

Het delen van fouten in de zorg

Een toetsing van het *Integrated Behavioral Change Model*

Cursus: Thesis – themagebied Motivatie in context

Auteur: F. Goderie (5704308)

Begeleidend docent: Barbara Flünger

Datum: 16 juli 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Introductie	3
Theory of planned behavior (TPB)	4
Self-determination theory (SDT)	7
Geschiktheid van de TPB en SDT	9
Integrated Behavior Change Model (IBC-model)	11
Huidige studie.	12
Methode	14
Onderzoeksdesign	14
Selectieprocedure.	14
Deelnemers	15
Procedure	16
Meetinstrumenten	17
Data-analyses	26
Resultaten	27
Beschrijvende statistieken	27
Multiple regressie analyses A-paden	28
Multiple regressie analyses B-paden	29
Conclusie en discussie	30
Conclusies A-paden	30
Conclusies B-paden.	31
Theoretische verklaringen.....	31
Limitaties	32
Referenties	36
Bijlage 1: Hypotheses.....	41
Bijlage 2: Enquête	42

Samenvatting

Om van fouten in een ziekenhuis te kunnen leren, zodat ze in de toekomst voorkomen kunnen worden, is het noodzakelijk dat ziekenhuismedewerkers hun fouten delen en bespreken met elkaar (Waterson, 2014). Om dit te bereiken, is het van belang om te achterhalen welke factoren er samenhangen met het besluit van medewerkers om dit wel of niet te doen. Het *Integrated Behavioral Change Model* (IBC-model) van Hagger en Chatzisarantis (2014, zie Figuur 1) lijkt een antwoord te bieden op deze vraag. In deze studie werd het IBC-model daarom getoetst middels een kwantitatief survey-onderzoek bij operatieassistenten (n = 51). Hierbij werd voorspeld dat de intentie van operatieassistenten om hun fouten te delen en bespreken met hun team, verklaard wordt door de *gedragscontrole*, de *self-efficacy*, de *subjectieve normen (injunctief en descriptief)* en de *expliciete attitude* van de operatieassistenten. Het model blijkt inderdaad een deel van de variantie in de gedragsintentie te verklaren (40,4%), hoewel enkel de attitude hierbij een significant positief hoofdeffect heeft op de gedragsintentie. Op basis van het IBC-model werd tevens verwacht dat de genoemde variabelen samenhangen met de *motivatie* van de operatieassistenten. Deze verwachting bleek echter alleen te kloppen voor de *injunctieve subjectieve normen*.

Introductie

Jaarlijks sterven er zo'n duizend patiënten in Nederland door fouten in de behandeling of het zorgproces (NIVEL, 2017). Eind jaren negentig kwam hier wereldwijd de aandacht op te liggen. De aanleiding hiervan waren diverse rapporten waaronder het rapport '*To Err is Human*' (Institute of medicine, 1999), dat over de menselijke fouten in de gezondheidszorg ging (Bishop, Flemming & Flin, 2015). Hierin werd het zogeheten systeemdenken geïntroduceerd in de zorg: fouten waren niet langer simpelweg de schuld van een individu maar hier lagen complexe factoren en systemen aan ten grondslag die met elkaar interacteren, zoals teams, organisaties en technologie (Waterson, 2014). Er werd dan ook geconcludeerd dat men fouten niet langer moest wijten aan individuen, maar onderzoek moest gaan naar de onderliggende oorzaken en hiervan moest leren (Waterson, 2014; Bishop, Flemming en Flin, 2015; Paine, Rosenstein, Sexton, et al, 2010).

Om dit te bereiken lijkt het van belang dat medewerkers hun fouten delen en bespreken, zodat men hiervan kan leren (Cigularov, Chen & Rosecrance, 2010). Doordat fouten ongewenst zijn en hierdoor vaak leiden tot negatieve gevoelens, worden deze echter nog vaak ontkend of verzwegen door medewerkers (Cannon & Edmondson, 2001; Cigularov, Chen & Rosecrance, 2010). Om te zorgen dat organisaties hun medewerkers kunnen aanmoedigen om hun fouten toch te delen en te bespreken, werd in deze studie een antwoord gezocht op de vraag: welke factoren hangen er samen met het besluit van ziekenhuismedewerkers om hun fouten wel of niet te delen en te bespreken met elkaar?

Een fout wordt hierbij gedefinieerd als gedrag dat direct of indirect (had kunnen) leiden tot ongewenste gevolgen in het zorgproces (letsel of ongewenste voorvallen) (NIVEL, 2017). ‘Het delen en bespreken van fouten’ wordt daarbij als doelgericht gedrag beschouwd, met als doel om hiervan te kunnen leren. Twee toonaangevende theorieën die zich richten op het ontstaan van doel georiënteerd gedrag, zijn de *self-determination theory* (SDT; Deci & Ryan, 1985) en de *theory of planned behavior* (TPB; Ajzen, 1985). In dit hoofdstuk worden beide theorieën achtereenvolgend besproken en wordt onderzocht of deze geschikt zijn om antwoord te geven op de gestelde vraag. Hieruit zal blijken dat de TPB en de SDT met elkaar geïntegreerd dienen te worden, wat leidt tot een nieuw model: het *intgrated behavioral change model* (IBC-model; Hagger en Chatzisarantis, 2014).

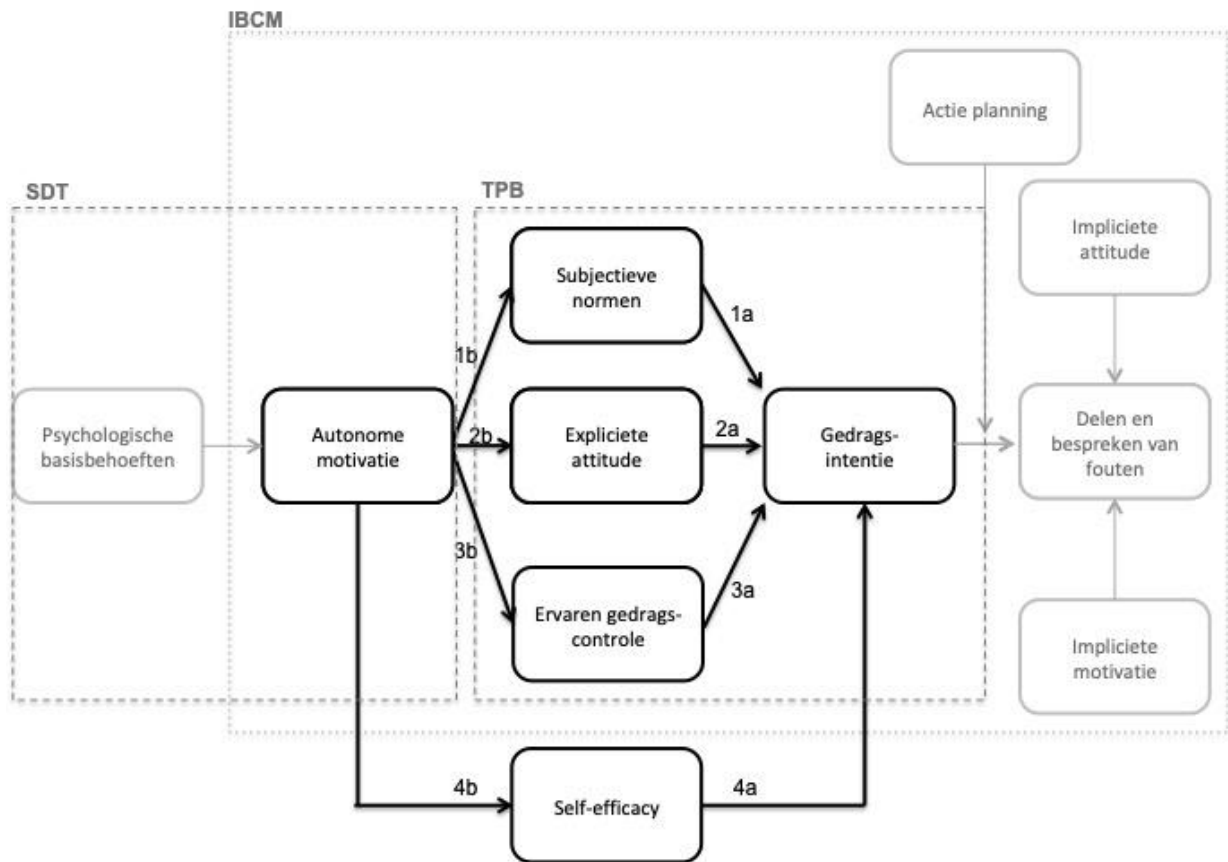
Theory of planned behavior (TPB)

Een eerste theorie die mogelijk helpt om antwoord te vinden op de vraag welke factoren er samenhangen met het besluit van medewerkers om die doelgerichte gedrag te vertonen, is de *theory of planned behavior* (TPB) van Ajzen (1985). Deze theorie omschrijft hoe gedrag ontstaat op basis drie type overtuigen: allereerst overtuigingen over de verwachte uitkomsten van het gedrag (gedragsovertuigingen), welke leiden tot een positieve of negatieve attitude. Ten tweede overtuigingen over de normen van anderen en de motivatie om aan deze norm te voldoen (normatieve overtuigingen), welke leiden tot ervaren groepsdruk ofwel een subjectieve norm. En tot slot overtuigingen over de aanwezigheid van factoren die het gedrag kunnen faciliteren of belemmeren (controle overtuigingen), welke leiden tot een ervaren gedragscontrole (Ajzen, 2002b). Op basis van deze overtuigingen worden de consequenties van het gedrag afgewogen in een bewust en rationeel proces (Ajzen, 1985). De attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole die hier uit voortkomen, leiden vervolgens tot een zo gehete gedragsintentie (Ajzen, 1985): het besluit om het gedrag wel of niet uit te voeren.

Gedragsintentie. De gedragsintentie wordt door de TPB omschreven als de mate waarin iemand bereid is om moeite te doen om het gedrag uit te voeren. De mate waarin een ziekenhuismedewerker bereid is om fouten te delen en te bespreken met elkaar, ofwel een positief voornemen heeft ten aanzien van het delen en bespreken van fouten, wordt in deze studie daarom de gedragsintentie van de ziekenhuismedewerker genoemd. Hierbij refereert een positieve gedragsintentie refereert naar een grote bereidheid om fouten te gaan delen en bespreken met elkaar.

Volgens de TPB zou deze gedragsintentie een belangrijke voorspeller van het gedrag zijn: personen met een positieve gedragsintentie zouden in het algemeen eerder het gedrag vertonen dan personen met een negatieve gedragsintentie (Ajzen, 1985). Volgens de TPB wordt de gedragsintentie gevormd aan de hand van een

drietal factoren: de attitude (houding ten opzichte van het gedrag), de ervaren gedragscontrole (de mate waarin iemand denkt het gedrag te kunnen beïnvloeden) en de subjectieve norm (ervaren groepsnormen) (Ajzen, 1985), zie relaties 1a, 2a en 3a in Figuur 1. Dit wordt in de volgende paragrafen verder toegelicht.



Figuur 1. Schematische weergave modellen en hypothesen

Attitude. Met de attitude wordt in de TPB een positieve of negatieve houding ten opzichte van het gedrag bedoeld. Dat deze van invloed zou zijn op de gedragsintenties, wordt gebaseerd op de *theory of reasoned action* (Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Volgens deze theorie zou men de consequenties van het gedrag afwegen om te bepalen of het gedrag leidt tot de gewenste uitkomsten, ofwel het beoogde doel van het gedrag. Op basis hiervan zou iemand een positieve of negatieve houding ten opzicht van het gedrag vormen: de attitude (Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Hoe positiever de attitude, hoe positiever de gedragsintentie van de persoon zou zijn.

Empirisch bewijs dat de attitude inderdaad van invloed is op gedrag, wordt onder andere geleverd door Göras, Unbeck, Nilsson & Ehrenberg (2017). Zij toonden aan dat de gedeelde attitude ten aanzien van de patiëntveiligheid een significant deel van de variantie in patiëntveilig gedrag verklaarde, zoals medicatie- en leesfouten, chirurgische complicaties en averechtse gebeurtenissen op de operatiekamer (OK). Hoe positiever de

attitude van de OK-medewerkers was, hoe kleiner het aantal gemaakte fouten was (Göras, Unbeck, Nilsson & Ehrenberg, 2017).

Gedragscontrole. Naast de attitude zou ook de ervaren gedragscontrole van invloed zijn op de gedragsintentie. Dat wil zeggen de mate waarin iemand het idee heeft dat hij bepalende factoren zelf in de hand heeft (Ajzen, 1985). Hierbij kan zowel gedacht worden aan bevorderende factoren, zoals kennis of hulp van anderen, als aan belemmerende factoren, zoals gebrek aan tijd. De aanwezigheid of juist afwezigheid van deze factoren maken dat gedrag meer of minder gemakkelijk uit te voeren is (Ajzen, 2002a). Hoe meer iemand denkt deze factoren zelf in de hand te hebben, hoe groter de ervaren gedragscontrole is en hoe positiever de gedragsintentie van deze persoon zou zijn om dit gedrag te vertonen (Ajzen, 1985).

Uit de meta-analyse van Ajzen blijkt dat invloed van de ervaren gedragscontrole op de gedragsintentie, alleen gemeten wordt wanneer de items die de gedragscontrole meten, worden gecombineerd met items die de *self-efficacy* meten (Ajzen, 2002a). In de TPB wordt de ervaren gedragscontrole daarom onderverdeeld in twee componenten: de daadwerkelijke gedragscontrole en de *self-efficacy*.

Self-efficacy. *Self-efficacy* richt zich eveneens op de mate waarin iemand het idee heeft dat gedrag moeilijk of gemakkelijk uitvoerbaar is, maar dan afhankelijk van het vertrouwen dat de persoon heeft in zijn eigen vermogen om het gedrag uit te voeren (Ajzen, 2002a). Zowel de daadwerkelijke gedragscode als de *self-efficacy* zeggen dus iets over de mate waarin iemand zich in staat voelt om gedrag uit te voeren. Echter, *self-efficacy* gaat over zelfvertrouwen en gedragscontrole betreft het beïnvloeden van omstandigheden. Het zijn dus twee aparte componenten die nauw met elkaar samenhangen (Ajzen, 2002a).

Bandura, Adams, Hardy en Howels (1980) hebben empirisch bewijs geleverd dat gedrag sterk beïnvloed wordt door de *self-efficacy* (zoals omschreven in Madden, Ellen & Ajzen, 1992). De TPB stelt dat deze invloed via de gedragsintentie verloopt: hoe groter de *self-efficacy*, hoe positiever de gedragsintentie van deze persoon zou zijn om het gedrag te vertonen (Ajzen, 1985).

