4 Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	13
2.1 Langdurige zorg	13
2.2 (Patiënt-)veiligheid in de langdurige zorg	13
2.3 Elementen van safety attitude	14
2.3.1 Safety climate en Teamwork climate	14
2.4 De beïnvloedende factoren op safety attitude	15
2.4.1 Teamwork	16
2.4.2 Teameigenschappen van teamwork	16
2.4.3 Leiderschap	19
2.4.4 Feedback	22
2.5 Theoretisch model	23
Hoofdstuk 3 Methodologie	24
3.1 Onderzoeksdesign	24
3.2 Onderzoekssetting	24
3.3 Dataverzameling	24
3.3.1 Respondenten	25
3.3.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep	26

3.4	Meetinstrument	27
3.5	Data -analyse.....	27
3.5.1	Afhankelijke variabelen.....	27
3.5.2	Onafhankelijke variabelen.....	28
3.5.3	Analyse methode.....	28
3.6	Betrouwbaarheid en validiteit	30
3.6.1	Validiteit	30
3.6.2	Betrouwbaarheid	31
3.6.3	Aggregeren naar teamniveau	32
Hoofdstuk 4 Resultaten		34
4.1	Correlaties.....	34
4.2	Regressieanalyse	37
4.2.1	Teameigenschappen en safety attitude van de teams	37
4.2.2	Coachend Leiderschap en safety attitude van de teams	38
4.2.3	Feedback en safety attitude van de teams.....	39
4.2.4	Samenvatting van de bevindingen	40
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie.....		41
5.1	Conclusie en discussie.....	41
5.2	Beperkingen van het onderzoek.....	43
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen		45
6.1	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	45
6.2	Aanbevelingen voor de praktijk.....	46
Literatuurlijst.....		47
Bijlage 1 Safety Attitude Questionnaire		53
Bijlage 2 Overzicht van respons.....		54

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Probleemanalyse

Patiëntveiligheid staat na het verschijnen van het rapport ‘To err is human’ van het Institute of Medicine (1999) wereldwijd hoog op de gezondheidszorgagenda. Van zorginstellingen wordt verwacht dat zij investeren in de veiligheid van de door hen geleverde zorg (Meurs, 2008). Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van de zorg goed is en dat er veilig wordt gewerkt. Terwijl de professionals voor goede kwaliteit zorgen, zijn managers, bestuurders en toezichthouders verantwoordelijk dat goede kwaliteit ook geleverd kan worden (‘ibid’). Een belangrijk doel van goede kwaliteit van zorg is het vergroten van de veiligheid van patiënten die in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven. Daarbij zijn voldoende en deskundige medewerkers in de langdurige zorg van groot belang voor veilige en kwalitatief goede zorg (Hingstman, Langelaan & Wagner, 2012). Leiders kunnen echter niet altijd die optimale bezetting bieden, terwijl de inspectie voor de Gezondheidszorg erop moet toezien dat de dagelijkse bezetting niet onder een minimum zakt waardoor het risico op ongewenste uitkomsten en niet verantwoorde zorg toeneemt (‘ibid’).

Voor Nederlandse ziekenhuizen is het vanaf 1 januari 2008 verplicht om een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem te hebben ingevoerd waardoor veiligheid op de voorgrond komt te staan. In de langdurige zorg is echter relatief weinig aandacht besteed aan veiligheid (Buljac-Samardžić, 2012) en is er weinig bekend over de veiligheid (Rust et al., 2008). Terwijl zorgverleners in de langdurige zorg dagelijks te maken hebben met onveilige situaties, zoals valincidenten en medicatiefouten (Rust et al., 2008). Daarnaast staat de langdurige zorg in Nederland voor een grote uitdaging. Als gevolg van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg in de verpleging en verzorging toenemen (Zorginnovatieplatform, 2009). In combinatie met het feit dat ziektes steeds beter behandelbaar zijn en mensen langer blijven leven zal de complexiteit van de zorg toenemen (RIVM, 2006). De verwachting is dat tot 2025 het aantal 65-plussers groeit van 2,5 naar 3,7 miljoen en het aantal 80-plussers van 640.000 naar 910.000 (CBS Statline, 2011). Hieruit blijkt dat de langdurige zorg in de toekomst steeds belangrijker gaat worden. Volgens Rust et al., (2008) en Hingstman, Langelaan & Wagner (2012) zou de veiligheid in de langdurige zorg dan ook onder de aandacht gebracht moeten worden om goede kwaliteit van zorg te kunnen verlenen.

Voor het verbeteren van de veiligheid in de langdurige zorg zal er een veiligheidscultuur moeten heersen waarin fouten bespreekbaar gemaakt kunnen worden, teams van fouten

kunnen leren en de patiëntveiligheid wordt vergroot. De veiligheidscultuur in een organisatie is afhankelijk van de veiligheidsklimaat in een organisatie (Vincent, 2010). Veiligheidsklimaat oftewel safety climate is een van de eigenschappen van een organisatie, zoals percepties en attitudes van teamleden, die beter zichtbaar zijn en gemakkelijker te veranderen zijn dan de cultuur van de organisatie (Antonsen, 2009; Sexton et al., 2006). De safety attitude wordt in dit onderzoek gemeten met de elementen safety climate en teamwork climate. Volgens de SAQ van Sexton et al., (2006) zijn safety climate en teamwork climate elementen van de safety attitude. Het safety climate wordt door Sexton et. al., (2006) gedefinieerd als de percepties van een sterke en proactieve organisatie die zich inzet voor de veiligheid. Waarbij gedeelde normen, waarden, opvattingen, attitude en vanzelfsprekendheden in een team leiden tot een bepaalde safety climate en teamwork climate (Hudson, 2001). Volgens Sexton (2006) heeft goed teamwork een positieve invloed op de patiëntveiligheid en kan dit bijdragen aan het verhogen van de safety attitude van teamleden. Daarbij moet in een team sprake zijn van een ‘no-blame benadering’ zodat teamleden fouten bespreekbaar durven te maken zonder dat ze zich daarvoor schamen en dat er van geleerd kan worden (Buljac-Samardžić & van Woerkom, 2011). De mate waarin teamleden bereid zijn om kennis en vaardigheden te delen met als doel te leren van fouten, wordt mede bepaald door hoe lang ze als team samenwerken (Edmondson et al., 2007). De samenwerking in een team is dan ook belangrijk voor het verhogen van de patiëntveiligheid (WHO, 2009). Naast de samenwerking is ook de stabiliteit van een team van invloed op het bespreken van incidenten (Cannon & Edmondson, 2001). Hierbij heeft de samenwerking en de stabiliteit in een team invloed op een teamwork climate (Sexton, 2006). Een onstabiel team vermindert echter de kans op het bespreken van incidenten (Cannon & Edmondson, 2001; Edmondson, 2004). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat bij wisselingen in een team tijd nodig is om onderling vertrouwen te creëren wat nodig is om incidenten te bespreken (Edmondson, 1999). Kortom, de teameigenschappen samenwerking en stabiliteit in een team zijn factoren die kunnen bijdragen aan de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

Daarnaast kan leiderschap tevens gezien worden als een factor die een positieve invloed heeft op het safety attitude van teamleden omdat het gedrag van de leider, de leiderschapsstijl, de safety climate beïnvloedt (Krause & Hidley, 2009). Leiders hebben invloed op het teamfunctioneren en het ontwikkelen van teamprocessen, die veiligheid bevorderen, zoals het bespreekbaar maken van fouten (Burke et al., 2006). In het kader van veiligheid zijn transformationeel, transactioneel en coachend leiderschap belangrijk (Krause & Hidley, 2009; Buljac-Samardžić, 2012). Waarbij een transformationele leider inspirerend is, een

transactionele leider belonend is en een coachende leider op zoek gaat naar een probleemoplossende benadering (Krause & Hidley, 2009 ;Buljac-Samardžić & Woerkom, 2011). Volgens Buljac-Samardžić (2011) is een coachende leiderschapsstijl nodig zodat teams in de langdurige zorg een safety attitude, gericht op het leren van fouten, ontwikkelen. Kortom, de leiderschapsstijl is van cruciaal belang voor het creëren van een safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

Ten slotte is feedback een educatief instrument dat teamleden ondersteunt bij het bevorderen van een veilige omgeving (Amore & Ingram, 2002). Feedback biedt ondersteuning bij het voorkomen van bijvoorbeeld eerder gemelde fouten, door teamleden inzicht te geven in factoren die mogelijk kunnen leiden tot fouten ('ibid'). Daarnaast stimuleert feedback de positieve acties van teamleden en laat feedback teamleden nadenken over de veiligheid ('ibid'). Hierdoor kunnen teamleden zich vrij en veilig voelen om over problemen te praten en kan een verandering plaats vinden in de safety attitudes van de teamleden ('ibid'). Wanneer echter sprake is van structureel ontbreken van feedback op bijvoorbeeld incidentmeldingen voor teamleden wordt dit gezien als een belangrijke oorzaak om niet meer te melden (Legemaate, 2006). Feedback kan dus bijdragen aan een positieve safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

De doelstelling van dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van kennis en inzicht met betrekking tot de positieve, dan wel negatieve effecten van teameigenschappen, leiderschap en feedback op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Inzicht en kennis over safety attitude van teamleden wordt verkregen door het uitzetten van een bestaande gevalideerde vragenlijst, de SAQ van Sexton et al., (2006), die wordt aangepast aan de langdurige zorg. Waarbij gebruik wordt gemaakt van de elementen safety climate en teamwork climate, variabelen die met de SAQ zijn opgenomen (Sexton et al., 2006). Ten slotte wordt er met het onderzoek beoogd aanbevelingen voor de zorginstellingen te kunnen doen om de safety attitude van teams in de langdurige zorg te verbeteren.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Bovengenoemde doelstelling resulteert in de volgende probleemstelling en onderzoeksvragen:
Hoe beïnvloeden teameigenschappen, leiderschap en feedback de safety attitude van teams in de langdurige zorg?

1. Wat wordt verstaan onder veiligheid in de langdurige zorg?
2. Wat is vanuit de literatuur bekend over veiligheidscultuur in langdurige zorgorganisaties?
3. Hoe beïnvloeden teameigenschappen de safety attitude in de langdurige zorg?
4. Hoe beïnvloedt leiderschap de safety attitude in de langdurige zorg?
5. Hoe beïnvloedt feedback de safety attitude in de langdurige zorg?
6. Welke positieve en/of negatieve effecten hebben leiderschap, teameigenschappen en feedback op safety attitude van de teams in de langdurige zorg?

1.3 Aanleiding en relevantie

De reden om deze probleemstelling te onderzoeken is dat ondanks de grote belangstelling naar safety attitude in de gezondheidszorg er beperkt onderzoek naar gedaan is in de langdurige zorg (Rust et al., 2008). Terwijl de langdurige zorg in Nederland, door ontwikkelingen zoals vergrijzing en de toenemende complexiteit van de zorg, in de toekomst steeds belangrijker gaat worden (Ministerie van Financiën, 2012). Hierdoor is het zinvol om de attitude van teamleden in de langdurige zorg te meten die relevant zijn voor de veiligheid van die sector. Door middel van de aangepast versie van de SAQ voor de langdurige zorg kan de safety attitude in de langdurige zorg worden geëvalueerd en kan er pro-actief actie ondernomen worden om de veiligheid te vergroten.

Wetenschappelijke relevantie wordt derhalve verkregen door met dit onderzoek uitspraken te doen over de mogelijke invloeden van teameigenschappen, leiderschap en feedback op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Veel wetenschappelijk onderzoek gericht op patiëntveiligheid (Buljac-Samardžić et al., 2011) en safety attitude (Sexton et al., 2006) is uitgevoerd in de ziekenhuissector. Terwijl uit de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg blijkt dat in de komende tientallen jaren een steeds groter tekort gaat ontstaan aan arbeidskrachten (Hingstman, Langelaan & Wagner, 2012). Dit tekort ontstaat omdat de verwachting is dat er een toenemende vraag om arbeidskrachten zal ontstaan, gezien het groeiende aantal ouderen die verzorging en verpleging nodig zal hebben ('ibid'). En om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen leveren zijn instellingen grotendeels afhankelijk van teamleden ('ibid'). Daarbij is een positieve safety attitude van de teams in de langdurige

zorg van cruciaal belang. Hierbij is de SAQ een goed instrument om het effect van interventies gericht op het verbeteren van de safety attitude van de teams te meten (Sexton, 2006). De SAQ is in eerste instantie ontwikkeld voor ziekenhuizen. Door met een op de langdurige zorg aangepaste versie van de SAQ onderzoek te verrichten in de langdurige zorg zullen de onderzoeksresultaten een aanvulling vormen op de huidige wetenschappelijke kennis ten aanzien van safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in een bijdrage die geleverd wordt aan de mogelijke inzichten op de invloed van teameigenschappen, coachend leiderschap en feedback op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Hierbij krijgen zorginstellingen zicht op die factoren die een verbetering van de safety attitude van de teams kunnen beïnvloeden. Inzicht in de effectiviteit van deze factoren ten aanzien van safety attitude kan voor langdurige zorginstellingen van groot belang zijn daar waar een verhoging van de safety attitude kan leiden tot betere prestaties.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader besproken waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd. Hierbij wordt getracht antwoord te vinden op de eerste vijf deelvragen. Hoofdstuk 3 behandelt de methodologie van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd en wordt mogelijk antwoord gevonden op deelvraag 6. Hoofdstuk 5 bevat de conclusie en discussie. Ten slotte worden aanbevelingen gedaan in hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Langdurige zorg

In de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen de sectoren cure en care. Beroepsbeoefenaren en instellingen die zich met herstel of genezing bezighouden zijn onderdeel van de cure-sector. Langdurige zorg en ondersteuning om kwaliteit van leven te bevorderen horen bij de care-sector van de gezondheidszorg. Hierbij horen onder andere verzorging en verpleging in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en een deel van de thuiszorg (van der Kraan, 2006).

