

Succesfactoren voor Interprofessioneel Samenwerken in de Wijk

Een kwantitatief onderzoek onder
Nederlandse zorg- en welzijnsprofessionals



Hogeschool Windesheim
Lectoraat Sociale Innovatie
Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg

December 2015

Auteurs:

Dr. Joep Hofhuis, Drs. Monique Mensen, Drs. Lydia ten Den, Drs. Annemieke van den Berg, Drs. Marieke Koopman-Draijer, Dr. Carolien Smits, Dr. Sjiera de Vries

Organisatie:

Hogeschool Windesheim
Lectoraat Sociale Innovatie
Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg
Postbus 10090
8000 GB Zwolle
www.windesheim.nl

Partners:

Windesheim werkt in het project ‘Professioneel Samenwerken in de Wijk’ samen met de volgende partners: Sanitas Thuiszorg, De Stouwe, Welzijn MensenWerk, Icare Zwolle, Icare Meppel, Medrie, Stichting De Kern, MJD Groningen, Humanitas Groningen, Arts en Zorg, Landstede Welzijn Ouderen Dalfsen, MEE IJsseloevers, GGD IJsselland, Carinova, SMON Welzijn, Stichting Welzijn Ouderen Lemelerveld, V&VN, Gemeente Zwolle, Gemeente Dalfsen, Movisie, Vilans, Lectoraat Samenlevingsvraagstukken VIAA, Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, Vrijwilligerscentrale Zwolle Doet!, Denktank 60+Noord, Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn, Stichting Present, Zorgcampus Noorderboog, Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij, Lectoraat De Gezonde Stad, Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle en de Opleidingen Verpleegkunde, Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Toegepaste Gerontologie en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

Financiering:

Het onderzoek werd gefinancierd door: Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA RAAK-publiek, Hogeschool Windesheim en de bovengenoemde partners.

Versie 2016-03-01

Samenvatting

Sinds 1 januari 2015 is de sector Zorg en Welzijn in Nederland drastisch veranderd. De Participatiewet, Jeugdwet en de nieuwe WMO leggen de verantwoordelijkheid voor het organiseren van eerstelijnszorg bij de lokale overheden. In de meeste gemeenten is gekozen voor een wijkgerichte en interprofessionele aanpak: professionals uit verschillende disciplines en verschillende organisaties, die gezamenlijk de zorgbehoefte van de burgers in de buurt vervullen. Het lectoraat Sociale Innovatie en het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg van Hogeschool Windesheim deden samen onderzoek naar de succesfactoren voor interprofessioneel samenwerken in de wijk.

Het succes van interprofessionele samenwerkingsverbanden is niet vanzelfsprekend. Enerzijds kan een grotere verscheidenheid aan kennis en ervaringen ervoor zorgen dat een team flexibeler en effectiever wordt. Anderzijds brengt het feit dat meerdere disciplines binnen één team samenwerken risico's met zich mee. Deze kunnen zich bijvoorbeeld uiten in miscommunicatie, conflict, of een lage betrokkenheid bij het team.

In dit onderzoek werd onderzocht welke factoren samenhangen met het succes van interprofessionele teams in deze sector. Hierbij maakten we onderscheid tussen factoren gerelateerd aan teamstructuur (de wijze waarop het team wordt samengesteld en hoe de samenwerking wordt gefaciliteerd) en teamprocessen (sociale processen die binnen het interprofessionele team plaatshebben). Het succes van interprofessionele teams werd afgemeten aan de hand van teamprestaties, cliënttevredenheid en team-identiteit.

De samenhang tussen de verschillende factoren en uitkomstmaten werd onderzocht met behulp van een digitale survey onder 186 Nederlandse zorg- en welzijnsprofessionals die samenwerken in interprofessionele teams. De steekproef omvatte veel verschillende disciplines, waaronder wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, welzijnswerkers, buurtwerkers, casemanagers, fysiotherapeuten, huisartsen, jeugdzorgmedewerkers, re-integratiecoaches, schuldhulpverleners, en wijkagenten. De respondenten werd gevraagd om aan te geven hoe zij de samenwerkingsfactoren en uitkomstmaten binnen hun team beoordelen.

Uit eerdere oriënterende interviews met zorg- en welzijnsprofessionals blijkt dat gedeelde werkplekken, middelen en ICT-systemen erg belangrijk worden gevonden en veel aandacht krijgen bij het opzetten van interprofessionele teams. Een verrassende bevinding in het huidige onderzoek is dat de aanwezigheid van deze middelen nauwelijks lijkt bij te dragen aan het verhogen van de teamprestaties en cliënttevredenheid.

Daarentegen blijken de sociale processen binnen de teams, zoals taakverdeling, gedeelde visie, vertrouwen en reflexiviteit, juist wel een positief effect te hebben. Zij hangen sterk samen met de effectiviteit van teams, en lijken bovendien meerwaarde te hebben voor de cliënt. Daarbovenop laat dit onderzoek zien dat het belang van deze sociale processen zelfs toeneemt naarmate er meer disciplines in het team vertegenwoordigd zijn.

Om een team te worden met een sterke teamidentiteit lijkt vooral het ervaren dat intensief samenwerken met teamleden met andere professionele achtergronden leidt tot een beter kwaliteit: leden van teams die een sterke mate van onderlinge afhankelijkheid ervaren, rapporteren een sterkere teamidentiteit. Daarnaast blijken het onderlinge vertrouwen en de communicatie tussen teamleden een belangrijke rol te spelen: teams met een sterke identiteit kenmerken zich door de aanwezigheid van een gedeeld ICT-systeem en frequent onderling overleg.

De resultaten van het onderzoek onderstrepen de waarde van intensieve samenwerking van professionals met verschillende achtergronden voor het effectief samenwerken in de wijk, maar ook dat een goed gestroomlijnde afstemming voor deze teams van groot belang is.