Groepsnormen. Wanneer gesproken wordt over factoren die van invloed zijn op de mate waarin iemand ervaart dat gedrag meer of minder gemakkelijk uitvoerbaar is, kan ook gedacht worden aan groepsnormen. Deze factor zou het gedrag van ziekenhuismedewerkers echter niet via de ervaren gedragscontrole beïnvloeden, maar rechtstreeks. Specifieker nog, het zou gedrag beïnvloeden dat bijdraagt aan het voorkomen, vermijden en verbeteren van ongewenste gevolgen in het zorgproces (Waterson, 2014; Bishop, Flemming & Flin, 2015; Paine, Rosenstein, Sexton, et al, 2010). Zo zouden onder andere de positieve groepsnormen ten aanzien dit gedrag

bijdragen aan de volgende zaken: het erkennen dat fouten onvermijdelijk zijn, het melden van fouten en het openlijk communiceren hierover (Bishop, Flemming & Flin, 2015).

Groepsnormen zouden belangrijk zijn voor een groep, omdat ze een kader bieden aan de groepsleden hoe ze zich moeten verhouden tot nieuwe situaties en hoe ze zich daarin dienen te gedragen (Schein, 2004, Nielsen, 2014). Wanneer iemand niet bereid is om zich aan deze groepsnormen te conformeren kunnen deze vaste kaders ter discussie komen te staan en bedreigd worden. Dit kan verwarrend of zelfs beangstigend voor de groepsleden zijn (Jetten & Hornsey, 2014; Nielsen, 2014). De groep is er dus bij gebaat dat groepsleden zich aan de normen conformeren en zal deze personen eerder accepteren (Jetten & Hornsey, 2014, Nielson, 2014, Chatzisarantis, Hagger, Wang & Thøgersen-Ntoumani, 2009).

Subjectieve normen. De groepsdruk die hieruit voort kan komen, is in de TPB opgenomen als 'de subjectieve norm'. Dat wil zeggen de sociale druk die iemand ervaart om bepaald gedrag (niet) uit te voeren. Deze subjectieve norm betreft enkel de ervaring van een persoon, gemeten met behulp van zelf-rapportages, welke dus niet per definitie gelijk is aan de daadwerkelijke groepsnormen (Ajzen, 1985). Volgens de TPB zouden personen met een positieve subjectieve norm ten aanzien van bepaald gedrag, ofwel personen die geloven dat andere belangrijke personen vinden dat zij zich zo zouden moeten gedragen, eerder de intentie hebben om bepaald gedrag uit te voeren (Ajzen, 1985). Later maakt Ajzen hierbij onderscheid tussen twee type normen: enerzijds de *descriptieve norm*, welke iets zegt over de mate waarin andere belangrijke personen dit gedrag vertonen. Anderzijds, de *injunctieve norm*, welke iets zegt over het goedkeuren/afkeuren van het beoogde gedrag door belangrijke personen in de omgeving (Ajzen, 2002b). De subjectieve norm omvat de ervaring van beide type normen.

Belangrijk om te vermelden is dat in de definitie van beide type groepsnormen wordt gesproken over 'belangrijke personen'. In dit onderzoek wordt ervan uitgegaan dat dit de teamleden zijn. Hierbij wordt het team omschreven als een groep van twee of meer personen die samen aan een gezamenlijk doel werken. Deze definitie wordt ook gehanteerd in onderzoek van Knippenberg en Schie (2000). Zij tonen aan dat medewerkers zich sterker identificeren met hun team dan met de organisatie en dat het team een belangrijke voorspeller is van gedrag (Knippenberg & Schie, 2000).

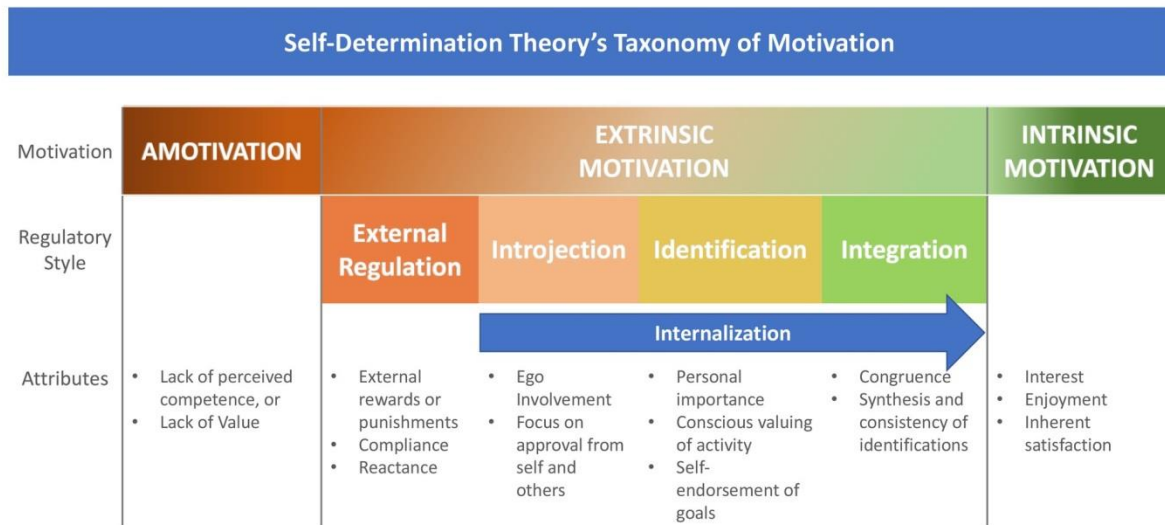
Self-determination theory (SDT).

Naast de TPB is er een tweede theorie die mogelijk helpt om antwoord te vinden op de vraag welke factoren er samenhangen met de gedragsintentie van ziekenhuismedewerkers, ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar. Dit is de *self-determination theory* (SDT) van Deci en Ryan (1985). Volgens deze

theorie ontstaat gedrag, zoals het delen en bespreken van fouten, vanuit motivatie. Hierbij wordt motivatie gedefinieerd als een energie, richting, volharding en equifinaliteit (mogelijke reactie op de acties van anderen) die mensen activeert om bepaald gedrag te vertonen (Ryan & Deci, 2000).

Motivatie. Motivatie is een breed begrip, welke in de literatuur wordt onderverdeeld in diverse type motivatie. Ryan en Deci (2000) gaan daarbij allereerst uit van een klassieke tweedeling in extrinsieke- en intrinsieke motivatie. *Extrinsieke motivatie* motiveert een persoon om gedrag te vertonen om een bepaald doel te behalen, ofwel een bepaalde uitkomst te bereiken. Bijvoorbeeld een operatieassistent die een fout deelt met als doel dat deze in de toekomst voorkomen kan worden. Hier tegenover staat de *intrinsieke motivatie*, waarbij het gedrag niet een bepaald doel dient, maar de activiteit op zich zelf al bevredigend is. Bijvoorbeeld een operatieassistent die zijn fouten met een collega bespreekt omdat hij het interessant of leuk vindt om hier dieper op in te gaan.

Daarnaast stellen Ryan en Deci (2000) dat motivatie nog verder gedifferentieerd kan worden, op basis van de mate waarin motivatie extern of intern gereguleerd wordt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een operatieassistent zijn fouten deelt omdat hij grote waarde hecht aan de patiëntveiligheid en daarom de fouten in het vervolg wil voorkomen. Het kan ook zijn dat de operatieassistent zijn fouten niet deelt omdat hij hier zelf waarde aan hecht, maar omdat zijn leidinggevende dat van belang vindt en daarom het delen van fouten verplicht heeft gesteld. In beide gevallen is er sprake van een extrinsieke motivatie, maar in het eerste geval kiest iemand er zelf voor om te handelen naar zijn eigen normen en waarden, terwijl in het tweede geval regels worden nageleefd die zijn opgelegd door een ander. Extrinsieke motivatie kan dus in meer of mindere mate extern of intern gereguleerd worden. Op basis hiervan wordt motivatie door Ryan en Deci (2000) opgedeeld in zes verschillende types, welke op een geleidend schaal te plaatsen zijn, afhankelijk van de mate waarin zij vanuit de persoon zelf komen, ofwel meer of minder *self-determined* zijn (Ryan & Deci, 2000), zie Figuur 2. Hiermee ontstaan twee nieuwe termen: *autonome motivatie* (geïdentificeerde, geïntegreerde en intrinsieke motivatie) en *gecontroleerde motivatie* (geïntrojecteerde-, externe en Amotivatie).



Note. From the Center for Self-Determination Theory © 2017. Reprinted with permission.

Figuur 2. Diverse motivatie type van Ryan en Deci (2000)

Geschiktheid van de TPB en SDT

Zowel de TPB als de SDT geven inzicht in het ontstaan van gedrag. In de volgende alinea's wordt nader bekeken hoe de theorieën antwoord kunnen geven op de vraag, welke factoren er samenhangen met het besluit van ziekenhuismedewerkers om hun fouten wel of niet te delen en te bespreken? Hiertoe wordt besproken wat de beperkingen van beiden theorieën zijn en hoe deze opgelost worden door deze met elkaar te verbinden in één model: het *integrated behavioral change model* (IBC-model, zie Figuur 1).

Kritiek op de TPB en SDT. Hoewel beide theorieën toonaangevend zijn binnen de het verklaren van gedragsverandering, dienen hier toch enkele kritische kanttekeningen bij geplaatst te worden. Allereerst stelt de TPB dat het vormen van de gedragsintentie via een bewust rationeel proces verloopt (Ajzen, 1985). Gawronski en Bodenhausen (2006) beschrijven echter dat gedrag ook beïnvloed wordt door onbewuste processen, op basis van gevoelens en emoties die leiden tot onbewuste associaties. Zo leidt het bewuste proces tot een expliciete attitude (bewust oordeel) en het onbewuste proces tot een impliciete attitude (onbewuste oordeel), welke het gedrag via een andere route en dus op een andere wijze kunnen beïnvloeden (Gawronski & Bodenhausen, 2006). Calitri, Lowe, Eves en Bennett (2009) tonen inderdaad aan dat enkel de expliciete attitude de gedragsintentie beïnvloed, zoals omschreven in de TPB. De impliciete attitude zou het gedrag enkel direct beïnvloeden en niet via de gedragsintentie (Hagger & Chatzisarantis, 2014). Daarnaast lijkt de praktische bruikbaarheid van dit model beperkt te zijn, doordat de TPB nauwelijks omschrijft op basis waarvan de ervaren gedragscontrole, de attitude en de subjectieve norm ontstaan, ofwel op basis waarvan deze gevormd worden (Palmieri, Peterson & Pesta,

2010). Er zijn dan ook weinig experimenten uitgevoerd die de bruikbaarheid van de TPB aantonen (Sniehotta, Presseau & Araújo-Soares, 2014).

De SDT (Deci & Ryan, 1985) omschrijft wel hoe autonome motivatie ontstaat op basis van drie psychologische basis behoeftes (behoefte tot sociale verbondenheid, tot autonomie en tot competentie gevoel) (Ryan & Deci, 2000; Deci & Ryan, 2000). Er zijn bovendien ook experimenten uitgevoerd die de bruikbaarheid van SDT aantonen (Hagger & Chatzisarantis, 2014). Een nadeel van de SDT is echter dat het directe effect van de autonome motivatie op gedrag, zoals omschreven wordt door de SDT (Ryan & Deci, 2000), niet substantieel is in verhouding met het indirecte effect dat de autonome motivatie op het gedrag heeft, via de gedragsintentie (Hagger & Chatzisarantis, 2009). Ook de SDT lijkt dus nog niet compleet te zijn, de gedragsintentie zou hier mogelijk nog in opgenomen moeten worden. Gezien de gedragsintentie beïnvloed wordt door de subjectieve norm, de ervaren gedragscontrole (Ajzen, 1985) en expliciete attitude (Calitri, Lowe, Eves en Bennett, 2009) dient bovendien afgevraagd te worden of deze constructen de relatie tussen de autonome motivatie en gedrag niet eveneens mediëren.

Samenhang tussen de theorieën. Op basis van de *social identity theory* (Tajfel & Turner, 1978) zou inderdaad geconcludeerd kunnen worden dat de autonome motivatie tenminste samenhangt met de subjectieve norm en de attitude. De SDT omschrijft immers dat sociale verbondenheid één van de psychologische basis behoeftes is; men wil ergens bij horen (Ryan & Deci, 2000). Een manier om jezelf aan een groep te verbinden, is mogelijk door jezelf te conformeren aan groepsnormen van de groep waar je deel van uit wilt maken. Zoals eerder omschreven zouden personen die zich aan de normen van een groep conformeren, namelijk eerder geaccepteerd worden door deze groep (Jetten & Hornsey, 2014, Nielson, 2014, Chatzisarantis, Hagger, Wang & Thøgersen-Ntoumani, 2009). Op het moment dat iemand het idee heeft dat hij of zij bij deze groep hoort (sociale identificatie), zou deze persoon vervolgens eerder geneigd zijn om zichzelf kenmerken toe te wijzen die typerend zijn voor deze groep (Tajfel & Turner, 1978). Zo zouden gedragingen en attitudes overgenomen worden (Tajfel & Turner, 1978) en groepsnormen geïntegreerd worden (Chatzisarantis, Hagger, Wang & Thøgersen-Ntoumani, 2009). Een deel van de identiteit (sociale identiteit) zou zelfs bepaald worden aan de hand van kenmerken die ze delen met hun groepsleden (Tajfel & Turner, 1978). Kortom, de sociale druk om aan groepsnormen te conformeren beïnvloed niet alleen de subjectieve norm, zoals eerder omschreven, maar vanuit de behoefte tot sociale verbondenheid mogelijk ook de autonome motivatie en de attitude van een persoon.

Integrated Behavior Change Model (IBC-model).