In dit onderzoek wordt de aandacht gevestigd op de care sector, de langdurige zorg. De langdurige zorg bestaat uit verpleging en verzorging van mensen met een beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. (VTV, 2011). Het gaat om mensen die kwetsbaar zijn en door hun beperkingen in hun dagelijks leven belemmerd worden. Zij krijgen thuis of in een instelling zorg die vanuit de Algemene Wet Bijzonder Ziektenkosten (AWBZ) wordt gefinancierd, maar daarnaast ook vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) welke uitgevoerd wordt door de gemeente (VTV, 2011). De AWBZ is een sociale verzekering voor de langdurige zorg in Nederland. Kort gezegd, regelt de AWBZ de organisatie en de financiering van de langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten (SER, 2008).

2.2 (Patiënt-)veiligheid in de langdurige zorg

Patiëntveiligheid is een containerbegrip, wat wil zeggen dat het veelomvattend is. Het schetst meer een bepaald onderwerp dan dat het een precieze afbakening geeft (RGO, 2005). Wagner et al., (2008) definiëren patiëntveiligheid als: ‘het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke of psychische schade, ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of tekortkoming van het zorgsysteem (Wagner et al., 2008). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) definieert patiëntveiligheid als volgt: ‘Patiëntveiligheid gaat over de onbedoelde schade die een patiënt oploopt in het zorgproces. Schade die niet het (logische) gevolg is van ziekte of van vooraf bekende en goed afgewogen risico van een behandeling’ (IGZ, 2004). Beide definities gaan uit van schade bij de patiënt ontstaan door een verkeerde handeling in het zorgproces die te voorkomen was en lijken in dit geval op elkaar. Patiëntveiligheid betekent niet alleen het opstellen van regels en protocollen, maar ook de naleving ervan door teamleden op de werkvloer (Ministerie VWS, 2008). En om zorg te kunnen dragen voor veilige en kwalitatief

goede zorg is het tevens van groot belang dat er voldoende en deskundige teamleden op de afdeling werkzaam zijn. (Hingstman, Langelaan & Wagner, 2012).

Uit onderzoek van Canadese onderzoekers is gebleken dat medewerkers in de langdurige zorg dagelijks te maken hebben met onveilige gebeurtenissen zoals medicatiefouten, valincidenten en agressie (Rust et al., 2008). Deze fouten zouden centraal moeten staan in de langdurige zorg aangezien steeds meer mensen, door onder andere vergrijzing en de toenemende complexiteit van de zorg, gebruik gaan maken van de langdurige zorg. In 2010 waren ongeveer 600.000 mensen in onze samenleving aangewezen op langdurige zorg waarvoor 22,3 miljard is uitgegeven en de verwachting is dat de kosten in 2020 met 25% zullen stijgen (Ministerie van Financiën, 2010). Kortom, de langdurige zorg wordt steeds belangrijker. Desondanks wordt relatief weinig aandacht besteed aan de veiligheid in de langdurige zorg (Rust et al., 2008). Om de veiligheid in de langdurige zorginstellingen te verbeteren is het van belang dat medewerkers beschikken over een safety attitude (Sexton et al., 2006). In dit onderzoek wordt veiligheid onder de aandacht gebracht door onderzoek te verrichten naar de safety attitude van de teams in langdurige zorgorganisaties, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, en de factoren die daarop van invloed zijn. Waarbij safety attitude wordt gemeten met de elementen safety climate en teamwork climate, wat volgens de SAQ van Sexton et al., (2006) elementen zijn van safety attitude.

2.3 Elementen van safety attitude

Safety attitude is de houding of opvatting van teamleden in zorginstellingen rondom de patiëntveiligheid (Sexton, 2006). Om de safety attitude van teamleden te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de elementen safety climate en teamwork climate. Een climate binnen de organisatie is de gedeelde perceptie over beleid, praktijken, procedures en doelen van de organisatie over welk gedrag gewenst is binnen de organisatie en beloond wordt (Veld, 2012). Zoals in paragraaf 1.1 al is weergegeven, blijkt er een verband te bestaan tussen de safety attitude van teamleden en de veiligheid van de patiënt.

2.3.1 Safety climate en Teamwork climate

Een safety climate is de onderliggende laag van de safety culture en bestaat uit gedeelde percepties over procedures, waardes en het belang over veiligheid op de werkvloer en in de organisatie (Antonosen 2009; Veld, 2012). Sexton et al., (2006) definieert een safety climate als de percepties van een sterke en proactieve organisatie die zich inzet voor de veiligheid van de patiënt. Een safety climate leidt tot bepaalde uitkomsten, zoals het naleven van

veiligheidsbeleid, kennis over veiligheid, het gevoel van een veilige werkomgeving en het gevoel dat men zich veilig kan voelen in de werkomgeving (Mark et al., 2007; Veld, 2012). Kortom, met safety climate wordt de organisatorische betrokkenheid tot veiligheid gemeten (Sexton, 2006).

Naast een safety climate is ook een teamwork climate van belang om de safety attitude van teamleden in de langdurige zorg te meten (Sexton, 2006). De veiligheid van de patiënt staat namelijk centraal in goed teamwork (Wagner et al., 2009). Daarnaast leidt een gedeeld klimaat door teamleden tot minder conflicten bij de teamleden (Dawson et al., 2008; Veld, 2012), waardoor fouten eerder besproken worden en teamleden van elkaar kunnen leren (Buljac-Samardžić & van Woerkom, 2011). Het bevorderen van een klimaat van openheid en psychologische veiligheid zal leiden tot betere prestaties van het team op het gebied van veiligheid (Buljac-Samardžić, 2012). Kortom, met teamwork climate wordt de waargenomen kwaliteit van de samenwerking tussen teamleden gemeten.

2.4 De beïnvloedende factoren op safety attitude

De eerste beïnvloedende factor die in dit onderzoek onderzocht wordt is de teameigenschap samenwerken en stabiliteit op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Samenwerken in een team ondersteunt de teamleden in het bereiken van doelen. Hier voegt Sexton (2006) aan toe dat dit tevens de patiëntveiligheid verhoogt. Doordat teamleden samenwerken kunnen zij van elkaar leren (Edmondson et al., 2007) en dat heeft vervolgens een positieve invloed op de safety attitude. Daarnaast is de stabiliteit van een team tevens van belang, voor het creëren van een safety climate en teamwork climate waarbij geen sprake is van 'shaming' en 'blaming' wanneer fouten worden besproken (Cannon & Edmondson, 2001; Edmondson, 2004).

Vervolgens wordt er gekeken naar de invloed van leiderschap op safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Leiderschap speelt een belangrijke rol binnen teamwork en het creëren van een klimaat waarin patiëntveiligheid door alle teamleden belangrijk wordt gevonden (WHO, 2009). De basis voor teamwork wordt gevormd door het doel van het team, door leiderschap en goede onderlinge verhoudingen. Hierdoor wordt samenwerken, samen praten over diverse aspecten die met de samenwerking samenhangen, effectiever (Jongebreur-Ruskamp & Vinke, 2004).

Ten slotte wordt onderzocht wat de invloed van feedback is op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Feedback is noodzakelijk om van incidenten te leren, wat een positief

effect heeft op de safety attitude en de patiëntveiligheid zal vergroten (van Dijk, 2006). Feedback kan zo bijdragen aan het centraal stellen van de veiligheid binnen de organisatie, wat van belang is voor een safety climate (Sexton, 2006).

2.4.1 Teamwork

In de afgelopen jaren zijn er verschillende definities van teamwork gehanteerd. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie van Kozlowski & Bell, zij definiëren teamwork als: “collectives who exist to perform organizationally relevant tasks, share one or more common goals, interact socially, exhibit task interdependencies, maintain and manage boundaries, and are embedded in an organizational context that sets boundaries, constrains the team, and influences exchanges with other units in the broader entity.” (Kozlowski & Bell, 2003 in Mathieu et al., 2008). Kozlowski & Bell benadrukken in deze definitie dat teams een bepaald niveau van onafhankelijkheid hebben en werkzaam zijn in een organisatiecontext die invloed heeft op hun functioneren. Kirschner (2006) geeft echter aan dat een team meer is dan een groep mensen: “A team is more than a group of people in the same space, physical or virtual. In recent years, increasing attention has been devoted to the social bases of cognition, taking into consideration how social processes in groups and teams affect performance.” (Kirschner et al., 2006; Hackman & Wageman, 2005).

Teamwork is een belangrijke factor in de gezondheidszorg (WHO, 2009). In het onderzoek van Wagner et al., (2009) wordt vermeld dat een gebrek aan teamwork als een grote bedreiging wordt ervaren voor de veiligheid. In 70-80% van de gevallen worden incidenten veroorzaakt door menselijke factoren waarbij sprake is van slechte samenwerking in een team (WHO, 2009). Teamwork is voor dit onderzoek dan ook een belangrijk thema omdat goed teamwork de patiëntveiligheid verbetert (Bower et al., 2003). Daarbij stellen Wagner et al., (2009) als randvoorwaarde, dat er sprake moet zijn van een safety climate voor goed teamwork, waar geleerd kan worden van fouten. Kortom, goed teamwork heeft een positief effect op het verlagen van de incidenten, het verhogen van de patiëntveiligheid en de safety attitude van teamleden (WHO, 2009; Sexton et al., 2006).

2.4.2 Teameigenschappen van teamwork

In dit onderzoek wordt binnen teamwork in de langdurige zorg gekeken naar de teameigenschappen van de teams in de langdurige zorg. Voor de schaal teameigenschappen in de SAQ is gebruik gemaakt van de definitie die Hackman, Wageman & Fisher (2009) geven aan een real team: “*Real teams (1) have clear boundaries; (2) are interdependent for some common purpose; and (3) have at least some stability of membership, which gives members*

time and opportunity to learn how to work together well". Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de teameigenschappen: boundedness, stabiliteit en samenwerking. In dit onderzoek vindt een afbakening plaats op de teameigenschappen samenwerking en stabiliteit. Er wordt niet gekozen voor de teameigenschap boundedness omdat aangenomen kan worden dat wanneer de stabiliteit van een team een positief effect heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg dit ook geldt voor boundedness van een team. Deze samenhang van boundedness en stabiliteit van een team zijn aangetoond in een onderzoek van Van Woerkom & Croon (2009).

