

## De onderlinge relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en de effectiviteit van teams in de langdurige zorg

Oosterhout, 10 juni 2013

Tessa van de Kar  
Wilhelminakanaal-Noord 32  
4902 VS Oosterhout

Studentnummer: 364138

Opleiding: Master Zorgmanagement, voltijd  
Faculteit: Gezondheidswetenschappen, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012-2013

Afstudeerbegeleider: Dr. M. Buljac-Samardžic  
Meelezers: Drs. C.M. Dekker-van Doorn en Dr. I.N. Fabbriotti

Voor u ligt mijn masterscriptie, geschreven in het kader van de opleiding Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Dit onderzoek besteedt aandacht aan de onderlinge relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en effectiviteit van teams in de langdurige zorg. De keuze voor dit onderwerp was eenvoudig voor mij: als persoonlijk begeleider in de ambulante langdurige zorg wekte teameffectiviteit mijn nieuwsgierigheid. Daarbij herkende ik bij mezelf het ontbreken van een teamgevoel vanwege mijn ambulante werkzaamheden en was ik benieuwd naar hoe een team effectief kan zijn als een dergelijk gevoel ontbreekt. Deze interesse en nieuwsgierigheid resulteerde in dit onderzoek, waarbij ik tracht een kleine bijdrage te geven aan bestaande wetenschappelijke literatuur en uw aandacht te trekken voor teameffectiviteit in de langdurige zorg.

Gedurende het half jaar dat dit onderzoek in beslag heeft genomen, heb ik een zeer prettige ondersteuning mogen ontvangen van een aantal personen. Daarbij wil ik allereerst een speciaal dankwoord uitspreken voor mijn begeleider dr. Martina Buljac-Samardžić. Haar scherpe, professionele en vooral kritische blik hebben mij telkens vooruit geholpen in dit onderzoeksproces. Haar deskundigheid op het gebied van teams in de langdurige zorg heeft mij gemotiveerd tot het steeds opnieuw aanscherpen van mijn scriptie.

Tevens wil ik graag de meelezers van mijn scriptie, Drs. C.M. Dekker-van Doorn en Dr. I.N. Fabbrocetti bedanken voor het geven van tussentijdse feedback en de uiteindelijke beoordeling.

Daarnaast wil ik een dankwoord richten aan locatiemanagers dhr. Frans Korf en mevr. Marion van Beurden voor hun getoonde interesse in dit onderzoek en het enthousiast maken van hun medewerkers voor deelname aan dit onderzoek.

Ook alle respondenten die de tijd en moeite hebben genomen voor het invullen van de vragenlijsten, hartelijk dank.

Tot slot wil ik graag mijn dank uitspreken naar mijn ouders, broer, oma en (universiteits-)vrienden die mij ten alle tijden gesteund hebben tijdens soms stressvolle en drukke periodes. Mede dankzij hen geeft deze scriptie mij een trots en voldaan gevoel. Voor mij is hun steun tevens het ultieme bewijs dat psychosociale ondersteuning kan bijdragen aan een prachtig resultaat.

*Oosterhout, juni 2013*

## SAMENVATTING

### DOELSTELLING

Het doel van dit onderzoek is te bepalen in hoeverre de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit in de langdurige zorg gemedieerd wordt door sociale cohesie. Veronderstelt wordt dat psychosociale afhankelijkheid een positief effect heeft op teameffectiviteit doordat het sociale cohesie positief beïnvloedt. De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt:

***In hoeverre wordt de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit in de langdurige zorg gemedieerd door sociale cohesie?***

### METHODE

Bij dit onderzoek zijn zes verschillende langdurige zorginstellingen betrokken. Uiteindelijk hebben 33 teams met respectievelijk 307 respondenten deelgenomen aan dit onderzoek. De data zijn verzameld met behulp van een gevalideerde vragenlijst. Met deze vragenlijst zijn de variabelen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit gemeten.

### RESULTATEN

De resultaten van de regressieanalyse tonen aan dat psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op sociale cohesie. Hoe groter de psychosociale afhankelijkheid binnen een team, hoe groter de sociale cohesie. Daarnaast tonen de resultaten aan dat sociale cohesie een positieve invloed heeft op teameffectiviteit. Teams met een hoge mate van sociale cohesie zijn effectiever. Ten slotte tonen de resultaten aan dat de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit volledig gemedieerd wordt door sociale cohesie. Psychosociale afhankelijkheid is niet direct, maar via het proces sociale cohesie van invloed op teameffectiviteit.