Hoe deze aspecten precies samenhangen, omschrijven Hagger en Chatzisarantis (2014) in het *integrated behavior change model* (IBC-model, zie Figuur 1), waarin de TPB en de SDT gecombineerd worden. Volgens het IBC-model zou de autonome motivatie alle aspecten uit de TPB beïnvloeden (zie Figuur 1, relaties 1b, 2b en 3b) en op die manier ook indirect de gedragsintentie (relaties 1a, 2a en 3a) en zodoende het gedrag (Hagger, Chatzisarantis, Culverhouse & Biddle, 2003; Hagger & Chatzisarantis, 2009). Door de SDT en de TPB te combineren wordt een antwoord gegeven op de vraag hoe de aspecten in de TPB ontstaan. Bovendien maakt dit model wel onderscheid tussen een impliciete- en een expliciete route, waarin impliciete- en de expliciete attitude apart van elkaar zijn opgenomen (zie Figuur 1). Het IBC-model lijkt hiermee de genoemde kritieken op de SDT en TPB op te lossen en een bevredigend antwoord te geven op de vraag: welke factoren hangen er samen met het besluit van medewerkers om hun fouten wel of niet te delen en te bespreken met elkaar?

Kritiek op het IBC-model. Het IBC-model is voornamelijk getoetst bij scholieren. Er is nog geen bewijs dat dit model ook te generaliseren is naar andere (niet schoolse) contexten en activiteiten (Hagger & Chatzisarantis, 2016), zoals het delen en bespreken van fouten in de zorg. Ander onderzoek naar patiëntveilig gedrag, waar het delen en bespreken van fouten onder geschaard wordt, richt zich in tegenstelling tot het IBC-model voornamelijk op organisatie factoren, zoals gedeelde attitudes (organisatie klimaat) en daadwerkelijk heersende normen (organisatie cultuur) binnen een organisatie, in plaats van de persoonlijke factoren uit het IBC-model, zoals expliciete attitude en ervaren groepsnormen. Het is nog onbekend of bevindingen op macro niveau (organisatie factoren), zoals de invloed van gedeelde attitudes op gedrag (Göras, Unbeck, Nilsson & Ehrenberg, 2017; Bishop, Fleming en Flin, 2015, Nielsen, 2014), ook gelden op micro niveau (persoonlijke factoren).

Een organisatie cultuur is echter lastig meetbaar doordat deze zich op een onbewust niveau afspeelt en gemeten dient te worden met langdurige observatie studies (Bishop, Fleming en Flin, 2015, Nielsen, 2014). Bovendien is onduidelijk hoe de cultuur en het klimaat beïnvloed kunnen worden om tot het gewenste gedrag te komen (Palmieri, Peterson, Pesta, 2010). Het IBC-model biedt zodoende mogelijk uitkomst omdat de persoonlijke factoren gemakkelijker meetbaar en beïnvloedbaar zijn. Hagger en Chatzisarantis (2016) verwachten bovendien dat het model in meerdere contexten toepasbaar zal zijn, daar het gebaseerd is op de SDT en TPB welke al in diverse contexten getoetst zijn. Het IBC-model zal in deze studie daarom toegepast worden binnen een andere context en op een andere activiteit: het delen en bespreken van fouten in een ziekenhuis.

Huidige studie.

Het doel van het huidige onderzoek is om antwoord te vinden op de vraag: welke factoren hangen samen met de intentie van ziekenhuis medewerkers om hun fouten te delen en te bespreken binnen hun team? Hierbij werden belangrijke voorspellers overgenomen uit het IBC-model van Hagger en Chatzisarantis (2014): de attitude, de subjectieve norm en de ervaren gedragscontrole en indirect ook de autonome motivatie. Om antwoord te vinden op de vraag werd een deel van het IBC-model getoetst onder operatieassistenten, met betrekking tot het delen en bespreken van hun fouten binnen hun team. Het onderzoek richt zich daarbij op operatieassistenten, omdat volgens het *Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg* het risico op fouten groter is bij onder andere operatieve ingrepen en wanneer er hoog-risico medicatie wordt gebruikt, zoals op operatiekamers (OK) (NIVEL, 2017). Een andere reden waarom het interessant is om juist bij OK-personeel te onderzoeken hoe groot de intentie is om fouten te delen en te bespreken met elkaar, is omdat zij in afgesloten OK-ruimtes werken, waardoor ze niet mee krijgen wat er die dag op de andere kamers gebeurt. Hierdoor blijven fouten die gemaakt worden op andere operatiekamers onzichtbaar, zolang die niet met elkaar gedeeld worden.

Dit onderzoek draagt bij aan de wetenschap omdat het IBC-model nog niet eerder getoetst is onder operatieassistenten en tot dusver vooral gevalideerd werd onder studenten. Hagger en Chatzisarantis (2014) roepen dan ook op om het model verder te testen met behulp van non-experimentele designstudies onder diverse doelgroepen (Hagger & Chatzisarantis, 2014). Met deze studie wordt hieraan een bijdrage geleverd door een deel van het IBC-model te toetsen aan de hand van zes hypothesen: Allereerst wordt op basis van de TPB (Ajzen, 1985) verwacht dat de subjectieve norm (hypothese 1a), de attitude (hypothese 2a), de ervaren gedragscontrole (hypothese 3a) en de self-efficacy (hypothese 4a) een positief effect hebben op de gedragsintentie. Daarnaast wordt een positieve effect verondersteld tussen de autonome motivatie types vanuit de SDT (Deci & Ryan, 1985) en de constructen uit de TPB (Ajzen, 1985): de subjectieve norm (hypothese 1a), de attitude (hypothese 2a), de ervaren gedragscontrole (hypothese 3a) en de *self-efficacy* (hypothese 4a). Deze veronderstelling is gebaseerd op eerder onderzoek waarbij beide theorieën met elkaar geïntegreerd werden (zie overzicht in Hagger & Chatzisarantis, 2014). De hypothesen zijn schematisch weergegeven in figuur 1, waarin de te onderzoeken relaties zijn aangeduid met de nummers die overeenkomen met de gestelde hypothesen. Een opsomming van de hypothesen is opgenomen in bijlage 1. In de volgende hoofdstukken wordt met de term 'A-paden' gerefereerd naar de hypothesen 1a t/m 4a en met de term 'B-paden' naar de hypothesen 1b t/m 4b.

Controle variabelen. In dit onderzoek werd voor vier aspecten gecontroleerd. Allereerst werd er gecontroleerd voor sociale moed, ook wel sociale bravoure genoemd, wat gedefinieerd wordt als de hoeveelheid lef waarover iemand beschikt met betrekking tot het opzoeken van sociale situaties. De mate waarin iemand over sociaal lef beschikt, zegt iets over de mate waarin iemand zich comfortabel voelt in sociale situaties (Vries, Ashton & Lee, 2009). Dit lijkt van belang te zijn omdat fouten in dit onderzoek worden gedefinieerd als gedrag dat direct of indirect (had kunnen) leiden tot ongewenste gevolgen in het zorgproces (letsel of ongewenste voorvallen) (NIVEL, 2017). Fouten zijn daarmee per definitie ongewenst en kunnen hierdoor leiden tot schaamte of een gevoel van incompetentie, wat het lastig maakt om fouten met anderen te delen (Cannon & Edmondson, 2001; Cigularov, Chen & Rosecrance 2010). Het lijkt dus logisch te zijn dat er enige vorm van moed nodig is om fouten te kunnen delen en te bespreken.

Door de focus te leggen op de mogelijkheid om van fouten te leren, en fouten zodoende op een meer constructieve manier te benaderen, kunnen de negatieve gevoelens die gepaard gaan met het maken van fouten beperkt worden (Hofmann & Mark, 2006). Deze meer positieve affectieve reactie, heeft een positief effect op de affectieve reactie van iemand ten aanzien van zijn of haar baan in het algemeen. Korter gezegd: het benaderen van fouten op een constructieve manier, leidt tot meer baantevredenheid (Hofmann & Mark, 2006). Hofmann en Mark (2006) tonen dan ook aan dat de baantevredenheid van 80 verpleegkundigen 26% van de variantie in het ervaren veiligheidsklimaat verklaren ($F(3,40) = 14,04, p < .01$). Waarbij het veiligheidsklimaat wordt beschouwd als een combinatie van een zestal factoren: sociale normen, management attitudes, werk verplichtingen (die veiligheidsgedrag bevorderen of belemmeren), neiging om fouten bekend te maken, de mate waarin fouten openlijk besproken worden en de mate waarin medewerkers actief nadenken over en opzoek gaan naar de oorzaak van fouten (Hofmann & Mark, 2006). Veel van deze factoren zijn terug te vinden in de huidige studie. Het lijkt daarom van belang om de baantevredenheid als tweede controle variabele mee te nemen in dit onderzoek.

Het verleggen van de focus op fouten (blame culture) naar een meer constructieve manier om fouten te benaderen (learning culture), lijkt het niet onmogelijk dat ook het management een belangrijke rol speelt. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen zijn dat naast het team, ook het management als 'belangrijke personen' worden gezien door operatieassistenten en zodoende invloed hebben op de subjectieve norm (Ajzen, 2002b). Palmieri, Peterson en Pesta (2010) tonen in hun onderzoek naar veiligheidsgedrag aan dat de overtuigingen van het management inderdaad positief van invloed zijn op de heersende normen. Daarnaast zouden de overtuigingen tevens het gedrag van medewerkers en de interactie tussen medewerkers beïnvloeden (Palmieri, Peterson & Pesta, 2010).

Omdat er meerdere ziekenhuizen in deze studie worden betrokken, lijkt het dus belangrijk om voor de managementovertuigingen te controleren.

Als laatste controle variabele werd tot slot de leeftijd van de respondenten mee genomen. Het *IBC-model* is immers voornamelijk bij middelbare scholieren getoetst (Hagger & Chatzisarantis, 2016), terwijl in dit onderzoek het model getoetst werd bij operatieassistenten. De gemiddelde leeftijd zal daardoor een stuk hoger liggen dan die van middelbare scholieren. Hagger en Chatzisarantis (2016) sluiten niet uit dat dit het IBC-model beïnvloed. Bovendien zouden jongere personen meer spanningsbehoefte hebben en daardoor meer opzoek gaan naar sociale situaties (Vries, Ashton & Lee, 2009), waaronder het delen en bespreken van fouten geschaard kan worden. Jongeren score dan ook hoger op sociale moed dan oudere personen (Vries, Ashton & Lee, 2009).

Methode

Onderzoeksdesign.

Het design voor deze studie is te typeren als een cross-sectioneel design, waarbij de relaties tussen de variabele uit het IBC-model worden onderzocht met behulp van multiple regressie analyses. Hiervoor is gekozen omdat dit bijdraagt aan het testen van het model onder diverse doelgroepen, zodat het in de toekomst mogelijk gebruikt kan worden voor experimenteel onderzoek om het delen en bespreken van fouten onder operatieassistenten te stimuleren.

Selectieprocedure.

Voor het bepalen van het aantal deelnemers, werd uitgegaan van de multiple regressie analyse met de meeste onafhankelijke variabelen. Dit is de analyse waarin de gedragsintentie als afhankelijke variabele werd meegenomen en de constructen uit de TPB als onafhankelijke variabelen (zie ook data analyse). Uit onderzoek van Hagger, Chatzisarantis en Biddle (2002) bleek dat de attitude, subjectieve norm en de ervaren gedragscontrole samen 44,5% van de variantie in de gedragsintentie verklaren. Met behulp van de formule $f^2 = R^2 - (1 - R^2)$ werd op basis van deze verklarende variantie een effect grootte van .8 berekend (Cohen, 1992). Op basis hiervan werd voorafgaand aan het onderzoek een Poweranalyse uitgevoerd met behulp van het programma G*Power 3. Hierbij werd gekozen voor $\alpha = .05$ en Power = .80 zoals aangeraden door Cohen (1992). Dit leverde een steekproef op van tenminste 13 deelnemers. Dit aantal is lager dan de 35 personen die Cohen (1992) aanraad op basis van de vuistregel voor steekproeven van multiple regressie analyses met drie onafhankelijke variabelen ($\alpha = .05$, Power = .80 en $f^2 > .35$). Omdat de verklaarde variantie in de studie van Hagger, Chatzisarantis en Biddle (2002) hoog was, werd er rekening mee gehouden dat de effect grootte van de

huidige studie mogelijk kleiner zou zijn. Daarom werd er uitgegaan van de vuistregel van Cohen (1992) en een steekproef van tenminste 35 personen gehanteerd.

Deelnemers voor het onderzoek zijn vervolgens geselecteerd middels een drietrapssteekproef: eerst is één Nederlands ziekenhuis geselecteerd op basis van praktische overwegingen (eerste trap: gemakssteekproeftrekking op basis van het netwerk van de onderzoeker). Omdat het aantal operatieassistenten in één ziekenhuis beperkt is, zijn daarnaast ook drie andere ziekenhuizen benaderd voor deelname. Deze ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van vergelijkbare kenmerken als het eerste ziekenhuis: een middelgroot niet-academisch opleidingsziekenhuis in Brabant (tweede trap: doelgerichte steekproef). Om te corrigeren voor mogelijke diversiteit in management opvatting met betrekking tot het delen en bespreken van fouten en ondersteuning die zij hun medewerkers hierin bieden, werden de overtuigingen van MT-leden (attitude, subjectieve norm en ervaren gedragscontrole) en de gedragsintentie van de managers, met betrekking tot het ondersteunen van medewerkers bij het delen en bespreken van fouten binnen hun team, meegenomen als controle variabelen.

Alle vier de ziekenhuizen werden aangeschreven om deel te nemen aan het onderzoek, waarbij uiteindelijk drie ziekenhuizen bereid waren om hieraan mee te werken. Voor de operatieassistenten en MT-leden van de deelnemende ziekenhuizen waren vervolgens geen verdere inclusie of exclusiecriteria. Zij werden allemaal benaderd middels een nieuwsbrief en konden vrijwillig deelnemen aan het onderzoek (derde trap: aselecte steekproef).

Deelnemers.

Voor dit onderzoek hebben 51 operatie assistenten en 7 MT-leden de vragenlijst volledig ingevuld (totaal 58 respondenten). De beschrijvende statistieken van deze respondenten zijn opgenomen in Tabel 1 en 2. Hieruit blijkt dat het aantal deelnemers per ziekenhuis (Z) sterk verschilt (N Z1=34, N Z2 =18, N Z3=6) en dat er voornamelijk vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek ($\text{♀} = 50$, $\text{♂} = 8$). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers ligt rond de 44 jaar. In verband met de privacy is de leeftijd van het MT-lid uit ziekenhuis 3 weg gelaten, zodat gegevens niet herleidbaar zijn naar individuele personen. Haar leeftijd ligt wel binnen dezelfde range als de MT-leden uit de andere twee ziekenhuizen (zie totaal in

Tabel 2). Er waren geen ontbrekende resultaten (*missings*).