1. Inleiding

Sinds 1 januari 2015 is de sector Zorg en Welzijn in Nederland drastisch veranderd. De Participatiewet, Jeugdwet en de nieuwe WMO leggen de verantwoordelijkheid voor het organiseren van eerstelijnszorg bij de gemeenten. De gedachte achter de transitie is dat burgers met een zorgbehoefte zo langer thuis kunnen blijven wonen, en dat de zorgverlening efficiënter wordt als deze lokaal georganiseerd is. In de meeste gemeenten is gekozen voor een wijkgerichte en interprofessionele aanpak: een groep professionals uit verschillende disciplines en verschillende organisaties, die gezamenlijk de ondersteuningsbehoefte van de burgers in de buurt kan vervullen. De precieze manier van samenwerken verschilt per gemeente of zelfs per wijk, maar over de gehele linie zien we een toename van dergelijke interprofessionele samenwerkingsverbanden. Onder de samenwerkende disciplines vallen bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, huisartsen, praktijkondersteuners, maatschappelijk werkers, jeugdwerkers, welzijnswerkers en wijkagenten.

Het succes van interprofessionele samenwerkingsverbanden is echter niet vanzelfsprekend. Sociaalwetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat functionele diversiteit (de aanwezigheid van verschillende functies/beroepen binnen een team) zowel positieve als negatieve effecten kan hebben (Kearney & Gebert, 2009; Williams & O'Reilly, 1998). Enerzijds kan een grotere verscheidenheid aan kennis en ervaringen ervoor zorgen dat een team flexibeler en effectiever wordt (De Dreu & West, 2001; Van Knippenberg, De Dreu, & Homan, 2004). Anderzijds zijn professionals gewend te werken volgens de cultuur, regels en ethiek die passen bij hun eigen vak. Het feit dat meerdere disciplines binnen één team samenwerken brengt risico's met zich mee. Deze kunnen zich bijvoorbeeld uiten in miscommunicatie en een verlaagd gevoel van groepscohesie en teamidentiteit (Fiske, 1998; Mitchell, Parker, & Giles, 2011). Hierdoor kan de effectiviteit van interprofessionele teams juist afnemen. Om toch te komen tot meerwaarde in interprofessioneel samenwerken is een gerichte aanpak nodig.

Over de competenties en methodieken die nodig zijn voor succesvolle interprofessionele samenwerking is al de nodige kennis beschikbaar. D'Amour e.a. (2005) geven een overzicht van de bestaande internationale literatuur en benadrukken daarin vooral het belang van teamprocessen zoals communicatie en identiteitsvorming. Andere onderzoeken bieden aanwijzingen voor wat nodig is voor het succesvol delen van kennis in interprofessionele teams. Het gaat hierbij om zowel individuele competenties, zoals zelfreflectie en flexibiliteit, als om overkoepelende eigenschappen van het team zoals een gedeelde visie en regelmatigheid in overleg (Fay, Borrill, Amir, Haward, & West, 2006; Reinholt, Pedersen, & Foss, 2011; Rijdsdijk, Hofhuis, Ten Den, De Vries, 2015). De resultaten van deze internationale onderzoeken zijn echter niet altijd direct toepasbaar op de Nederlandse situatie, of op

het functioneren van professionals in de wijk. Deze studies richten zich bijvoorbeeld op teams in ziekenhuizen, of op samenwerking tussen zorg en welzijn in systemen die duidelijk verschillen van de onze, zoals Engeland, Duitsland, Canada en Australië. Daar komt bij dat in de nieuwe situatie in Nederland ook professionals met dezelfde discipline, maar werkzaam bij verschillende organisaties, met elkaar samenwerken. Ook dit werd in eerdere studies niet meegenomen.

Het huidige onderzoek heeft als doel om inzicht te verkrijgen in factoren die bijdragen aan het succes van interprofessionele teams die op wijkniveau opereren binnen het Nederlandse systeem. Hieronder worden de resultaten beschreven van een landelijk vragenlijstonderzoek onder professionals die werkzaam zijn in dergelijke teams. Allereerst wordt een overzicht gegeven van wat in dit onderzoek wordt verstaan onder een ‘succesvol’ team, en welke uitkomstmaten hierbij horen. Daarna wordt beschreven welke samenwerkingsfactoren kunnen bijdragen aan deze uitkomsten, en hoe deze samenhangen met functionele diversiteit.

2. Wanneer presteert een interprofessioneel team goed?

Om de effectiviteit van interprofessionele teams te kunnen beoordelen, zijn in dit onderzoek drie verschillende uitkomstmaten meegenomen. Allereerst is onderzocht in hoeverre teamleden het gevoel hebben dat er sprake is van een sterke *team-identiteit*. Eerder onderzoek laat zien dat het in interprofessionele teams essentieel is om een ‘wij-gevoel’ te ontwikkelen, om de verschillen in professionele achtergronden (de professionele identiteit) te kunnen overbruggen en ten volste gebruik te maken van de beschikbare kennis in de groep (zie ook Mitchell, Parker, Giles, & White, 2010). Hier kijken we dus met name naar de ‘gevoelsmatige’ uitkomsten binnen het team.

Naast het gevoel van identiteit, is ook gemeten in hoeverre teamleden vinden dat het team de opgelegde taken goed vervult. De *ervaren* effectiviteit (‘Doen wij ons werk goed?’) is een sterke voorspeller van daadwerkelijke teamprestaties (Brannick & Prince, 1997). We kijken hier dus naar de ‘taakgerichte’ uitkomsten van het team: de mate waarin leden, in hun eigen perceptie, succesvol zijn in het uitvoeren van hun werkzaamheden.

