

Is teamleren van invloed op het implementatiesucces van een patiëntgecentreerde zorgvisie?

Onderzoek naar de (mis)fit tussen het niveau van teamleren, de waargenomen teamkenmerken en innovatiekenmerken van een patiëntgecentreerde zorgvisie en de mate van implementatiesucces.

Naam: Hanneke Huisman
Studentnummer: 3239527
Universiteit: Universiteit Utrecht
Opleiding: Masteropleiding Verplegingswetenschap/ UMC- Utrecht
Begeleider: dr. R.H. van Linge
Blokdocent: drs. G. van der Hoof- Leemans
Instelling: Universitair Medisch Centrum Groningen, te Groningen
Datum: 02 juli 2010
Versie: Definitief
Beoogd tijdschrift: Journal of Advanced Nursing
Referentie stijl: Harvard
Aantal woorden: maximaal aantal woorden tijdschrift: 5000
tekst: 4929
samenvatting Nederlands: 292
samenvatting Engels: 306

Samenvatting

Doel. Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de (mis)fit tussen het niveau van teamleren van verpleegkundige teams, de waargenomen afdeling- en innovatiekenmerken en de invloed ervan op de mate van implementatiesucces van een patiëntgecentreerde zorgvisie. Tevens is beoogd een bijdrage te leveren aan de theorie van het innovatiecontingentiemodel van Van Linge.

Achtergrond. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat een patiëntgecentreerde zorgvisie geïmplementeerd is op verpleegafdelingen van een universitair ziekenhuis. Innovaties doen een beroep op leer- en kennisvermogen van verpleegkundigen. Teamleren heeft een positieve invloed op implementatiesucces. Omdat omstandigheden waaronder de innovatie plaatsvindt steeds veranderen en van invloed zijn op het implementatiesucces, is het belangrijk rekening te houden met de context van de innovatie om daarmee implementatiesucces te verhogen. Het innovatiecontingentiemodel van Van Linge houdt rekening met deze context en is daarom gehanteerd als theoretisch kader.

Methode. Een niet experimenteel, cross- sectioneel onderzoeksdesign is gebruikt om een (mis)fit tussen de variabelen niveau van teamleren, waargenomen afdeling- en innovatiekenmerken en de mate van implementatiesucces te meten. Middels een gelegenheidssteekproef zijn data verzameld onder 93 verpleegkundigen werkzaam op de afdelingen chirurgie, plastische chirurgie en urologie van een academisch ziekenhuis in Noord- Nederland. Data zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek, Spearman's rho en k-means clusteranalyse.

Resultaten. Uitgaande van de fit als gestalt toonde de clusteranalyse een hogere mate van implementatie-effectiviteit is naarmate het niveau van teamleren, de waargenomen afdeling- en innovatiekenmerken toenamen. Er is een significant positieve correlatie tussen teamleren en implementatie- effectiviteit op individueel en groepsniveau, de team-, resultaat en ondernemingsgerichte configuratie gevonden. Het niveau van teamleren bevond zich gemiddeld op het delend niveau.

Conclusie. In de onderzoekssetting is een fit gevonden tussen het niveau van teamleren, de waargenomen afdeling- en innovatiekenmerken en de mate van implementatie-effectiviteit van de patiëntgecentreerde zorgvisie.

Sleutelwoorden: innovatie, (mis) fit, innovatiecontingentiemodel, teamleren, implementatie-effectiviteit, patiëntgecentreerde zorgvisie, fit als gestalt

Abstract

Aim. The aim of this study was to gain insight in the (mis)fit between the level of team learning within nursing teams, the perceived characteristics of the organisation and innovation and their effect on implementation success. Another aim was to contribute to the theory of the innovation contingency model of Van Linge.

Background. Developments in healthcare have led to the implementation of a new care vision, patient centered care. Innovations make an appeal on the ability to learn and on the knowledge of nurses. Team learning has a positive influence on implementation success. Assuming that the conditions in which innovation take place change and influence the implementation success, it is important to take the context into account to increase the success of the implementation. The innovation contingency model of Van Linge does this and is therefore used as theoretical framework.

Method. A non-experimental cross-sectional design was used to measure a (mis)fit between the variables, level of team learning, the perceived characteristics of the organisation and innovation and the degree of implementation effectiveness. Through convenience sampling, data was collected among 93 nurses working on a surgical, plastic surgical and urology ward at an university hospital in the Northern Netherlands. Data was analyzed using descriptive statistics, Spearman's rho and k-means cluster analysis.

Results. Based on fit as gestalt cluster analysis showed a higher degree of implementation effectiveness as the level of team learning, the perceived organisation and innovation characteristics were increasing. A significant positive correlation between implementation effectiveness at individual and group level, configurations, except the result orientated configuration and team learning, was found. The level of team learning was at a pooled level of learning.

Conclusion. A fit was demonstrated between the level of team learning, the innovation and organisation characteristics and the effectiveness of the implementation of a patient centred care vision within the research setting.

Keywords: innovation, (mis)fit, innovation contingency model, team learning, implementation effectiveness, patient centered care, fit as gestalt

Introductie

Door ontwikkelingen in de gezondheidszorg zoals marktwerking, patiëntveiligheid en toenemende mate van invloed van patiëntenverenigingen als stakeholders, is innoveren in de verpleegkunde geen incidentele gebeurtenis meer. De geboden kwaliteit van zorg en de mogelijkheden van ziekenhuizen worden toenemend publiekelijk inzichtelijk gemaakt. Dit oefent een directe en indirecte invloed uit op de verpleegkundige professie (Van der Kraan, 2006). Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat op de afdelingen chirurgie, plastische chirurgie en urologie van een universitair ziekenhuis in Noord- Nederland een nieuwe zorgvisie genaamd 'patiënt als klant' is geïmplementeerd. Deze visie is afgeleid van het concept 'patiëntgecentreerde zorgverlening' waarin van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij de patiënt als partner zien (Universitair Medisch Centrum Groningen, 2007).

Het veranderen van zorgvisie op verpleegafdelingen kan gezien worden als een innovatie. Rogers (2003) beschrijft innovatie als een idee, praktijk of object welke als nieuw wordt onderscheiden door een individu of andere eenheid van adoptie. Bij innovatie staan twee begrippen centraal; adoptie en implementatie. Adoptie is de beslissing om een innovatie te gaan gebruiken. Implementatie is het geheel van gebeurtenissen en acties die leiden tot gebruik van de innovatie. De mate van succes van de invoering van een innovatie, implementatie-effectiviteit, wordt door Van Linge (Van Linge, 2006; p.167) omschreven als: 'de realisatie van noodzakelijk geachte voorwaarden en processen voor de innovatie en de mate en wijze van gebruik van de innovatie zoals bedoeld. In essentie is implementatie-effectiviteit dus de aanwezigheid van de noodzakelijke fits (samenhang) met en voor de innovatie'.

In de literatuur worden factoren beschreven die het implementatiesucces van innovaties beïnvloeden, namelijk; het bezitten van gedeelde visie en teamcultuur (Bower et al., 2003; Corpening, 2003; Jeong et al., 2007; Proudfoot et al., 2007). Door het delen van een visie kunnen teamleden een toekomstbeeld creëren (Corpening, 2003). Wanneer een gedeelde visie van een organisatie aansluit op de persoonlijke visie van teamleden kunnen zij zich echt toewijden aan de organisatie stelt Corpening (2003). Teamcultuur representeert gedeelde percepties van een team over beleid, praktijk en procedures van een organisatie. Teams die samenwerken zorgen voor de link tussen een efficiënte organisatie, hoge kwaliteit van patiëntenzorg, het welzijn van de teamleden en werktevredenheid (Bower et al., 2003).

Verpleegkundigen worden door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg frequent geconfronteerd met voor hen nieuwe ervaringen. Hierdoor worden hoge eisen gesteld aan

het leren van verpleegkundigen met betrekking tot de omgang met innovaties en het verkrijgen van nieuwe kennis (Van Linge, 2006). Deze leer- en kennisprocessen zijn noodzakelijk om te kunnen innoveren. Naast de aanwezigheid van een krachtige leeromgeving en betrokkenheid bij de innovatie is aangetoond dat intensiteit van teamleren een positieve invloed heeft op het implementeren van innovaties in de gezondheidszorg (Ellis et al., 2006). Er is een significant wederkerige invloed gevonden tussen teamleren en het implementatie-effectiviteit van een conceptueel model (Neuman Systems Model) in eerder verricht onderzoek (Buijck, ng).