Tabel 1*Beschrijvende statistieken operatieassistenten*

Ziekenhuis	N	Geslacht	Gem geboortejaar (min-max)
1	31	28 ♀ / 3 ♂	1975 (1958 - 1993)
2	15	13 ♀ / 2 ♂	1976 (1956 - 1997)
3	5	5 ♀ / 0 ♂	1979 (1962 - 1993)
Totaal	51	46 ♀ / 5 ♂	1975 (1956 - 1997)

Tabel 2*Beschrijvende statistieken MT-leden*

Ziekenhuis	N	Geslacht	Gem geboortejaar (min-max)
1	3	3 ♀ / 0 ♂	1974 (1963 – 1979)
2	3	0 ♀ / 3 ♂	1976 (1962 – 1985)
3	1	1 ♀ / 0 ♂	-
Totaal	7	4 ♀ / 3 ♂	- (1962 – 1985)

Procedure.

De operatieassistenten en MT-leden van de deelnemende ziekenhuizen werden via een afdelingsnieuwsbrief gevraagd om een vragenlijst in te vullen, waarin de link naar de digitale vragenlijst vermeld stond (zie bijlage 1). Om de respons te verhogen zijn daarnaast posters met deze link en QR-codes naar de link opgehangen en werd na twee weken een reminder in de nieuwsbrief geplaatst. Respondenten kregen drie weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. Deelname was op vrijwillige basis en werd niet beloond.

Voorafgaand aan de vragenlijst werden deelnemers op de introductiepagina van de vragenlijst geïnformeerd over het onderzoeksdoel, de verwerking van persoonsgegevens, de bewaartermijn van de data, de rechten van de deelnemers en de contactgegevens van de onderzoeker, de klachtenfunctionaris en de functionaris gegevensbescherming (zie bijlage 2). Hierbij werd aan de deelnemer gevraagd om te verklaren dat deze de informatie gelezen had en vrijwillig instemde met deelname aan het onderzoek. Omdat het een digitale vragenlijst betrof, waarbij respondenten niet vooraf alle vragen konden bekijken, werd na het invullen van de vragenlijst opnieuw om bevestiging van deelname gevraagd. Respondenten die hun deelname niet dubbel

bevestigden (vooraf en achteraf), werden uitgesloten van deelname en verzamelde gegevens van deze personen werden verwijderd.

Alle gegevens werden digitaal verzameld zonder gekoppeld te worden aan namen of e-mailadressen. Gegevens waren hierdoor niet traceerbaar naar personen (anoniem). De enige demografische variabelen die werden opgenomen in de vragenlijst waren geboortjaar en geslacht. Alle data wordt, in het kader van de controleerbaarheid, nog 10 jaar bewaard op een usb-stick in een afgesloten kast in een van de ziekenhuizen.

De procedure voldoet aan de Nederlandse gedragscode van de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU, 2014) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP, 2018). Toetsing hierop heeft plaats gevonden door het wetenschapsbureau van een van de ziekenhuizen. Het onderzoek is daarbij niet WMO-plichtig bevonden.

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek werd, op basis van diverse gevalideerde sub-schalen, een zelfrapportage vragenlijst samengesteld van 43 items. In deze paragraaf worden de gekozen instrumenten per variabele toegelicht. De uiteindelijke vragenlijst (zie bijlage 2) werd digitaal afgenomen via LimeSurvey. Om de validiteit van de meetinstrumenten vast te stellen werd in SPSS Statistics 25 een principale componenten analyse met Varimax-rotatie uitgevoerd. Om het aantal componenten te bepalen werd de eigenwaarde > 1 regel gehanteerd (Kaiser, 1960). Items met extractie waarde van .4 of hoger en een componentlading van tenminste .5 op het beoogde component, werden als voldoende sterk beschouwd voor het betreffende component. Voor de gevonden componenten werd vervolgens met behulp van SPSS statistics 25 de Cronbach's α 's en de item-rest correlaties berekend om de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten vast te stellen. Waarbij als ondergrens werd gehanteerd $\alpha > .7$. In de volgende alinea's worden relevante uitkomsten per variabele besproken.

Attitude. De expliciete attitude werd gemeten middels zelfrapportage, zoals aangeraden wordt door Gawronski en Bodenhausen (2006). Hiervoor werd de vragenlijst van Davis, Ajzen, Saunders en Williams (2002) gebruikt, waarbij de het beoogde gedrag in een stamvraag was opgenomen en gekoppeld was aan een context, zoals aangeraden wordt door Ajzen (2002b). De stamvragen dienden daarbij beoordeeld te worden met behulp van drie bipolaire zevenpunt-schalen te weten: gunstig-nadelig, relevant-irrelevant, gepast-ongepast. De vragenlijst is voor dit onderzoek vertaald naar het Nederlands en de stamvraag werd aangepast naar 'In mijn baan is het delen en bespreken van je fouten binnen je team' (zie bijlage 2, items A1 t/m A3). Voorafgaand aan de items werd in de vragenlijst een korte toelichting gegeven op hoe de term 'fouten' geïnterpreteerd dienden te

worden: “Hiermee wordt gerefereerd naar gedrag dat direct of indirect (had kunnen) leiden tot ongewenste gevolgen in het zorgproces (letsel of ongewenste voorvallen)”.

Uit een exploratieve componenten analyse bleek dat er één component was met een eigenwaarde > 1.0 (eigenwaarde = 2.083), welke 69.44% van de variantie verklaarde. De items bleken allen hoog te laden op dit component met componentladingen $> .8$. Alle items hadden bovendien een sterke extractiewaarde van $> .8$ op dit component. De betrouwbaarheidsanalyse toonde tot slot een Cronbach's alpha van .770 en item-rest correlaties $> .5$, wat duidt op voldoende betrouwbaarheid van deze sub-schaal.

Subjectieve norm. Voor het meten van de subjectieve norm is een vragenlijst ontwikkeld, zoals omschreven door Ajzen (2002b). De vragenlijst bestaat uit vier items met een 7-punts likertschaal (helemaal oneens – helemaal eens), waarbij twee items gericht zijn op het goedkeuren/afkeuren van het gedrag (injunctieve norm): “Mijn directe collega's vinden dat ik mijn fouten zou moeten delen en bespreken binnen ons team” en “Mijn directe collega's verwachten van mij ik mijn fouten deel en bespreek binnen ons team”, en twee items gericht zijn op de mate waarin anderen dit gedrag vertonen (descriptieve norm): “Mijn directe collega's delen en bespreken hun eigen fouten altijd binnen ons team” en “Geen van mijn directe collega's deelt en spreekt zijn/haar eigen fouten binnen ons team”. Voorafgaand aan deze items werd in de vragenlijst een korte toelichting gegeven op hoe de term ‘team’ geïnterpreteerd diende te worden: “Hiermee wordt gerefereerd naar uw collega's met wie u aan een gezamenlijk doel werkt” (zie Bijlage 2).

Uit een exploratieve componenten analyse blijkt dat één component een eigenwaarde had hoger dan 1.0 (eigenwaarde = 2.439) en 60,985% van de variantie verklaarde. Een van de items (SN04: ‘Geen van mijn directe collega's deelt en spreekt zijn/haar eigen fouten binnen ons team’) scoorde echter een matige extractiewaarde van .412 (zie Tabel 3), wat inhoudelijk niet verklaard kon worden. Omdat een tweede component zich met een eigenwaarde van .997 maar net onder de gestelde grens van eigenwaarde > 1.0 bevond, werd tevens een confirmerende componenten analyse uitgevoerd met twee componenten. Hierbij werd opnieuw de componenten analyse uitgevoerd maar nu op basis van twee componenten in plaats van één.

Tabel 3*Extractiewaardes items (subjectieve norm)*

Item	1 component	2 componenten
SN1	.588	.910
SN2	.784	.884
SN3	.655	.778
SN4	.412	.863

Idealiter laadt een item op slechts één component, waardoor gemakkelijk bepaald kan worden welke items samen één component vormen en hier een inhoudelijke verklaring voor gegeven kan worden. Dat is helaas niet altijd het geval. Daarom werd er tevens een Varimax rotatie uitgevoerd op basis van twee componenten. Hierbij worden de factorladingen door SPSS dusdanig bewerkt aan de hand van formules (geroteerd), dat deze zoveel mogelijk op één van de twee componenten laden. De mate waarin de items bijdrage aan de verklarende variantie van het component, is daarbij terug te zien in de extractie waarde.

De confirmerende componenten analyse, op basis van twee componenten, toont dat de items die de injunctieve norm meten samen laadden op component 1 en dat de items die de descriptieve norm meten, samen laden op component 2. Alle items laadde daarbij hoog op het beoogde component (>.79). Bovendien lagen de extractiewaardes van de items nu hoger. Om te komen tot valide sub-schalen werd daarom gekozen om de items die de subjectieve norm maten te verdelen over twee componenten: de *injunctieve*- en de *descriptieve* subjectieve normen. De betrouwbaarheidsanalyses toonden aan dat beiden sub-schalen betrouwbaar waren met een Conbrach's alpha van .869 en .739, en item-rest correlatie > .5.

Ervaren gedragscontrole. Voor het meten van de ervaren gedragscontrole werd een vragenlijst van Ajzen zelf gebruikt (Ajzen, 2002b, Davis, Ajzen, Saunders & Williams, 2002). De lijst bevat twee items gericht op de *self-efficacy* en twee items die de gedragscontrole meten (Ajzen, 2002b). De items werden vertaald naar het Nederlands en werden aangepast naar het beoogde gedrag van de huidige studie. In plaats van twee items per component, werden er drie items per component in de vragenlijst opgenomen, zodat er naderhand een componenten analyse uitgevoerd kon worden om te bepalen of ervaren gedragscontrole opgesplitst diende te worden in *self-efficacy* en gedragscontrole. Voor *self-efficacy* werd het item "For me to complete the current school year will be easy – difficult" daartoe opgesplitst in twee items: "Het is voor mij gemakkelijk om ..." en "ik

vind het moeilijk om..." (...mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team). Voor de gedragscontrole werd er tevens een item toegevoegd: "*Of ik fouten deel en bespreek binnen mijn team, is aan anderen*". Om de leesbaarheid te vergroten werden alle items tot slot zo geformuleerd zodat er een stam-zin gebruikt kon worden (of ik fouten deel en bespreek binnen mijn team...). Bijvoorbeeld: "*I have complete control over completing the current school year*" werd vertaald en herformuleerd naar: "of ik fouten deel en bespreek binnen mijn team, daar heb ik zelf complete controle over" (zie bijlage 2).

Uit een exploratieve componenten analyse bleek dat er twee componenten waren met een eigenwaarde $> 1.0.$, welke samen 81,72% van de variantie verklaarden. Items die op het zelfde component laadden indiceren dat component 1 de *self-efficacy* vertegenwoordigde (eigenwaarde 2.747) en dat component 2 de gedragscontrole vertegenwoordigde (eigenwaarde 1.339). Item GC1: 'of ik mijn fouten deel en bespreek binnen mijn team is aan anderen', werd op basis van de componentenanalyse verwijderd. Het item laadde, ondanks dat deze gespiegeld was, negatief op het beoogde component (-.349) en matige positief op het andere component (.5). De extractiewaarde was bovendien laag (.372).

Een nieuwe componenten analyse, zonder dit item, liet zien dat de sub-schaal na verwijderen van GC1 wel valide was, waarbij alle items hoog laadden op het beoogde component ($>.8$) en sterke extractiewaardes hadden ($>.7$). De betrouwbaarheidsanalyses van de componenten tonen dat de betrouwbaarheid van de sub-schaal *self-efficacy* hoog was, met $\alpha = .920$ en item-restcorrelaties $>.8$. De betrouwbaarheid van de sub-schaal gedragscontrole bleek laag te zijn met $\alpha = .572$ en item-restcorrelaties $<.5$.

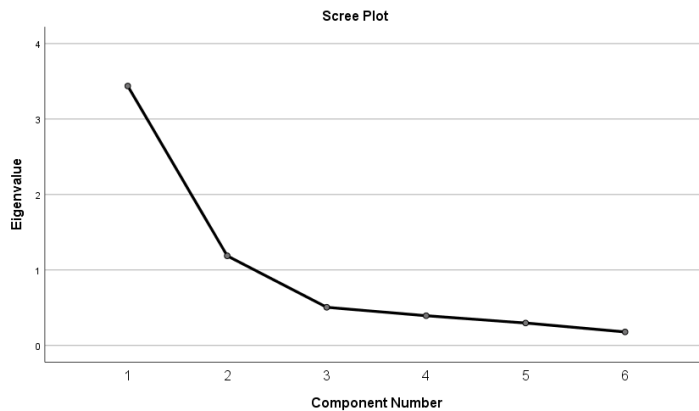
Gedragsintentie. In onderzoek is voor het meten van de gedragsintentie gebruik gemaakt van de sub-schaal uit de DINAMO vragenlijst (Diagnostic INventory for the Assesment of willingness to change among Managers in Organizations), welke is ontwikkeld om de *veranderbereidheid* te meten binnen groepen medewerkers, zoals managers (Metselaar, 1997). Deze vragenlijst is gebaseerd op de TPB (Ajzen, 1985) en de *veranderbereidheid* wordt dan ook omschreven als 'de intentie om te veranderen'. In termen van de TPB meet deze vragenlijst de gedragsintentie van medewerkers, waarbij het beoogde gedrag 'veranderen' is. De vragenlijst bestaat uit vier items met een vijfpuntschaal, die eerder al vertaald werden naar het Nederlands (Lubberding & Lubberding, 2010). Voor dit onderzoek zijn de items aangepast door het beoogde gedrag te vervangen door 'bespreken en delen van uw fouten binnen uw team' en door deze op één enkel persoon te richten in plaats van het hele team. Bijvoorbeeld: "Zijn uw teamleden bereid collega's te overtuigen van het nut van het veranderingsproces?" werd aangepast naar "Bent u bereid collega's te overtuigen van het nut van het delen en bespreken van uw fouten binnen uw team?". Daarnaast is er een zevenpuntschaal gebruikt in plaats van de

vijfpuntschaal uit de DINAMO vragenlijst (1 helemaal oneens – 5 helemaal eens), om zo een consequent aantal antwoordopties in de vragenlijst van de huidige studie te hanteren.