Tot slot is gemeten in hoeverre de interdisciplinaire samenwerking bijdraagt aan de *tevredenheid van de cliënt*. In veel onderzoeken binnen zorg- en welzijnsteams wordt het perspectief van de cliënt over het hoofd gezien. Om dit probleem te ondervangen werd in het huidige onderzoek expliciet gevraagd of teamleden van mening zijn dat hun manier van samenwerken meerwaarde heeft voor de cliënt.

Uitkomstmaat	Definitie
Teamidentiteit	Is er een gevoel van eenheid en cohesie in het team? (<i>gevoelsmatig</i>)
Teamprestaties	Is het team effectief in het uitvoeren van hun werk? (<i>taakgericht</i>)
Cliënt tevredenheid	Heeft de samenwerking meerwaarde voor de cliënt? (<i>cliëntgericht</i>)

3. Succesfactoren voor interprofessionele samenwerking

Het doel van dit onderzoek was te achterhalen welke samenwerkingsfactoren de effectiviteit van interprofessionele teams kunnen verhogen. Om een selectie te maken van mogelijke succesfactoren is allereerst gebruik gemaakt van de bestaande wetenschappelijke literatuur op dit gebied. Daarnaast zijn interviews en conceptmapbijeenkomsten gehouden met zorg- en welzijnsprofessionals, om ook die aspecten mee te nemen die specifiek relevant zijn voor de huidige Nederlandse context. In totaal werden 18 mogelijke succesfactoren geïdentificeerd en meegenomen in dit onderzoek (zie bijlage 1). In verband met de overzichtelijkheid worden in dit verslag de 10 belangrijkste factoren uitgebreid besproken. De overige 8 factoren bleken geen unieke samenhang te vertonen met het functioneren van de interprofessionele teams in dit onderzoek. De geselecteerde factoren kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën, teamstructuur en teamprocessen (Xyrichis & Lowton, 2008).

3.1 Teamstructuur

Factoren gerelateerd aan *teamstructuur* hebben betrekking op de wijze waarop het team wordt samengesteld, en hoe de onderlinge samenwerking wordt gefaciliteerd. In het huidige onderzoek worden vijf factoren besproken, die binnen deze categorie vallen.

De eerste factor is *Teamgrootte*. Er zijn veel onderzoeken gedaan naar de invloed van het aantal teamleden op het succes van samenwerking, maar resultaten lijken tot op heden niet eenduidig. In veel gevallen lijken kleinere teams beter te presteren, maar er zijn ook gevallen bekend waar grotere teams het juist beter doen (Poulton & West, 1999; Stewart, 2006; Xyrichis & Lowton, 2008). In dit onderzoek is gekeken in hoeverre het van belang is om rekening te houden met de grootte van te ontwikkelen zorg- en welzijnsteams in de wijk.

De tweede factor, *Taakinterdependentie*, wordt gedefinieerd als de mate waarin teamleden van elkaar afhankelijk zijn voor het uitvoeren van hun taak (Calvard, 2013). Hoge taakinterdependentie

houdt in dat de werkzaamheden van verschillende professionals sterk met elkaar verweven zijn, en dat zij in vergaande mate met elkaar moeten samenwerken in het uitvoeren van de teamdoelen. Bij lage taakinterdependentie werken professionals vooral vanuit hun eigen specialisme, en kunnen zij hun taken ook uitvoeren zonder hulp van teamleden.

De overige factoren in deze categorie hebben vooral te maken met de faciliteiten die rondom het team zijn georganiseerd. Deze factoren werden in de voorbereiding op dit onderzoek specifiek genoemd door geïnterviewde professionals. Om te beginnen wordt gekeken of teams de beschikking hebben over een *Gezamenlijke werkplek*, bijvoorbeeld een gedeeld kantoor, of een loket in de wijk, waar professionals elkaar (in formele of informele setting) tegenkomen. Daarnaast is er de vraag of er regelingen zijn getroffen voor *Gedeelde middelen*, bijvoorbeeld een gedeelde budget voor communicatiemiddelen, vervoerskosten, of andere vergoedingen. Tot slot kijken we of er sprake is van een gezamenlijk *ICT systeem*, voor het beheren van cliëntinformatie, of bijvoorbeeld het bijhouden van digitale agenda's.

Teamstructuur	Definitie
Teamgrootte	Hoeveel leden heeft het team?
Taakinterdependentie	Zijn professionals van elkaar afhankelijk om hun werk uit te voeren?
Gezamenlijke werkplek	Is er een gedeelde werklocatie/kantoor/loket?
Gedeelde middelen	Zijn er afspraken/budget voor vervoer, communicatiemiddelen, etc.?
ICT-systeem	Is er een gezamenlijk systeem voor het delen van (cliënt)informatie?

3.2 *Teamprocessen*

De tweede categorie van mogelijke succesfactoren richt zich op de sociale processen die binnen het interprofessionele team plaatshebben. De eerste factor is *Taakverdeling*, de mate waarin duidelijk afspraken worden gemaakt over wie welke taken uitvoert, en wie welke verantwoordelijkheid draagt. Deze factor is in eerder onderzoek in verband gebracht met succesvol teamfunctioneren in de zorg (Chang & Hancock, 2003), en werd ook nadrukkelijk genoemd tijdens interviews met professionals.

De tweede factor in deze categorie is *Gedeelde Visie*, de mate waarin teamleden een duidelijk beeld hebben, en het met elkaar eens zijn, over de teamdoelen en –missie. Fay et al., (2006) laten in hun onderzoek zien dat gedeelde visie essentieel is voor het succesvol functioneren van

interprofessionele teams in ziekenhuizen. In dit onderzoek wordt gekeken of dit ook geldt voor zorg- en welzijnsteams in de wijk.