### AANBEVELINGEN

Dit onderzoek adviseert langdurige zorgorganisaties meer aandacht te creëren voor psychosociale aspecten van teams en zorgvuldig te kijken naar de invulling van het teamconcept en de behoefte aan onderlinge interactie binnen een team, om dit zo goed mogelijk te kunnen faciliteren. Voor vervolgonderzoek wordt een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit aanbevolen waarin deelnemende teams van organisaties en type zorg evenredig zijn verdeeld en ook leidinggevende functies binnen een team worden meegenomen. Tevens wordt vervolgonderzoek aanbevolen voor het meer inzicht krijgen in welke teamprocessen

en omstandigheden van invloed kunnen zijn op de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit en hoe psychosociale afhankelijkheid binnen teams in de langdurige zorg ingeschat en vergroot kan worden.

## ABSTRACT

### PURPOSE

The purpose of this study is to determine to what extent the relationship between psychosocial interdependency and team effectiveness in long-term care is mediated by social cohesion. It is assumed that psychosocial interdependency has a positive effect on team effectiveness because it positively influences social cohesion. The central research question in this study is:

***To what extent is the relationship between psychosocial interdependency and team effectiveness in long-term care mediated by social cohesion?***

### METHOD

The sample in this study consisted of six different long-term care organizations. Ultimately, 33 teams with respectively 307 respondents participated in the study. The data was gathered by using a validated questionnaire. This questionnaire was used to measure the variables psychosocial interdependency, social cohesion and team effectiveness.

### RESULTS

The results of the regression analysis revealed that the relationship between psychosocial interdependency and team effectiveness is completely mediated by social cohesion. The greater the psychosocial interdependency within a team, the greater social cohesion. In addition, the results reveal that social cohesion has a positive influence on team effectiveness. Teams with a high degree of social cohesion are more effective. Finally, the results reveal that the relationship between psychosocial interdependency and team effectiveness is fully mediated by social cohesion. Psychosocial interdependency has not directly, but through the process of social cohesion a positive influence on team effectiveness.

### PRACTICAL IMPLICATIONS

This study recommends long-term care organizations to pay more attention to psychosocial aspects of teams and to have a careful look at the implementation of the team concept and the need for interaction within a team, in order to facilitate this. For further research into the relationship between psychosocial interdependency, social cohesion and team effectiveness a longitudinal study is recommended, in which teams and type of care of organizations are used that are evenly distributed and in which managerial positions are included. Further research is also recommended to gain more insight into which team processes and

conditions may affect the relationship between psychosocial interdependency, social cohesion and team effectiveness and how psychosocial interdependency within teams in long-term care can be assessed and increased.

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>7</b>
<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>9</b>
1.1 RELEVANTIE ONDERZOEK .....	11
1.2 DOELSTELLING ONDERZOEK.....	12
1.3 PROBLEEMSTELLING EN DEELVRAGEN .....	12
1.4 LEESWIJZER .....	12
<b>2. THEORETISCH KADER</b> .....	<b>14</b>
2.1 LANGDURIGE ZORG IN NEDERLAND .....	14
2.2 TEAMS IN DE LANGDURIGE ZORG .....	14
2.3 'ECHTE TEAMS' .....	15
2.4 IPO-MODEL .....	16
2.5 TEAMAFHANKELIJKHEID .....	18
2.5.1 TAAKAFHANKELIJKHEID .....	18
2.5.2 PSYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID .....	19
2.6 TEAMCOHESIE .....	20
2.6.1 SOCIALE COHESIE .....	20
2.7 TEAMEFFECTIVITEIT IN DE LANGDURIGE ZORG .....	21
2.8 CONCEPTUEEL MODEL .....	22
2.8.1 CONFOUNDERS .....	22
2.9 RELATIE TUSSEN PSYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID, SOCIALE COHESIE EN TEAMEFFECTIVITEIT .....	23
<b>3. METHODE VAN ONDERZOEK</b> .....	<b>23</b>
3.1 ONDERZOEKSDESIGN .....	25
3.2 DATAVERZAMELING .....	25
3.3 BESCHRIJVING VAN DE SAMPLE .....	28
3.4 DATA-ANALYSE .....	31
3.4 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID .....	35
<b>4. RESULTATEN</b> .....	<b>36</b>
4.1 CORRELATIEMATRIX .....	36
4.2 ONE WAY ANOVA .....	38
4.3 REGRESSIEANALYSE .....	40
4.3.1 HYPOTHESE 1 .....	40
4.3.2 HYPOTHESE 2 .....	41
4.3.3 HYPOTHESE 3 .....	42
<b>5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE</b> .....	<b>45</b>
5.1 BEANTWOORDING VAN DE CENTRALE PROBLEEMSTELLING .....	45
5.2 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK .....	47
5.3 ALGEMENE AANBEVELINGEN .....	48