Omdat deze sub-schaal uit de DINAMO vragenlijst geen vraag bevat die direct naar de gedragsintentie vraagt, is het volgende item aan de vragenlijst toegevoegd: *Ik ben van plan om mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team*. Dit item is afkomstig uit de vragenlijst die Hagger, Chatzisarantis, Culverhouse en Biddle (2003) in hun onderzoek gebruikten, welke drie items bevatte die gericht waren op het meten van de gedragsintentie. Deze items waren afkomstig uit vragenlijsten van Ajzen en Madden (1986) en Courneya en McAuley (1994), die de constructen uit de TPB meten (zoals omschreven in Hagger, Chatzisarantis, Culverhouse & Biddle, 2003). Het item werd vertaald naar het Nederlands en het te meten gedrag is aangepast naar *het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team*.

Om naderhand een principale componenten analyse te kunnen uitvoeren ter controle van de validiteit van deze vraag, werden er nog twee andere items toegevoegd welke op directe wijze naar de intentie vroegen: *Ik ben van plan om het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team prioriteit te geven* en *Ik ben van plan om tijd vrij te maken voor het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team*. Dit laatste item werd geconstrueerd door één van de items van de DINAMO vragenlijst aan te passen, waarbij *ik ben bereid om...* werd vervangen door *ik ben van plan om...* Hierdoor bestond de vragenlijst uit drie vragen die startte met 'ik ben bereid om...' (items GI1-bereid t/m GI3-bereid, zie Bijlage 2) en drie vragen die startte met 'ik ben van plan om...' (items GI4-plan t/m GI6-plan, zie Bijlage 2).

Omdat de oorspronkelijke gevalideerde vragenlijst werd aangevuld en aangepast, is voor deze vragenlijst eveneens een exploratieve componenten analyse uitgevoerd over de items die samen de gedragsintentie zouden moeten meten. Hieruit bleek dat er twee componenten een eigenwaarde hadden > 1 , die samen 77.082% van de variantie verklaarden. De items startend met 'ik ben van plan om...' laadden samen op component 1 (eigenwaarde 3.438) en de items die starten met 'ik ben bereid om...' laadden samen op component 2 (eigenwaarde 1.187). De Screeplot toonde echter twee knik-punten (zie Figuur 3). Op basis van de inhoud is gekozen voor één component, welke 57,29% van de variantie verklaart. Uit een confirmerende componenten analyse bleek dat alle items gezamenlijk een valide sub-schaal vormden. De componentladingen lagen allen ruim boven de .6 en alle extractiewaardes lagen ruim boven .4. De een betrouwbaarheidsanalyse toonde dat de sub-schaal betrouwbaar was met een Cronbach's α van .827 en item-rest correlaties $> .5$.



Figuur 3. Screeplot Gedragsintentie

Motivatie. Voor het meten van de motivatie is gebruik gemaakt van de *User Motivation Inventory (UMI)* van Brühlmann, Vollenwyder, Opwis en Mekler (2018) welke onderscheid maakt tussen de diverse type motivatie zoals omschreven door Ryan en Deci (2000). Deze vragenlijst bestaat uit 18 items met een 7-punts likertschaal, verdeeld over zes subschalen, die de intrinsieke-, geïntegreerde-, geïdentificeerde-, geïntrojecteerde-, externe- en A-motivatie van medewerkers meten (Brühlmann, Vollenwyder, Opwis & Mekler, 2018). De vragenlijst werd oorspronkelijk ontwikkeld om de motivatie met betrekking tot het gebruik van interactieve systemen te meten, de lijst is aangepast zodat deze de motivatie met betrekking tot het delen en bespreken van fouten binnen het team meet. De subschaal gericht op A-motivatie is daarbij weg gelaten, omdat deze niet gericht is op motivatie maar op het ontbreken van motivatie. Bovendien oordeelde de toetsende commissie (het wetenschapsbureau van een van de ziekenhuizen) dat deze sub-schaal gevoelige vragen bevatte, waardoor ze niet gebruikt mochten worden zonder een WMO-verklaring. Omdat geïdentificeerde motivatie zich op het grensgebied bevindt tussen autonome en niet autonome motivatie, werd ook deze sub-schaal weg gelaten. Hierdoor bleven enkel de vier sub-schalen over met items die de intrinsieke- (INTRIm), geïntegreerde- (INTEGm), geïntrojecteerde- (INTROm) en externe motivatie (EXm) meten, welke samen de uiterste vertegenwoordigden van autonome motivatie (INTRIm + INTEGm) en gecontroleerde motivatie (INTROm + EXm).

Alle vier de sub-schalen bestonden uit een stamzin 'Ik wil mijn fouten delen en bespreken binnen mijn team omdat...' en drie items welke een redenen aangaven om fouten te delen en te bespreken. Bijvoorbeeld: ...omdat het interessant is om te doen (intrinsieke motivatie), ...omdat het overeenkomt met mijn diepste principes (geïntegreerde motivatie), ...omdat het als falen zou voelen als ik hiermee stop (geïntrojecteerde motivatie) of ...omdat ik me onder druk gezet voel door anderen om dit te doen (externe motivatie). De respondenten konden bij ieder item op een 7-punts likertschaal aangeven in welke mate de reden om fouten te

willen delen op hen van toepassing was, waarbij 1 stond voor helemaal niet van toepassing en 7 voor geheel van toepassing.

Om te bepalen of de vier gemeten motivatietypes opgedeeld konden worden in twee variabelen (autonome- en niet autonome motivatie), werd wederom een componenten analyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat op basis van de eigenwaarde > 1 regel (Kaiser, 1960) de motivatie types niet als twee componenten gemeten kon worden. Er werd daarom gekozen voor vier componenten, welke samen 78.93% van de variantie verklaren (zie Tabel 4). De validiteit van de componenten werd bevestigd met een confirmerende componenten analyse op basis van vier componenten, waaruit bleek dat items sterk laadden (> .6) op de beoogde componenten en extractiewaardes van de items ruim boven .6 lagen. De gevonden Cronbach's alpha's en item-rest correlaties staan weergegeven in Tabel 5, welke aantonen dat de sub-schalen betrouwbaar zijn.

Tabel 4

Eigenwaarden en verklaarde variantie van de componenten (motivatie)

Component	Eigenwaarde	Verklaarde variantie (%)	Cumulatieve verklaarde variantie (%)
1	3.715	30.955	30.955
2	2.976	24.804	55.759
3	1.799	14.993	70.752
4	.981	8.177	78.929
5	.641	5.345	84.273

Tabel 5*Betrouwbaarheidsanalyse (motivatie)*

Schaal met bijhorende items	α	M	SD	item-rest correlatie	α indien item verwijderd wordt
Intrinsieke-	.787				
INTRIm1		2.67	1.395	.710	.637
INTRIm2		4.04	1.959	.545	.878
INTRIm3		2.20	1.265	.716	.656
Geïntegreerde-	.821				
INTEGm1		4.41	1.417	.511	.909
INTEGm2		4.92	1.521	.806	.609
INTEGm3		5.12	1.336	.728	.696
Geïntrojecteerde-	.871				
INTROm1		4.94	1.502	.747	.824
INTROm2		4.73	1.626	.840	.734
INTROm3		4.14	1.613	.679	.885
Externe-	.813				
EXm1		2.45	1.254	.636	.773
EXm2		3.10	1.652	.711	.719
EXm3		2.08	1.197	.692	.729

Sociale moed. Sociale moed werd gemeten met drie items uit de sub-schaal ‘extraversie’ van de Nederlandse gereviseerde HEXACO Persoonlijkheidsvragenlijst (HEXACO-PI-R), welke gezamenlijk de sociale bravoure meten (Vries, Ashton & Lee, 2009). Ieder item kon beoordeeld worden met behulp van een 5-punts likertschaal, welke voor dit onderzoek is omgezet naar een 7-punts likertschaal. Bijvoorbeeld: Ik geef zelden mijn mening in groepsbijeenkomsten (helemaal oneens – helemaal eens). Uit onderzoek van de Vries, Ashton en Lee (2009) blijkt dat deze sub-schaal voldoende betrouwbaar en valide is met een α van .84 en componentlading van de sub-schaal tussen de .69 en .72 ten aanzien van andere meetinstrumenten die het zelfde beogen te meten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat leeftijd een kleine invloed heeft op de score ($r = .07$, $p < .05$). Omdat de

stellingen van de vragenlijst niet werden vertaald of aangepast voor de huidige studie, werd er geen nieuwe componenten- en betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd in deze studie.

Baantevredenheid. De variabele baantevredenheid werd gemeten met de sub-schaal 'baantevredenheid' van de Nederlandse versie van *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ-NL: Haerkens, Leeuwen, Sexton, Pickkers & Hoeven, 2016). Baantevredenheid wordt hierin gedefinieerd als 'de mate waarin iemand zijn werk positief ervaart'. De sub-schaal bestaat uit vijf stellingen die beoordeeld kunnen worden met behulp van een 7-punts likertschaal (helemaal oneens – helemaal eens). Bijvoorbeeld: 'Ik ben trots dat ik in dit ziekenhuis werk'. Haerkens en collega's (2016) onderzochten de psychometrische kwaliteit van de vertaalde vragenlijst onder negen ziekenhuizen, waarvan er acht vergelijkbaar waren met de ziekenhuizen in de huidige studie (niet-academisch opleidingsziekenhuis). Uit dit onderzoek blijkt dat de sub-schaal 'baantevredenheid' uit de SAQ-NL voldoende betrouwbaar en valide is, met een α van .84 en de factorladingen tussen .77 en de .83 op de beoogde factor (Haerkens, Leeuwen, Sexton, Pickkers & Hoeven, 2016). In totaal namen er 17 ziekenhuisafdelingen deel aan het onderzoek van Haerkens en collega's ($n = 1314$), waaronder vijf operatiecentra ($n = 648$). De operatiecentra leverde hierbij bijna de helft van de respondenten. Hierom en omdat de items van de vragenlijst niet werden aangepast of vertaald voor de huidige studie, werd er geen nieuwe componenten- en betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd in deze studie.

Managementovertuigingen. Voor het meten van de managementovertuigingen werden de drie type overtuigingen gemeten, zoals deze beschreven zijn in de TPB: gedragsovertuigingen, normatieve overtuigingen en controle overtuigingen (Ajzen, 2002b). Hiertoe werden de attitude, de ervaren injunctieve- en descriptieve normen, de ervaren gedragscontrole en de *self-efficacy* bij de leden van het management team gemeten (MT-leden). Dit werd gedaan met behulp van dezelfde sub-schalen die voor de operatieassistenten gebruikt werden. De items in deze sub-schalen werden voor de MT-leden aangepast door het beoogde gedrag in de items ('het delen en bespreken van uw fouten binnen uw team') te vervangen met 'het delen en bespreken van fouten binnen uw team ondersteunen/ faciliteren'. In de vragenlijst van de operatieassistent werd vervolgens een item opgenomen met de vraag in welk ziekenhuis iemand werkzaam was. Hierdoor konden de scores van de MT-leden omgerekend worden naar een gemiddelde score per ziekenhuis. Deze score werd vervolgens aan alle operatieassistenten gekoppeld uit het betreffende ziekenhuis. Gezien het aantal respondenten vanuit het management beperkt was, werd er geen nieuwe componenten- en betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd voor deze doelgroep.

Leeftijd. Het *IBC-model* is voornamelijk bij middelbare scholieren getoetst (Hagger & Chatzisarantis, 2016), terwijl in dit onderzoek het model getoetst werd bij operatieassistenten. De gemiddelde leeftijd zal daardoor een stuk hoger liggen dan die van middelbare scholieren. Als laatste controle variabele werd daarom ook de leeftijd gemeten. Dit werd gedaan door de vraag ‘wat is uw geboortejaar?’ aan de vragenlijst toe te voegen. De exacte leeftijd van de respondenten werd niet gemeten, omdat het jaar en de geboortedag tezamen herleidbaar zouden kunnen zijn naar personen en dit de anonimiteit zou schaden.

Data-analyses

Vijf items (SN4, GC1, GC3, SE1, ExVH1, zie Bijlage 2) waarvan een hogere score duidde op een lagere score op de beoogde variabele, werden gespiegeld. Doordat de vragenlijsten digitaal zijn uitgezet, was het onmogelijk om vragen over te slaan. Wel was het mogelijk dat vragenlijsten niet volledig was ingevuld. In dat geval was echter ook de *informed consent* aan het eind van de vragenlijst niet ondertekend en werd de respondent zodoende uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Deze assumptie werd gecheckt door na verwijdering van respondenten zonder *informed consent*, de dataset te controleren op *missings*. Deze werden niet gevonden. Daarnaast werd ook de assumptie van de normale verdeling gecheckt door de normaalverdelingen gegeven bij de componentenanalyses te bekijken.

De gestelde hypothesen werden tot slot getoetst met zes OLS (*Ordinary Least Squares*) multiple regressieanalyses. Eén regressieanalyse met de gedragsintentie als onafhankelijke variabele en de mediërende variabelen (attitude, ervaren gedragscontrole, self-efficacy, injunctieve- en descriptieve normen) als afhankelijke variabelen, en daarna één analyse per mediërende variabele (afhankelijke variabele) met de motivatietypes (intrinsieke-, geïntegreerde-, geïntrojecteerde- en externe motivatie) als onafhankelijke variabelen. Hoewel er mediërende variabelen zijn opgenomen in het *IBC-model*, dient opgemerkt te worden dat er in deze studie geen mediërend effect werd getoetst. Het *IBC-model* kan op basis van deze analyses dus meer of minder aannemelijk lijken maar er kunnen geen conclusies worden getrokken over de mediatie van variabelen in dit model. In alle analyses werden de volgende controle variabelen mee genomen: geboortejaar, baantevredenheid en overtuigingen MT (te weten: attitude MT, injunctieve- en descriptieve subjectieve normen MT, gedragscontrole MT en Self-efficacy MT). Voor de analyses waarbij de gedragsintentie de afhankelijke variabele was werden tevens de vier motivatie types mee genomen als controle variabelen

Resultaten

Beschrijvende statistieken

Per gevonden component werd een gemiddelde score over de items berekend met behulp van SPSS Statistics 25, dit resulteerde in negen variabelen waarvan de beschrijvende statistieken staan weergegeven in Tabel 6. In deze Tabel staan tevens de uitkomsten voor MT-leden opgenomen, welke zijn meegenomen als controle variabelen. Daarnaast zijn correlaties tussen de variabelen weergegeven in Tabel 7 en 8 (exclusief controle variabelen). Uit de correlatietabel blijkt dat de *self-efficacy*, injunctieve norm en attitude van operatieassistenten positief significant correleren met de gedragsintentie van operatieassistenten ($p < .05$).