Bij teamleren worden collectieve kennis en vaardigheden ontwikkeld door het onderling uitwisselen van kennis en ervaringen (Ellis et al., 2006). Teamleren is een aspect van organisatieleren, door hier gebruik van te maken verbetert de effectiviteit van de organisatie. Teamleren is tevens een belangrijke voorspeller voor werktevredenheid (Chan, 2002; Corpening, 2003). Als beïnvloedende factoren op teamleren worden in de literatuur teamleiderschap en psychologische veiligheid genoemd (Bennet, 2001; Edmondson, Bohmer & Pisano, 2001; Corpening, 2003; VanDeusen Lukas, Mohr & Meterko, 2009). Teamleiders hebben bij de invoering van innovaties een belangrijke rol in communicatie, motivatie en gedrag van teamleden. Leiderschap bij teamleren beïnvloedt leergedrag positief en draagt bij aan empowerment van verpleegkundigen (Edmondson et al., 2001). Door tijdens het implementatieproces openlijk steun te betuigen aan de innovatie, hierover te praten en goed werk te belonen wordt teamleren eveneens bevorderd (VanDeusen Lukas et al., 2009). Teamleiders kunnen psychologische veiligheid in een team creëren waardoor gedragsverandering teweeg gebracht kan worden, het gevoel van controle op de innovatie worden verhoogd en is men zich meer bewust van de behoefte van de patiënt (Bennet, 2001; Edmondson et al., 2001).

Als theoretisch kader wordt in dit onderzoek het innovatiecontingentiemodel van Van Linge gebruikt (Van Linge, 2006). Dit model is passend voor dit onderzoek omdat vanuit wordt gegaan dat de omstandigheden waaronder een innovatie plaatsvindt steeds veranderen. Omstandigheden zoals teamleren zijn van invloed op het implementatiesucces van innovaties en het is daarom belangrijk hier rekening mee te houden.

Achtergrond

Patiëntgecentreerde zorgvisie

De focus bij patiëntgecentreerde zorg (patient focused care of patient centered care) ligt op communicatie, overeenstemming met de patiënt, continuïteit en veiligheid van zorg (McCauley & Irwin, 2006). Doel is de zorg voor de patiënt efficiënter en effectiever maken en

de kwaliteit van zorg verbeteren door pro-actief in te spelen op: zorgbehoeften, -vragen en -wensen van zowel de patiënt als zijn naasten. Het vraagt om een verandering in denken, handelen en overtuiging van de verpleegkundigen (Mitchell et al., 2000). Het concept is ontstaan uit de bewustwording dat de geneeskundige praktijk te weinig gericht is op de verwachtingen en behoeften van de patiënt. Onderzoekresultaten tonen dat de voorkeur van patiënten uitgaat naar patiëntgecentreerde zorg. Tevens neemt de tevredenheid onder zowel patiënten als werknemers toe zonder dat er aanvullend geïnvesteerd hoeft te worden in tijd of andere bronnen (Reisdorfer, 1996; Irwin & Richardson, 2006). Uit onderzoek is bekend dat verschillende factoren het implementeren van een patiëntgecentreerde zorgvisie beïnvloeden, waaronder eenduidige definiëring en goed leiderschap. Barrières voor implementatie zijn attitude, tekort aan middelen en structuren en sociale ongelijkheid (Gillespie, Florin & Gillam, 2004).

Teamleren

In de literatuur worden verschillende theorieën over teamleren beschreven. Onderzoek naar de relatie tussen teamleren en het implementeren van een patiëntgecentreerde zorgvisie ontbreekt echter. Wel is er een model van teamleren eerder gebruikt in toonaangevende onderzoeken naar teamleren in verpleegkundige teams (Chan, 2002; Chan, 2003; Corpening, 2003). Dit model, ontwikkeld door Kasl, Marsick & Dechant (1997), beschrijft verschillende fasen van teamleren te weten: gefragmenteerd, delend, synergetisch en continu leren (Corpening, 2003). In de gefragmenteerde fase leert een groep niet als geheel, maar de individuen apart en ervaringen worden niet gedeeld. In de gedeelde fase leert de groep nog niet als geheel, maar worden kennis en perspectieven tussen bepaalde individuen wel gedeeld. Hierdoor kunnen individuele denkkaders aangepast worden, het ontstaan van een gezamenlijke denkkader blijft uit. In de synergetische fase wordt ook een gemeenschappelijk denkkader gecreëerd en nieuwe perspectieven ontwikkeld. In de continue fase is de synergetische fase een gewoonte geworden (Bennet, 2001; Corpening, 2003).

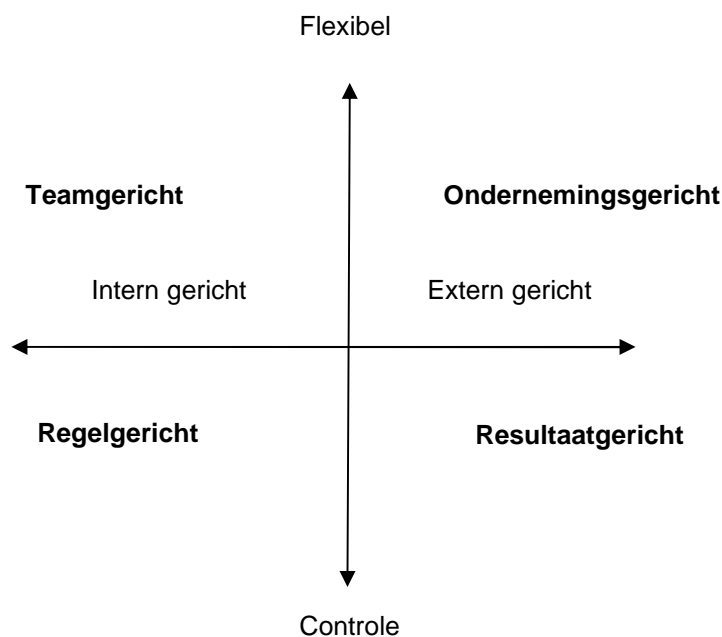
Innovatiecontingentiemodel (theoretisch kader)

Als theoretisch kader is gekozen voor het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (2006). Dit model houdt rekening met de context waarin een innovatie plaatsvindt en de kenmerken van de betrokken systemen bij een innovatieproces: de innovatie, de organisatie, de omgeving en de personen voor wie de innovatie van belang is.

Het model bestaat uit drie fundamenteën. Het eerste wordt gevormd door de configuratiebenadering. Een configuratie is een samenhangend geheel van kenmerken van een systeem welke gevormd worden door basale opvattingen en behoeften. De innovatie in actie bevat operationele kenmerken, expliciete en basale waarden. Wanneer de basale

opvattingen en behoeften corresponderen met de expliciete waarden en operationele kenmerken van een systeem is er sprake van een sterke configuratie. De configuratiebenadering is in essentie een dynamische systeembenadering (Van Linge, 2006). Het tweede fundament wordt gevormd door theorieën over gelaagdheid. Operationele kenmerken zijn zichtbaar in de toepassing van de innovatie. Expliciete waarden komen tot uiting in de doelen die worden nagestreefd met de innovatie. Basale opvattingen bevatten de minder bewuste laag en vormen het fundament van de innovatie.

Van Linge (2006) onderscheidt vier typen configuraties. Hierbij worden twee dimensies, relatie en richting, met elke twee polen, controle versus flexibiliteit en intern versus extern, onderscheiden. Deze vier configuraties zijn op deductieve wijze ontwikkeld (figuur 1).



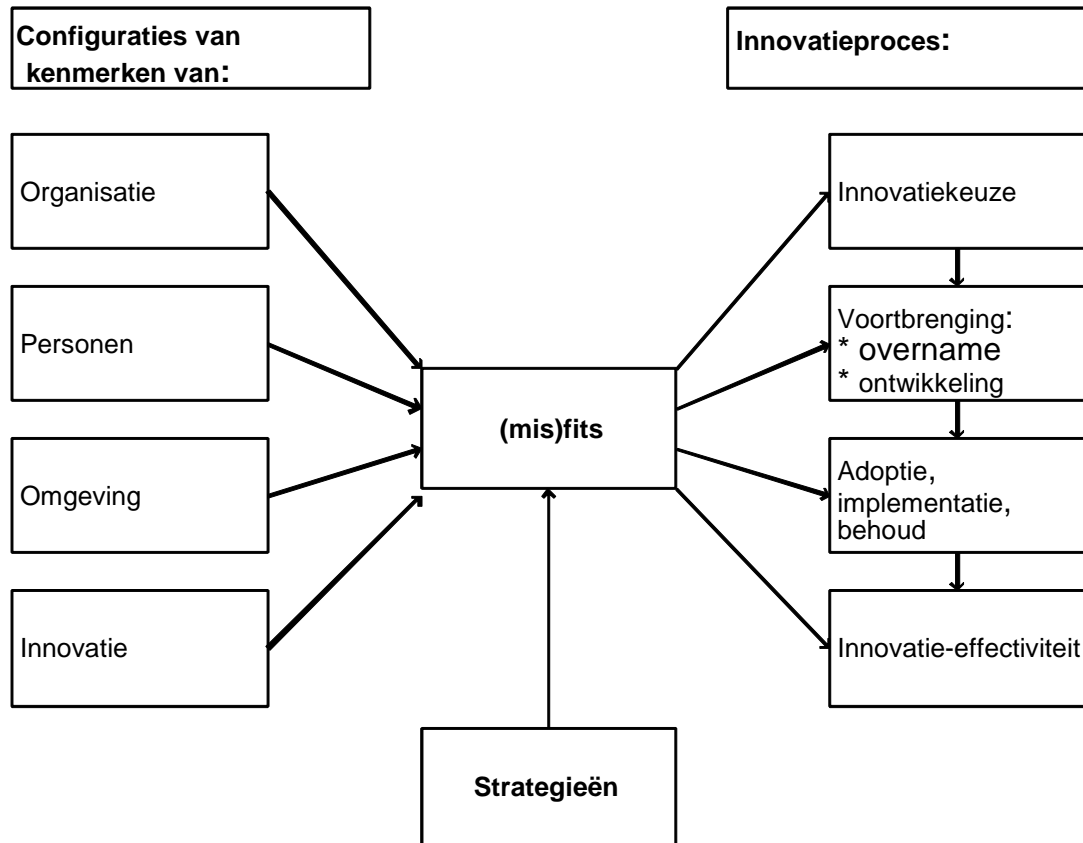
Figuur 1 Typering van organisaties door Van Linge (2006)