5.4	EINDCONCLUSIE .....	48
<b>6.</b>	<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>51</b>
	<b>BIJLAGE 1 VRAGENLIJST SYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID .....</b>	<b>57</b>
	<b>BIJLAGE 2 VRAGENLIJST SOCIALE COHESIE .....</b>	<b>58</b>
	<b>BIJLAGE 3 VRAGENLIJST TEAMEFFECTIVITEIT.....</b>	<b>59</b>
	<b>BIJLAGE 4 HISTOGRAMMEN NORMALE VERDELING .....</b>	<b>60</b>



## 1. INLEIDING

De Nederlandse gezondheidszorg is continu in beweging en de ambitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op het gebied van volksgezondheid en zorg blijft hoog, ondanks de huidige crisis waarin Nederland verkeert (RIVM 2010). Het VWS streeft naar een zorgsysteem van hoge kwaliteit, met een goede toegankelijkheid, dat doelmatig is en tevens in de toekomst betaalbaar blijft (ibid.).

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2010) constateert dat het goed gaat met de Nederlandse gezondheidszorg; de toegankelijkheid is uitstekend; de kwaliteit bovengemiddeld en de zorgkosten wijken al jaren niet sterk af van omliggende landen. Desondanks staat het VWS voor een enorme uitdaging. Naast een sterke toename van het aantal ouderen ontstaat er een veranderende, complexe zorgvraag. Dit is ten gevolge van chronische ziekten, comorbiditeit, technologische ontwikkelingen en strengere eisen die aan de zorg gesteld worden waarbij het uitgangspunt steeds meer op vraaggerichte zorg komt te liggen. Daarbij opgeteld de toenemende tekorten op de arbeidsmarkt, waardoor het steeds schaarser wordende personeel in de zorg zo goed mogelijk ingezet moet worden, levert een enorme uitdaging voor de nabije toekomst (RIVM 2010).

Door de toenemende vraag naar zorg, minder aanbod in personeel en bezuinigingen is het noodzakelijk om mensen en middelen optimaal in te zetten, waarbij teamwerk cruciaal is (Buljac-Samardžić 2012:9). Onderzoeken hebben aangetoond dat teamwerk leidt tot superieure uitkomsten (Andreatta 2010; Nurmi 1996; Buljac-Samardžić 2012:1-192). Teamwerk in de zorg blijkt volgens het CBO (2013) niet optimaal te zijn. Zestig procent van zorgmedewerkers geeft aan mogelijkheden te zien om teamprestaties te verbeteren. Voor het effectief functioneren als team wordt het ervaren van een teamgevoel als belangrijk benoemd. Teamgevoel stimuleert namelijk goede en prettige samenwerking dat leidt tot betere prestaties (Jongebreur-Ruskamp & Vinke 2004).

Cliënten willen steeds langer in de eigen omgeving blijven wonen en participeren in de maatschappij (VWS 2011). In de langdurige zorg zal daarom in de komende periode een omslag gemaakt worden naar meer maatwerk en zorg in de buurt waarbij het kabinet zich in het regeerakkoord, onder de titel 'Zorg dichtbij', vastlegt op de belofte de gezondheidszorg 'dichter bij de mensen te organiseren' (Rijksoverheid 2012). Dit betekent dat teamleden steeds individualistischer gaan werken, waarbij zij zorg leveren bij de mensen thuis (i.e. ambulante zorg).