Tabel 6

Beschrijvende statistieken van de variabelen

<i>Variabelen</i>	<i>Operatieassistenten</i>			<i>MT-leden</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Afhankelijke variabele</i>						
Gedragsintentie	51	4.44	0.72			
<i>Mediërende variabele</i>						
Attitude	51	5.58	0.90	7	5.95	0.62
Injunctieve norm	51	5.24	1.12	7	5.57	1.24
Descriptieve norm	51	4.57	1.29	7	5.36	1.18
Gedragscontrole	51	5.56	1.23	7	5.36	1.57
Self-efficacy	51	4.78	1.43	7	5.29	1.01
<i>Onafhankelijke variabelen</i>						
Intrinsieke motivatie	51	2.97	1.31			
Geïntegreerde motivatie	51	4.82	1.22			
Geïntrojecteerde motivatie	51	4.60	1.41			
Externe motivatie	51	2.54	1.18			
<i>Controle variabelen</i>						
Baantevredenheid	51	5.00	1.11			
Sociale moed	51	4.00	1.14			

Tabel 7

Pearson correlaties tussen de mediërende variabelen.

	<i>Attitude</i>	<i>Injunctieve norm</i>	<i>Descriptieve norm</i>	<i>Gedragcontrole</i>	<i>Self-efficacy</i>
<i>Attitude</i>	1.00				
<i>Injunctieve norm</i>	0.37**	1.00			
<i>Descriptieve norm</i>	0.09	0.44**	1.00		
<i>Gedragcontrole</i>	0.10	0.06	0.14	1.00	
<i>Self-efficacy</i>	0.52**	0.34**	0.34**	0.15	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabel 8

Pearson correlaties tussen de onafhankelijke variabelen.

<i>Motivatietypes</i>	<i>Intrinsieke-</i>	<i>Geïntegreerde-</i>	<i>Geïntrojecteerde</i>	<i>Externe-</i>
<i>Intrinsieke-</i>	1.00			
<i>Geïntegreerde-</i>	0,10	1.00		
<i>Geïntrojecteerde-</i>	0.06	0.45**	1.00	
<i>Externe-</i>	0.37**	-0.03	0.26*	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Multiple regressie analyses A-paden

Om de hypothesen (H) 1a t/m 4a te toetsen, werd het effect van de voorspellers *positieve subjectieve norm (H1a)*, *expliciete attitude (H2a)*, *gedragcontrole (H3a)*, *self-efficacy (H4a)* op de gedragsintentie getoetst. Uit de multiple regressie analyse (zie Tabel 9) bleek dat de voorspellers in model 1 samen 32,6% van de variantie in de gedragsintentie verklaarden ($F(5, 45) = 5.83$, $p < .001$). Deze verklaarde variantie werd groter na correctie voor de controlevariabelen en de motivatie types (model 2), te weten 40,4 % ($F(10,35) = 3,26$ $p < .05$). Enkel attitude heeft hierbij een significant positief hoofdeffect op de gedragsintentie ($\beta = .36$; $p = .02$). Daarnaast blijkt dat er eveneens een positief effect is tussen de geïntegreerde motivatie en de gedragsintentie ($\beta = .35$; $p = .01$) (Zie Tabel 9).

Tabel 9

Multiple regressieanalyse met de gedragsintentie als afhankelijke variabele.

Variabele	Model 1 (R ² = .326)		Model 2 (R ² = .404)	
	b	Sig	b	Sig
Attitude	.37	.04	.36	.02
Injunctieve norm	.10	.01	.16	.37
Descriptieve norm	.01	.47	-.07	.61
Gedragscontrole	.13	.99	.13	.29
Self-Efficacy	.26	.28	.13	.41
Geïntegreerde Motivatie			.35	.01

Multiple regressie analyses B-paden

Om hypothese 1b te toetsen, werd het effect van vier motivatie types, de intrinsieke-, geïntegreerde-, geïntrojecteerde- en externe motivatie, op de subjectieve normen getoetst (zowel injunctief als descriptief). Hiervoor werd eerst een multiple regressie analyse uitgevoerd met de ervaren injunctieve norm als afhankelijke variabele en de vier motivatie types als onafhankelijke voorspellers. Daarna werd deze regressie analyse nogmaals uitgevoerd maar dan met de ervaren descriptieve norm als onafhankelijke variabele.

Uit de eerste regressie analyse (zie Tabel 10) bleek dat de variantie van de injunctieve norm voor 29,3% werd verklaard door de vier motivatietypes ($F(4, 46) = 6,17; p < .001$). Deze verklaarde variantie werd groter na correctie voor de controlevariabelen en de motivatie types (model 2), te weten 38,7% ($F(6, 40) = 4.16; p = .001$). De geïntrojecteerde motivatie is daarbij het enige type motivatie met een significant positief hoofdeffect ($\beta = .49; p = .00$). Daarnaast bleek dat de ervaren injunctieve norm van MT-leden, een negatief effect heeft op de ervaren injunctieve norm van operatieassistenten ($\beta = -.47; p = .01$). De multiple regressieanalyses met de descriptieve norm als onafhankelijke variabele toonde geen significante resultaten. Deze uitkomsten worden daarom niet in dit hoofdstuk besproken.

Tabel 10

Multiple regressieanalyse met de injunctieve norm als afhankelijke variabele.

Variabele	Model 1 (R ² = .293)		Model 2 (R ² = .387)	
	b	Sig	b	Sig
Intrinsieke motivatie	-.08	.55	-.15	.27
Geïntegreerde motivatie	.00	.99	.03	.84
Geïntrojecteerde motivatie	.57	.00	.49	.00
Externe motivatie	.08	.55	.05	.69
Injunctieve norm MT			-.47	.01

Om de hypothesen 2b t/m 4b te toetsen, werd het effect van de vier motivatie types op de attitude, ervaren gedragscontrole en *self-efficacy* getoetst. De multiple regressie analyses die hiertoe werden uitgevoerd toonden echter geen significante resultaten. De uitkomsten worden daarom niet in dit hoofdstuk besproken.

Conclusie en discussie

In totaal werden er vierentwintig effecten getoetst: 5 a-paden (één meer dan de a-hypothesen, want subjectieve norm werd opgedeeld in descriptieve en injunctieve norm) en 5 b-paden x 4 (één keer per motivatie type).

Hierbij werden vijftien positieve effecten verwacht (over de niet autonome motivatie types werden geen verwachtingen geformuleerd). Er werd slechts één significant effect gevonden. De resultaten komen daarmee niet overeen met de voorspellingen die werden gedaan op basis van het IBC-model (Hagger & Chatzisarantis, 2009, 2016) en eerder onderzoek die de relaties van dit model bevestigen (zie theoretisch kader). In de volgende paragrafen zal deze conclusie eerst verder toegelicht worden, op basis van de hypothesen en de gevonden resultaten. Daarna wordt gezocht naar theoretische verklaringen voor het ontbreken van de verwachte resultaten en tot slot worden enkele mogelijke methodologische verklaringen genoemd in de limitaties van deze studie, waarbij aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

Conclusies A-paden.

Er werd verwacht dat de constructen uit de TPB (attitude, gedragscontrole, *self-efficacy*, ervaren injunctieve- en descriptieve groepsnormen), een positief effect zouden hebben op de gedragsintentie van operatieassistenten om fouten te delen en te bespreken binnen hun team (hypothesen 1a t/m 4a). De resultaten van dit onderzoek bevestigen enkel hypothese 2a: de intentie van de operatieassistenten om eigen fouten te

delen en te bespreken binnen hun team, was inderdaad significant groter wanneer de deelnemers een meer positieve expliciete attitude hadden ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, dan wanneer deze een minder positieve expliciete attitude hadden ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar. De hypothesen 1a, 3a en 4a werden niet bevestigd: De subjectieve normen (zowel injunctief als descriptief), de gedragscontrole en de *self-efficacy*, hadden geen significant hoofdeffect op de gedragsintentie, ook niet na controle op de controlevariabelen en de motivatietypes.

Conclusies B-paden.

Verder werd verwacht dat de twee meer autonome motivatietypes (de intrinsieke- en geïntegreerde motivatie) een positief effect zouden hebben op de constructen uit de TPB: de attitude, subjectieve normen (zowel injunctief als descriptief), de *self-efficacy* en de ervaren gedragscontrole ten aanzien van het delen en bespreken van fouten binnen het team (hypothesen 1b t/m 4b) van de operatieassistenten. Deze effecten werden allen niet gevonden, ook niet na controle op de controlevariabelen. De hypothesen 1b t/m 4b werden dus eveneens niet bevestigd met de resultaten uit dit onderzoek.

Wel bleek dat de ervaren injunctieve norm, ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, positiever was wanneer de geïntrojecteerde motivatie van de operatieassistenten hoger was dan wanneer deze geïntrojecteerde motivatie lager was, ten aanzien van het delen en bespreken van eigen fouten binnen hun team. Dat juist dit minder autonome motivatietype samenhang met de ervaren descriptieve norm, is niet verwonderlijk. De injunctieve norm ten aanzien van gedrag, gaat namelijk over of een groep dit gedrag goedkeurt of afkeurt (Ajzen, 2002b) en de geïntrojecteerde motivatie gaat over de druk die iemand zich zelf oplegt op basis van externe factoren, zoals de goedkeuring of afkeuring van collega's (Broeck, Steenkiste, Witte, Lens & Andriessen, 2009). De geïntrojecteerde motivatie had dan ook enkel effect op de ervaren injunctieve norm en niet op de ervaren descriptieve norm, of een van de andere variabelen.

Theoretische verklaringen.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van de voorspelde effecten in de B-paden, is dat de autonome motivatietypes de gedragsintentie rechtstreeks beïnvloedden, in plaats van indirect via de constructen van de TPB, zoals Hagger en Chatizarantis (2009, 2014) stellen. In deze studie werd immers wel een positief effect gevonden tussen de geïntegreerde motivatie en de gedragsintentie. In dit geval zou er echter ook een positief effect worden verwacht tussen de intrinsieke motivatie en de gedragsintentie, welke niet werd gevonden. Bovendien verklaart het niet waarom de voorspelde effecten in de A-paden eveneens niet werden gevonden.

Een meer plausibele verklaring is dat het IBC-model niet geschikt is om het beoogde gedrag in deze studie te verklaren. Het model omschrijft namelijk enkel aspecten op individueel niveau en niet op groepsniveau. Zo zijn bijvoorbeeld niet de daadwerkelijk heersende groepsnormen in het model opgenomen, maar de individuele van deze normen (subjectieve norm), welke niet per definitie gelijk zijn aan elkaar (Ajzen, 1985). Het beoogde gedrag in deze studie was echter niet van individuele aard. Er is immers altijd een ander nodig om fouten te delen en te bespreken. Dat het delen en bespreken van fouten misschien beter op groepsniveau benaderd kan worden, blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Göras, Unbeck, Nilsson en Ehrenberg (2017). Zij toonden aan dat de gedeelde attitude van medewerkers ten aanzien van het voorkomen, vermijden en verbeteren van fouten (patiëntveiligheid klimaat) van invloed was op het gedrag van de medewerkers: hoe positiever deze groepsattitude was hoe minder medicatie- en leesfouten er werden gemaakt (Göras, Unbeck, Nilsson & Ehrenberg, 2017).

Een belangrijk verschil tussen de huidige studie en het onderzoek van Göras, Unbeck, Nilsson en Ehrenberg (2017), is dat het delen en bespreken van fouten intentioneel gedrag betreft, terwijl het maken van fouten in de zorg niet opzettelijk gebeurt. Zowel de TPB als de SDT richten zich op intentioneel gepland gedrag, op basis van rationele afwegingen (Ajzen, 1985; Deci & Ryan, 2000; Hagger & Chatizarantis, 2014). Het IBC-model, die deze twee theorieën combineert, lijkt hiermee dus geschikt te zijn voor het verklaren van het beoogde gedrag in deze studie. Het maken van een fout (niet intentioneel gedrag) is echter wel een noodzakelijke voorwaarde om het gemeten gedrag te kunnen vertonen: als er geen fout gemaakt wordt, kan deze ook niet gedeeld worden. Het is denkbaar dat deze mix van intentioneel en niet-intentioneel gedrag, de toepasbaarheid van het IBC-model beïnvloed. Het zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom de items uit de sub-schaal die de gedragsintentie meten, die startte met 'ik ben van plan om...' op een ander component laden dan de items uit deze sub-schaal die startte met 'ik ben bereid om...'. Iemand kan mogelijk wel bereid zijn om fouten te delen en te bespreken en dit toch niet van plan zijn, omdat hij of zij er vanuit gaat dat er geen fouten gemaakt zullen worden en het bespreken dus niet nodig/mogelijk zal zijn.

Limitaties.

Om te bepalen of het model inderdaad niet van toepassing is op het delen en bespreken van fouten, is meer onderzoek noodzakelijk waarbij de methodologische beperkingen van deze studie in acht worden genomen. In de volgende alinea's worden de belangrijkste beperkingen van deze studie omschreven en aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Ontbreken van vooronderzoek. Een opvallend resultaat van deze studie is de negatieve samenhang tussen de injunctieve normen MT en de injunctieve normen van operatieassistenten. Dat wil zeggen dat hoe minder operatieassistenten ervaren dat het delen en bespreken van fouten binnen hun team wordt goed gekeurd, hoe meer hun management ervaart dat de MT-leden dit wel goedkeuren. Hoewel bekend is dat MT-leden vaak een andere, meer positieve, perceptie hebben van het klimaat (Göras, 2017), is niet in de literatuur terug te vinden dat dit een negatief effect heeft op de perceptie van de medewerkers zelf.

Wel benadrukt Ajzen (1985) dat bij de subjectieve norm (injunctief en descriptief) de ervaren norm van 'belangrijke' personen beoogd wordt. Hoewel theoretisch onderbouwd is dat de teamleden van de medewerkers de belangrijkste personen zouden zijn (zie theoretisch kader), is dit vooraf niet getoetst middels een vooronderzoek. Het is dus mogelijk dat andere personen belangrijker zijn voor de operatieassistenten of de MT-leden. Dit zou wellicht kunnen verklaren waarom er andere effecten werden gevonden dan voorspeld (Hagger & Chatzisarantis, 2009). Het ontbreken van een vooronderzoek om te toetsen welke personen door de doelgroep als 'belangrijk' worden gekenmerkt, wordt dan ook als een beperking van dit onderzoek gezien. Een vooronderzoek wordt daarom aangeraden voor vervolgstudies.