In dit onderzoek wordt voor samenwerken de volgende definitie van Kirschner et al., (2006) gehanteerd: "Collaboration is defined as the process of building and maintaining a shared conception of a problem or task, distributing responsibility across members of the group, sharing expertise, and mutually constructing and negotiating cognition" (Kirschner et al., 2006). Hiermee is samenwerken een specifieke vorm van betekenis geven. Er is sprake van effectief samenwerken als gestelde doelen worden gehaald, taken en rollen effectief en efficiënt zijn verdeeld, open met elkaar wordt gecommuniceerd, conflicten constructief worden besproken, gewerkt wordt met duidelijke werkafspraken en protocollen, als resultante van duidelijk en efficiënt overleg en besluitvorming en individuele teamleden ieder hun eigen verantwoordelijkheid nemen voor de samenwerking (Jongebreur-Ruskamp & Vinke, 2004). Campion et al. (1993) stelt dat de mate waarin teamleden samenwerken afhankelijk is van de taakgerichte afhankelijkheid om samen doelen te bereiken. Onderlinge taakafhankelijkheid leidt tot veiligheid (Hacman, Wagemen & Fisher, 2009). De samenwerking tussen teamleden heeft een positieve invloed op een safety climate. Samenwerking tussen teamleden is van belang om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (Sexton et al., 2006). Hierbij kan de basis gelegd worden om met elkaar continu te verbeteren op product/dienstniveau en klantniveau ('ibid'). In het artikel van de WHO (2009) wordt dit argument, dat samenwerking tussen teamleden belangrijk is voor het verhogen van de patiëntveiligheid, nogmaals bevestigd. Daarnaast is het bespreken van fouten in een team wenselijk voor het creëren van een safety climate (Cannon & Edmondson, 2001; Edmondson, 2004 & Sexton, 2006). Dit impliceert de bereidheid om gezamenlijk in een team te kunnen leren van incidenten waarbij teamleden zich open stellen voor inter-persoonlijke risico's en voor een volledig vertrouwen in het team (Cannon & Edmondson, 2001). Hierdoor zullen medewerkers zich inzetten voor de veiligheid van de patiënt (Sexton, 2006). Kortom, samenwerking tussen teamleden heeft een positieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg (Sexton, 2006; Buljac-Samardžić, 2012). Daarnaast heeft samenwerking tussen teamleden een positieve

invloed op een teamwork climate. De basis voor goed teamfunctioneren wordt gevormd door het doel van het team. Als er geen doel is, ontbreekt de legitimiteit van het team ('ibid'). Het maakt gewenste veranderingen gemakkelijker realiseerbaar en draagt bij aan de noodzakelijke betrokkenheid en motivatie van ieder die in een team werkt (Jongebreur-Ruskamp & Vinke, 2004). Waarbij gedeelde normen, waarden, opvattingen, attitude en vanzelfsprekendheden in een team leiden tot een teamwork climate (Hudson, 2001). Hierdoor wordt samenwerken gezien als een proces waarin, door middel van betekenisconstructie, gekomen wordt tot een gezamenlijk beeld van het probleem, de werkelijkheid of de taak (Jongebreur-Ruskamp & Vinke, 2004). In het artikel van Thomas, Sexton, Robert & Helmreich (2003) wordt tevens aangegeven dat effectief teamwork één van de vijf elementen is die zorgt voor het verhogen van patiëntveiligheid. Samen werken en samen leren leidt tot verbeterde samenwerking in een team (Bouman & Koopmans, 2006). Samenwerking tussen teamleden heeft een positief effect op een teamwork climate wat aansluit aan bij de definitie die Sexton et. al. (2006) geven aan teamwork climate: "perceived quality of collaboration between personnel". Samenwerken, bewust leren van en met elkaar, kan leiden tot betere individuele prestaties van het totale team op het gebied van veiligheid. Kortom, de samenwerking tussen teamleden heeft een positieve invloed op het teamwork climate.

Een tweede eigenschap van teamwork voor dit onderzoek is de stabiliteit van een team. In een organisatie lijkt teamstabiliteit het sterkst gerelateerd te zijn aan verloop van personeel; dat is personeel dat de organisatie verlaat, beëindiging dienstverband (Buntinx, 2004). Een steeds wisselende samenstelling van het team vermindert de kans op het bespreken van interpersoonlijk moeilijke observaties en vragen (Edmondson, 2003; 2004; Edmondson et al., 2001). Stabiliteit van medewerkers in een team heeft daardoor een positief effect op een safety climate. Daarnaast hebben teamleden tijd nodig voor teamprocessen zoals leren, communicatie en coördinatie te ontwikkelen (Edmondson et al., 2007). De mate waarin teamleden bereid zijn om kennis, vaardigheden, en acties te delen met als doel te leren van fouten wordt waarschijnlijk bepaald door de stabiliteit van het team. (Edmondson et al., 2007). Een onstabiel team vermindert de kans op het bespreken van fouten (Cannon & Edmondson, 2001) en dit heeft een negatieve invloed op het safety climate. Terwijl het bespreken van fouten in een team wenselijk is voor het creëren van een teamwork climate (Cannon & Edmondson, 2001; Edmondson, 2004 & Sexton, 2006). Daarbij is een teamwork climate een belangrijke element voor de safety attitude van de teams in de langdurige zorg (Sexton, 2006; & Wagner et al., 2009). In een stabiel team voelen teamleden zich veilig om fouten bespreekbaar te maken (Edmondson, 1999), waardoor veiligheid centraal staat in

teamwork (Wagner et al., 2009). Daarbij kan een stabiel team, waarbij sprake is van een laag verloop van personeel (Mark et al., 2007), leiden tot een teamwork climate waarbij de kwaliteit van de samenwerking tussen teamleden van belang is (Sexton et al., 2006). Kortom, stabiliteit in een team heeft een positief effect op een teamwork climate (Buljac-Samardžić, Woerkom & Paauwe, 2012). Stabiliteit kan in een team echter ook negatieve gevolgen hebben omdat stabiele teams ‘bedrijfsblindheid’ kunnen creëren voor routinematig werk (Edmondson et al., 2001). Van Woerkom en Croon (2009) bevestigen echter dat de positieve effecten opwegen tegen de mogelijke negatieve effecten.

Voorgaande leidt tot de volgende hypothesen:

Hypothese 1: Teameigenschappen, samenwerken en stabiliteit ,hebben een positieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

1.a: De teameigenschap samenwerken heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

1.b: De teameigenschap samenwerken heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

1.c: De teameigenschap stabiliteit heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

1.d: De teameigenschap stabiliteit heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

2.4.3 Leiderschap

Om teams in organisaties te laten functioneren is leiderschap nodig (Horner, 1997). Fiedler (1995) definieert teamleiderschap als volgt: “*The team leader is ‘the person who is appointed, elected or informally chosen to direct and coordinate the work of others in a Group’*”. Waarbij voor de leider de uitdaging zit in het creëren van een klimaat waarin veiligheid door alle teamleden wezenlijk belangrijk gevonden wordt. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat steun en betrokkenheid van de leidinggevende voor veiligheid belangrijk is voor het creëren van een safety climate (Seo, Torabi, Blair & Ellis, 2004). Indien de leidinggevende aan de teamleden geen steun en betrokkenheid voor veiligheid laat zien, kunnen de teamleden de perceptie krijgen dat een safety attitude niet beloond wordt waardoor zij dit niet vertonen (Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005). Hoe dit uitwerkt op de cultuur van een organisatie is uitgewerkt in een model, figuur 1, voor de gezondheidszorg door Krause & Hidley (2009).



Figuur 1: Safety Leadership Model (Krause & Hidley, 2009)

Het Safety Leadership Model bestaat uit vier ringen met centraal de persoonlijke veiligheidsnormen: wie is de leider zelf? Daar omheen staat de leiderschapsstijl: hoe beïnvloedt de leider de cultuur? Vervolgens staan daar omheen de goede voorbeelden van het gedrag van de leidinggevende (Krause & Hidley, 2009). Ten slotte de organisatie cultuur als buitenste ring: welke kenmerken van de cultuur worden mogelijk beïnvloedt door het leiderschapsgedrag ('ibid').

Krause en Hidley (2009) onderscheiden twee leiderschapsstijlen: transformationeel en transactioneel leiderschap. Volgens Waldman (2001) is transformationeel leiderschap gericht op de relatie tussen leidinggevend en teamleden, waarbij de leidinggevende motiveert door het stimuleren van betrokkenheid. Transformationeel leiderschap stimuleert het gevoel bij de leden van de organisatie dat het groepsdoel belangrijker is dan het individuele doel (Waldman, 2001). De transactionele leider maakt gebruik van een uitwisseling van belonen en straffen om teamleden taken te laten vervullen. Hierbij beperkt de transactionele leider zich tot de controle op contractuele verplichtingen en die meestal wordt gekenmerkt door het stellen van doelen, monitoren en het controleren van de resultaten (Kramer, Smit & Groeneweg, 2009). Een transactionele leider zal alleen actie nemen in het geval dat afspraken niet zijn nagekomen of wanneer fouten al hebben plaatsgevonden ('ibid'). Coachend leiderschap wordt echter niet door Krause en Hidley (2009) genoemd. Terwijl coachend leiderschap nodig is voor teams in de langdurige zorg om een safety attitude te ontwikkelen (Buljac-Samardžić & van Woerkom, 2011; Cannon & Edmondson, 2001).

Teams met leiders die een coachende stijl van leidinggeven hebben, zijn meer gericht op een probleemoplossende benadering en minder op een schuld benadering om fouten vast te stellen in een team (Buljac-Samardžić & van Woerkom, 2011; Cannon & Edmondson, 2001; Edmondson, 2004, 1999; Hackman & Wageman, 2005). In het artikel van Buljac-Samardžić & van Woerkom (2011) wordt aangetoond dat leiders die een coachende stijl van leidinggeven aanhouden, een cruciale rol kunnen spelen voor een team om fouten te zien als

een bron van leren en verbeteren. Hierbij worden teamleden niet verantwoordelijk gehouden voor fouten, zoals dat bij een person approach gebeurt (Reason, 1998). Dit doen zij volgens Ellinger et al., (2003) niet door oplossingen te geven bij dagelijkse problemen, maar door de teamleden adviezen te geven bij het reflecteren op het probleem en bij het zoeken naar een oplossing. Een coachende leiderschapsstijl heeft daardoor een positief effect op een safety climate. Daarnaast maken coachende leiders gebruik van directe interactie met de teamleden waardoor de groei en ontwikkeling van de teamleden worden bevordert (Hackman & Wageman, 2005; Ellinger et al., (2003). Teams met een probleemoplossende benadering worden gezien als essentieel voor het leren van fouten en het verbeteren van prestaties op het gebied van veiligheid (Edmondson, 1999; Edmondson, Dillon, en Roloff, 2007). Waardoor een coachende leider een positieve invloed heeft op een safety climate. Het creëren van de juiste percepties alleen is echter niet toereikend om het gedrag ten aanzien van veiligheid te bevorderen (Mark et al., 2007). Uit onderzoek blijkt dat steun en betrokkenheid vanuit de leidinggevende belangrijk is voor het creëren van een safety climate (Seo et al., 2004). Wanneer de leidinggevende geen steun en betrokkenheid voor veiligheid toont aan de teamleden, kunnen de teamleden de indruk krijgen dat veiligheidsgedrag niet beloond wordt en zullen ze dit niet tonen (Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005). Daarnaast laten coachende leiders teamleden participeren in veiligheidsgerelateerde beslissingen waardoor coachend leiderschap een positieve invloed heeft op het safety climate (Seo et al., 2004).

De verwachting is dat coachende leiders de teams in de langdurige zorg kunnen leren om van hun fouten te leren. Coachende leiders kunnen een teamwork climate creëren waarin fouten bespreekbaar gemaakt worden waarbij teamleden op zoek gaan naar oplossingen (Ellinger et al., 2003). Hierdoor zal een coachende leider een teamwork climate van openheid en psychologische veiligheid bevorderen (Buljac-Samardžić, 2012). Kortom, coachend leiderschap heeft een positief effect op de elementen safety climate en teamwork climate (Sexton, 2006; Buljac-Samardžić, van Woerkom & Paauwe, 2012).

Voorgaande leidt tot de volgende hypothesen:

Hypothese 2: Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

2.a: Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

2.b: Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

2.4.4 Feedback

In de literatuur over de gezondheidszorg zijn onder meer de volgende definities van feedback te vinden: ‘Het teruggeven van informatie over het eigen handelen van een zorgverlener, praktijk of instelling’ (van der Weijden et al., 2001) en ‘*Any summary of clinical performance of health care over a specified period of time.*’ (Jamtvedt et al., 2006). Waarbij effectieve feedback onder te verdelen is in twee categorieën: het geven van informatie en het uitvoeren van maatregelen waarbij gebruik wordt gemaakt van corrigerende maatregelen om herhaling te voorkomen en de veiligheid te verbeteren (Benn et al., 2008). Beide categorieën verhogen de patiëntveiligheid (Benn et al., 2008).

Feedback bestaat uit informatie die aangeboden wordt aan teamleden met als doel het verbeteren van zijn of haar prestaties (Earley, Northcraft, Lee & Lituchy, 1990). Feedback kan informatie geven over de juistheid, nauwkeurigheid en de toereikendheid van het werkgerelateerde gedrag van teamleden (Edmondson, 1999). Hierdoor krijgen teamleden de mogelijkheid om na te gaan of ze hun werk goed doen. Bij gebrek aan feedback zal een medewerker niet in staat zijn om zijn gedrag aan te passen om inzicht te krijgen in de mogelijkheden rondom zijn of haar werk (Earley, Northcraft, Lee & Lituchy, 1990). Om een leerproces bij teamleden te initiëren is feedback een belangrijk instrument (van Dijk, 2006).