In hetzelfde onderzoek van Fay et al. (2006) wordt ook *Regelmatigheid* in overleg genoemd als belangrijke factor voor interprofessionele samenwerking. Dit wordt gedefinieerd als de mate van regelmaat en continuïteit in overlegmomenten. Tijdens de bijeenkomsten met professionals kwam deze factor ook naar voren; zij benadrukten het belang van vaste vergadermomenten en de bereidheid van teamleden om zich daar ook aan te committeren.

De vierde factor in deze categorie is *Vertrouwen* tussen teamleden. Vertrouwen is een vrij breed begrip, en wordt in de literatuur beschreven aan de hand van drie kenmerken: individuele capaciteiten, welwillendheid en integriteit van teamgenoten (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995). Als het vertrouwen in een team hoog is, betekent dit dat teamleden elkaar hoog beoordelen op deze kenmerken, en dat zij 'erop vertrouwen' dat hun collega's hun werk goed uitvoeren en het beste met henzelf en het team voor hebben.

Tot slot wordt in dit onderzoek ook de factor *Reflexiviteit* meegenomen. Hieronder verstaan we het vermogen van een team om te reflecteren over het eigen handelen en de samenwerking ook aan te passen waar nodig (West, 1996). Dit kan voordelen opleveren voor productiviteit in teams in het algemeen (Widmer, Schippers, & West, 2009), maar deze voordelen worden extra zichtbaar als er sprake is van interprofessionele samenwerking (Schippers, West, & Dawson, 2015). Juist het omgaan met verschillende beroepen/disciplines vraagt dus om extra reflexiviteit.

Teamprocessen

Definitie

Taakverdeling	Is er duidelijkheid over de rol- en taakverdeling tussen teamleden
Gedeelde visie	Is er duidelijkheid en overeenstemming over de teamdoelen?
Regelmatigheid	Is er regelmaat en continuïteit in overleg/contact tussen teamleden?
Vertrouwen	Is er sprake van onderling vertrouwen tussen teamleden?
Reflexiviteit	Zijn de teamleden in staat om te reflecteren over de samenwerking en deze aan te passen waar nodig?

4. Methoden

4.1 Vragenlijst

Doel van dit onderzoek was te achterhalen hoe de bovengenoemde factoren samenhangen met de gekozen uitkomstmaten (teamidentiteit, teamprestaties, cliënttevredenheid) in interprofessionele teams. Dit werd gedaan door middel van een digitale survey onder Nederlandse zorg- en welzijnsprofessionals. De survey omvatte wetenschappelijk gevalideerde schalen voor de bovengenoemde uitkomstmaten en mogelijke succesfactoren (zie bijlage 1 voor een volledige lijst variabelen). Voor enkele factoren (bijv. *Gedeelde werkplek*) was geen bestaande maat beschikbaar; deze items zijn door de onderzoekers zelf geformuleerd aan de hand van de input van professionals in de voorbereidende interviews en conceptmapbijeenkomsten.

Respondenten werd gevraagd aan te geven tot welke beroepsdiscipline zij zich rekenen, en welke andere disciplines vertegenwoordigd zijn in hun team. Door het aantal verschillende disciplines te delen door het aantal teamleden wordt een index verkregen van de mate van *Functionele Diversiteit* in het team. Om te kunnen controleren voor de duur van de samenwerking, werd respondenten ook gevraagd aan te geven hoelang hun team al bestaat. Tot slot werd gevraagd naar hun leeftijd en geslacht.

4.2 Steekproef

De link naar de digitale vragenlijst werd verspreid binnen het netwerk van de onderzoekers en de deelnemende partners (in totaal ruim 30 Nederlandse organisaties die actief zijn in de sector zorg en welzijn) via e-mail, nieuwsbrieven en sociale media. De doelgroep voor dit onderzoek bestond uit Nederlandse eerstelijnszorg- en welzijnsprofessionals in interprofessionele teams. Voorafgaand aan de vragenlijst werd respondenten gevraagd aan te geven of zij 1) werkzaam zijn in extramurale zorg of welzijn, 2) werkzaam zijn in de eerstelijns/sociaal domein, en 3) of zij deel uitmaken van een interprofessioneel samenwerkingsverband. Respondenten die op één van deze sluiscriteria 'nee' antwoordden behoren niet tot de doelgroep van dit onderzoek, en zijn als zodanig niet meegenomen in de analyses.

In totaal hebben 186 respondenten uit de doelgroep de vragenlijst volledig ingevuld (61,5% Vrouw; Gem. leeftijd = 44,8 jaar, S.D. = 10,8). Binnen de steekproef waren vooral wijkverpleegkundigen (22%), wijkagenten (13%), maatschappelijk werkers (8%), en welzijnswerkers (5%) sterk vertegenwoordigd. Daarnaast namen o.a. ook buurtwerkers, casemanagers, fysiotherapeuten, huisartsen, jeugdzorgmedewerkers, opbouwwerkers, (ortho)pedagogen, re-integratiecoaches,

schuldhulpverleners, GGZ-verpleegkundigen, mantelzorgconsulenten en WMO-consulenten (1-5%) deel aan het onderzoek.

De gemiddelde teamgrootte was 11,6 (Min = 4, Max = 45, S.D. = 7,1), gemiddelde teamduur was 32,2 maanden (Min = 0,5, Max = 120, S.D. = 32,6). Een team bevatte gemiddeld 6 verschillende disciplines.