Door de toename van ambulante zorg, een steeds grotere werkdruk op teams en fouten binnen de langdurige zorg die breed in de media worden uitgemeten, wordt een

andere invulling van het teamconcept vereist. Het teamconcept kan geoperationaliseerd worden door naar de kenmerken van een 'echt team' te kijken. Wageman et al. (2005) benoemen drie kenmerken die 'echte teams' onderscheiden van 'pseudo teams' (i.e. een team dat alleen op papier of in naam bestaat): onderlinge afhankelijkheid, stabiliteit en duidelijke teamgrenzen. Onderlinge afhankelijkheid wordt daarbij vaak gericht op afhankelijkheid in het verrichten van taken (Mickan & Rodger 2000;2005; Katzenbach & Smith 1993) en de meeste organisaties hebben alleen oog voor het inbedden van deze onderlinge taakafhankelijkheid door middel van bijvoorbeeld taak-overleggen. Volgens Barrick et al. (2007) bestaat onderlinge afhankelijkheid echter niet alleen uit structurele aspecten (taakafhankelijkheid) maar ook uit psychosociale aspecten. Juist die psychosociale aspecten zijn een onderbelicht thema binnen het definiëren van een team en onderzoek naar teams, terwijl het een belangrijk kenmerk is van teams in de langdurige zorg. Teamleden in de langdurige zorg zijn niet alleen afhankelijk van elkaar in het verrichten van taken. In deze setting ligt de toegevoegde waarde van teamwerk in het emotioneel ondersteunen van elkaar bij complexe cliëntcasussen en de zware belasting die het werk met zich meebrengt (Buljac-Samardžic 2012:44). Daarnaast speelt bij teams die steeds meer ambulante taken uitvoeren taakafhankelijkheid een minder grote rol vanwege het individualistische werk bij de cliënt thuis. Deze teams voelen zich echter wel een team dankzij afhankelijkheid in het voorleggen van casuïstiek, het vragen van feedback aan elkaar en het bieden van sociale steun en een luisterend oor aan elkaar.

Psychosociale afhankelijkheid verwijst naar de sociale vraag van teamleden om samen te werken en het krijgen van sociale ondersteuning om zo goed mogelijk te kunnen presteren (Barrick et al. 2007). Teams handelen niet alleen om taken te kunnen voltooien maar ook om behoeften van teamleden te vervullen (McGrath et al. 2000). Deze psychosociale afhankelijkheid is een belangrijk kenmerk van teams in de langdurige zorg. Teamleden zijn psychosociaal afhankelijk van elkaar om hun werk goed te kunnen uitvoeren. Ondanks dat psychosociale afhankelijkheid een steeds belangrijker teamkenmerk in de langdurige zorg wordt, is het onbekend hoe het de effectiviteit van teams precies beïnvloedt.

Verschillende onderzoeken hebben het belang van teamkenmerken (e.g. onderlinge afhankelijkheid) voor teamprestaties in het algemeen en teameffectiviteit in het specifiek onderstreept (Langfred 2005; Wageman et al. 2005; Wageman 1995). De relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teamprestaties wordt vaak verklaard aan de hand van de InputProcessOutput-model (IPO-model). Volgens dit model zal psychosociale afhankelijkheid niet direct, maar via teamprocessen leiden tot betere teamprestaties. Teamleden die psychosociaal afhankelijk zijn van elkaar hebben behoefte aan interactie en zullen regelmatig met elkaar interacteren (Barrick et al. 2007). Tevens hebben zij de

behoefte om onderdeel te zijn van een team en vinden ze saamhorigheid binnen een team erg belangrijk. Hierdoor ontstaat er een hoge mate van sociale cohesie. Sociale cohesie verwijst naar de motivatie van teamleden om sociale relaties binnen een groep te ontwikkelen en onderhouden (Carless & De Paola 2000). Sociale cohesie veronderstelt goede onderlinge verhoudingen van teamleden en een teamgevoel, wat zal leiden tot effectievere teams (Jongebreur-Ruskamp & Vinke 2004).

Uitgaande van het IPO-model kan worden verondersteld dat psychosociale afhankelijkheid niet direct leidt tot teameffectiviteit maar dat deze relatie wordt gemedieerd door het teamproces sociale cohesie.