In Nederland is sinds enkele jaren het Veilig Incident Melden (VIM) in opkomst. VIM is een aanpak van incident melden waarbij teamleden op afdelingsniveau onbedoelde gebeurtenissen melden waarbij de patiënt (mogelijk) schade ondervindt. Een afdelingsgebonden meldingscommissie analyseert de meldingen en zet verbetermaatregelen in (Molendijk et al., 2003). Feedback is een belangrijke factor om het melden van incidenten te stimuleren (Leape, 2002). Feedback op incidentmeldingen voor teamleden zijn voor organisaties dan ook essentieel om de veiligheid in de organisatie te verbeteren (Benn et al., 2008), feedback heeft een positieve invloed op het safety climate (Sexton, 2006). Daarbij moet feedback betekenis hebben voor de doelgroep en toepasbaar zijn op hun situatie. Feedback bevordert de bewustwording van patiëntveiligheid bij teamleden waardoor feedback een positieve invloed heeft op het safety climate (Benn et al., 2008; Sexton, 2006). Hierdoor ontstaat een organisatorische betrokkenheid tot veiligheid wat volgens Sexton et al., (2006) wordt gedefinieerd als een safety climate. Daarnaast stimuleert feedback de positieve acties van teamleden en biedt feedback inzicht in factoren die mogelijk kunnen leiden tot fouten (Amore & Ingram, 2002). Feedback levert een bijdrage in het creëren van een omgeving waarin teamleden fouten met elkaar bespreken (Amoore & Ingram, 2002), feedback heeft een positieve invloed heeft op een teamwork climate (Sexton, 2006). Feedback draagt bij aan het

creëren van een omgeving waarin teamleden zich veilig en vrij voelen om problemen met elkaar te bespreken zonder dat hier sprake is van individuen die elkaar de schuld geven van fouten (Amoore & Ingram, 2002). Kortom, feedback kan dienen als een educatief instrument dat teamleden aanmoedigt om na te denken over de patiëntveiligheid (Amoore & Ingram, 2002), waardoor feedback een positieve invloed heeft op het teamwork climate.

Voorgaande leidt tot de volgende hypothese:

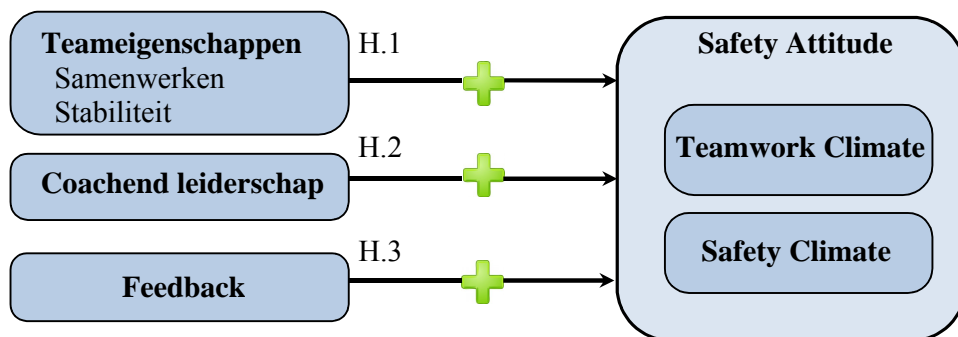
Hypothese 3: Feedback heeft een positieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

3.a: Feedback heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

3.b: Feedback heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

2.5 Theoretisch model

Op basis van het theoretisch kader kan een conceptueel model ontwikkeld worden dat het onderzoek van de scriptie weergeeft. De concepten die van belang zijn voor deze scriptie zijn uitvoerig behandeld en onderliggende verbanden zijn beschreven. In figuur 2, worden de hypothesen, die beschreven zijn in het theoretisch kader, weergegeven in de vorm van een theoretisch model. In dit onderzoek wordt onderzocht wat de invloed is van de teameigenschappen samenwerken en stabiliteit, en van coachend leiderschap en feedback op safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Hierbij wordt gekeken naar de invloed op de elementen teamwork climate en safety climate die volgens Sexton et al., (2006) een onderdeel zijn van safety attitude. Het theoretisch model zal gedurende het onderzoek als leidraad fungeren.



Figuur 2: Theoretisch model

Hoofdstuk 3 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier het onderzoek uitgevoerd is. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoeksdesign beschreven. In paragraaf 3.2 wordt de onderzoekssetting beschreven. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar de verschillende organisaties die hebben meegedaan aan het overkoepelende onderzoek en de respondenten. In paragraaf 3.3 wordt de dataverzameling beschreven. In paragraaf 3.4 wordt het meetinstrument besproken. In paragraaf 3.5 wordt de data-analyse besproken. Ten slotte wordt in paragraaf 3.6 de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek gedaan. Cross-sectioneel onderzoek bestaat uit het eenmalig meten van gegevens binnen de onderzoekspopulatie en is in feite een momentopname (Swanborn, 2002). Daarnaast is er sprake van hypothesetoetsend onderzoek. Gegevens zijn verzameld via vragenlijsten en de hypothesen zijn statistisch getoetst (Swanborn, 2002). De verkregen data zijn geanalyseerd met behulp van het statistische computerprogramma SPSS (Statistical Package for Social Science). SPSS wordt gebruikt voor onder andere het samenvatten, analyseren en het statistisch toetsen van grote hoeveelheden onderzoeksgegevens.

3.2 Onderzoekssetting

Dit onderzoek maakt deel uit van een groter, overkoepelend onderzoek naar de invloed van de gekozen variabelen teameigenschappen, leiderschap en feedback op de safety attitude van teams in de langdurige zorg. Het onderzoek wordt uitgevoerd door studenten van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

3.3 Dataverzameling

De verschillende organisaties die hebben meegewerkt zijn willekeurig gekozen door studenten van de Erasmus Universiteit, die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Dit zijn negen verschillende langdurige zorgorganisaties in Nederland namelijk Trivium Meulenbeltzorg, Curamare, Zorggroep Plantein, Woonzorgcentrum de Breedonk, BrabantZorg, Florence, Surplus Groep-Zorg, Laurens en ZZG Zorggroep Nijmegen. Deze organisaties leveren zowel verpleeghuiszorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

Data zijn verzameld door het uitzetten van schriftelijke vragenlijsten, de SAQ (bijlage 1). Hiervan is de Nederlandse vertaling gebruikt (Poley et al., 2011). Daarbij is deze vragenlijst

met kleine aanpassingen geschikt gemaakt voor de langdurige zorg. Dataverzameling vond plaats in de maand maart en april 2012. Na introductie en goedkeuring van het onderzoek aan de organisaties zijn vragenlijsten verspreid op de afdelingen. Teamleden kregen drie weken de tijd om de vragenlijsten in te vullen op papier. Om de respons te vergroten is na één week via de teammanagers met behulp van een email een reminder gestuurd naar de teamleden. Na drie weken zijn de vragenlijsten door de onderzoekers persoonlijk opgehaald. Vooraf werd de deadline voor het verzamelen van de schriftelijke vragenlijsten bepaald door de onderzoekers. Voor verwerking van de vragenlijsten zijn de deelnemende organisaties en teams gecodeerd, hierdoor is het mogelijk de gegevens anoniem te verwerken.

3.3.1 Respondenten

De disciplines op de werkvloer behorend tot het verplegend, verzorgend en ondersteunend personeel oftewel behorend tot het team zijn uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Dit zijn de teamleden die zich direct in het primaire proces bewegen. De volgende medewerkers zijn uitgenodigd voor het onderzoek:

- Verpleegkundigen & Verzorgenden (alle niveaus en functies) en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV);
- Verpleeghulp (alle niveaus);
- Maatschappelijk werkers, huiskamermedewerkers en andere maatschappelijke functies (bv. sociaal pedagogisch hulpverleners, sociaal juridisch hulpverleners etc.).

Zorgorganisaties zijn veelal organisaties waar veel leerlingen en stagiaires werkzaam zijn. Leerlingen zijn tevens uitgenodigd om deel te nemen aan het invullen van de vragenlijst. Zij hebben een contract met de organisatie en maken deel uit van het team. Zij behoren daarmee eveneens tot de doelgroep voor dit onderzoek. Hoewel stagiaires ook deel uitmaken van het team, hebben zij geen arbeidscontract met de organisatie. Deelname aan het onderzoek is voor hen daarom niet van toepassing. Respondenten zijn benaderd via de locatiemanager, manager organisatiebeleid en de teammanagers van de verschillende afdelingen. Door middel van een memo waarin het onderzoek werd geïntroduceerd zijn zij benaderd voor deelname aan het onderzoek. De memo is digitaal verspreid via email en/of via de online werkomgeving.

3.3.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep

De negen zorgorganisaties die hebben meegedaan aan het onderzoek liggen verspreid door heel Nederland. De vragenlijst is in totaal aan 1150 respondenten in 61 teams uitgedeeld. Hiervan hebben 607 respondenten uit 61 teams deelgenomen aan het onderzoek. Het responspercentage bleek uiteindelijk 53%. In tabel 3.3 staat een overzicht van de respons verdeeld over de soort zorg.

Soort Zorg	Team		Respondenten	
	N	%	N	%
Verpleging en Verzorging	53	86,9	521	85,8
Thuiszorg	7	11,5	82	13,5
Gehandicaptenzorg	1	1,6	4	0,6
Totaal	61	100%	607	100%

Tabel 3.3: Overzicht soorten zorg

De respondenten hebben diverse functies. Hiervan werkt 62,6% als verzorgende, 9,2% als verpleegkundige en 9,7% als helpende. Daarbij zijn er nog andere functies zoals maatschappelijk werkers, logopedisten, fysiotherapeuten, psychologen en artsen.

Van alle respondenten is 92,8% een vrouw, had 86,8% de Nederlandse nationaliteit, was 67,7% part-time in dienst, had 50,9% een MBO niveau 3 of 3IG diploma en was 55% al langer dan vijf jaar werkzaam in het team.

In 2006 is de arbeidsmarkt in de Nederlandse gezondheidszorg in kaart gebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Hierbij komt een aantal percentages redelijk overeen met de percentages uit dit onderzoek. De RVZ geeft aan dat in 2000 de arbeidsmarkt voor 85% uit vrouwen en voor 92,4% uit autochtonen bestond. Verder had het overgrote deel van de arbeidsmarkt in de langdurige zorg verzorgenden of verpleegkundigen in dienst en had hiervan 56% een MBO diploma. Op basis van deze gegevens kan echter niet aangenomen worden dat de groep respondenten in dit onderzoek representatief is voor teams in de langdurige zorg. Er is sprake van een grote hoeveelheid teams met verpleging en verzorging en een laag aantal van teams met thuiszorg en gehandicaptenzorg. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek gelden voor de zorgorganisaties die deelgenomen hebben aan dit onderzoek. Er kunnen dus ‘waarschijnlijke’ uitspraken gedaan worden voor de teams in de langdurige zorg in Nederland.

3.4 Meetinstrument

Bestaande schalen in de SAQ van Sexton et al., (2006) zijn: teamwork climate, safety climate, job satisfaction, stress recognition, perception of management, en working conditions. Met *teamwork climate* wordt de kwaliteit van de samenwerking tussen teamleden gemeten. Met de schaal *safety climate* wordt de organisatorische betrokkenheid tot veiligheid gemeten. De schaal *job satisfaction* meet de tevredenheid van teamleden. Met de schaal *stress recognition* wordt gemeten of de prestaties worden beïnvloed door stressoren. De schaal *perceptions of management* meet de perceptie over acties van het management gerelateerd aan veiligheid. Ten slotte de schaal *working conditions* meet de waargenomen kwaliteit van de werkomgeving en de ondersteunende systemen (Sexton et al., 2006).

Daarnaast is aan de SAQ een aantal schalen toegevoegd namelijk: teameigenschappen, leiderschap, feedback, afstand tussen de medewerker en de directe leidinggevende en ten slotte algemene vragen, de controle variabelen. Alle onderdelen van de SAQ bestonden uit vragen die beantwoord konden worden met een vijfpunts-Likert schaal. Waarbij 1 stond voor ‘zeer mee oneens’ en 5 voor ‘zeer mee eens’. In het algemene deel zijn met name open vragen opgenomen, maar bij enkele vragen zijn categorale antwoordmogelijkheden weergegeven, zoals geslacht, opleidingsniveau, aanstelling en functie (Baarda & de Goede, 2001).

3.5 Data -analyse

Voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen van het onderzoek is een aantal variabelen uit de SAQ vragenlijst geselecteerd. Hierbij is gebruik gemaakt van de schalen teamwork climate, safety climate, samenwerken, stabiliteit, coachend leiderschap en feedback. Deze variabelen worden hieronder beschreven, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar afhankelijke en onafhankelijke variabelen.