Het derde fundament is de strategiecontingentiebenadering. Hierin wordt gesteld dat er niet één enkele wijze van innoveren effectief is, maar dat er verschillende wijzen zijn die onder verschillende omstandigheden in meer of mindere mate effectief zijn (Van Linge, 2006). Voor het verloop van de innovatie geldt, dat wanneer de innovatie en de context beter bij elkaar passen of tijdens het implementatieproces op elkaar worden afgestemd, de innovatie beter zal verlopen (Van Linge, 2005).

Elke organisatie heeft haar eigen voorkeursstrategie voor de ontwikkeling van innovaties die passend is bij de configuratiekenmerken, weergegeven in figuur 2 (Van Linge, 2006).

Om een optimale fit te creëren gaat dit model er vanuit dat bij de keuze van een innovatiestrategie rekening gehouden moet worden met kenmerken van de innovatie zelf en

kenmerken van de omgeving, samen de vier betrokken systemen, waarin de implementatie plaatsvindt. Van een optimale fit is sprake als de verschillende systemen met elkaar fitten. Wanneer een innovatie passend is met de verschillende kenmerken vergroot dit de kans op implementatiesucces en het behoud ervan (Van Linge 2006).



Figuur 2 Het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (2006)

Er zijn dus verschillende omstandigheden van invloed op innovatieprocessen en de uitkomsten van innovaties. Bekend is dat teamleren een positief effect heeft op implementatiesucces. In het innovatiecontingentiemodel wordt er niet vanuit gegaan dat er één beste manier van implementeren is, maar situatie en omstandigheden bepalen welke manier van implementeren het meest effectief zal zijn. Eerder verricht onderzoek, betreffende een andere innovatie, bevestigt dat de implementatie-effectiviteit hoger is naarmate de fit tussen de waargenomen afdelingskenmerken en de waargenomen innovatiekenmerken groter is (Douw, ng).

Het onderzoek

Probleemstelling

De afdelingen chirurgie, plastische chirurgie en urologie van een universitair ziekenhuis in Noord- Nederland hebben een patiëntgecentreerde zorgvisie geïmplementeerd. Onbekend is of invoering van de zorgvisie onder verpleegkundigen succesvol is. Bekend is dat het implementeren van innovaties eisen stelt aan het leren van verpleegkundige teams.

Teamleren heeft een positieve invloed op het implementatiesucces van innovaties. Daarom zal inzicht verkregen moeten worden in het niveau van teamleren in verpleegkundigen teams en de mate van implementatie-effectiviteit. Uitgaande van het innovatiecontingentiemodel kan succesvolle implementatie bereikt worden door het creëren van een 'fit' tussen de verschillende kenmerken.

Er zijn geen onderzoeken gepubliceerd over de directe relatie tussen teamleren en het implementeren van patiëntgecentreerde zorgvisie. Ook is onbekend in hoeverre een fit van invloed is op de kenmerken van deze innovatie, de organisatie, het niveau van teamleren van verpleegkundige teams in een algemeen ziekenhuis en het implementatiesucces van een patiëntgecentreerde zorgvisie.

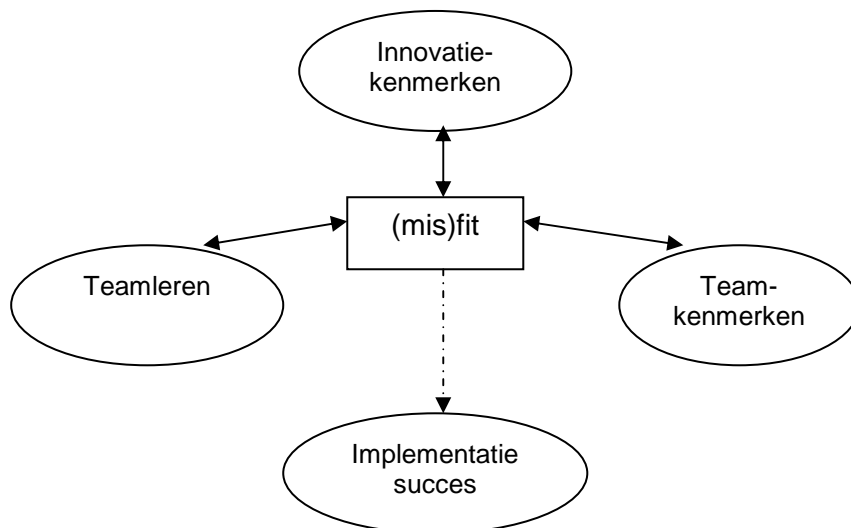
Doel

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in het niveau van teamleren van verpleegkundige teams, het implementatiesucces van een patiëntgerichte zorgvisie en de waargenomen innovatie- en teamkenmerken. Om zo te bepalen of er sprake is van een (mis)fit van invloed is op het implementatiesucces van de geïmplementeerde innovatie: een patiëntgecentreerde zorgvisie. Zo wordt een bijdrage geleverd aan de constructvaliditeit van het theoretische kader, het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (2006) betreffende het implementatiesucces van een zorgvisie. Tevens kunnen de resultaten van dit onderzoek door het zorgmanagement gebruikt worden om de al gekozen implementatiestrategie aan te passen dan wel te optimaliseren.

Onderzoeksvraag

Om de doelstelling te bereiken, zal een antwoord gezocht worden op onderstaande onderzoeksvraag (welke ter illustratie weergegeven is in figuur 3):

In hoeverre is een (mis)fit tussen het niveau van teamleren, de teamkenmerken van verpleegkundige teams werkzaam in een ziekenhuis en de kenmerken van de innovatie patiëntgecentreerde zorgvisie, van invloed op het implementatiesucces?



Figuur 3 Onderzoeksmodel

Methode

Design

Om de invloed van het verband tussen het niveau van teamleren, de waargenomen team- en innovatiekenmerken op de mate van implementatiesucces te bepalen, is er een kwantitatief, niet experimenteel onderzoek uitgevoerd. Er heeft één meetmoment plaatsgevonden aangezien de uitvoering van een pre-test niet mogelijk was omdat de implementatie al in gang was gezet. Met dit cross-sectioneel onderzoeksdesign was het mogelijk om tussen verschillende fenomenen een verband en de sterkte hiervan aan te tonen (Polit & Beck, 2008). Daarnaast kan met cross-sectioneel onderzoek zowel effecten als beïnvloedende factoren gemeten worden waaronder factoren die een verklaring kunnen vormen voor de (tussenliggende) effecten van een innovatie (Van Linge, 2006).

Participanten

De afdelingen chirurgie, plastische chirurgie en urologie van een universitair ziekenhuis in Noord-Nederland zijn, op basis van de geïmplementeerde innovatie de patiëntgecentreerde zorgvisie, doelgericht geselecteerd door de onderzoeker. De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen werkzaam op deze afdelingen waardoor de steekproef op basis van gelegenheid is samengesteld. Geselecteerd zijn verpleegkundigen van ≥ 18 jaar, de Nederlandse taal beheersten en langer dan een half jaar werkzaam op de geselecteerde afdelingen. Geëxcludeerd zijn verpleegkundigen met zwangerschap- of ziekteverlof, stagiaires, leerling-verpleegkundigen en oproepkrachten die korter dan een half jaar werkzaam waren op de geselecteerde afdelingen. Verwacht werd dat zij nog te weinig specifieke kenmerken kunnen toekennen aan de afdeling. Hoofdverpleegkundigen zijn eveneens geëxcludeerd vanwege hun intensievere betrokkenheid bij implementatie van de zorgvisie. Tevens hebben zij een andere rol binnen het team en zijn niet actief betrokken bij de fysieke uitvoering van de patiëntenzorg.