---

## 1.1 RELEVANTIE ONDERZOEK

Bovenstaande maatschappelijke ontwikkelingen (e.g. een toename van ambulante zorgverlening, een grotere werkdruk op teams en berichten in de media over steeds meer fouten binnen de langdurige zorg) vragen om andere invulling van 'onderlinge afhankelijkheid'. De zorg zal namelijk veel meer naar de cliënt toe geleverd worden, met zorg in de wijk geleverd en teamleden die veel meer individueel werken. Onderlinge taakafhankelijkheid, als belangrijk aspect om een team te definiëren, wordt daardoor steeds minder belangrijk. Psychosociale afhankelijkheid wordt daarentegen steeds belangrijker omdat teamleden steeds meer afhankelijk van elkaar raken op het gebied van psychosociale ondersteuning bij de zware belasting die het werken in de langdurige zorg met zich meebrengt.

De psychosociale aspecten (e.g. psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie) van teams in de langdurige zorg blijken een onderbelicht thema van deze teams, terwijl ze steeds belangrijker en bepalender zullen worden voor de invulling van het teamconcept en het teamfunctioneren. Aandacht voor deze onderbelichte aspecten van teams is relevant om goed in te kunnen spelen op de geschetste maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast wordt ook het ervaren van een teamgevoel (e.g. dat teamleden het fijn vinden om in een team te werken) als belangrijk gedefinieerd door medewerkers in de zorg (CBO 2013) terwijl het onduidelijk is hoe dit relateert tot teameffectiviteit.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek betreft het leveren van een toevoegende waarde aan de reeds bestaande literatuur over teams in de langdurige zorg, die voornamelijk is gericht op kenmerken van het teamconcept en factoren die van invloed zijn op teamprestaties. Onderzoek heeft aangetoond dat teams een belangrijke rol spelen in de langdurige zorg (Buljac-Samardžic 2012) en dat de aanwezigheid van 'echte team' kenmerken zorgt voor een vergrote kans op goede teamprestaties (Wageman et al. 2005). Binnen de langdurige zorg is het echter belangrijk een andere invulling te geven aan het

teamconcept omdat de kenmerken van een 'echt team' niet eenduidig zijn binnen deze setting (Buljac-Samardžic 2012:32). Hoewel wordt verondersteld dat het ervaren van een teamgevoel belangrijk is voor de effectiviteit van teams (CBO 2013) heeft eerder onderzoek nog niet uitgewezen op welke manier dit de teameffectiviteit precies beïnvloedt. Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan de huidige literatuur over teams in de langdurige zorg door te onderzoeken wat de invloed is van psychosociale factoren binnen teams op de teameffectiviteit.

---

## 1.2 DOELSTELLING ONDERZOEK

Dit onderzoek tracht te bepalen in hoeverre de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit gemedieerd wordt door sociale cohesie. Verondersteld wordt dat psychosociale afhankelijkheid een positief effect heeft op teameffectiviteit doordat het sociale cohesie positief beïnvloedt.

---

## 1.3 PROBLEEMSTELLING EN DEELVRAGEN

In dit onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal:

***In hoeverre wordt de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit in de langdurige zorg gemedieerd door sociale cohesie?***

Bovenstaande probleemstelling zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat wordt verstaan onder langdurige zorg?
2. Wat wordt verstaan onder effectieve teams in de langdurige zorg?
3. Wat wordt verstaan onder psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie?
4. Wat is het effect van onderlinge psychosociale afhankelijkheid tussen teamleden in de langdurige zorg op de sociale cohesie van deze teams?
5. Wat is het effect van sociale cohesie binnen teams in de langdurige zorg op de teameffectiviteit van deze teams?

---

## 1.4 LEESWIJZER

Dit rapport is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken die onderverdeeld zijn in paragrafen. Hoofdstuk twee omvat het theoretisch kader waarin wordt ingegaan op langdurige zorg, teamaspecten, het IPO-model en de centrale begrippen binnen dit onderzoek: psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. In hoofdstuk drie komt de methode van dit onderzoek aan bod. Tevens wordt hierin een beschrijving

gegeven van de validiteit en betrouwbaarheid. In hoofdstuk vier worden vervolgens de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Het laatste hoofdstuk sluit af met een conclusie en discussie.