3.5.1 Afhankelijke variabelen

De afhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn de safety attitude uitkomsten, voor dit onderzoek de elementen safety climate en teamwork climate. De eerste afhankelijke variabele is safety climate. In de vragenlijst bestaat deze schaal uit 7 items. Voorbeeld item was: ‘Fouten worden goed afgehandeld in deze organisatie’. De tweede afhankelijke variabele is teamwork climate. Deze schaal bestaat in totaal uit 6 items. Voorbeeld item was: ‘De inbreng van zorgverleners wordt op prijs gesteld in mijn team’.

3.5.2 Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen, de variabelen waarmee de effecten in dit onderzoek verklaard worden, zijn teameigenschappen, coachend leiderschap en feedback. Deze variabelen hebben invloed op de safety attitude uitkomsten en zijn daardoor de onafhankelijke variabelen in dit onderzoek (de Jong et al., 2000). In de vragenlijst bevindt zich een schaal over leiderschap, welke is op gedeeld in verschillende leiderschapsstijlen zoals coachend, transformationeel en transactioneel leiderschap. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de schaal coachend leiderschap die bestaat uit 8 items. Voorbeeld item was: ‘Mijn directe leidinggevende speelt rollenspellen met mij om me verschillende perspectieven te helpen zien.

De teameigenschappen, stabiliteit en samenwerken hebben tevens invloed op de safety attitude uitkomsten en zijn daardoor onafhankelijke variabelen in dit onderzoek. Teameigenschappen is in de SAQ één schaal met subitems. Dit zijn boundedness, stabiliteit en samenwerken. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van ‘stabiliteit’ dat bestaat uit 3 items en van ‘samenwerken’ dat tevens bestaat uit 3 items. Voorbeeld items waren: ‘Samenwerking is noodzakelijk om de teamtaak te vervullen’ (*Samenwerken*) en ‘Ons team bestaat al lang uit dezelfde mensen’ (*Stabiliteit*). Ten slotte de variabele feedback die tevens invloed heeft op de safety attitude uitkomsten en daarmee een onafhankelijke variabele is. In de vragenlijst bevindt zich een schaal over feedback. Dit zijn items gericht op het krijgen van feedback van de leidinggevende, in totaal zijn dit vier items. Een voorbeeld item was: ‘Ik krijg van mijn leidinggevende voldoende informatie over het resultaat van mijn werk.

3.5.3 Analyse methode

De verkregen data zijn geanalyseerd met behulp van het onderzoeksprogramma SPSS 19. Waarbij de data eerst gecontroleerd zijn op system *missings* en *outliers*. Deze kunnen namelijk misleidend zijn voor de rest van de analyse. Deze waarden zijn allemaal omgezet naar missing values, getal 99. Na deze controle is met behulp van frequentietabellen een beschrijvende analyse gedaan van de totale sample. Vervolgens is een factoranalyse uitgevoerd om de validiteit van de vragen te bepalen. Met de factoranalyse is getoetst in hoeverre de vragen het construct meten dat gewenst is (Field, 2005). De eigenwaarde van een factor is de totale hoeveelheid variantie die deze factor verklaart. De eigenwaarde van een factor moet groter zijn dan 1 om te spreken van een valide schaal. Met de factoranalyse wordt dus onderzocht of uit de verzamelde data blijkt dat de schalen ook in dit onderzoek gevormd kunnen worden. Hierdoor is te achterhalen of schalen op te delen zijn in een kleiner aantal

onderliggende factoren. Vervolgens is de betrouwbaarheid gemeten door het uitrekenen van de Cronbach's Alpha, de meest gebruikte maat voor schaalbetrouwbaarheid (Field, 2005). Wanneer de Cronbach's Alpha groter is dan 0,7 kan worden vastgesteld dat de schaal betrouwbaar is ('ibid').

De vragenlijsten zijn op respondentniveau afgenomen. De relaties in dit onderzoek worden echter op teamniveau uitgevoerd, aangezien er 'geneste data' verkregen zijn. Alle verkregen data op respondentniveau zijn afhankelijk van in welk team de respondenten zitten. Om de data van respondentniveau naar teamniveau te veranderen, moet de data geaggregeerd worden. Hierdoor kan de statistische analyse plaats vinden op teamniveau. Met behulp van de intra-class correlation coëfficiënt ICC(1) en ICC(2) op basis van ANOVA's is nagegaan of aggregatie van de verzamelde data geoorloofd is (Bliese, 2000). Mierlo (2008) geeft formules voor het uitrekenen van de ICC(1) en de ICC(2). Bij een hoge ICC(1) is een enkele waarneming een betrouwbare schatting voor het schaalgemiddelde. Voor ICC (1) geldt dat een waarde tussen de 0,15 en 0,20 of hoger voldoende is. De ICC(2) geeft de betrouwbaarheid van het schaalgemiddelde weer. Voor de ICC(2) geldt dat een waarde boven de 0,7 acceptabel is, en een waarde tussen de 0,5 en 0,7 is marginaal en een waarde onder de 0,5 is erg laag (Klein et al., 2000). De gegevens waarmee, door middel van een formule van Mierlo (2008), de ICC-waarden zijn uitgerekend zijn verkregen door middel van een variantieanalyse, de one-way ANOVA analyse in SPSS.

Vervolgens is na het aggregeren van data een correlatieanalyse uitgevoerd om een samenhang aan te tonen tussen de variabelen coachend leiderschap, samenwerken, stabiliteit, feedback, teamwork climate en safety climate. Hierbij moet een significante correlatie bestaan tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabele. Statistische significantie werd gedefinieerd als $p < .05$ (Vocht, 2008). Indien sprake was van een significante correlatie werden de variabelen gebruikt in de regressieanalyse. De hypothesen zijn vervolgens met de uitkomsten van de regressieanalyse aangenomen of verworpen.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

3.6.1 Validiteit

De interne validiteit van een onderzoek zegt iets over de inhoud, het geeft weer in hoeverre er gemeten wordt wat de bedoeling is (Swanborn, 2002). De validiteit voor dit onderzoek is gewaarborgd doordat er gebruik is gemaakt van de SAQ, een gevalideerde vragenlijst. De vragenlijst is eerder toegepast bij vergelijkbare doelgroepen echter nu voor het eerst aangepast voor de langdurige zorg. Dit zijn voornamelijk kleine aanpassingen, zoals de verandering van de term patiënt in cliënt en de toevoeging van andere functies zoals verzorgende.

De externe validiteit geeft de mate van generaliseerbaarheid aan (Swanborn, 2002). Om externe validiteit te creëren is geprobeerd een representatieve steekproef te selecteren. Het doel van het onderzoek was om safety attitude te meten bij medewerkers uit het primaire proces. Het primaire proces bestaat uit verschillende soorten disciplines en bij het selecteren van de respondenten is geprobeerd deze verscheidenheid aan disciplines te includeren.

Om te toetsen in hoeverre de items het gewenste construct meten, is gebruik gemaakt van de factoranalyse. Tabel 3.6a geeft een overzicht van de verschillende factoren met de eigenwaarden en de bijbehorende percentages van de variantie. De items voor ‘stabiliteit’ meten volgens de factoranalyse één factor met een eigenwaarde >1 . Deze factor verklaart 68% van de variantie. Alle items laden goed op de factor, waarbij de laagste factorlading 0,745 is. Dit is ver boven de 0,300 waardoor het item valide te noemen is.

De items voor ‘Samenwerken’ meet volgens de factoranalyse één factor, met een eigenwaarde >1 . En deze factor verklaart 46% van de variantie en alle items laden goed op de factor, waarbij de laagste factorlading van een item ,391 is en dus valide is.

De items voor ‘Coachend leiderschap’ meet volgens de factoranalyse één factor, met een eigenwaarde >1 . En deze factor verklaart 54% van de variantie en alle items laden goed op de factor, waarbij de laagste factorlading van een item 0,523 is en dus valide is.

De items voor ‘Feedback’ meet één factor volgens de factoranalyse, met een eigenwaarde >1 . Deze factor verklaart 78% van de variantie en alle items laden goed op de factor, waarbij de laagste factorlading van een item 0,835 is wat ver boven de 0,300 is en dus valide is.

De items voor “Safety Climate” meet met de factoranalyse één factor, met een eigenwaarde >1 . En deze factor verklaart 40% van de variantie en alle items laden goed op de factor, waarbij de laagste factorlading van een item 0,522 is en dus valide is.

De items voor ‘Teamwork Climate’ meet volgens de factoranalyse één factor, met een eigenwaarde >1 . Deze factor verklaart 44% van de variantie en alle items laden goed op de

factor, waarbij de laagste factorlading van een item 0,498 is en dus valide is. Geconcludeerd kan worden dat de factoren in tabel 3.6a allemaal valide zijn met een eigenwaarde >1.

Factor	Eigenwaarde factor 1 (% variantie)
Stabiliteit	2,041 (68%)
Samenwerken	1,338 (46%)
Coachend leiderschap	4,317 (54%)
Feedback	3,127 (78%)
Safety Climate	2,813 (40%)
Teamwork Climate	2,662 (44%)

Tabel 3.6a: Variabelen met bijbehorende eigenwaardes en factorladingen

3.6.2 Betrouwbaarheid

Voor de schalen stabiliteit, samenwerken, coachend leiderschap, feedback, safety climate en teamwork climate is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, zodat bepaald kan worden of de interne consistentie van de items dusdanig meten wat ze moeten meten. In tabel 3.6b zijn de Cronbach's Alpha van de schalen weergegeven. Hieruit blijkt dat alle schalen gebruikt kunnen worden in het onderzoek. De schaal 'Samenwerken' heeft echter met alle items een Cronbach's Alpha van 0,392. Door één item te verwijderen komt de Cronbach's Alpha uit op 0.50. De Cronbach's Alpha heeft een waarde onder de 0.70, waardoor de schaal niet betrouwbaar zou zijn. Desondanks wordt deze schaal toch meegenomen in het onderzoek. Volgens Field (2005) zijn schalen met een klein aantal items al betrouwbaar met een Cronbach's Alpha vanaf 0.50. Dit is voor de schaal 'Samenwerken' het geval, omdat die bestaat uit twee items.

Schaal	N	Aantal items per schaal	Cronbach's Alpha
Stabiliteit	580	3	0,76
Samenwerken	596	2	0.50
Coachend leiderschap	573	8	0.87
Feedback	578	4	0,91
Safety Climate	589	7	0,75
Teamwork Climate	589	6	0,72

Tabel 3.6b: Variabelen met bijbehorende Cronbach's Alpha's

3.6.3 Aggregeren naar teamniveau

Door de individuele data te aggregeren naar teamniveau kunnen de resultaten op teamniveau geanalyseerd worden (Bliese, 2000). Hieronder wordt voor de onafhankelijk en afhankelijke variabelen de ICC(1) en ICC(2) weergegeven.

De ICC(1) van stabiliteit is 0,288. Dit betekent dat ongeveer 29% van de variantie in individuele scores op stabiliteit toe te schrijven is aan het team. De ICC(2) van stabiliteit is 0,807 dat is dus acceptabel als het gaat om de betrouwbaarheid van het groepsgemiddelde. De ICC(1) van samenwerken is 0,067. Dit betekent dat 7% van de variantie in individuele scores op samenwerken toe te schrijven is aan het team. De ICC(2) van samenwerken is 0,417, dat is erg laag. De ICC(1) van coachend leiderschap is 0,181. Dit betekent dat 18% van de variantie in individuele scores op coachend leiderschap toe te schrijven is aan het team. De ICC(2) van coachend leiderschap is 0,689, dat is dus acceptabel. De ICC(1) van feedback is 0,249. Dit betekent dat 25% van de variantie in individuele scores op feedback toe te schrijven is aan het team. De ICC(2) van feedback is 0,768, dat is dus acceptabel. De ICC(1) van teamwork climate is 0,138. Dit betekent dat 14% van de variantie in individuele scores op teamwork climate toe te schrijven is aan het team. Terwijl de ICC(2) van teamwork climate 0,615 is en dat is marginaal. Ten slotte de ICC(1) van safety climate is 0,110. Dit betekent dat 11% van de variantie in individuele scores op safety climate toe te schrijven is aan het team. Terwijl de ICC(2) van safety climate 0,591 is en dat is marginaal. Het één en ander is in tabel 3.6c samengevat.

Variabelen	MSB	MSW	F	Sig	ICC(1)	ICC(2)
Stabiliteit	2,212	0,428	5,171	0,000	0,288	0,807
Samenwerken	0,823	0,479	1,717	0,000	0,067	0,417
Coachend leiderschap	1,446	0,436	3,314	0,000	0,181	0,689
Feedback	2,904	0,673	4,315	0,000	0,249	0,768
Safety Climate	0,465	0,208	2,240	0,000	0,120	0,591
Teamwork Climate	0,600	0,231	2,592	0,000	0,138	0,615

Tabel 3.6c: MSB, MSW, F en ICC-waarden

Tabel 3.6c laat zien dat de ICC(1) waardes bij de meeste schalen de grens van 0,15 overschrijden. Als we kijken naar de ICC(2) waardes zien we dat alle schallen betrouwbare gemiddeldes hebben of f-niveau behalve de schaal 'Samenwerken'. Op basis van deze waarde is het onacceptabel om deze schaal te aggregeren. Wanneer een F-waarde echter significant is,

stellen Klein en Kozlowski (2000) dat aggregeren alsnog acceptabel is. Op basis hiervan is het acceptabel om de schaal 'Samenwerken' te aggregeren.