5. Resultaten

5.1 Analyses

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn regressie-analyses uitgevoerd met team-identiteit, teamprestaties en cliënttevredenheid als afhankelijke variabelen. Onafhankelijke variabelen waren de mate van functionele diversiteit (FD), en de 10 genoemde factoren. Daarnaast werden ook de interacties tussen functionele diversiteit en de factoren meegenomen, door de interactietermen (product van FD en afzonderlijke factor) toe te voegen aan de regressies. Tot slot werden de controlevariabelen teamduur, leeftijd en geslacht als covariaat meegenomen in de analyses. De volledige resultaten van de regressieanalyses zijn te vinden in bijlage 2. Op basis van deze analyses kunnen, per uitkomstmaat afzonderlijk, drie vragen worden beantwoord:

- 1) In hoeverre hangt de mate van functionele diversiteit samen met deze uitkomst?
- 2) Welke van de factoren hangen samen met deze uitkomst?
- 3) Is er een interactie tussen de factoren en de mate van functionele diversiteit (d.w.z. welke factoren worden belangrijker naarmate het aantal verschillende disciplines in het team toeneemt)?

5.2 Team-identiteit

De resultaten van dit onderzoek laten allereerst zien dat de mate van functionele diversiteit over het geheel genomen een negatief effect heeft op team-identiteit ($b^* = -.25$). Dit is niet verrassend, eerdere onderzoeken (e.g. Mitchell et al., 2010) hebben al aangetoond dat het moeilijker is om groepscohesie te creëren wanneer teamleden veel van elkaar verschillen qua achtergrond of discipline.

In de categorie teamstructuur blijkt alleen *taakinterdependentie* positief samen te hangen met deze uitkomst ($b^* = .24$). Wanneer teamleden meer van elkaar afhankelijk zijn voor het uitvoeren van hun taken identificeren zij zich ook sterker met het team. De overige structuur-factoren spelen geen rol, met uitzondering van een interactie tussen functionele diversiteit en *ICT Systeem* ($b^* = .25$). Dit

betekent dat, naarmate de functionele diversiteit in teams toeneemt, het bestaan van een gedeeld systeem belangrijker wordt voor het behoud van team-identiteit.

Wat betreft teamprocessen zien we een positief effect van *vertrouwen* ($b^* = .21$). Daarnaast is er een interactie tussen functionele diversiteit en *regelmatigheid* ($b^* = .18$). Dit laat zien dat het eerder genoemde negatieve effect van functionele diversiteit op team-identiteit verdwijnt als het team gestructureerd en op gezette tijden contact heeft.

5.3 Teamprestaties

De mate van functionele diversiteit blijkt geen direct effect te hebben op de taakgerichte prestaties van de teams in dit onderzoek. Wat betreft teamstructuur lijkt *taakinterdependentie* wederom de bepalende factor. Deze hangt als enige samen met ervaren prestaties ($b^* = .21$); hoe meer onderlinge afhankelijkheid en samenwerking, hoe beter het team lijkt te presteren. De overige factoren spelen hierbij geen directe rol.

Wat betreft teamprocessen zien we sterke positieve effecten van *taakverdeling* ($b^* = .22$), *gedeelde visie* ($b^* = .30$) en *vertrouwen* ($b^* = .21$). Deze factoren dragen dus bij aan teamprestaties, ongeacht de mate van functionele diversiteit.

5.4 Cliënttevredenheid

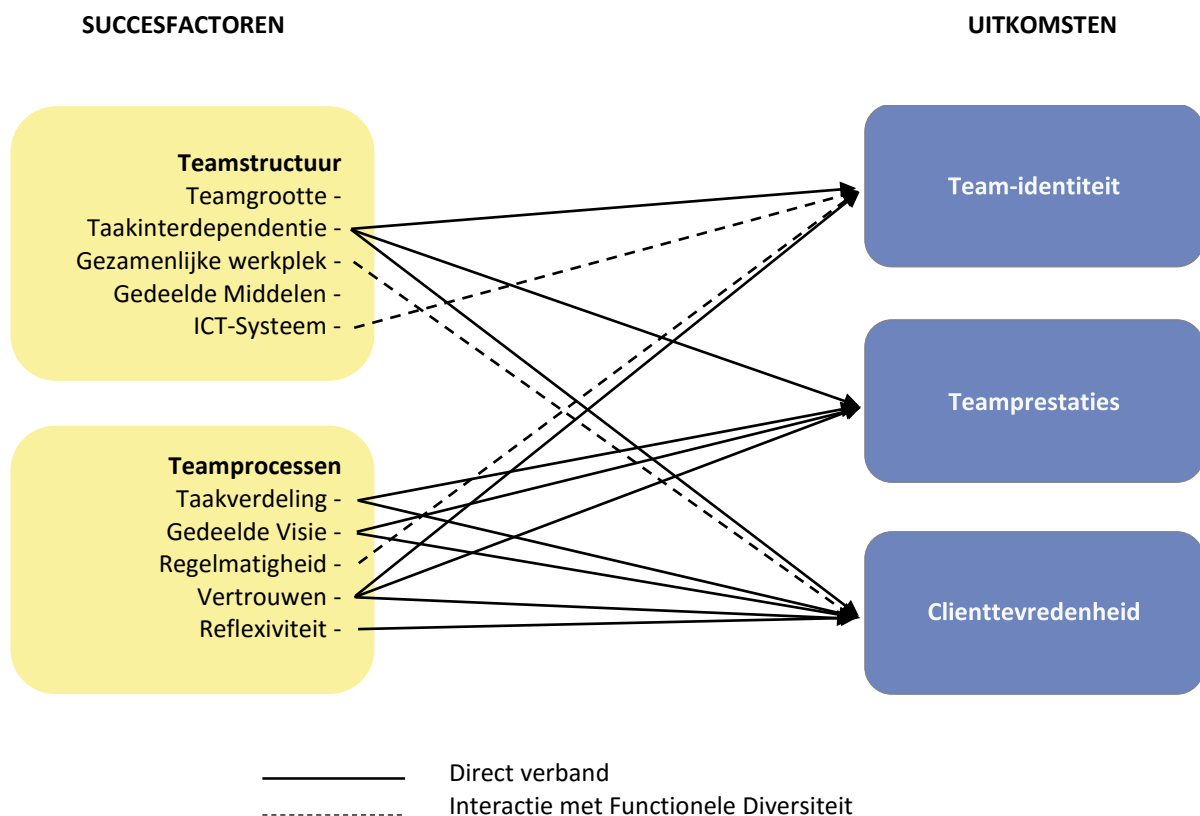
Bij de uitkomst cliënttevredenheid zien we een vergelijkbaar patroon. Er is geen direct effect van functionele diversiteit. Bij teamstructuur is het wederom de factor *taakinterdependentie* die het verschil maakt: de respondenten in dit onderzoek schatten in dat de cliënt er baat bij heeft als er sprake is van afhankelijkheid en samenwerking tussen teamleden ($b^* = .23$).