Dataverzameling

Data zijn verzameld in de periode januari t/m februari 2010 middels een schriftelijke vragenlijst bestaande uit 73 items verdeeld over vijf onderwerpen: demografische kenmerken, teamleerproces, implementatie-effectiviteit, waargenomen innovatiekenmerken en waargenomen teamkenmerken. Op basis van een voorafgaande pilotstudie (n=4) onder medestudenten, tevens verpleegkundigen, zijn kleine aanpassingen gemaakt in de lay-out en de volgorde van de onderwerpen.

Om de respons te verhogen hebben participanten twee weken voorafgaande aan het onderzoek, middels een informatiebrief duidelijkheid gekregen over het doel en de wijze van het onderzoek en is tevens een beroep gedaan op medewerking. Vervolgens is vijf keer gedurende één week een presentatie gegeven door de onderzoeker tijdens themabijeenkomsten voor de geselecteerde afdelingen. Tijdens deze presentatie is dezelfde informatie gegeven als in de informatiebrief en is de mogelijkheid gegeven om de vragenlijst in te vullen. Participanten die niet deel hebben genomen aan de themabijeenkomsten zijn via leidinggevenden en onderzoeker benaderd met het verzoek de vragenlijsten alsnog in te vullen. De onderzoeker is gemiddeld drie maal per week op de afdeling geweest om onduidelikheden op te helderen, vragen te beantwoorden en ingevulde vragenlijsten te verzamelen. Alle hoofdverpleegkundigen zijn eveneens gevraagd om alle participanten te attenderen op deelname. Alle participanten hebben de gelegenheid gekregen de vragenlijst tijdens werktijd in te vullen.

Instrumenten

De vragenlijst is samengesteld uit vier gevalideerde meetinstrumenten.

Het niveau van teamleren is gemeten middels een subschaal teamleerproces van de Team Learning Survey (TLS). Dit instrument is ontwikkeld op basis van het eerder beschreven model van teamleren ontwikkeld door Kasl et al. (1997). De subschaal bestaat uit 16 items en meet in welke mate teamleden hun gedachten en gedrag aanpassen gebaseerd op geleerde informatie van andere teamleden (Corpening, 2003). De antwoordmogelijkheden zijn op zevenpunts- Likertscale ('volledig mee eens' tot 'volledig mee oneens'). De minimale score is 16, maximale score is 112. Er is een Nederlands vertaalde versie gehanteerd die volgens 'back-translation' tot stand gekomen (Pullen, ng). De interne consistentie, gemeten met de Chronbach's alpha, is goed namelijk .89 (Pullen, ng).

De waargenomen afdelingskenmerken (WAK) en de waargenomen innovatiekenmerken (WIK) zijn gemeten met de verkorte vorm van vragenlijsten, ontwikkeld door de onderzoeksgroep 'invoering van verpleegkundige innovaties' (versie 4) van Verplegingswetenschap van de Universiteit Utrecht (Berkom, 2009). De vragenlijsten maken kenmerken en theorieën over gelaagdheid van het innovatiecontingentiemodel inzichtelijk. Uitkomsten geven als resultaat één of meerdere configuraties waaruit een zogenaamd configuratielandschap ontstaat. Hierin worden de profielen zichtbaar van de verschillende systemen die betrokken zijn bij innovatieprocessen en de congruentie hiertussen (Van Linge, 2006). Eerder onderzoek laat een positieve relatie zien tussen de scores op de vragenlijsten WAK en WIK met implementatiesucces, dit zoals voorspeld door de contingentietheorie (Bouter, ng; Douw, ng). Beide vragenlijsten bestaan elk uit 12 items. Antwoordmogelijkheden

zijn op een vijfpunts- Likertscale (van 'geheel mee oneens' tot 'geheel mee eens'). Enkele kleine aanpassingen zijn verricht ter verduidelijking voor de participanten. Het begrip 'unit' wordt vervangen door afdeling en 'innovatie' door zorgvisie 'patiënt als klant'. De Cronbach's alpha's op de subschalen liggen tussen .70-.75 (WAK) en .71-.78 (WIK).

De generieke vragenlijst 'implementatie-effectiviteit' is gebruikt om de implementatie-effectiviteit van de zorgvisie te meten. De zorgvisie bevat uiteenlopende aspecten en er is geen instrument dat de mate van implementatiesucces van de zorgvisie patiëntgecentreerde zorg meet. Daarom is gekozen voor deze generieke schaal. De oorspronkelijke vragenlijst 'implementatie-effectiviteit' is de 'Vragenlijst procesuitkomsten invoering protocol mondverzorging' (Brouwer & Wildeman- Jongema, ng). Beemsterboer (ng) heeft deze vragenlijst aangepast voor productinnovaties in de ouderenzorg, betiteld als 'Vragenlijst implementatie-effectiviteit' ($\alpha \geq .90$). Implementatie-effectiviteit is gemeten op de onderdelen kennis, motivatie, tevredenheid, beoordelingsvermogen, verwachtingen, ondersteuning en probleemoplossing.

De vragenlijst bestaat uit drie subschalen, namelijk: implementatie-effecten op individueel, groeps- en cliëntniveau. De subschaal implementatie-effecten op cliënt niveau is niet gebruikt, omdat de cliënt (c.q. patiënt) geen actieve rol heeft gehad in de implementatie. Vier items zijn verwijderd uit de subschaal implementatie-effecten individueel, omdat deze niet van toepassing waren op deze innovatie. De zorgvisie is van toepassing op alle patiënten en dient niet selectief op basis van voorafgestelde criteria te worden toegepast. Totaal aantal gemeten items van beide subschalen waren. Ter verduidelijk is in de vragenlijst 'zorgvernieuwing' vervangen door zorgvisie en 'medewerkers' door ik.

Antwoordmogelijkheden zijn weergegeven op een vijfpunts- Likertscale (van 'helemaal niet' tot 'in sterke mate').

Betrouwbaarheid van de gebruikte subschalen gedurende dit onderzoek is opnieuw geëvalueerd vanwege het verwijderen van items uit de subschaal implementatie-effecten individueel en toont een $\alpha .918$ wat duidt op een hoge interne consistentie. Daarnaast is gekeken naar de correlatie tussen de verschillende items. Één vraag toonde een lage correlatie aan (Corrected Item-Total Correlation: .22). Omdat deze vraag zowel in de positieve als negatieve vorm van vraagstelling staat vermeld, werd besloten deze te verwijderen. De α steeg hiermee tot .93. De subschaal implementatie-effectiviteit groepsniveau heeft een $\alpha .96$ (items:13). Minimale score op subschaal implementatie-effectiviteit individueel 14, maximale score 70. Minimale score subschaal implementatie-effectiviteit groepsniveau 13, maximale score 65.

De demografische gegevens zijn gemeten om een weergave te geven van de onderzoekspopulatie en ter interpretatie van de generaliseerbaarheid van de resultaten. Deze gegevens zijn niet gebruikt als variabele, omdat eerder onderzoek geen correlatie aantoonde tussen teamleren en leeftijd, salaris en aantal dienstjaren als verpleegkundige (Corpening, 2003).

Ethische verantwoording

Toestemming van de medische ethische toetsingscommissie was niet noodzakelijk vanwege het non-experimentele en non-invasieve design (www.ccmo.nl). Het managementteam zorg van de geselecteerde afdelingen heeft toestemming gegeven voor dit onderzoek. Alle participanten hebben tenminste tweemaal informatie over het onderzoek ontvangen waarin vermeld werd dat deelname vrijwillig was en geen consequenties had voor beoordeling van hun functioneren. Middels een informed consent voorafgaand aan de vragenlijst heeft de participant toestemming verleend. Door het toepassen van codering en vernietiging van data binnen zes maanden, is zorg gedragen voor vertrouwelijkheid van gegevens (www.ccbpweb.nl).

Data- analyse

De vragenlijsten zijn gecodeerd en verwerkt in het statische analyse programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 16.0. Data zijn door een tweede persoon gecontroleerd op invoerfouten en missende data, hierbij zijn drie fouten ontdekt (0.04%). Er zijn zowel beschrijvende als bivariate en multivariate analyse technieken toegepast bij de data- analyse.

Middels beschrijvende statistiek zijn de demografische gegevens, het niveau van teamleren en de mate van implementatie-effectiviteit verwerkt. De uitkomsten op de vragenlijsten WAK en WIK zijn getransformeerd met als resultaat configuratieprofielen.

Om een (lineaire) samenhang te bepalen tussen de variabelen is, vanwege het ordinale meetniveau, de Spearman's rho gebruikt (De Vocht, 2004).