Om de analyse op teamniveau betrouwbaar te houden worden alleen teams meegenomen met een respons van 30% of hoger. Data waarbij teams minder dan 30% van de teamleden heeft gereageerd zijn niet representatief genoeg voor het hele team. In bijlage 2 is te zien dat alleen team 41 en 46 een respons hebben die lager is dan 30%. Deze teams worden in dit onderzoek niet meegenomen voor verdere analyse. In totaliteit worden 59 teams meegenomen in dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek gepresenteerd worden. In paragraaf 4.1 zal aangegeven worden of er samenhang is gevonden tussen de verschillende variabelen in dit onderzoek. Paragraaf 4.2 zal per hypothese in gaan op de gevonden correlaties met behulp van de regressie analyse. De uitkomsten hiervan geven weer of de hypothesen verworpen of aangenomen kunnen worden.

4.1 Correlaties

De correlatiematrix maakt duidelijk in welke mate er samenhang is tussen twee variabelen en welke richting deze samenhang heeft, positief of negatief. Omdat er lineaire samenhang wordt verwacht, wordt gebruik gemaakt van de Pearson correlatie. Voor de ordinale variabelen wordt gebruik gemaakt van de Spearman correlatie. Beide correlaties geven aan hoe sterk het verband is tussen twee variabelen. De correlaties wordt uitgedrukt in Pearson's correlatiecoëfficiënt en Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt, die altijd ligt tussen -1 (perfect negatief verband) en +1 (perfect positief verband) (Vocht, 2011). In tabel 4.1, de correlatiematrix, zijn de Pearson en Spearman correlaties samengevoegd.

Uit de correlatiematrix is af te lezen welke onafhankelijke variabelen (significant) samenhangen met de afhankelijke variabelen safety climate en teamwork climate. Hierdoor kan tevens bepaald worden welke controlevariabelen in welke mate significant correleren met de afhankelijke variabelen en derhalve kunnen worden meegenomen in de regressieanalyses.

Uit de correlatiematrix blijkt dat er significante positieve correlaties zijn tussen stabiliteit en feedback ($r = ,351$ $p < .01$), tussen stabiliteit en safety climate ($r = ,432$, $p < .01$), tussen stabiliteit en teamwork climate ($r = ,403$, $p < .01$), tussen stabiliteit en aantal jaren werkzaam in organisatie ($r = ,286$, $p < .05$), tussen stabiliteit en aantal jaren werkzaam op de afdeling ($r = ,256$, $p < .05$). Uit tabel 4.1 blijkt verder dat er geen significant verband is tussen samenwerken en safety climate en tussen samenwerken en teamwork climate, maar de correlatiecoëfficiënt tussen samenwerken en safety climate is wel vrij hoog. Mogelijk kan er bij een groter aantal cases wel een significante relatie worden aangetoond. Vervolgens zijn er significante correlaties tussen coachend leiderschap en feedback ($r = ,887$, $p < .01$), tussen coachend leiderschap en safety climate ($r = ,562$, $p < .01$) en tussen coachend leiderschap en functie ($r = -,265$ $p < .05$). Vervolgens is er een significantie correlatie tussen feedback en safety climate ($r = ,567$, $p < .01$), tussen feedback en nationaliteit ($r = ,412$, $p < .01$) en tussen feedback en aantal jaren werkzaam in de organisatie ($r = ,264$, $p < .01$). Ten slotte is er nog een significante correlatie tussen safety climate en teamwork climate ($r = ,516$, $p < .01$). Wat verder nog

opvalt in de correlatiematrix is een significante correlatie tussen de controle variabele geslacht en safety climate ($r = ,286, p < .05$) en een significante correlatie tussen de controle variabele nationaliteit en safety climate ($r = ,235, p < .05$).

Naast het onderzoeken van correlaties tussen de variabelen is het tevens van belang te beoordelen of er sprake is van multicollineariteit in de data. Dus wanneer er correlaties voorkomen van $r > 0,9$ dan is er mogelijk sprake van multicollineariteit. Dit betekent dat deze onafhankelijke variabelen ongeveer het zelfde meten, zij zouden dan niet tegelijkertijd meegenomen mogen worden in een regressieanalyse (Vocht, 2008). In dit onderzoek is echter geen sprake van multicollineariteit, dit is met behulp van spss, door vooraf de bivariate correlatiecoëfficiënten van alle onafhankelijke variabelen te berekenen, aangetoond.

Variabelen	Gem	SD	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Stabilliteit	3,46	,50	61	1										
2.Samenwerken	3,58	,34	61	-,069	1									
3 Coachend Leiderschap	2,94	,43	61	,245*	-,196	1								
4 Feedback	3,21	,61	61	,351**	-,213	,887**	1							
5 Safety Climate	3,61	,23	61	,432**	-,186	,562**	,567**	1						
6 Teamwork Climate	3,82	,25	61	,403**	,084	,083	,076	,516**	1					
7 Geslacht¹	,95	,08	61	-,087	-,168	,173	,181	,286*	,118	1				
8 Nationaliteit²	,04	,12	61	,188	-,063	,211	,416**	,235*	,088	,112	1			
9 Opleiding³	3,67	,84	61	,007	-,120	-,213	-,269*	-,137	,049	-,229*	-,184	1		
10 Jaren in organisatie	10,73	4,83	61	,286*	,000	,103	,264*	,026	-,045	-,170	-,083	-,114	1	
11 Jaren op afdeling	6,43	3,4	61	,256*	-,090	,075	,140	,096	,028	-,205	-,128	,056	0,733**	1

Tabel 4.1: Correlatiematrix Stabilliteit- Samenwerken- Coachend Leiderschap- Feedback - Safety Climate – Teamwork Climate – Controle variabelen.

¹ Geslacht: 0=man, 1= vrouw

² Nationaliteit: 0=Nederlands, 1=Anders

³ Opleiding: 0=middelbaar onderwijs, 1=MBO niv1, 2= MBO niv2, 3=MBO niv3, 4=MBO niv3IG, 5=MBO niv4, 6=HBO, 7=post HBO, 8= WO, 9=Anders

4.2 Regressieanalyse

De hypothesen zijn getoetst met behulp van multipele lineaire regressies. Met deze analyse is gekeken in hoeverre een verandering in de onafhankelijke variabele resulteert in een verandering in de afhankelijke variabele. De resultaten hiervan worden in deze paragraaf weergegeven.

4.2.1 Teameigenschappen en safety attitude van de teams

Om de relatie tussen teameigenschappen, voor dit onderzoek stabiliteit, en de safety attitudes van de teams te onderzoeken is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij is stabiliteit de onafhankelijke- en safety climate en teamwork climate de afhankelijke variabele. Voor safety climate bevat model 1 de controlevariabelen, die op basis van de correlatiematrix enige correlatie vertonen, in model 2 is de onafhankelijke variabele toegevoegd. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 4.2.1

Model	Safety Climate		Teamwork Climate
	1 β	2 β	1 β
Controle variabelen			
• Geslacht	,188	,179	-
• Nationaliteit	,208	,121	-
Teameigenschap: Stabiliteit		,405**	,408**
R ²	,091	,247**	,166**
F change		11,418**	11,378**

Tabel 4.2.1: Het effect van stabiliteit op safety climate en teamwork climate **:p<,01 *:p<,05

De resultaten in tabel 4.2.1 laten zien dat de teameigenschap stabiliteit een positieve relatie heeft met safety climate (β ,405, $p < ,01$). De F Change van 11,418 ($p < ,01$) geeft aan dat deze verklaringskracht significant is. Op basis van deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat de teameigenschap stabiliteit een positief effect heeft op het safety climate voor de teams in de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer sprake is stabiliteit van teamleden, het safety climate binnen het team verbetert. Deze bevinding bevestigt hypothese 1.c. Stabiliteit heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

De relatie tussen de teameigenschap stabiliteit en teamwork climate is positief. (β ,408, $p < ,01$). De F Change van 11,378 ($p < ,01$) geeft aan dat deze verklaaringskracht significant is. Op basis van deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat stabiliteit van teamleden, het teamwork klimaat voor de teams in de langdurige zorg verbetert. Dit betekent dat wanneer er sprake is van stabiliteit van teamleden, het teamwork climate binnen het team verbetert. Deze bevinding bevestigt hypothese 1.d. De teameigenschap stabiliteit heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

4.2.2 Coachend Leiderschap en safety attitude van de teams

Om de relatie tussen coachend leiderschap en de safety attitude, hier de dimensies safety climate en teamwork climate, van de teams te onderzoeken is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij is coachend leiderschap de onafhankelijke- en safety climate en teamwork climate de afhankelijke variabelen. Voor safety climate bevat model 1 de controlevariabelen, die op basis van de correlatiematrix enige correlatie vertonen, in model 2 is de onafhankelijke variabele toegevoegd. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 4.2.2.

Model	Safety Climate		Teamwork Climate
	1 β	2 β	1 β
Controle variabelen			
• Geslacht	,188	,123	-
• Nationaliteit	,208	,113	-
Coachend Leiderschap		,525**	,069
R ²	,091	,351**	,005
F change		22,105**	,272

Tabel 4.2.2: Het effect van coachend leiderschap op safety climate en teamwork climate **: $p < ,01$ *: $p < ,05$

De resultaten in tabel 4.2.2 laten zien dat coachend leiderschap een positieve relatie heeft met safety climate (β ,525 $p < ,01$). De F Change van 22,105 ($p < ,01$) geeft aan dat deze verklaaringskracht significant is. Op basis van deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat coachend leiderschap een positief effect heeft op safety climate voor de teams in de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer een leidinggevende zijn teamleden meer coacht, het safety climate binnen het team verbetert. Deze bevinding bevestigt

hypothese 2.a. Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

De resultaten in tabel 4.2.2 laten zien dat feedback geen significant effect heeft op teamwork climate. Op basis van de deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat coachend leiderschap geen positieve invloed heeft op het teamwork climate voor de teams in de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer er sprake is van een coachende leider het teamwork climate binnen het team niet verbetert. Deze bevinding verwerpt hypothese 2.b Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

4.2.3 Feedback en safety attitude van de teams

Om de relatie tussen feedback en het safety attitudes van de teams te onderzoeken is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij is feedback de onafhankelijke- en safety climate en teamwork climate de afhankelijke variabelen. Voor safety climate bevat model 1 de controlevariabelen, die op basis van de correlatiematrix enige correlatie vertonen, in model 2 is de onafhankelijke variabele toegevoegd. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 4.2.3.

Model	Safety Climate		Teamwork Climate
	1 β	2 β	1 β
Controle variabelen			
• Geslacht	,188	,122	-
• Nationaliteit	,208	,021	-
Feedback		,538**	,074
R ²	,091	,336**	,005
F change		20,387**	,313

Tabel 4.2.3: Het effect van feedback op safety climate en teamwork climate **:p<,01 *:p<,05

De resultaten in tabel 4.2.3 laten zien dat feedback een positieve relatie heeft met safety climate (β ,538, $p < ,01$). De F Change van 20,387 ($p < ,01$) geeft aan dat deze verklaringskracht significant is. Op basis van deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat feedback een positief effect heeft op het safety climate voor de teams in de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer een feedback wordt gegeven aan teamleden het

safety climate binnen het team verbetert. Deze bevinding bevestigt hypothese 3.a. Feedback heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.

De resultaten in tabel 4.2.3 laten zien dat feedback geen significant effect heeft op teamwork climate. Op basis van deze regressieanalyse kan de conclusie getrokken worden dat feedback geen positief effect heeft op het teamwork climate voor de teams in de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer feedback wordt gegeven aan teamleden, dit het teamwork climate binnen het team niet verbetert. Deze bevinding verwerpt hypothese 3.b. Feedback heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg

4.2.4 Samenvatting van de bevindingen

Op basis van de gevonden relaties en de verklaarde variantie van de verschillende variabelen, kunnen de gestelde hypothesen worden aangenomen of verworpen. In tabel 4.2.4 worden de bevindingen gepresenteerd waarna in hoofdstuk 5 deze empirische bevindingen naast de theorie worden geplaatst.