In een vooronderzoek zou tevens de keuze van de bipolaire zevenpuntschalen waarmee de attitude gemeten wordt (bijvoorbeeld interessant-oninteressant of gunstig-ongunstig), getoetst kunnen worden. Dit wordt aangeraden door Ajzen (2002b) daar de keuze van deze schalen afgestemd dient te worden op het beoogde gedrag en de doelgroep (Ajzen, 2002b). Omdat een vooronderzoek tijdrovend is, werd dit niet voor deze studie gedaan. Wel is naar een vragenlijst gezocht die ontwikkeld was voor het meten van attitude ten aanzien van een soort gelijk gedrag (veiligheidsgedrag). Uit een eerder onderzoek waarin deze vragenlijst werd gebruikt bij een soortgelijke doelgroep (medewerkers), bleek dat deze vragenlijst betrouwbaar ($\alpha = .76$) en valide (componentlading van .42 tot .64 op de beoogde component) was (Fuga, Silva & Mélia, 2012).

Gebruikte vragenlijsten. Een andere limitatie van dit onderzoek is de vragenlijst van Ajzen (2002b) waarmee de ervaren gedragscontrole gemeten werd. Allereerst bleek uit de componenten analyse dat één van de drie items negatief laadde op het beoogde component (-.35) en verwijderd diende te worden om de validiteit te verhogen. Een mogelijke verklaring voor dit afwijkende item is dat deze stelling 'Of ik mijn fouten deel en bespreek binnen mijn team is aan anderen' niet concreet maakt, wie de 'anderen' zijn (bijv. het managementteam of de directe collega's?) en niet concreet maakt op welke manier dit aan anderen is. Daarnaast bleek uit de betrouwbaarheidsanalyse dat de overgebleven items samen geen betrouwbare vragenlijst vormden ($\alpha = .57$). Eerder onderzoek van Davis, Ajzen, Saunders en Williams (2002), waarbij wel alle drie de items

werden gebruikt, toont eveneens een lage betrouwbaarheid van de vragenlijst ($\alpha = .54$). Voor een vervolgonderzoek is het daarom raadzaam om een meer valide en betrouwbare vragenlijst te gebruiken voor het meten van gedragscontrole.

Een mogelijke verklaring voor de lage betrouwbaarheid is dat, zowel in de huidige studie als in de studie van Davis en collega's (2002), het gedrag niet gekoppeld werd aan een tijdsspanne. Bijvoorbeeld 'Het is aan anderen of ik mijn fouten deel en bespreek binnen mijn team, de komende vier weken'. Ajzen (2002b) raadt dit wel expliciet aan. De reden dat er geen tijdsspanne aan de items is toegevoegd is de eerder genoemde mix van intentioneel en niet-intentioneel gedrag: doordat het maken van een fout voorwaardelijk is voor het bespreken van een fout, zou men een inschatting moeten maken van de verwachte hoeveelheid fouten de komende vier weken. Indien er geen fouten verwacht worden de komende vier weken, kunnen er ook geen fouten gedeeld en besproken worden met anderen.

Conner en McMillan (1999) voegden wel een tijdsspanne aan de items toe in hun onderzoek naar druggebruik (bijvoorbeeld: "in welke mate denk je dat controle hebt over het of niet gebruiken van cannabis/marihuana, de komende drie maanden"). De betrouwbaarheid van deze vragenlijst lag inderdaad aanzienlijk hoger ($\alpha = .90$) dan de vragenlijsten van de huidige studie en van Davis en collega's (2002) (Conner & McMillan, 1999). Mogelijk zou het ontbreken van een tijdsspanne de lage betrouwbaarheid van de vragenlijst in deze studie dus kunnen verklaren. De vragenlijst is echter niet goed vergelijkbaar omdat de vragen niet als stellingen werden geformuleerd, zoals in de huidige studie en het onderzoek van Davis en collega's, maar als openvragen. Bovendien is onduidelijk welk effect de aanpassingen hebben op de validiteit van de vragenlijst, daar er niets over de validiteit gerapporteerd is in het onderzoek van Conner en McMillan (1999). Voor een vervolgonderzoek is het daarom raadzaam om een andere gevalideerde en betrouwbare vragenlijst te zoeken voor het meten van gedragscontrole, of (wanneer deze niet beschikbaar is) om meer onderzoek te doen om de kwaliteit van de huidige vragenlijst te verbeteren.

Om eerder aangetoonde validiteit en betrouwbaarheid van vragenlijsten te behouden, is het in vervolgonderzoek tevens raadzaam om ook de andere vragenlijsten zo min mogelijk aan te passen. Zo werd voor dit onderzoek de DINAMO vragenlijst waarmee de gedragsintentie werd gemeten aangepast. Uit de componenten analyse bleek vervolgens dat de aangepaste items, samen op een ander component laadden dan de oorspronkelijke items (eigenwaarde > 1). Het lijkt er dus op dat de aanpassingen de validiteit van de vragenlijst hebben aangetast. Voor vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om de oorspronkelijke items uit de DINAMO vragenlijst te gebruiken.

Ontbrekende variabelen. Naast de kwaliteit van de gemeten variabelen, is ook de kwantiteit een limitatie van deze studie. Mogelijk waren er meer variabelen van invloed op de relaties, die niet in dit onderzoek zijn meegenomen, waardoor er een onzuivere meting is verricht. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden gaven. Hiertoe werden oorspronkelijk items in de vragenlijst opgenomen om 'eerlijkheid' en 'oprechtheid' te meten. Deze items werden echter door de toetsingscommissie van de ziekenhuizen als gevoelig beschouwd en mochten daardoor niet gebruikt worden zonder een WMO-verklaring. Wel is kans dat men sociaal wenselijke antwoorden gaf mogelijk verkleind, doordat de vragenlijst geheel anoniem ingevuld werd en er op geen enkele wijze druk uit geoefend werd op de respondenten. Zo werden operatieassistenten niet persoonlijk benaderd voor deelname, was hier ook geen beloning aan verbonden en zijn wervingsteksten zo neutraal mogelijk opgesteld. Voor vervolgonderzoek is het wel raadzaam om de persoonskenmerken 'eerlijkheid' en 'oprechtheid' mee te nemen als controle variabelen.

Getrokken steekproef. Een laatste beperking van dit onderzoek, die in dit hoofdstuk besproken wordt, is de steekproef. Allereerst was het aantal respondenten beperkt, waardoor de kans op het vinden van significante effecten kleiner is dan bij een grotere steekproef. De genomen maatregelen om sociale druk op de respondenten te voorkomen, zoals de neutrale wervingstekst en het uitnodigen via een algemene nieuwsbrief in plaats van respondenten in de kantine werven, hebben er mogelijk toe bijgedragen dat de respons laag was. Bovendien werd na het uitzetten van de enquêtes bekend, dat er op dat moment meerdere enquêtes liepen in de ziekenhuizen. Voor vervolgonderzoek zou het daarom raadzaam zijn om meerdere ziekenhuizen te benaderen. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de steekproefpopulatie geen betrouwbare afspiegeling is van de daadwerkelijke populatie. Er is meer onderzoek nodig om te bepalen of de resultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie operatieassistenten en onderzoek onder meerdere doelgroepen om te bepalen of de resultaten ook gelden voor andere ziekenhuismedewerkers

Kortom, dit onderzoek geeft nog onvoldoende antwoord op de vraag welke factoren er samenhangen met het besluit van operatieassistenten om hun fouten wel of niet te delen en te bespreken met elkaar. Om te bepalen of het IBC-model hier antwoord op biedt, zal meer onderzoek moeten plaats vinden. De huidige studie geeft aanwijzingen hoe een (meer grootschalig) vervolgonderzoek opgezet kan worden. Hopelijk kan vervolgonderzoek hierdoor meer antwoorden bieden, zodat ziekenhuizen in de toekomst hun medewerkers optimaal kunnen faciliteren om samen van fouten te leren en zo het aantal vermijdbare sterfgevallen in de zorg verder terug te dringen.

Referenties

- Ajzen I. (1985) From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl J., Beckmann J. (Eds.), *Action Control* (pp. 11-39). Berlijn, Duitsland: Springer, Berlin, Heidelberg.
- DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (2002a). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- DOI: <https://doi.org/10.1111/j.15591816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I. (2002b). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Verkregen van: http://chuang.epage.au.edu.tw/ezfiles/168/1168/attach/20/pta_41176_7688352_57138.pdf
- Bishop, A., Flemming, M. & Flin, R. (2015). Patient safety culture. Hoofdstuk 20. In Clarke, S., Probst, T. M., Guldenmund, F. & Passmore, J. (Eds.), *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health* (blz. 459 -484).
- DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118979013.ch20>
- Broeck, A. van den, Steenkiste, M. van, Witte, H. de, Lens, W. & Andriessen, M. (2009). De Zelf-Determinatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, 22(4), 316-335.
- Brühlmann, F., Vollenwyder, B., Opwis, K., & Mekler, E. D. (2018). Measuring the “Why” of Interaction: Development and Validation of the User Motivation Inventory (UMI). Psyarxiv.
- DOI: <http://doi.org/10.1145/3173574.3173680>
- Calitri, Eves & Bennett (2009) in Hagger en Chatzisarantis, 2014 Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*. 2000;2(3):E38.
- Cannon, M.D. & Edmondson, A. (2001). Confronting failure: antecedents and consequences of shared beliefs about failure in organizational work groups. *Journal of Organizational Behavior* 22, 161–177.
- DOI: <https://doi.org/10.1002/job.85>
- Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., Wang, C. J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2009). The effects of social identity and perceived autonomy support on health behaviour within the theory of planned behaviour. *Current Psychology*, 28(1), 55-68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9043-4>.
- Cigularov, K. P., Chen, P. Y. & Rosecrance, J. (2010). The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accident Analysis & Prevention*, 42(5), 1498-1506.
- DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.01.003>

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155 – 159. Verkregen op 9 juni 2019 van:

<http://www.bwgriffin.com/workshop/Sampling%20A%20Cohen%20tables.pdf>

Conner, M., & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British journal of social psychology*, 38(2), 195-222.

DOI: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1348/014466699164121>

Davis, L. E., Ajzen, I., Saunders, J., & Williams, T. (2002). The decision of African American students to complete high school: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Educational Psychology*, 94(4), 810.

DOI: <http://doi.org/10.1037//0022-0663.94.4.810>

Deci, E., L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7_3

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The " what" and " why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

DOI: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Fugas, C. S., Silva, S. A., & Meliá, J. L. (2012). Another look at safety climate and safety behavior: Deepening the cognitive and social mediator mechanisms. *Accident Analysis & Prevention*, 45, 468-477.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2011.08.013>

Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692-731.

DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.132.5.692>

Göras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., Ehrenberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2017, 7.

DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>

Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: a meta-analysis. *British journal of health psychology*, 14(2), 275-302.

DOI: <https://doi.org/10.1348/135910708X373959>

Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. (2014). An integrated behavior change model for physical activity. *Exercise*

and Sport Sciences Reviews, 42(2), 62-69.

DOI: <http://doi.org/10.1249/JES.0000000000000008>

Hagger, M. S., & Chatzisarantis, N. L. (2016). The trans-contextual model of autonomous motivation in education: Conceptual and empirical issues and meta-analysis. *Review of educational research*, 86(2), 360-407.

DOI: <http://doi.org/10.3102/0034654315585005>

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., Culverhouse, T., & Biddle, S. J. (2003). The Processes by Which Perceived Autonomy Support in Physical Education Promotes Leisure-Time Physical Activity Intentions and Behavior: A Trans-Contextual Model. *Journal of educational psychology*, 95(4), 784.

DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.95.4.784>

Haerkens, M. H., Jenkins, D. H. & van der Hoeven, J. G. (2012). Crew resource management in the ICU: the need for culture change. *Annals of intensive care*, 2(1), 39.

DOI: <http://doi.org/10.1186/2110-5820-2-39>

Haerkens, M. H. T. M., Leeuwen, W. van, Sexton, J. B., Pickkers, P., & Hoeven, J. G. Van der (2016). Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). *BMC Health Services Research*. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1648-3>

DOI: <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1648-3>

Hofmann, D. A. & Mark, B. (2006). An investigation of the relationships between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59, 847-869.

DOI: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/j.1744-6570.2006.00056.x>

Institute of Medicine (1999). *To err is human: Building a safety health system*. Verkregen van:

[http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report Files/1999/To-Err-is-Human/To Err is Human 1999 report brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf)

Jetten, J., & Hornsey, M.J. (2014). Deviance and dissent in groups. *Annual Review of Psychology*. 65, 461–85.

DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115151>

Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 141-151.

DOI: <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1177/001316446002000116>

Knippenberg, van D., & Schie, van E. C. (2000). Foci and correlates of organizational identification. *Journal of occupational and organizational psychology*, 73(2), 137-147.

DOI: <https://doi.org/10.1348/096317900166949>

Lubberding, J. & Lubberding R. (2010). *Zo maak je een veranderplan* (1^e druk). Verkregen van:

http://hoadd.noordhoff.nl/sites/7606/_assets/7606d16.pdf

Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.

DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167292181001>

Metselaar, E.E. (1997). *Assessing the willingness to change, construction and validation of the DINAMO*.

Aalsmeer: VU-huisdrukkerij. Verkregen van:

<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/15590/283.pdf>

Nielsen, K. J. (2014). Improving safety culture through the health and safety organization: A case study. *Journal of safety research*, 48, 7-17.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.10.003>

NIVEL (2017) *Potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen niet gedaald*. Verkregen van:

https://www.nivel.nl/nl/nieuws/potentieel-vermijdbare-sterfte-ziekenhuizen-niet-gedaald?utm_source=NIVEL+attending&utm_campaign=93e504fc11-2017_11_28_vermijdbare_sterfte&utm_medium=email&utm_term=0_caebd11ec3-93e504fc11-98555177

Paine L. A., Rosenstein B. J., Sexton J. B., Kent P., Holzmueller C. G. & Pronovost P. J. (2010) Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: A prospective cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), 547-554.

Doi: <http://doi.org/10.1136/qshc.2009.039347>

Palmieri, P. A., Peterson, L. T., Pesta, B. J., Flit, M. A., & Saettone, D. M. (2010). Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment, and translation to human resource management. In *Strategic human resource management in health care* (pp. 97-133). Emerald Group Publishing Limited.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.

DOI: <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership* (4e druk). San Francisco: Jossey-Bass

Schein, E. H. (1990). *Organizational culture*. *American Psychologist*, 45(2), 109-119.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.2.109>

Sniehotta, F. F., Pesseau, J., & Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour.