De innovatiecontingentiemodel gaat er vanuit dat een fit tussen de verschillende systemen gunstig is voor het implementatiesucces. Om een (mis)fit te bepalen is daarom uitgegaan van fit als systeembenadering. Hierbij is uitgegaan van 'fit als gestalt'. 'Fit als gestalt' is gebaseerd op interne congruentie waarbij fit als patroon gezien wordt (Bergeron, Raymond & Rivard, 2001). Een fit wordt geconceptualiseerd als een geheel van relaties die zich in een tijdelijke staat van balans bevinden. Er wordt uitgegaan van het systeemdenken (Bergeron et al., 2001; Butterman, Germain & Karthik, 2007). Bij 'fit als gestalt' wordt gekeken naar terugkerende clusters met kenmerken in plaats naar een paar variabelen of lineaire verbanden (Bergeron et al., 2001). Door middel van een K- means clusteranalyse worden

groepen gecreëerd, door gebruik van variabelen, die van elkaar verschillen (Bergeron et al., 2001; Slotboom, 2001).

Resultaten

De beschikbare onderzoekspopulatie bestond uit 121 verpleegkundigen. Er zijn 96 vragenlijsten geretourneerd. Twee vragenlijsten werden geëxcludeerd omdat minder dan 50% van de vragen was beantwoord. Daarnaast gaf één persoon geen toestemming voor deelname. Reponse rate komt hiermee op 76.9%. Data van twee afdelingen zijn tijdens de data-analyse samengevoegd onder één afdeling. Reden hiervoor is de intensieve samenwerking en het onderling rouleren van personeel tussen beide afdelingen. Participanten maakten geen keuze in specifieke afdeling maar selecteerden beide afdelingen als eigen afdeling. Respons per afdeling varieerde van 65.2% tot 95.8%. Van de participanten was het 84.9% vrouw en had 59.1% een HBO- opleiding. Het aantal jaren dat men werkzaam was op de huidige afdeling lag gemiddeld op 4 jaar (SD 5.86). Overige demografische gegevens zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1

Teamleren

Het niveau van teamleren staat weergegeven in figuur 4. De gemiddelde score voor alle vijf afdelingen is 78.26 (SD. 9.272) wat het delend niveau van teamleren is. Er bevinden 42 participanten (45.2%) op het synergetische niveau en 12 participanten (12.9) op het gefragmenteerde niveau van teamleren.

Figuur 4

Configuratieprofielen

De configuraties, weergegeven in tabel 2, van de WAK tussen de 43.011 en 57.169. Een score ≥ 50 is een sterke configuratie, dit is het geval bij de teamgerichte configuratie. De teamgerichte configuratie toont zich eveneens het sterkst bij de WIK, maar toont zich zwakker aanwezig met een score van 33.154. Geen van de WIK configuraties scoort ≥ 50 . De participanten kennen weinig tot geen kenmerken van de innovatie toe aan de regelgerichte configuratie (score: .538), deze configuratie is het zwakst aanwezig.

Tabel 2

Implementatie-effectiviteit

Implementatie-effectiviteit op individueel als op groepsniveau tonen een brede range (individueel niveau: 50, groepsniveau: 47). Op groepsniveau scoren 11 participanten

gemiddeld laag en net na de top bevindt zich een blok bestaande uit 34 participanten die bovengemiddeld scoren (zie figuur 5 & 6). De resultaten tonen zich wel normaal verdeeld. Het gemiddelde op individueel- en groepniveau is 81.55. De spreiding rondom het gemiddelde is breed (SD 20.408).

Figuur 5

Figuur 6

Implementatie-effectiviteit is gemeten op verschillende subschalen waarbij de subschaal motivatie (M= 3.81, SD .857) gemiddeld het hoogste gemiddelde en de subschaal verwachtingen (M= 2.76, SD .980) het laagste gemiddelde heeft (tabel 3).

Tabel 3

Correlatie tussen variabelen

Voor de uitvoering van de correlatie- analyse zijn de data van teamleren en implementatie-effectiviteit gecontroleerd op normaliteit. De data bleken normaal verdeeld te zijn. Teamleren en implementatie-effectiviteit op individueel niveau tonen een significant positieve samenhang (rs .402; $p < .001$, tweezijdig). Teamleren en implementatie-effectiviteit op groepsniveau significant tonen eveneens positieve samenhang (rs .394; $p < .001$, tweezijdig). Teamleren correleert niet met de regelgerichte configuratie op zowel de WAK als WIK, wel met de overige configuraties. Overige correlaties zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4

Fit analyse 'fit als gestalt'

De k-means clusteranalyse is verricht op 2 t/m 6 clusters. De data geven bij de verdeling in vier clusters een gelijkmatige verdeling waarbij voorkomen is dat er teveel casussen in het bovenste of onderste segment werden geplaatst en er een vertekend beeld zou ontstaan (zie tabel 5).

Tabel 5

In figuur 7 is de spreiding binnen de clusters ten opzichte van het clustergemiddelde grafisch weergegeven. In tabel 6 is eveneens de afstand van de clusters ten opzichte van elkaar weergegeven. Het 3^e en 4^e cluster liggen het dichtst bij elkaar en de afstand tussen cluster 1 en 2 is het grootst. De spreiding binnen het 2^e cluster, tevens het cluster met de minste

casussen, is het kleinst. In het 3^e cluster, tevens het grootste cluster, zijn drie outliers waarvan één meer dan 3 maal de interkwartielrange afwijkt.

Figuur 7

Tabel 6

Het eerste cluster toont een sterk hybride configuratielandschap met een synergetisch niveau van teamleren en de hoogste mate van implementatie-effectiviteit ten opzichte van de andere clusters (zie tabel 7). De scores op de WAK zijn allen >50 en op de WIK allen >40 waarbij de teamgerichte configuratie (score >50) net als bij de WAK het sterkst is.

Tabel 7

Het tweede cluster, tevens kleinste cluster, toont (zeer) zwak ontwikkelde configuraties en eveneens de laagste scores op zowel het niveau van teamleren als de mate van implementatie-effectiviteit. Het niveau van teamleren bevindt zich op het gefragmenteerde niveau. De configuraties voor de WIK zijn sterk negatief wat wil zeggen dat men weinig tot geen kenmerken aan de innovatie heeft toegekend. De configuraties voor de WAK zijn beter ontwikkeld, de scores liggen tussen de 33.33 en 46.67.

Het derde cluster, het grootste cluster, toont redelijk ontwikkelde WAK configuraties met een synergetisch niveau van teamleren en bovengemiddelde mate van implementatie-effectiviteit. De WIK configuraties zijn zwak tot matig ontwikkeld met scores tussen de -9.86 tot 41.50. De teamgerichte configuratie is voor zowel de WAK als WIK het sterkst.

Het vierde cluster, toont matig ontwikkelde WAK configuraties met een delend niveau van teamleren en mate van implementatie-effectiviteit dat onder het gemiddelde ligt. De WIK configuraties zijn zwak aanwezig met scores tussen de -0.67 tot 19.33.

Discussie

De resultaten van de clusteranalyse tonen een hogere mate van implementatie-effectiviteit in combinatie met het niveau van teamleren en de scores op de waargenomen afdeling- en innovatiekenmerken.

Daarmee suggereren de resultaten van dit onderzoek dat een fit tussen het niveau van teamleren, de afdeling- en de innovatiekenmerken van invloed zijn op de implementatie-effectiviteit wanneer er wordt uitgegaan van 'fit als gestalt'.

Ten aanzien van de interne en de externe validiteit dienen er een aantal kanttekeningen bij de resultaten geplaatst te worden. Er is een cross- sectioneel design gebruikt waardoor een verband aantoonbaar is, echter geen causaal verband. Gevalideerde vragenlijsten zijn gebruikt, maar deze werden door een deel van de participanten als moeilijk ervaren wat mogelijk de beantwoording heeft beïnvloed. Wel zijn deze vragenlijsten gebruikt in eerder vergelijkbaar onderzoek waardoor er bijgedragen is aan construct validiteit (Bouter, ng; Douw, ng; Pullen, ng).

Voor de data-analyse is een k- means clusteranalyse uitgevoerd om de participanten te categoriseren in clusters (verschillende groepen). Volgens beschrijving in de literatuur mag k-means clusteranalyse echter alleen bij meer dan 200 casussen worden uitgevoerd om vertekening van de resultaten te voorkomen (Norusis, s.d.). Omdat deze analysemethode de enige juiste methode is om een fit analyse uit te voeren, waarbij uit wordt gegaan van 'fit as gestalt' en de maximale beschikbare populatie is gebruikt, is besloten om deze analyse wel uit te voeren. Mogelijk heeft dit geleid tot vertekening van de uitkomsten van de clusteranalyse of voor de (extreme) outlier in het derde cluster. Omdat de clusters verschilden qua grootte en er minder dan 200 casussen waren, was het niet mogelijk om een Kruskal-Wallistoets uit te voeren om te beoordelen of er een significant verschil is tussen de clusters.

Betreffende de externe validiteit is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de door verpleegkundigen waargenomen kenmerken van hun afdeling. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van het onderzoek naar ander ziekenhuisafdelingen. Wel zijn alle chirurgische verpleegafdelingen onderzocht wat ten goede komt aan de generaliseerbaarheid. Generaliseerbaarheid naar alle chirurgische afdelingen in andere settingen is hiermee echter niet vastgesteld. Multi-center onderzoek waarmee een grotere onderzoekpopulatie bereikt kan worden, mits dezelfde innovatie geïmplementeerd is, zou de generaliseerbaarheid verhoogd hebben.