Nr.	Hypothese	Aannemen/ verwerpen
1.c	De teameigenschap stabiliteit heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.	Aannemen
1.d	De teameigenschap stabiliteit heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.	Aannemen
2.a	Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.	Aannemen
2.b	Coachend leiderschap heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.	Verwerpen
3.a	Feedback heeft een positieve invloed op het safety climate van de teams in de langdurige zorg.	Aannemen
3.b	Feedback heeft een positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.	Verwerpen

Tabel 4.2.4: samenvatting aannemen/verwerpen hypothesen

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag en de centrale probleemstelling besproken en worden discussiepunten besproken naar aanleiding van het onderzoek. Tevens worden de beperkingen van het onderzoek weergegeven.

5.1 Conclusie en discussie

In het onderzoek is gewerkt met de volgende deelvraag: *‘Welke positieve en/of negatieve effecten hebben teameigenschappen, leiderschap en feedback op safety attitude van de teams in de langdurige zorg?’*

Voor het beantwoorden van deze deelvraag is gebruik gemaakt van de SAQ om de safety attitude van de teams, die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, in de langdurige zorg te meten. Om de safety attitude te meten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van de dimensies safety climate en teamwork climate (Sexton, 2006).

Uit dit onderzoek is gebleken, na het uitvoeren van de correlatieanalyse, dat de schaal samenwerken geen samenhang heeft met de afhankelijke variabelen safety climate en teamwork climate. De teameigenschap samenwerken vertoont geen significante correlatie met de afhankelijke variabelen waardoor deze variabelen niet is meegenomen in de regressieanalyse. Het feit dat de teameigenschap samenwerken niet wordt meegenomen in de regressieanalyse wil niet zeggen dat samenwerken geen invloed heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Wellicht dat bij een grotere steekproef de teameigenschap samenwerken wel een effect heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. De theorie bevestigt namelijk dat samenwerking tussen teamleden een positieve invloed heeft op de safety attitude van teamleden (Sexton, 2006; Buljac-Samardžić, 2012). Waarbij effectief samenwerken van teamleden zal leiden tot een verhoging van de veiligheid (WHO,2009; Buljac-Samardžić, 2012). Kortom, het is mogelijk dat samenwerken een positieve invloed heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. In dit onderzoek is echter gebleken dat er geen samenhang is tussen de teameigenschap samenwerken en de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

Op basis van empirisch onderzoek kan gesteld worden dat de teameigenschap stabiliteit een positieve invloed heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg, die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Dit sluit aan bij hetgeen in de literatuur wordt vermeld, wanneer er sprake is van een onstabiel team de kans bestaat dat fouten minder worden besproken (Cannon & Edmondson, 2001). Dit is wenselijke is om een safety attitude bij teamleden te creëren. Een stabiel team, waar sprake is van laag verloop van personeel, heeft

hierdoor een positieve invloed op de safety attitude van de team in de langdurige zorg. Voor de langdurige zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen is het belangrijk te investeren op een zo'n minimaal mogelijk verloop van medewerkers in een team. Een laag verloop van teamleden geeft teamleden namelijk de tijd om elkaar te leren kennen waardoor vertrouwen opgebouwd kan worden en fouten eerder besproken worden (Edmondson, 1999; Edmondson et al., 2007), dit heeft een positief effect op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg.

In dit onderzoek werd een positief en negatief effect van coachend leiderschap op de safety attitude van de teams in de langdurige gevonden. Dit onderzoek bevestigt daarmee dat coachende leiders door het adviseren van hun teamleden bij het reflecteren op problemen en het zoeken naar oplossingen, een safety climate bij de teams in de langdurige zorg kunnen ontwikkelen. Coachende leiders kunnen dus een sfeer creëren waarin fouten bespreekbaar gemaakt worden (Erlinger et al., 2003). Daarnaast bevestigt dit onderzoek dat coachende leiders echter geen positieve invloed hebben op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg. De theorie stelt echter dat een coachende leider een positieve invloed heeft op een teamwork climate (Buljac-Samardzic, 2012; Erlinger et al., 2003). Hierbij kan ter discussie gesteld worden dat eerder onderzoek gericht op safety attitude is verricht in de cure sector en niet in de care sector (Rust et al., 2008). Dit is een mogelijke oorzaak voor het gevonden resultaat in dit onderzoek. Daarbij zijn de uitkomsten van dit onderzoek een 'waarschijnlijk' resultaat voor de langdurige zorg in Nederland. Kortom, coachende leiders hebben een positieve invloed hebben op een safety climate maar niet op een teamwork climate, althans voor de teams in de langdurige zorg die aan dit onderzoek hebben deelgenomen.

Ten slotte werd tevens een positief effect gevonden van feedback op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Dit positief effect werd alleen gevonden op de dimensie safety climate. Het onderzoek laat echter zien dat feedback geen positieve invloed heeft op de dimensie teamwork climate, voor de teams in de langdurige zorg die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Dit is in strijd met wat Amore & Ingram (2002) zeggen over feedback, dat feedback bijdraagt aan het creëren van een omgeving waarin teamleden fouten met elkaar bespreken, wat een positief effect heeft op de safety attitude van teamleden. Hierdoor heeft feedback een positieve invloed op het teamwork climate (Sexton, 2006). Hier kan ter discussie gesteld worden of feedback op de juiste manier wordt gegeven en of feedback opgepakt wordt waardoor teamleden daadwerkelijk kunnen nadenken over de veiligheid en hun gedrag hierin kunnen aanpassen waardoor een safety attitude gecreëerd wordt. Wellicht is

er sprake van een blaming approach in de teams van de langdurige zorg waardoor feedback ervoor zorgt dat teamleden zich onveilig en niet vrij voelen om problemen met elkaar te bespreken. Waarbij sprake is van elkaar de schuld geven, hetgeen wat Amoore en Ingram (2002) aangeven wat juist niet moet gebeuren als feedback gegeven wordt om een safety attitude te creëren bij teamleden in de langdurige zorg.

Bovenstaande bevindingen geven vervolgens antwoord op de centrale probleemstelling van dit onderzoek: *'Hoe beïnvloeden teameigenschappen, leiderschap en feedback de safety attitude van de teams in de langdurige zorg?'* Hierop kan geantwoord worden dat de teameigenschap stabiliteit de safety attitude van de teams in de langdurige zorg verbeterd, indien sprake is van een stabiel team. Leiderschap heeft een positieve als een negatieve invloed de safety attitude van de teams in de langdurige zorg, wanneer gebruik wordt gemaakt van een coachende leiderschapsstijl. Het geven van feedback aan medewerkers heeft zowel een positieve als een negatieve invloed op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Daarnaast gelden de gevonden effecten in dit onderzoek voor de teams van de langdurige zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Daarbij zijn deze bevindingen een 'waarschijnlijk' resultaat, omdat de teams die hebben deelgenomen aan dit onderzoek niet representatief zijn voor de langdurige zorg in Nederland. Het is dan ook relevant om onderzoek te doen naar uitkomsten van teams die wel representatief zijn voor de langdurige zorg in Nederland.

5.2 Beperkingen van het onderzoek

De eerste beperking in dit onderzoek is het design van het onderzoek. Dit onderzoek is een cross-sectioneel onderzoek. Er kan niet met zekerheid gesteld worden dat bijvoorbeeld coachend leiderschap de safety attitude van de teams beïnvloedt. De verbanden zouden ook andersom kunnen bestaan: er kan niet bewezen worden dat de onafhankelijke variabelen in tijd vooraf gaan aan de afhankelijke variabelen. Op basis van theoretische overwegingen en logisch redeneren is het echter wel aannemelijk dat een bepaalde richting meer voor handen ligt. Een longitudinaal onderzoek waarbij de data op meerdere tijdstippen in een bepaalde periode worden verzameld, heeft dan ook de voorkeur. Dit voorkomt dat de data afhankelijk zijn van een bepaald moment van onderzoek. Kortom, de kwaliteit van het onderzoek zou verbeterd kunnen worden door meerdere metingen in de tijd te doen in de vorm van een longitudinale studie (Baarda en de Goede, 2001).

De tweede beperking in dit onderzoek is de generaliseerbaarheid. In totaal hebben 61 teams aan dit onderzoek meegedaan. Echter, zijn er nog 2 teams afgevallen met een respons lager

dan 30 procent. Dit betekent dus een respons van 59 teams. Deze teams zijn werkzaam in een verpleging- of verzorgingshuis, waarvan zeven teams in de thuiszorg en één team in de gehandicaptenzorg. Hierdoor is er in dit onderzoek sprake van een relatief klein aantal teams dat werkzaam is in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Dit terwijl de opbouw van de teams die mee hebben gedaan aan dit onderzoek vergelijkbaar is met de huidige situatie in de langdurige zorg. Dit kan gevolgen hebben voor de generaliseerbaarheid van dit onderzoek. Voor de generalisatie van de verkregen verbanden en voor toekomstig onderzoek zou een grotere N (meer teams) met verschillende soorten zorg die representatief zijn voor de langdurige zorg in Nederland gewenst zijn.

De derde beperking van dit onderzoek is het gebruik van geaggregeerde data voor het weergeven van de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Hoewel het onderzoek zich juist richt op teamniveau analyses en uitkomsten, gaat bij het aggregeren van de individuele data altijd informatie verloren en verliest het statistisch gezien ook power. Door individuele gegevens naar een hoger niveau te aggregeren kunnen een verlies aan onderscheidingsvermogen (power) ontstaan.

De vierde en laatste beperking in dit onderzoek is dat er gekeken is naar bepaalde groep. Dit zorgt voor een common source bias. Het coachende gedrag, de teameigenschappen stabiliteit en samenwerken en het geven van feedback is alleen beoordeeld door teamleden in de langdurige zorg. Hierdoor zijn de ontvangen resultaten bekeken vanuit één gezichtspunt. Om de common source bias te voorkomen zouden naast de medewerkers ook de teammanagers of locatiemanagers betrokken kunnen worden bij het onderzoek. Hierdoor kunnen meerdere perspectieven in beeld gebracht worden.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een aantal aanbevelingen gedaan ten aanzien van de langdurige zorginstellingen en er worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Uit dit onderzoek komt een aantal resultaten naar voren dat relevant is en als input kan dienen voor vervolg onderzoek. Het eerste resultaat dat als input kan dienen voor vervolgonderzoek is de bevinding dat de teameigenschap samenwerken geen samenhang vertoont met de dimensies safety climate en teamwork climate van de teams in de langdurige zorg. Op basis hiervan zou vervolg onderzoek zich kunnen richten op de relatie tussen samenwerken en safety climate en tussen samenwerken en teamwork climate. Hierdoor kan vervolg onderzoek een schaal creëren op basis van literatuur waarbij de uitkomsten laten zien of er in die populatie sprake is van samenhang op de dimensies safety climate en teamwork climate.

Het tweede resultaat dat als input kan dienen voor vervolgonderzoek is de bevinding dat de teameigenschap stabiliteit een positieve invloed heeft op de safety attitude van de teams in de langdurige zorg. Enerzijds zou toekomstig onderzoek zich kunnen gaan richten op hoe teamleden te behouden om stabiliteit te creëren in een team in de langdurige zorg. Anderzijds zou toekomstig onderzoek zich kunnen gaan richten op verhogen van de safety attitude bij teamleden in de langdurige zorg indien er sprake is van onstabiele teams.

Het volgende resultaat dat als input kan dienen voor vervolgonderzoek, is de bevinding dat coachend leiderschap een positieve invloed heeft op het safety climate en een negatieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op welke leiderschapsstijl gebruikt kan worden om een teamwork climate in de langdurige zorginstellingen te creëren.

Verder is uit dit onderzoek gebleken dat het geven van feedback een negatieve invloed heeft op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het geven van feedback aan medewerkers. Bijvoorbeeld door na te gaan waarover teamleden feedback willen en welke vorm van feedback het meest geschikt is. Daarnaast kan toekomstig onderzoek zich richten op de of feedback structureel wordt gegeven aan medewerkers in de langdurige zorg.

Vervolgens is het wellicht voor toekomstig onderzoek relevant om niet alleen vanuit het perspectief van de teams uit te gaan maar ook vanuit het perspectief van de leidinggevende, locatiemedewerkers en cliënten waardoor een objectiever beeld gecreëerd kan worden en de common bias afgezwakt kan worden. Hierdoor is het mogelijk de resultaten van het

onderzoek te vergelijken waardoor de veiligheid in de langdurige zorg vanuit een breder perspectief verbeterd kan worden.

Ten slotte is het voor vervolg onderzoek aan te bevelen om te kijken naar de generaliseerbaarheid van het onderzoek in alle opzichten van de soorten zorg binnen de langdurige zorg in Nederland. En dan specifiek op het kleine aantal teams van de thuiszorg en gehandicaptenzorg dat heeft deelgenomen aan dit onderzoek. De teams van de thuiszorg en de gehandicapten zorg in dit onderzoek zijn namelijk relatief klein.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

De langdurige zorginstelling zouden moeten investeren op het behouden van personeel of waken voor onstabiele in een team. Dit zouden leidinggevende kunnen doen door met teamleden in gesprek te gaan over de mogelijk ambities en de mogelijkheden hiervan voor de teamleden.