De grootste effecten worden echter ook hier gevonden bij de teamprocessen. *Taakverdeling* ($b^* = .21$), *gedeelde visie* ($b^* = .20$), *vertrouwen* ($b^* = .18$) en *reflexiviteit* ($b^* = .18$) laten allen een positief effect zien op cliënttevredenheid. Daarbovenop blijkt dat voor de drie laatstgenoemde factoren ook een interactie-effect wordt gevonden met functionele diversiteit ($b^* = .17$; $.22$; $.17$, respectievelijk). Hoewel de ervaren meerwaarde voor de cliënt over het geheel genomen niet omhoog gaat als gevolg van meer functionele diversiteit, lijkt dit wel het geval voor teams die hoog scoren op *gedeelde visie*, *vertrouwen* en *reflexiviteit*. Met andere woorden: interprofessioneel samenwerken heeft meerwaarde voor de cliënt, maar alleen als de teamprocessen goed verlopen.

6. Conclusies en Aanbevelingen

In dit onderzoek is onderzocht welke factoren samenhangen met het succes van interprofessionele teams in de sector zorg en welzijn. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen factoren gerelateerd aan *teamstructuur* (de wijze waarop het team wordt samengesteld, en hoe de samenwerking wordt gefaciliteerd) en *teamprocessen* (sociale processen die binnen het interprofessionele team plaatshebben). Het succes van interprofessionele teams werd gedefinieerd in termen van team-identiteit (gevoelsmatige uitkomst), teamprestaties (taakgerichte uitkomst) en cliënttevredenheid (externe uitkomst). Figuur 1 biedt een overzicht van de gevonden verbanden.

Eerder onderzoek laat zien dat de aanwezigheid van verschillende beroepen/disciplines (functionele diversiteit) kan leiden tot minder groepscohesie, en een verlaagd gevoel van team-identiteit (Mitchell et al., 2010; Van Knippenberg et al., 2004). Dit wordt ook in het huidige onderzoek bevestigd. Om de team-identiteit in interprofessionele teams te verhogen, lijkt het van belang om allereerst te zorgen voor een sterk besef van de onderlinge afhankelijkheid bij het ondersteunen van cliënten: leden van teams waarbinnen uitgebreid wordt samengewerkt tussen disciplines voor het uitvoeren van taken, rapporteren een hogere team-identiteit.



Daarnaast blijkt het onderling vertrouwen tussen teamleden een sterke voorspeller. Tot slot wordt voor deze uitkomst het belang van onderlinge communicatie onderstreept: teams met een sterke identiteit kenmerken zich door de aanwezigheid van een gedeeld ICT-systeem en een hoge regelmatigheid in onderling overleg. Voor de andere twee uitkomstmaten, teamprestaties en cliënttevredenheid, zien we een iets ander patroon. Ten eerste blijken deze uitkomsten niet per definitie te worden beïnvloed door functionele diversiteit. Teams waarbinnen veel verschillende beroepen of disciplines vertegenwoordigd zijn, presteren dus niet beter, maar ook niet slechter dan teams met minder diversiteit.

De resultaten van dit onderzoek laten verder zien dat taakinterdependentie, de mate waarin teamleden beseffen dat zij van elkaar afhankelijk zijn in de uitvoering van hun werk, ook voor deze uitkomsten erg belangrijk is. Een verrassende bevinding is dat de overige factoren rondom teamstructuur, zoals de aanwezigheid van een gedeelde werkplek, middelen en ICT-systeem, erg weinig invloed hebben op het functioneren. Uit eerdere interviews met zorg- en welzijnsprofessionals (zie ook Ten Den, Hofhuis, & De Vries, 2015) blijkt dat deze zaken juist erg belangrijk worden gevonden, en veel aandacht krijgen bij het opzetten van interprofessionele teams. Uit dit onderzoek blijkt echter dat zij in de ogen van de ondervraagde professionals niet direct samenhangen met teamprestaties en cliënttevredenheid.

Daarentegen blijken de sociale processen binnen de teams, waaronder taakverdeling, gedeelde visie, vertrouwen, reflexiviteit, juist van erg groot belang. Zij hangen sterk samen met de effectiviteit van teams. Daarbovenop laat dit onderzoek zien dat het belang van deze factoren zelfs toeneemt naarmate er meer disciplines in het team vertegenwoordigd zijn. Dit onderstreept nogmaals dat interprofessionele teams belang hebben bij goed gestroomlijnde teamprocessen.