Vanuit het theoretisch kader, het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (2006), is middels de k-means clusteranalyse gekeken naar een fit tussen de verschillende systemen, uitgaande van fit als gestalt. Resultaten uit deze clusteranalyse vertonen een patroon. Zo is in het eerste cluster een hoge onderlinge fit tussen de waargenomen afdelingskenmerken en innovatiekenmerken evenals een hogere mate van implementatie-effectiviteit en niveau van teamleren. In het tweede cluster is echter het tegenovergestelde zichtbaar. Hierin is een lager niveau van teamleren zichtbaar, bevinden zich participanten die weinig of geheel geen specifieke kenmerken toekennen aan de innovatiekenmerken, mogelijk omdat er geen beeldvorming is van deze zorgvisie en is eveneens een lagere score behaald op mate van implementatie-effectiviteit. Deze resultaten sluiten aan bij de door Van Linge gestelde propositie dat een hoge onderlinge fit tussen de waargenomen innovatie en afdelingskenmerken gunstig zijn voor de mate van implementatie-effectiviteit (Van Linge, 2006).

De configuratielandschappen tonen een hybride beeld waarbij het zwaartepunt naar de flexibele kant neigt. De teamgerichte configuratie blijkt uit de clusteranalyse, voor zowel de waargenomen afdeling- als innovatiekenmerken, het sterkst te zijn. Dit houdt in dat de ontwikkeling van de innovatie voornamelijk flexibel is en zich vooral binnen het team afspeelt waarbij waardering is voor de aanwezige impliciete en expliciete kennis van de teamleden. Methoden zoals teamreflectie en teamleren kunnen als methode gebruikt worden voor verdere ontwikkeling van deze innovatie (Van Linge, 2006).

Kasl et al. (1997) stelt dat er pas sprake is van teamleren wanneer men zich op het synergetische niveau van teamleren bevindt, een score >81. Resultaat toont dat het niveau van teamleren gemiddeld op het delend niveau ($M = 78.26$) ligt. Dit betekent dat de verpleegkundigen op de betreffende afdelingen nog onvoldoende hun ideeën vrij uiten en in hun samenwerking als team onvoldoende hun werkwijze aanpassen op veranderende omstandigheden. Daarnaast is een collectief geheugen waarin men gezamenlijk tot nieuwe inzichten komt nog onvoldoende aanwezig (Kasl et al., 1997).

Er is in dit onderzoek een correlatie aangetoond tussen teamleren en teamgerichte configuratie. Daarnaast is een significant positief verband gevonden tussen het niveau van teamleren en implementatie-effectiviteit op individueel en groepsniveau. Deze resultaten corresponderen met eerder verricht onderzoek al was hierbij wel sprake van een ander soort innovatie (Douw, ng). Het is wel op te merken dat, net als eerdere onderzoeksresultaten tonen, het niveau van teamleren niet significant correleert met de regelgerichte kenmerken van zowel de afdelingen als deze innovatie (Buijck, ng; Douw, ng). Aan de innovatie worden de minste regelgerichte configuratiekenmerken toegekend, maar de regelgerichte

configuratie is op de afdeling na de teamgerichte configuratie als sterkste aanwezig. Mogelijke verklaring hiervoor is dat door het management veel waarde gehecht wordt aan het volgen van gemaakte afspraken en het werken volgens standaarden en protocollen.

Opvallend is de brede range in scores van de mate van implementatie-effectiviteit. Een mogelijke verklaring voor de lage scores is dat de verpleegkundigen zich niet kunnen conformeren aan de patiëntgecentreerde zorgvisie of het oneens zijn met de wijze van implementatie. Op het onderdeel motivatie wordt het hoogst gescoord en motivatie lijkt hierdoor wel aanwezig te zijn onder de participanten, op de onderdelen verwachting en ondersteuning wordt het laagst gescoord.

Het behoud van implementatiesucces van de zorgvisie is ondanks dat een meerderheid van de participanten bovengemiddeld scoort, op langere termijn niet vastgesteld. Het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (2006) houdt immers rekening met de context waarin de innovatie plaatsvindt, omdat de betrokken systemen continu onderhevig zijn aan veranderingen (Van Linge, 2006). Om deze innovatie te behouden is, binnen de teamgerichte configuraties, vooral communicatie en afstemming gericht op de principes achter de innovatie van belang (Van Linge, 2006). Dit sluit aan bij de literatuur waarin de relevantie voor het communiceren, het eigen maken van een visie en duidelijkheid betreffende de inhoud van het concept patiëntgecentreerde zorg, als essentieel genoemd (Gillespie et al., 2004). Dit omdat een grote diversiteit in interpretatie van het concept onder verpleegkundigen een succesvolle implementatie belemmert.

Een passende strategie voor de betreffende afdelingen om de implementatie te bevorderen lijkt op basis van de analyses de inhouse strategie. Bij deze strategie wordt geïmplementeerd op de wijze die gebruikelijk is bij de organisatie en richt zich voornamelijk op de operationele processen en systemen. Het is daarom wel van belang om aandacht te blijven schenken aan de diepere laag van de organisatie (Van Linge, 2006).

Ondanks de kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij dit onderzoek is er inzicht verkregen in het niveau van teamleren van verpleegkundige teams, het implementatiesucces van een patiëntgerichte zorgvisie en de waargenomen innovatie- en teamkenmerken. Hiermee is bepaald dat een (mis)fit van invloed is op het implementatiesucces van de geïmplementeerde innovatie patiëntgecentreerde zorgvisie op de afdelingen chirurgie, plastische chirurgie en urologie.

Conclusie

Dit onderzoek toont middels een clusteranalyse aan dat, in het onderzochte ziekenhuis, een hogere mate van implementatie-effectiviteit is naarmate het niveau van teamleren, de waargenomen afdelingskenmerken en innovatiekenmerken welke een patiëntgecentreerde zorgvisie betrof, toenemen. Tevens is er een significant positieve correlatie gevonden tussen het niveau van teamleren en de mate van implementatie-effectiviteit.

De resultaten uit dit onderzoek bevestigen eerdere onderzoeksresultaten en leveren hiermee een bijdrage aan de theorie van het innovatiecontingentiemodel van Van Linge.

Om het implementatie-effectiviteit te behouden moet het management van de chirurgie zich blijven richten op de communicatie en afstemming op de principes achter het concept patiëntgecentreerde zorg.

Aanbevelingen

Er is progressie in het niveau van teamleren mogelijk mits er aandacht aan besteed wordt. Wanneer het management besluit om teamleren verder te gaan ontwikkelen is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de resultaten van deze correlatie-analyse. Hieruit blijkt namelijk dat er geen significante relatie is tussen het niveau van teamleren en de regelgerichte configuratie.

Specifieke aandacht voor de groep verpleegkundigen die het laagst scoren op implementatie-effectiviteit lijkt noodzakelijk. Openlijke steunbetuiging door leidinggevenden kan mogelijk het gevoel van ondersteuning bij de implementatie verhogen en hiermee kunnen ook de wederzijdse verwachtingen worden geuit.

In dit onderzoek is het uitvoeren van een pre- test niet mogelijk geweest. De mate van adoptie voorafgaand aan de implementatie is niet gemeten en evenmin het niveau van teamleren. Vervolgonderzoek zou kunnen aantonen of er een verband aanwezig is tussen het niveau van teamleren en de mate van adoptie en de uiteindelijke implementatie-effectiviteit van deze zorgvisie. Ook zou onderzocht kunnen worden of de mate van implementatie-effectiviteit stijgt wanneer het niveau van teamleren voorafgaand aan de implementatie wordt verhoogd. Door de continue ontwikkelingen in de zorg blijven verpleegkundigen te maken hebben met innovaties. Teamleren verdient daarom aandacht zodat verpleegkundigen op de juiste wijze omgaan met deze veranderingen en de innovatie succesvol geïmplementeerd kan worden.

Referentielijst

Beemsterboer, R.G.A.M. (ng). *Management van de invoering van product/marktinnovaties in de ouderenzorg. Een onderzoek naar de toepassing en effecten van enkelvoudige en gecombineerde managementinterventies bij de invoering van product-/ marktinnovaties in de ouderenzorg.* Afstudeerscriptie Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht.

Bergeron, F., Raymond, L. & Rivard, S. (2001). Fit in strategic information technology management research: an empirical comparison of perspectives. *The International Journal of Management Science*; Omega 29; 125-142

Berkom, P.F.J. (2009) Verpleegkundigen als innovatiebron. Afstudeerscriptie Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC Utrecht.