Daarnaast heeft coachend leiderschap een positief effect op het safety climate van de teams in de langdurige zorg. Dit resultaat kan als input dienen voor de praktijk door de aandacht binnen de langdurige zorg te richten op het coachende gedrag van de leidinggevende. Langdurige zorginstellingen kunnen gebruik maken van een selectieprocedure bij openstaande vacatures door te selecteren op personen met een coachende leiderschapsstijl. Dit heeft een positieve invloed op het safety climate echter geen positieve invloed op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg. De praktijk kan onderzoeken welke stijl van leiding geven een positieve invloed heeft op het teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

Vervolgens is in dit onderzoek aangetoond dat feedback een positieve invloed heeft op het safety climate, waardoor feedback wel gehanteerd moet blijven om de safety attitude bij teamleden te behouden. Feedback heeft echter een negatieve invloed op het teamwork climate. Waardoor het voor zorginstellingen interessant is om onderzoek te doen naar de manier van feedback geven aan teamleden, zodat feedback een positieve invloed heeft op een teamwork climate van de teams in de langdurige zorg.

Literatuurlijst

- Amoore, J., and P. Ingram. (2002) Learning from adverse incidents involving medical devices. *British Medical Journal* 325:272-275.
- Antonsen, S. (2009). Safety culture: Theory, method and improvement. Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- CBS (2009), StatLine [online]. [Geraadpleegd op 29 januari 2012]. Beschikbaar op het World Wide Web: <html://www.cbs.nl>.
- Baarda, DB., Goede de, . (2001) *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese, Groningen
- Benn J, Koutantji M, Wallace LM, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, Vincent C. (2008). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care*.
- Bouman, F. & Koopmans, M. (2006). Team leiderschap. Zaltbommel: Thema.
- Bower, P., Campbell, S., Boijke, C. & Sibbad, B (2003). Teamstructure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality and Safety in Health Care*.
- Buljac-Samardžić, M. (2012). Healthy teams: analyzing and improving team performance in long-term care. Rotterdam: Proefschrift.
- Buljac-Samardžić, M. & Van Woerkom, M. (2011) Team reflection: a mediator or a moderator in the relationship between team coaching and team performance? A longitudinal study in long-term care settings. Under review & Presented at Improving People Performance in Health Care, London.
- Buljac-Samardžić, M., Van Woerkom, M. & Paauwe, J. (2012) Team safety and innovation by learning from errors in long-term care settings. A cross-sectional survey. *Health Care Manage Rev*, 2012, 37(3), 280-291.
- Buntinx, W.H.E (2004) *Duurzame zorg, over management van continuïteit*. Koraal groep-Universiteit van maastricht, Maastricht
- Buntinx, W. (2003). Omvang en kenmerken van personeelwisselingen in residentiële instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Een exploratieve studie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 29 (3), 161-176.
- Burke, CS. et al 2006. 'What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis'. *Elsevier The Leadership Quarterly* 17: 288-307

- Campion M. A., Medsker G. J., & Higgs C. A. (1993). Relations between Workgroup Characteristics and Effectiveness: Implications for Designing Effective Work Groups. *Personnel Psychology*.
- Cannon, M. D., & Edmondson, A. C. (2001). Confronting failure: Antecedents and consequences of shared beliefs about failure in organizational work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 22(2), 161-177.
- Dawson, J. F., González-Romá, V., Davis, A., & West, M. A. (2008). Organizational climate and climate strength in UK hospitals. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(1), 89-111.
- De Jong, A., VandenBroele, H., Glorieux, M., De Maesschalck, L. & Visser, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Earley, P.C., Northcraft, G.B., Lee, G., & Lituchy, T.R. (1990). Impact of Process and Outcome Feedback on the Relation of Goal Setting to Task Performance. *The Academy of Management Journal*, 33, 87-105.
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350Y383.
- Edmondson, A. C. (2003). Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419-1452.
- Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), ii3-ii9.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.
- Edmondson, A. C., Dillon, J. R., & Roloff, K. S. (2007). Chapter 6: Three perspectives on team learning. *The Academy of Management Annals*, 1(1), 269-314, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage Publications
- Hackman, J.R., & Wageman, R. (2005) When and how team leaders matter. *Research in organizational behavior: An annual series of analytical essays and critical reviews*.
- Gandhi, T. K., E. Graydon-Baker, C. N. Huber, A. D. Whitemore, & M. Gustafson. 2005. Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31 (11):614-21.

- Geister, E., Konradt, U., & Hertel, G. (2006). Effects of Process Feedback on Motivation, Satisfaction, and Performance in Virtual Teams. *Small Group Research*, 37, 459-489.
- Hackman, J.R., Wageman, R., Fisher, C.M. (2009). Leading teams when the time is right: finding the best moments to act. *Organ Dyn* 38:192-209
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (2005). A theory of team coaching. *The Academy of Management Review*, 30(2), 269-287.
- Horner, M. (1997). Leadership Theory: past, present and future, *Team Performance Management*, MCB University press, Vol. 3, Issue 4, 1997, pp 270-282.
- Hudson, P.T.W. (2001) Safety Management and Safety Culture: The Long, Hard and Winding Road. In W. Pearse, C. Gallagher & L. Bluff (Eds.) *Occupational Health and Safety Management Systems*. Crowncontent, Melbourne, Australia. Pp 3-32.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2004) Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag.
- Institute of Medicine. (1999) *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: The National Academies Press.
- Jamtvedt, G. , J.M. Young, D.T. Kristoffersen, M.A. O'Brien, & A.D. Oxman. 2006b. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* 15 (6):433-436.
- Jongebreur-Ruskamo, M. Vink, J.M. (2004) Samenwerken in een team: een model voor effectief teamfunctioneren. *Patiënt Care*. 365-369
- Katz-Navon T., Naveh E. & Stern Z. (2005). Safety Climate in Health Care Organizations: A Multidimensional Approach. *Academy of Management Journal*, 6, 1075-1089.
- Klein, K.J., & Kozlowski, S.W.J. (2000). From micro to meso: steps in conceptualizing and conducting multilevel research. *Organisational Research Methods*; 3 (3), 211-236.
- Kraan, W.G.M. van der.(2006) Vraag naar vraagsturing. Proefschrift. Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kramer, J. Smit, M. Groeneweg, J. (2009) Leiderschap en veiligheidscultuur in ziekenhuizen: een onderzoek naar praktische strategieën. Leiden. TNO-rapport.
- Krause, T.R., Hidley, J.H. (2009) Taking the Lead in Patient Safety. How healthcare leaders influence behavior and create culture. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Kirschner, P., P. Van den Bossche, W. Gijsselaers, & M. Segers (2006). "Social and Cognitive Factors Driving Teamwork in Collaborative Learning Environments: Team Learning Beliefs and Behaviors", *Small group research*, vol. 37, no. 5, pp. 490- 521.

Leape, L. L. (2002) Reporting of Adverse Events. *New England Journal of Medicine* 347:1633.

Legemaate, J., I. Christiaans-Dingelhoff, R.M.S. Doppegieter, and R.P. Roode de. (2006). Melden van incidenten in de gezondheidszorg. Utrecht: ZonMw.

Mark B., Hughes L., Belvea M., Chang Y., Hofmann D., Jones C., et al. (2007). Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work condition on nurse injuries? *Journal of Safety Research*, 38, 431-446.

Mathieu, J., M. Maynard, T. Rapp, & L. Gilson (2008). "Team Effectiveness 1997-2007: A Review of Recent Advancements and a Glimpse Into the Future", *Journal of Management*, vol. 34, no. 3, pp. 410.

Meurs, P. (2008). Sociaal vertrouwen: Een kwestie van durf. Amsterdam: SER.

Molendijk, A., K. Borst, & R. van Dolder. (2003). Vergissen is menselijk. *Medisch Contact* 58 (43):1658-1661.

Ministerie VWS (2010). [Online]. [Geraadpleegd op 3 maart 2012]. Beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg>

Ministerie VWS (2008). [Online]. [Geraadpleegd op 13 januari 2012]. Beschikbaar op: <http://www.ggzbeleid.nl/2007/1465.pdf>

Nieva VF, Sorra J. (2003): Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12(Suppl 2:ii):17-23.10. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM.

Poley, M.J., van der Starre, C., van den Bos, A., van Dijk, M., Tibboel, D., 2011. 'Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire.Pediatric'. *Critical Care Medicine* 12.

Raad voor Gezondheidszorgonderzoek (RGO) (2005). Advies onderzoek patiëntveiligheid. Publicatie 48. Den Haag.[Online] [Geraadpleegd op 13 januari 2012]. Beschikbaar op: <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1396&p=1#search=%22communicatie%20en%20overdrachtsfouten%20patientveiligheid%22>

Reason, J. 1998. 'Achieving a safe culture, theory and practice'. *Work & Stress*, 12 (3):293 - 306.

Rust, TB. et al. 2008. 'Broadening the patient safety agenda to include safety in logterm care'. *Healthcare quarterly*, 11:31-34

Seo D., Torabi M., Blair E. & Ellis N. (2004). A cross-validation of safety climate scale using confirmatory factor analytic approach. *Journal of Safety Research*, 35, 427-445

SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd. Advies over de toekomst van de awbz*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad (ser-advies 08/03).

Shea and Guzzo, 1987, Group effectiveness: What really matters? *Sloan Management Review*, vol. 28, 25-31

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR & Thomas EJ. (2006) The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Service Research*. 6:44

Swanborn, P.G.(2002) *Basisboek sociaal onderzoek*. Vierde, geheel herziene druk ed. Amsterdam: Boom.

Thomas, J. Sexton, B. Robert, D. Helmreich, L. (2005) Descrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* 31:956-959

Tronto, J. Moral boundaries. (1994) A political argument for an ethic of care, Routledge, New York.

Van Dijk, A. 2006. Feedback and presentation of outcomes. In *Performance Management in Health Care*, edited by J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin and K. Lemmens. Abingdon: Routledge.

Van Woerkom, M., & Croon, M. (2009). The relationships between team learning activities and team performance. *Personnel Review*, 38(5), 560-577.

Veld, M (2012). *HRM, Strategic Climate and Employee Outcomes in Hospitals: HRM Care for Cure?* Rotterdam: Proefschrift.

Vocht, A. de (2009). *Basishandboek SPSS 19 Statistiscs*. Utrecht: Bijleveld Press.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (2011), Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> versie 4.5, 15 december 2011

Wagner, L. M., & Rust, T. B. (2008). *Safety in long-term care settings*. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute.

Wagner, J.L., P.L. Sample, P.L. Ferguson, E.E. Pickelsimer, G.M. Smith and A.W. Selassie, (2009) Impact of pediatric epilepsy: Voices from a focus group and implications for public policy change. *Epilepsy Behav.*, 16: 161-165.

Waldman, D.A. e.a. (2001). Does leadership matter? CEO leadership attributes and profitability under constructions of perceived environmental uncertainty. *Academy of Management Journal*, 44, 134-143.

WHO. (2009) *Human Factors in Patient Safety. Review of Topics and Tools*: WHO.

Vincent, C. 2010. *Patient Safety*. 2nd' ed. Oxford: John Wiley & Sons. Original edition, 2006

Bijlage 1 Safety Attitude Questionnaire

Deze vragenlijst is op te vragen bij de auteur van dit onderzoek.

Bijlage 2 Overzicht van respons

Team	Aantal teamleden	Respons	Respons rate (%)
1	8	7	88
2	8	8	100
4	11	8	73
5	11	8	73
6	11	10	91
7	11	7	64
8	11	8	73
9	11	7	64
10	10	10	100
11	12	11	92
12	13	8	62
13	13	7	54
14	12	8	67
15	24	19	79
16	16	13	81
17	20	12	60
18	20	16	80
19	20	15	75
21	4	4	100
22	8	3	38
24	19	6	32
26	21	9	43
27	13	5	38
28	7	6	86
29	13	4	31
30	19	9	47
31	18	11	61
32	24	10	42
33	50	25	50
34	22	20	91
35	15	11	73
36	30	14	47
37	22	13	59
38	30	11	37
39	20	11	55
40	29	24	60
41	29	8	28

42	32	16	50
43	29	10	34
44	40	12	30
45	53	17	32
46	38	9	24
47	19	12	63
48	25	15	60
49	40	31	78
50	15	10	67
51	15	5	33
52	15	7	47
53	10	3	30
54	15	5	33
55	25	8	32
56	10	4	40
57	20	8	40
58	15	6	40
59	14	8	57
60	21	7	33
61	9	3	33
62	9	3	33
63	8	4	50
64	9	5	56
65	29	13	45
Totaal			
61	1150	607	53