Het onderzoek zoals hierboven beschreven kent ook enkele beperkingen. Het is belangrijk om in acht te nemen dat de gepresenteerde gegevens gebaseerd zijn op vragenlijsten die door de teamleden zelf zijn ingevuld. Het is mogelijk dat enige vertekening is opgetreden als gevolg van sociaal wenselijk antwoorden. Door het waarborgen van de anonimiteit van de respondenten, en het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde schalen, hebben we getracht deze vertekening tot een minimum te beperken. Ook is er door de wervingsmethode weinig zicht op eventuele selectiviteit onder de respondenten, wat mogelijk invloed heeft gehad op de gerapporteerde verbanden. Een laatste aandachtspunt bij het interpreteren van de resultaten is dat binnen een cross-sectioneel onderzoek geen uitspraken kunnen worden gedaan over causaliteit van verbanden. We maken de aanname dat de genoemde succesfactoren invloed hebben op het functioneren van interprofessionele teams.

Echter, het bestaan van een wederkerig of zelfs omgekeerd verband kan niet worden uitgesloten zonder nader onderzoek.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd voor het organiseren van interprofessionele (wijk)teams in zorg- en welzijn.

- 1) Organiseer het werk zo dat teamleden afhankelijk zijn van elkaars expertise voor het uitvoeren van hun taken. Dit verhoogt het gevoel van team-identiteit en de effectiviteit van het team.
- 2) Zorg voor regelmaat in overleg, en voor een gedeeld ICT-systeem voor het uitwisselen van informatie. Dit leidt tot een sterkere team-identiteit, zeker in teams met veel verschillende disciplines.
- 3) Besteed tijd aan het stroomlijnen van teamprocessen, zoals het expliciteren van een taakverdeling en formuleren van een gedeelde visie. Hierdoor gaan teamprestaties en cliënttevredenheid omhoog.
- 4) Besteed aandacht aan het opbouwen van onderling vertrouwen, bijvoorbeeld door middel van teambuilding. Dit heeft een positieve invloed op alle uitkomstmaten.
- 5) Maak ruimte in de agenda's voor reflexiviteit, bijvoorbeeld d.m.v. intervisiebijeenkomsten. Dit verhoogt cliënttevredenheid.

De bovenstaande aanbevelingen vormen slechts het tipje van de sluier, als het gaat om het daadwerkelijk succesvol implementeren van interprofessionele samenwerking in de sector zorg en welzijn. De uitkomsten van functionele diversiteit kunnen zowel positief als negatief zijn, en het is de verantwoordelijkheid van de teams zelf om te zorgen dat deze de goede kant op bewegen. Dit onderzoek laat zien dat met name de teamprocessen erg belangrijk zijn om dit te bewerkstelligen. Hoewel randvoorwaarden en faciliteiten (zoals werkplek en middelen) worden ervaren als erg belangrijk, blijken zij in werkelijkheid minder samen te hangen met effectiviteit van teams dan de sociale factoren zoals vertrouwen en reflexiviteit. Door deze sociale processen goed te organiseren, kan optimaal gebruik worden gemaakt van de beschikbare kennis in interprofessionele teams, waar zowel de professionals zelf als de cliënten in de wijk veel baat bij kunnen hebben.

Referenties

- Brannick, M. T., & Prince, C. (1997). An overview of team performance measurement. *Team Performance Assessment and Measurement. Theory, Methods, and Applications*, 3
- Calvard, T. S. (2013). 6 difficulties in organizing boundary-spanning activities of inter-organizational teams. *Boundary-Spanning in Organizations: Network, Influence and Conflict*, , 116.
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in australia. *Nursing & Health Sciences*, 5(2), 155-163.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 116-131.
- De Dreu, C. K. W., & West, M. A. (2001). Minority dissent and team innovation: The importance of participation in decision making. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1191-1201.
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R., & West, M. A. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 553-567.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 357-411). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Kearney, E., & Gebert, D. (2009). Managing diversity and enhancing team outcomes: The promise of transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 94(1), 77-89. doi:10.1037/a0013077
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Mitchell, R. J., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do interprofessional teams succeed? investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human Relations*, 64(10), 1321-1343.

- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., & White, N. (2010). Review: Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: An examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 67(1), 3-26. doi:10.1177/1077558709338478 [doi]
- Poulton, B. C., & West, M. A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7-18.
- Reinholt, M., Pedersen, T., & Foss, N. J. (2011). Why a central network position isn't enough: The role of motivation and ability for knowledge sharing in employee networks. *Academy of Management Journal*, 54(6), 1277-1297.
- Rijsdijk, L.E., Hofhuis, J., Ten Den, L.M., & De Vries, S. (2015). *Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs. Een internationale verkenning*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Schippers, M. C., West, M. A., & Dawson, J. F. (2015). Team reflexivity and innovation the moderating role of team context. *Journal of Management*, 41(3), 769-788.
- Stewart, G. L. (2006). A meta-analytic review of relationships between team design features and team performance. *Journal of Management*, 32(1), 29-55.
- Ten Den, L., Hofhuis, J., & De Vries, S. (2015). *Het roer gaat om in het HRM van Zorg en Welzijn*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Van Knippenberg, D., De Dreu, C. K. W., & Homan, A. C. (2004). Work group diversity and group performance: An integrative model and research agenda. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 1008-1022. doi:10.1037/0021-9010.89.6.1008
- West, M. A. (1996). Reflexivity and work group effectiveness: A conceptual integration. In M. A. West (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 555-579). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Widmer, P. S., Schippers, M. C., & West, M. A. (2009). Recent developments in reflexivity research: A review. *Psychology of Everyday Activity*, 2(2), 2-11.