Bennet, J. (2001). The relationship between team and organisational learning. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14/1, 14-20

Bouter M. (ng). *Relaties tussen teamkenmerken en zorgdossier kenmerken in teams met hoge en lage implementatie-effectiviteit.* [dissertation]. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Bower, P., Campbell, S., Bojke C. & Sibbals B. (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: a observational study. *Qual. Saf. Health Care*, 12; 273-279

Brouwer, C.M. & Wildeman- Jongema, S. (ng). *Van invoeren.....naar uitvoeren. De implementatie van een research-based nursing intervention.* Afstudeerscriptie Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht.

Buijck, B.I. (ng). *Team leren in context: De relatie tussen teamleren en implementatie effectiviteit van het Neumans Systems Model.* Afstudeerproject Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht.

Butterman, G., Germain, R. & Karthik, I.N.S. (2007). Contingency theory "fit"as gestalt: An application to supply chain management. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*: Volume 44 (6); 955-969

Chan, C.C.A. (2002). *Individual, Team and Organizational Learning: Underpinnings of Competitive Advantage.* Dissertation. Murdoch University, Perth.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (z.j.). Ontleend op 14 september 2009 aan <http://www.ccmo-online.nl/main.asp?pid=1&taal=0>

College Bescherming Persoonsgegevens (z.j.). Ontleend op 14 september 2009 aan <http://www.cbpweb.nl/>

Corpening, J.L. (2003). *Examination of the interaction of team learning variables within a systems focus on organizational learning and the learning organization: a study of a nursing team at a large southeastern hospital*. Dissertation. North Carolina State University.

Douw, G. (ng). *Implementatie-effectiviteit van veilig incident melden*. Afstudeerproject Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht.

Edmondson, A.C., Bohmer R.M. & Pisano G.P. (2001). Disrupted routines and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4): 685-716

Ellis, A.P.J., Hollenbeck, J.R., Ilgen, D.R., Porter, C.O.L.H., West B.J. & Moon, H. (2006). Team Learning: Collectively Connecting the Dots. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88. No. 5, 821-835

Gillespie, R., Florin, D. & Gillam S. (2004). How is patient- centered care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? *Health Expectations*, 7, 142-148

Irwin, R.S. & Richardson, N.D. (2006). Patient Focused Care. Using the right tools. *CHEST* 130:73S-82S

Jeong, S.H., Lee, T., Kim, I.S., Lee, M.H. & Kim, M.J. (2007). The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. *Journal of Advanced Nursing* 58(1), 53-62

Kasl, E., Marsick, V.J.& Dechant, K. (1997). Teams as Learners: A Research- Based Model of Team Learning. *Journal of Applied Behavioral Science*, 33; 227

Kraan, W.G.M. van der (2006). *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekening van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Linge, R.H. van (2005). *Lectorale rede 'Evidence based impementeren in de GGZ'. Evidence based implementeren in de GGZ*. Scientia Kennistransfer, Deventer.

Linge, R.H. van (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek*. Elsevier/ De Tijdstroom, Maarssen.

McCauley, K & Irwin R.S. (2006). Changing the work environment in intensive care units to achieve patient-focused care: the time has come. *American Journal Of Critical Care*, Vol.15, No. 6

Mitchell, G.J., Closson, T., Coulis, N., Flint, F. & Gray B. (2000). Patient- Focused care and human becoming thought: connecting the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, Vol.13 No. 3, 216-224

Norusis (z.j.). Ontleent op 09 april 2010 aan http://www.norusis.com/pdf/SPC_v13.pdf

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th edition ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Proudfoot, J., Jasyasinghe U.W., Holton, C., Grimm, J., Bubner T., Amoroso C., Beilby J., Harris M.F. & PRACCAP research team (2007). Team climate for innovation: what difference does it make in general practice. *Journal of Quality in Health Care*, Vol. 19 no. 3

Pullen, A. (ng). *Invloed van Teamleerprocessen op Adoptie van Zorgprogramma's door Multidisciplinaire teams in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Afstudeerproject Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht.

Reisdorfer, J.T. (1996). Building a Patient- Focused care unit. *Nursing Management*, Vol.27, No. 10

Roasoft Inc. (2004) Ontleend op 30 september 2009 aan <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. The Free Press, New York.

Slotboom A. (2001). *Statistiek in woorden*. Wolters- Noordhoff, Groningen.

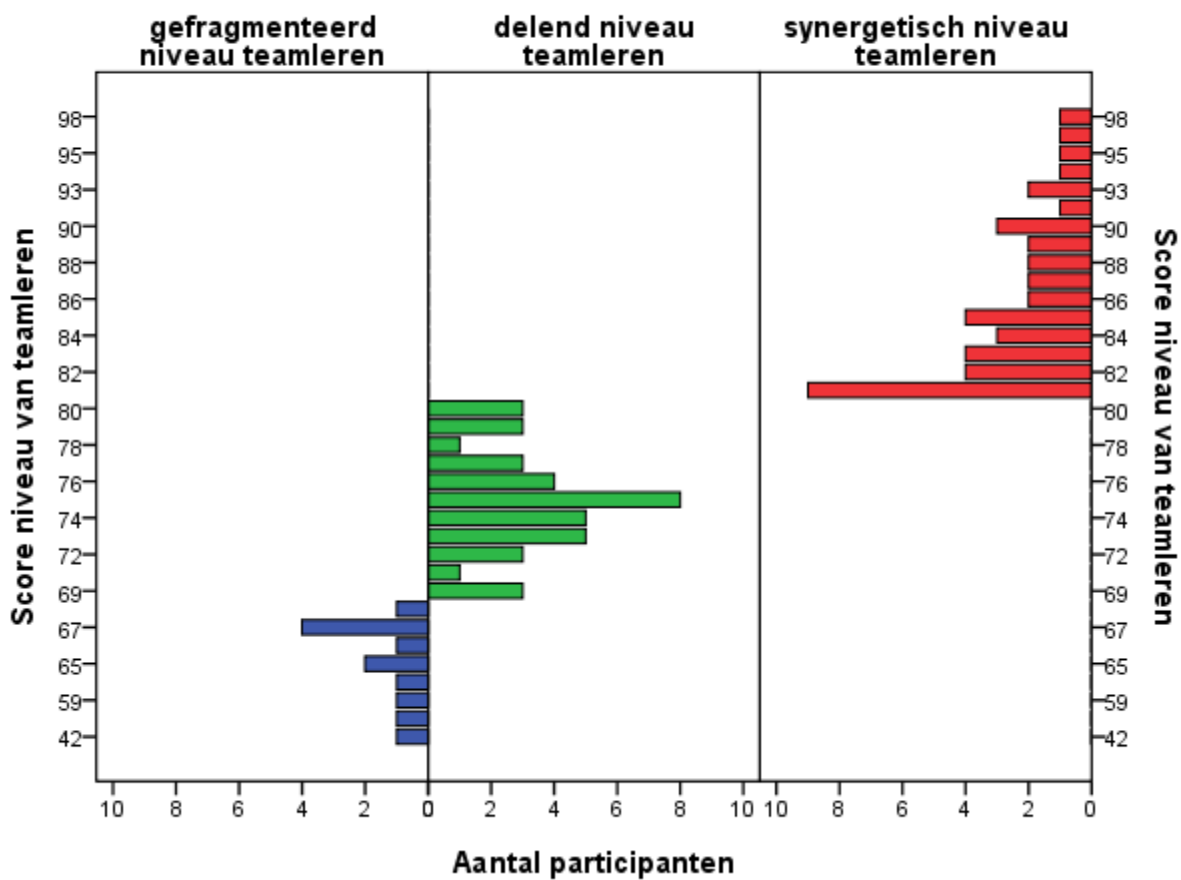
Universitair Medisch Centrum Groningen (2007). Visie document, chirurgie.

VanDeusen Lukas, C., Mohr, D.C. & Meterko, M. (2009). Team effectiveness and Organizational Context in the Implementation of a Clinical Innovation. *Q Manage Health Care*, Vol. 18, No. 1., 25-39

Vocht, A.. de (2004) *Basishandboek SPSS 17 voor Windows*. (1^e ed.) Utrecht: Bijleveld Press.