## 2. THEORETISCH KADER

In dit theoretisch kader wordt allereerst beschreven wat onder langdurige zorg en teams in de langdurige zorg wordt verstaan. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van 'echte teams'. Hierna wordt het IPO-model beschreven, dat het theoretisch kader vormt voor de te onderzoeken variabelen van dit onderzoek. Vervolgens worden de begrippen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit geoperationaliseerd. Dit theoretisch kader sluit af met een conceptueel model en hypothesen.

### 2.1 LANGDURIGE ZORG IN NEDERLAND

De langdurige zorg in Nederland bestaat uit 'verpleging en verzorging van ouderen en gehandicapten en (deels) de geestelijke gezondheidszorg' (RIVM 2012). Ongeveer 600.000 mensen, die kwetsbaar zijn door hun beperkingen en daar in het dagelijks leven door beperkt worden, waren in 2010 aangewezen op deze zorg. Langdurige zorg heeft als doelstelling de kwaliteit van leven voor cliënten zo groot mogelijk te maken (WHO 2000). Deze zorg kan thuis of in een instelling plaatsvinden en wordt hoofdzakelijk gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar deels ook vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en Wet op de Jeugdzorg (ibid.). Door de sterke kostenstijging van de afgelopen jaren en de te verwachte kostenstijging voor de komende decennia - als gevolg van verdere vergrijzing en een toename van het aantal chronische patiënten - staat de langdurige zorg in Nederland hoog op de politieke agenda (CVZ 2011:9).

### 2.2 TEAMS IN DE LANGDURIGE ZORG

Door de toenemende vraag naar langdurige zorg en complexe zorgvragen van cliënten zijn teams 'key-players' geworden in de langdurige zorg (Buljac-Samardžić 2012:9). Algemeen wordt verondersteld dat teamwerk leidt tot superieure resultaten die beter zijn dan door individueel werk kan worden geleverd. Het 'concept' team wordt toegekend aan allerlei soorten groepen (Allen & Hecht 2004; Nurmi 1996) en er bestaat een grote verscheidenheid aan definities die hier naar verwijzen (Mickan & Rodger 2000;2005; Katzenbach & Smith 1993; WHO 2007). Volgens Buljac-Samardžić (2012:12) zijn echter niet alle organisaties geschikt voor teamwerk, zijn niet alle groepen teams en zijn niet alle teams effectief. Zo is een groep individuele personen bijvoorbeeld niet automatisch een team en zijn de definities van teams niet passend voor teams in de langdurige zorg (Buljac-Samardžić 2012:12).

Langdurige zorg is namelijk divers en kent diverse soorten teams. Zo kan langdurige zorg intramuraal, extramuraal of semimuraal zijn. Intramurale zorg is zorgverlening binnen een instelling waar men langer dan 24 uur verblijft (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012). Extramurale zorg is zorg waarbij geen verblijf in een instelling plaatsvindt. Deze zorg wordt vaak verleend in de directe omgeving van de cliënt. Semimurale zorg is zorg die verder gaat dan extramurale zorg, maar waarbij nog steeds geen sprake is van verblijf in een instelling. Tevens worden in de langdurige zorg de begrippen ambulante en klinische gehanteerd. Ambulante zorg omvat de extramurale zorg en klinische zorg verwijst naar intramurale medische zorg (ibid.) Deze diverse vormen van zorg hebben een verschillende wijze van zorgverlening waardoor een andere invulling aan teams, die de zorg verlenen, wordt gegeven.

Daarnaast kunnen teams in de langdurige zorg monodisciplinair of multidisciplinair zijn (Buljac-Samardžić 2012:10). In monodisciplinaire teams voeren teamleden dezelfde soort taken uit voor cliënten, waarbij de mate van taakafhankelijkheid varieert (Buljac-Samardžić 2012:10). Multidisciplinaire teams bestaan uit leden die complementaire competenties bezitten en die verschillende opleidingsachtergronden, mogelijkheden, vaardigheden en kennis hebben. Teamleden zijn hierbij afhankelijk van elkaar voor de zorg aan cliënten (Buljac-Samardžić 2012:10) Het verschil tussen monodisciplinaire en multidisciplinaire teams vraagt, net zoals de diverse vormen van zorg, om een andere invulling van een team. Zo is bij multidisciplinaire teams onderlinge taakafhankelijkheid heel belangrijk, terwijl dit bij monodisciplinaire teams veel minder is.