Williams, K., & O'Reilly, C. (1998). Demography and diversity in organizations: A review of 40 years of research. *Research in Organizational Behavior, Vol 20, 1998, 20, 77-140.*

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 45(1), 140-153.*

Bijlage 1. Succesfactoren

Variabele	Items	Schaal	α
<i>Teamstructuur</i>			
Teamgrootte	1	open	n.v.t.
Taakinterdependentie	3	1 – 5	.79
Gezamenlijke werkplek	1	ja/nee	n.v.t.
Gedeelde middelen	1	ja/nee	n.v.t.
ICT-systeem	1	ja/nee	n.v.t.
Leidinggevende	1	ja/nee	n.v.t.
Casemanager	1	ja/nee	n.v.t.
Onderlinge concurrentie	2	1 – 5	.64
Afspraken over ethiek/privacy	2	ja/nee	n.v.t.
<i>Teamprocessen</i>			
Taakverdeling	3	1 – 5	.86
Gedeelde visie	3	1 – 5	.82
Regelmatigheid	3	1 – 5	.72
Vertrouwen	3	1 – 5	.78
Reflexiviteit	3	1 – 5	.78
Autonomie	3	1 – 5	.61
Openheid	3	1 – 5	.77
Kennisdeling	3	1 – 5	.74
Zelfsturing	3	1 – 5	.83

Bijlage 2. Uitkomsten regressie-analyses

Teamidentiteit

	<i>b</i> *	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Functionele Diversiteit (FD) *</i>	-.254	-2.096	.038
<i>Teamstructuur</i>			
Teamgrootte	-.184	-1.140	.256
Taakinterdependentie *	.240	3.100	.002
Gezamenlijke werkplek	.017	.216	.830
Gedeelde middelen	.101	1.279	.203
ICT-systeem	.004	.055	.956
<i>Teamprocessen</i>			
Taakverdeling	-.027	.378	.706
Gedeelde visie	.133	1.745	.083
Regelmatigheid	.133	1.544	.125
Vertrouwen *	.211	2.929	.004
Reflexiviteit	.135	1.869	.064
<i>Interacties</i>			
FD x Teamgrootte	-.167	-1.205	.230
FD x Taakinterdependentie	.061	.709	.479
FD x Gezamenlijke werkplek	.101	1.086	.279
FD x Gedeelde middelen	-.040	-.433	.666
FD x ICT-systeem *	.246	2.606	.010
FD x Taakverdeling	.104	1.181	.240
FD x Gedeelde visie	-.021	-.245	.807
FD x Regelmatigheid *	.176	-1.952	.050
FD x Vertrouwen	.040	.458	.648
FD x Reflexiviteit	-.012	-.152	.880
<i>Controlevariabelen</i>			
Teamduur	-.097	-1.131	.261
Geslacht	.096	1.183	.240
Leeftijd	.065	.804	.423

$R^2 = .50$; $F = 6.837$; $p < .001$; $n = 186$. * $p < .05$

Teamprestaties

	<i>b*</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Functionele Diversiteit (FD)</i>	.128	1.165	.246
<i>Teamstructuur</i>			
Teamgrootte	-.033	-.228	.820
Taakinterdependentie *	.213	3.035	.003
Gezamenlijke werkplek	-.050	-.713	.477
Gedeelde middelen	.022	.318	.751
ICT-systeem	-.047	-.655	.513
<i>Teamprocessen</i>			
Taakverdeling *	.222	-3.410	.001
Gedeelde visie *	.302	4.361	.000
Regelmatigheid	.046	.587	.558
Vertrouwen *	.206	3.159	.002
Reflexiviteit	.025	.385	.701
<i>Interacties</i>			
FD x Teamgrootte	-.035	-.282	.778
FD x Taakinterdependentie	.127	1.643	.103
FD x Gezamenlijke werkplek	.044	.525	.601
FD x Gedeelde middelen	.067	.814	.417
FD x ICT-systeem	-.122	-1.431	.155
FD x Taakverdeling	-.106	-1.328	.186
FD x Gedeelde visie	-.114	-1.470	.144
FD x Regelmatigheid	-.057	-.699	.486
FD x Vertrouwen	.020	.259	.796
FD x Reflexiviteit	-.113	-1.610	.109
<i>Controlevariabelen</i>			
Teamduur	.112	1.582	.117
Geslacht	.007	.105	.917
Leeftijd	.080	1.201	.232

$R^2 = .62$; $F = 7.026$; $p < .001$; $n = 186$. * $p < .05$

Clïenttevredenheid

	<i>b*</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Functionele Diversiteit (FD)</i>	-0.202	-1.829	.069
<i>Teamstructuur</i>			
Teamgrootte	-.094	-.637	.525
Taakinterdependentie *	.231	3.282	.001
Gezamenlijke werkplek	.099	1.410	.161
Gedeelde middelen	-.005	-.068	.946
ICT-systeem	.034	.491	.624
<i>Teamprocessen</i>			
Taakverdeling *	.209	-3.187	.002
Gedeelde visie *	.203	2.922	.004
Regelmatigheid	.091	1.166	.246
Vertrouwen *	.182	2.779	.006
Reflexiviteit *	.176	-2.672	.008
<i>Interacties</i>			
FD x Teamgrootte	-.069	-.546	.586
FD x Taakinterdependentie	-.134	-1.721	.087
FD x Gezamenlijke werkplek *	.196	2.302	.023
FD x Gedeelde middelen	.099	1.194	.235
FD x ICT-systeem	.079	.914	.362
FD x Taakverdeling	.101	-1.260	.210
FD x Gedeelde visie *	.172	-2.213	.028
FD x Regelmatigheid	-.098	-1.193	.235
FD x Vertrouwen *	.216	2.734	.007
FD x Reflexiviteit *	.171	-2.420	.017
<i>Controlevariabelen</i>			
Teamduur	.030	.376	.708
Geslacht	.016	.213	.831
Leeftijd	.026	.352	.725

$R^2 = .58$; $F = 9.629$; $p < .001$; $n = 186$. * $p < .05$