Tabel 1 Demografische gegevens

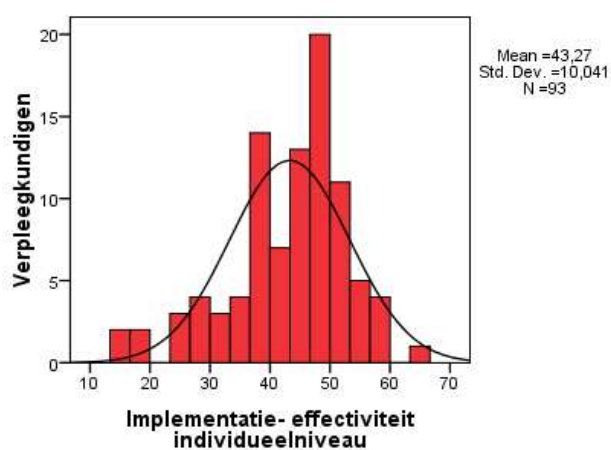
Populatie eigenschappen (n=93)	n	%
Geslacht		
Vrouw	79	15.1
Man	14	84.9
Leeftijd (jaren)		
18-29	44	47.3
30-39	22	23.7
40-49	19	20.4
50-59	8	8.6
Opleiding		
MBO	26	28
HBO	55	59.1
In-service	12	12.9
Dienstverband (%)		
(min. 45, max. 100, M. 83.08, SD 15.39)		
40-49	1	1.1
50-59	7	7.5
60-69	13	14
70-79	8	8.6
80-89	20	21.5
90-99	21	22.6
100	23	24.7
Werkzaam op huidige afdeling (jaren)		
(min. .5, max. 30, M. 4, SD 5.86)		
0.5-1.9	25	26.9
2.0-4.9	26	28
5-9.9	20	21.5
10-14.9	15	16.1
15-19.9	4	4.3
≥20	3	3.2



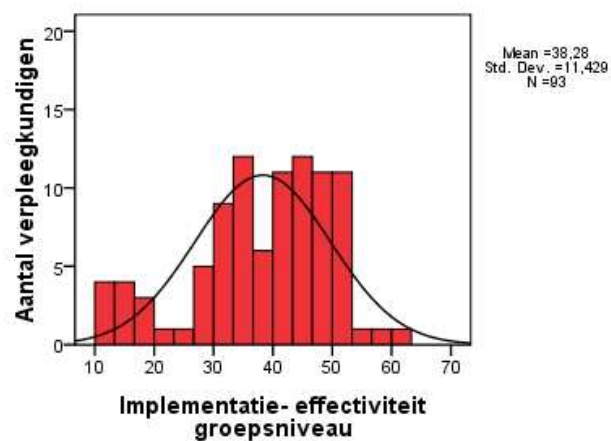
Figuur 4 Niveau van teamleren

Tabel 2 Configuratie scores

	N	M	SD	Minimum	Maximum
WIK regelgericht	93	,538	33,913	-83,33	100,00
WIK resultaatgericht	93	9,319	31,800	-83,33	100,00
WIK teamgericht	93	33,154	31,613	-66,67	100,00
WIK ondernemingsgericht	93	22,760	28,950	-66,67	83,33
WAK regelgericht	93	49,283	22,511	,00	100,00
WAK resultaatgericht	93	44,982	28,740	-66,67	100,00
WAK teamgericht	93	57,169	22,709	-16,67	100,00
WAK ondernemingsgericht	93	43,011	26,159	-50,00	100,00



Figuur 5 Implementatie- effectiviteit op individueel niveau



Figuur 6 Implementatie- effectiviteit op groepsniveau

Tabel 3 Scores implementatie-effectiviteit per onderdeel

	N	M	SD	Minimum	Maximum
Kennis	93	3,42	,938	1	5
Motivatie	93	3,81	,857	1	5
Tevredenheid	93	2,98	,765	1	5
Verwachtingen	93	2,76	,980	1	5
Ondersteuning	93	2,85	,862	1	5
Probleemoplossing	93	3,11	,929	1	5

Tabel 4 Correlatiematrix

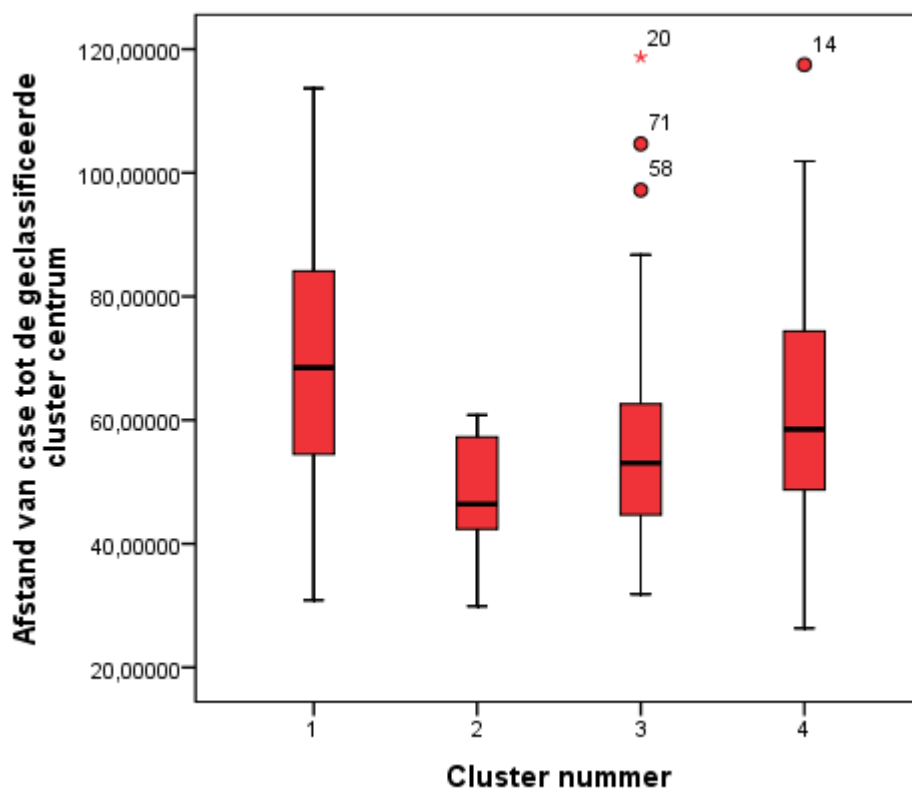
Spearman's rho		Niveau van teamleren	Implementatie-effectiviteit individueel	Implementatie-effectiviteit groep	WIK regelgericht	WIK resultaatgericht	WIK Teamgericht	WIK ondernemingsgericht	WAK regelgericht	WAK resultaatgericht	WAK teamgericht	WAK ondernemingsgericht
Niveau van teamleren	Correlation Coefficient											
	Sig. (2-tailed)											
Implementatie-effectiviteit individueel	Correlation Coefficient	,402**										
	Sig. (2-tailed)	,000										
Implementatie-effectiviteit groep	Correlation Coefficient	,394**	,738**									
	Sig. (2-tailed)	,000	,000									
WIK regelgericht	Correlation Coefficient	,189	,253*	,365**								
	Sig. (2-tailed)	,070	,014	,000								
WIK resultaatgericht	Correlation Coefficient	,320**	,334**	,445**	,401**							
	Sig. (2-tailed)	,002	,001	,000	,000							
WIK teamgericht	Correlation Coefficient	,244*	,353**	,307**	,207*	,458**						
	Sig. (2-tailed)	,018	,001	,003	,046	,000						
WIK ondernemingsgericht	Correlation Coefficient	,489**	,431**	,385**	,163	,441**	,457**					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,118	,000	,000					
WAK regelgericht	Correlation Coefficient	,149	,170	,131	,113	,207*	,309**	,255*				
	Sig. (2-tailed)	,154	,103	,211	,281	,046	,003	,014				
WAK resultaatgericht	Correlation Coefficient	,239*	,217*	,181	,089	,183	,243*	,227*	,590**			
	Sig. (2-tailed)	,021	,037	,082	,399	,079	,019	,029	,000			
WAK teamgericht	Correlation Coefficient	,226*	,178	,276**	,252*	,202	,333**	,305**	,543**	,634**		
	Sig. (2-tailed)	,029	,087	,007	,015	,053	,001	,003	,000	,000		
WAK ondernemingsgericht	Correlation Coefficient	,359**	,214*	,263*	,224*	,149	,149	,333**	,461**	,551**	,519**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,040	,011	,031	,154	,153	,001	,000	,000	,000	

** Correlatie significant bij 0.01 (2- tailed)

* Correlatie significant bij 0.05 (2- tailed)

Tabel 5 Aantal casussen in elke cluster

Cluster	Aantal casussen
1	14,000
2	5,000
3	49,000
4	25,000
Valid	93,000
Missing	,000



Figuur 7 Spreiding in de clusters ten opzichte van het cluster gemiddelde.

Tabel 6 Afstand tussen de cluster centra

Cluster	1	2	3	4
1		209,672	82,486	126,028
2	209,672		145,633	124,826
3	82,486	145,633		64,284
4	126,028	124,826	64,284	

Tabel 7 Uitkomsten k-means cluster analyse

	Clusters			
	1	2	3	4
WIK regelgericht	46,43	-60,00	-9,86	7,33
WIK resultaatgericht	40,48	-53,33	11,90	-,67
WIK teamgericht	54,76	-40,00	41,50	19,33
WIK ondernemingsgericht	45,24	-46,67	30,61	8,67
WAK regelgericht	66,67	33,33	54,42	32,67
WAK resultaatgericht	79,76	46,67	49,66	16,00
WAK teamgericht	84,52	46,67	59,18	40,00
WAK ondernemingsgericht	71,43	40,00	45,58	22,67
Totaalscore niveau van teamleren	83	66	81	73
Totaalscores implementatie-effectiviteit individueel + groepcores	93	54	85	73