Gezien het 'eigenzinnige', diverse karakter van de langdurige zorg, heeft Buljac-Samardžić (2012:11) uit de verschillende definities van teams de volgende definitie voor teams in de langdurige zorg ontwikkeld: "A team is a limited group of people, whose degree of interdependency varies in nature and intensity, committed to shared and individual goals and mutually responsible for shared goals." Deze definitie is door het samenvoegen van elementen uit verschillende definities van teams toepasbaar binnen de langdurige zorg op zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire teams.

---

### 2.3 'ECHTE TEAMS'

Wageman et al. (2005) definiëren drie kenmerken van een 'echt team': duidelijke teamgrenzen, stabiliteit van teamleden en wederzijdse afhankelijkheid. 'Echte teams' hebben grenzen die leden van een team heel duidelijk scheiden van niet-leden, hebben tenminste een bepaalde mate van stabiliteit van teamleden en hebben leden die wederzijds afhankelijk zijn in het behalen van een bepaald doel (Wageman et al. 2005).

Van 'echte teams' wordt verwacht dat ze goed presteren omdat teamleden de tijd en

mogelijkheid hebben om te leren samenwerken, informatie uit te wisselen en ondersteuning aan elkaar te bieden (ibid.). Wageman et al. (2005) stellen dat de aanwezigheid van 'echte team' kenmerken zorgt voor een vergrote kans op goede teamprestaties. Hoewel het aannemelijk lijkt dat 'echte teams' effectiever zullen zijn dan teams die slechts een team zijn bij naam, wees onderzoek uit dat een zogenaamd 'echt team' - zoals gedefinieerd door Wageman et al. (2005) – geen eenduidig construct is binnen de langdurige zorg (Buljac-Samardžic 2012:32). Het is daarom niet verstandig om in de langdurige zorg te spreken over 'echte teams', zoals Wageman et al. (2005) dit hebben gedefinieerd. Het is belangrijker om de drie kenmerken van een 'echt team' afzonderlijk te beschouwen en in de langdurige zorg te spreken over teams met duidelijke grenzen, stabiele teams en teams die onderling taakafhankelijk zijn, in plaats van te spreken over 'echte teams' (Buljac-Samardžic 2012:43). Teams in de langdurige zorg die niet voldoen aan de kenmerken van een 'echt team' kunnen zich wel een team voelen als gevolg van psychosociale afhankelijkheid en sociale teamprocessen. Tevens kunnen teams die niet voldoen aan het kenmerk onderlinge taakafhankelijkheid zich wel een team voelen en zich als een team gedragen hoewel zij, volgens de strakke definitie van 'echte teams', in principe geen 'echt team' zijn.

---

## 2.4 IPO-MODEL

Een dominant model voor het denken over teams is het Input-Process-Output (IPO) model (Gladstein 1984; Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mathieu et al. 2008; Mickan & Rodger 2000; Buljac-Samardžic 2012:13). Dit model veronderstelt dat verschillende soorten input gecombineerd worden met teamprocessen die vervolgens de output van een team bepalen. Input factoren – op te delen in factoren op individueel niveau, groepsniveau en omgevingsniveau (Barrick et al. 1998) – maken interactie tussen teamleden mogelijk of kunnen interactie versterken zodat er teamprocessen ontstaan waardoor teamleden inputfactoren kunnen omzetten in output (e.g. teamuitkomsten) (Buljac-Samardžic 2012:13). Er zijn echter auteurs die teamprocessen zien als teamuitkomst omdat deze processen prestatieverbetering mogelijk maken (Mathieu et al. 2008).