Health Psychology Review, 8(1), 1-7. Verkregen van: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2013.869710>

Tajfel, H. & Turner, J. C., (1978). *The social identity theory of intergroup behavior*. Harmondsworth: Penguin, 276-

293. Verkregen van: https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/%CE%92310/Tajfel%20&%20Turner%2086_SIT_xs.pdf

Vries, R. E. de, Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). De zes belangrijkste persoonlijkheidsdimensies en de HEXACO

Persoonlijkheidsvragenlijst. *Gedrag & Organisatie*, 22(3), 232-274. Verkregen van:

<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/17786/vries?sequence=3>

Waterson, P. E. (2014). *Patient safety culture: theory, methods and application*. Ashgate, UK: Aldershot.

Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H., & Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical care medicine*, 35(5), 1312-1317.

DOI: <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000262404.10203.C9>

Bijlage 1: Hypotheses

A-paden

- **Hypothese 1a:** De intentie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team is groter, wanneer iemand een meer positieve groepsnorm ervaart ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, dan wanneer deze een minder positieve groepsnorm ervaart ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar.
- **Hypothese 2a:** De intentie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team, is groter wanneer iemand een meer positieve expliciete attitude heeft ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, dan wanneer deze een minder positieve expliciete attitude heeft ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar
- **Hypothese 3a:** De intentie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team, is groter wanneer iemand meer gedragscontrole ervaart ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, dan wanneer iemand minder gedragscontrole ervaart ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar
- **Hypothese 4a:** De intentie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team, is groter wanneer iemand meer self-efficacy heeft ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, dan wanneer iemand minder self-efficacy heeft ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar.

B-paden

- **Hypothese 1b:** De subjectieve norm ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar is positiever wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team hoger is, dan wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team lager is.
- **Hypothese 2b:** De expliciete attitude t.a.v het delen en bespreken van fouten met elkaar is positiever wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team hoger is, dan wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team lager is.
- **Hypothese 3b:** De ervaren gedragscontrole ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, is hoger wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team hoger is, dan wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team lager is.
- **Hypothese 4b:** De self-efficacy ten aanzien van het delen en bespreken van fouten met elkaar, is hoger wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team hoger is, dan wanneer de autonome motivatie om eigen fouten te delen en te bespreken binnen het team lager is.

Bijlage 2: Enquête

WELKOM!

Vink aan waar u werkzaam bent als operatieassistent om de juiste vragenlijst te openen

- Amphia (Breda)**
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg)**
- Jeroen Bosch Ziekenhuis (Den Bosch)**
- Maxima Medisch Centrum (Eindhoven)**

Volgende

Informed consent

Doel

Het doel van dit thesis onderzoek is om te toetsen of attitude, ervaren groepsnormen, motivatie en ervaren gedragscontrole samenhangen met de intentie van operatieassistenten om hun fouten te delen en bespreken binnen het team. Deze kennis kan werkgevers helpen om te zorgen dat het delen van werk gerelateerde fouten gemakkelijker wordt, zodat we hierdoor nog meer van elkaar kunnen leren.

Uw gegevens

Alle antwoorden worden geheel anoniem verzameld en worden enkel voor dit onderzoek gebruikt. Uw antwoorden worden tussentijds door het systeem opgeslagen zodat u de vragenlijst op een later moment kunt hervatten (m.b.v. een door u opgegeven wachtwoord). U mag op elk gewenst moment stoppen met deelname aan dit onderzoek, zonder opgave van reden. Antwoorden op uw vragen worden pas in het onderzoek meegenomen wanneer u hier opnieuw toestemming voor geeft, na het invullen van de volledige vragenlijst. In het kader van controleerbaarheid worden uw antwoorden hierna 15 jaar bewaard (zoals voorgeschreven door Europese wetgeving, AVG 2018) in een beveiligde omgeving binnen het JBZ. Niemand anders dan de onderzoeker, kan hier bij. Tot september 2019 worden de antwoorden ook bewaard in een beveiligde omgeving van de Universiteit van Utrecht, gedurende die tijd hebben er twee docenten (beoordelaars) toegang tot de antwoorden. Indien u hier geen toestemming voor geeft of wanneer u eerder al stopt met deelname, worden al uw antwoorden verwijderd.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd volgens de Nederlandse gedragscode van de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU, 2014) en de Europese privacywetgeving (AVG, 2018) Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen.

Onderzoeksresultaten

De resultaten van dit onderzoek zullen op groepsniveau gepresenteerd worden en nooit herleidbaar zijn naar personen. Het onderzoeksverslag zal vanaf komende zomer openbaar gemaakt worden en via de afdelingsnieuwsbrief met u gedeeld worden.

Vragen en klachten

Indien u vragen heeft of als u zich zorgen maakt over enig aspect van dit onderzoek, neemt u dan contact op met de onderzoeker uit het JBZ Floor Goderie (f.goderie@students.uu.nl) of met Barbara Flunger, de begeleider aan de Universiteit Utrecht (b.flunger@uu.nl).

Als uw zorgen niet zijn weggenomen of u wilt dit liever niet bespreken met het onderzoeksteam, dan kunt u uw klacht telefonisch voorleggen aan een van de klachtenfunctionarissen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis via 073-5532639. U kunt ook een e-mail sturen aan klachtenfunctionarissen@jbz.nl of gebruik maken van het online klachtenformulier te vinden via <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Publicaties/109713/Patienten-Klachten>

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoekslocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling of de Autoriteit Persoonsgegevens. Functionaris voor de Gegevensbescherming van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is bereikbaar per email via: privacy@jbz.nl

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen en ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek

Vorige

Volgende

Algemene gegevens

Wat is uw geboortejaar?

Maak uw keuze... ▼

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Definities

In deze vragenlijst zal enkele malen het woord 'team' worden gebruikt. Hiermee wordt gerefereerd naar uw collega's met wie u aan een gezamenlijk doel werkt. Kunt u hier onder aangeven aan welk team, of welke collega's (d.w.z. functiegroep, geen namen), u denkt bij het beantwoorden van de vragen? Vul uw antwoord hier in:

In deze vragenlijst zal enkele malen het woord 'fouten' worden gebruikt. Deze term refereert naar gedrag dat direct of indirect (had kunnen) leiden tot ongewenste gevolgen in het zorgproces (letsel of ongewenste voorvallen). Denk bijvoorbeeld aan het niet uitvoeren van een dubbel check bij het toedienen van medicatie.

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Attitude

Geef antwoord op de onderstaande vragen op een schaal van 1 t/m 7 waarbij steeds is aangegeven waarvoor het laagste getal (1) op deze schaal staat en waarvoor het hoogste getal (7) op deze schaal staat.

		Extreem nadelig	2	3	4	5	6	Extreem gunstig
A1	In mijn baan is het delen en bespreken van je fouten binnen je team:	0	0	0	0	0	0	0

		Extreem irrelevant	2	3	4	5	6	Extreem relevant
A2	In mijn baan is het delen en bespreken van je fouten binnen je team:	0	0	0	0	0	0	0

		Extreem ongepast	2	3	4	5	6	Extreem gepast
A3	In mijn baan is het delen en bespreken van je fouten binnen je team:	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Subjectieve norm

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7 waarbij het laagste getal (1) staat voor helemaal Oneens en het hoogste getal (7) op deze schaal staat voor helemaal Eens.

		Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
SN1	Mijn directe collega's vinden dat ik mijn fouten zou moeten delen en bespreken binnen ons team	0	0	0	0	0	0	0
SN2	Mijn directe collega's verwachten van mij dat ik mijn fouten deel en bespreek binnen ons team	0	0	0	0	0	0	0
SN3	Mijn directe collega's delen en bespreken hun eigen fouten altijd binnen ons team	0	0	0	0	0	0	0
SN4	Geen van mijn directe collega's deelt en spreekt zijn/haar eigen fouten binnen ons team	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Gedragcontrole

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7:

Of ik mijn fouten deel en bespreek binnen mijn team...		Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
GC1	... is aan anderen	0	0	0	0	0	0	0
GC2	... daar heb ik zelf complete controle over	0	0	0	0	0	0	0
GC3	... kan ik zelf niet bepalen	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Self-efficacy

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7:

		Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
SE1	Ik vind het moeilijk om mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team.	0	0	0	0	0	0	0
SE2	Het is voor mij gemakkelijk om mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team.	0	0	0	0	0	0	0
SE3	Ik ben goed in staat om mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team.	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Gedragsintentie

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7:

Ik ben bereid om ...

		Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
GI1- bereid	...mijn collega's te overtuigen van het nut van het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team	0	0	0	0	0	0	0
GI2- bereid	... me in te zetten voor het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team	0	0	0	0	0	0	0
GI3- bereid	... weerstand onder mijn collega's tegen het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team te overwinnen	0	0	0	0	0	0	0

	Ik ben van plan om ...	Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
GI4- plan	... tijd vrij te maken voor het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team	0	0	0	0	0	0	0
GI5- plan	... mijn fouten te delen en te bespreken binnen mijn team	0	0	0	0	0	0	0
GI6- plan	...het delen en bespreken van mijn fouten binnen mijn team prioriteit te geven	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Baan tevredenheid

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7:

		Helemaal Oneens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
BT1	Ik ben enthousiast over mijn baan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BT2	Het werken in dit ziekenhuis voelt als deel uit maken van een grote familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BT3	Dit ziekenhuis is een goede plek om te werken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BT4	Ik ben trots dat ik in dit ziekenhuis werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BT5	Het moreel op mijn afdeling is hoog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Autonome motivatie

Hier onder staan enkele redenen waarom u uw eigen fouten mogelijk zou willen delen en bespreken binnen uw team. Geef aan in hoeverre deze op u van toepassing zijn op een schaal van 1 t/m 7 waarbij 1 staat voor 'helemaal niet van toepassing' en 7 voor 'geheel wel van toepassing'

	Ik wil mijn fouten delen en bespreken binnen mijn team...	Helemaal NIET van toepassing	2	3	4	5	6	Geheel van toepassing
INTROm01	... Omdat het plezierig is	0	0	0	0	0	0	0
INTROm02	... Omdat het interessant is om te doen	0	0	0	0	0	0	0
INTROm03	... Omdat het leuk is	0	0	0	0	0	0	0

	Ik wil mijn fouten delen en bespreken binnen mijn team...	Helemaal NIET van toepassing	2	3	4	5	6	Geheel van toepassing
INTEGm01	...Omdat dit reflecteert wie ik in essentie ben	0	0	0	0	0	0	0
INTEGm02	...Omdat het overeenkomt met mijn diepste principes	0	0	0	0	0	0	0
INTEGm03	...Omdat het mijn normen/waarden uitdrukt	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Gecontroleerde motivatie

Hier onder staan enkele redenen waarom u uw eigen fouten mogelijk zou willen delen en bespreken binnen uw team. Geef aan in hoeverre deze op u van toepassing zijn op een schaal van 1 t/m 7 waarbij 1 staat voor 'helemaal niet van toepassing' en 7 voor 'geheel wel van toepassing'

Ik wil mijn fouten delen en bespreken binnen mijn team...

		Helemaal NIET van toepassing	2	3	4	5	6	Geheel van toepassing
INTRIm01	... omdat ik een slecht gevoel over mezelf zou hebben als ik hiermee stop	0	0	0	0	0	0	0
INTRIm02	... omdat ik me schuldig zou voelen als ik hiermee stop	0	0	0	0	0	0	0
INTRIm03	... omdat het als falen zou voelen als ik hiermee stop	0	0	0	0	0	0	0
EXm01	... omdat andere mensen van slag zullen zijn als ik dit NIET doe	0	0	0	0	0	0	0
EXm02	... omdat andere NIET blij met me zijn wanneer ik dit niet doe	0	0	0	0	0	0	0
EXm03	... omdat ik me onder druk gezet voel door anderen om dit te doen	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Extravertheid

Geef aan in welke mate u het eens bent met de volgende stellingen op een schaal van 1 t/m 7:

		Helemaal ONEens	2	3	4	5	6	Helemaal Eens
ExVH 1	Ik geef zelden mijn mening in groepsbijeenkomsten	0	0	0	0	0	0	0
ExVH 2	Als ik anderen ontmoet, ben ik meestal diegene die het contact op gang brengt	0	0	0	0	0	0	0
ExVH 3	Als ik met andere mensen samen ben, ben ik vaak de woordvoerder van de groep	0	0	0	0	0	0	0

Voor tussentijds opslaan klikt u rechts bovenin op 'hervat later'

Indien u uw deelname wilt beëindigen: sluit deze internet pagina. LET OP: al uw gegevens worden hiermee uit het databestand verwijderd!

Vorige

Volgende

Einde enquête – Bevestig uw deelname

Uw privacy

Bevestig onderaan deze pagina uw deelname. In het kader van controleerbaarheid worden uw antwoorden daarna 15 jaar bewaart (zoals voorgeschreven door Europese wetgeving, AVG 2018) in een beveiligde omgeving. Niemand anders dan de onderzoeker, kan hier bij. Tot september 2019 worden de antwoorden ook bewaard in een beveiligde omgeving van de Universiteit van Utrecht, gedurende die tijd hebben er twee docenten (beoordelaars) toegang tot de antwoorden. Alle antwoorden worden anoniem opgeslagen en zijn niet herleidbaar naar personen.

Vragen en klachten

Indien u vragen heeft of als u zich zorgen maakt over enig aspect van dit onderzoek, neemt u dan contact op met de hoofdonderzoeker Floor Goderie (f.goderie@students.uu.nl).

Als uw zorgen niet zijn weggenomen of u wilt dit liever niet bespreken met het onderzoeksteam, dan kunt u uw klacht telefonisch voorleggen aan een van de klachtenfunctionarissen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis via 073-5532639. U kunt ook een e-mail sturen aan klachtenfunctionarissen@jbz.nl of gebruik maken van het online klachtenformulier te vinden via <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Publicaties/109713/Patienten-Klachten>

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoekslocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling of de Autoriteit Persoonsgegevens. Functionaris voor de Gegevensbescherming van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is bereikbaar per email via: privacy@jbz.nl

- Ik bevestig mijn deelname aan dit onderzoek
- STOP mijn deelname en verwijder al mijn data

Vorige

Verzenden

Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek!

Het doel van dit onderzoek is om te toetsen of *attitude*, *ervaren groepsnormen* en *ervaren gedragscontrole* een van invloed zijn op de relatie tussen de intentie van operatieassistenten om hun fouten te delen en bespreken binnen het team en hun autonome motivatie om dit te doen. De onderzoeksresultaten zullen komende zomer door uw leidinggevende met u worden gedeeld.