Hoewel het IPO-model al jaren wordt gebruikt als causaal model om teameffectiviteit te bepalen dient er voorzichtig te worden omgegaan met de causale relaties die het IPO-model veronderstelt. De causaliteit tussen input, proces en output blijkt in de praktijk weerbarstiger en moeilijker samen te vatten dan theoretisch te beschrijven is. Volgens Kozlowski & Ilgen (2006) creëert het gebruik van het IPO-model als causaal model een statische en beperkte visie op teameffectiviteit en de dynamische processen die daar aan vooraf gaan. Het IPO-model geeft een te eenvoudige oorzaak-gevolg relatie weer, terwijl een team steeds dynamischer en complexer wordt (ibid.). Cohen & Baily (1997) wijzen daarom



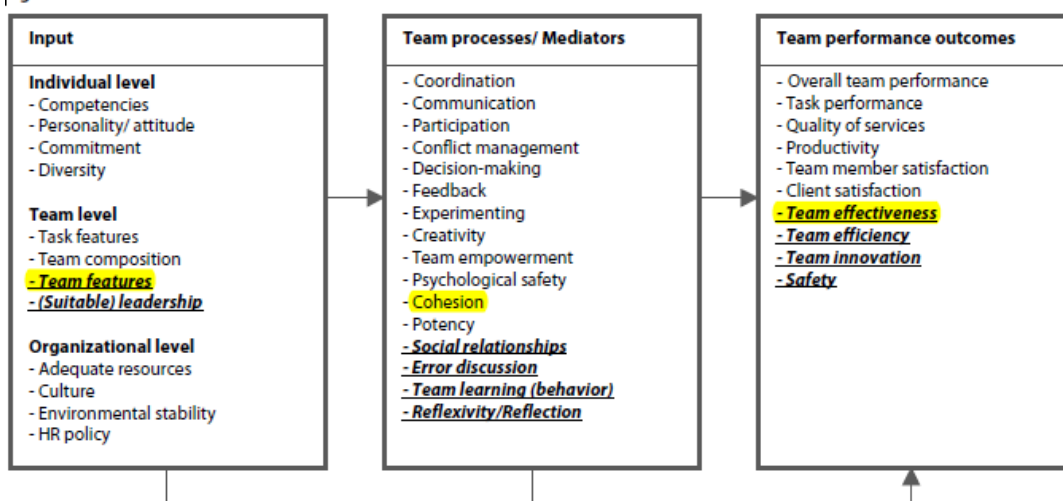
op het IPO-model in een bredere context te plaatsen, waardoor de resultaten van een onderzoek beter geïnterpreteerd kunnen worden.

Met deze voorzichtigheid in acht nemend, geeft onderstaande figuur het IPO-model voor de langdurige zorg schematisch weer. Dit schema is gebaseerd op drie artikelen over teamprestaties: Lemieux-Charles & McGuire (2006), Mickan & Rodger (2000) en Mathieu et al. (2008). Dit onderzoek richt zich op de mediërende relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. Uitgaande van het IPO-model is een eerste aanname dat de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit niet direct is maar gemedieerd wordt door sociale cohesie. In onderstaand model zijn de kenmerken die relevant zijn voor dit onderzoek geel gearceerd: team features, cohesion en team effectiveness.. Per kenmerk zal worden uitgelegd waarom deze gearceerd is:

- Teamfeatures: onderlinge afhankelijkheid is volgens de definitie van teams een teamkenmerk. Volgens Barrick et al. (2007) bestaat deze onderlinge afhankelijkheid uit zowel structurele als psychosociale aspecten. Psychosociale afhankelijkheid wordt daardoor gezien als input factor binnen dit model bijbehorend bij teamkenmerken op teamniveau.
- Cohesion: het teamproces in dit onderzoek is cohesie. De focus zal liggen op sociale cohesie omdat verondersteld wordt dat sociale cohesie een mediërende variabele is tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit.
- Team effectiveness: de output factor die onderzocht wordt is teameffectiviteit.

Deze drie begrippen zullen in de volgende paragrafen verder uitgewerkt worden. De andere begrippen in onderstaand model zijn voor dit onderzoek niet meegenomen.

Figure 2 Theoretical framework based on three literature reviews



Bron: Buljac-Samardžic (2012:14)

---

## 2.5 TEAMAFHANKELIJKHEID

In de meeste langdurige zorgorganisaties wordt gewerkt met teams waarin professionals samenwerken om resultaten te behalen die buiten het vermogen liggen van individuele prestaties (Marks et al. 2001; West et al. 2004). In de literatuur wordt dan ook veronderstelt dat meer teamwerk altijd beter is (Erhardt 2011). Ondanks de veel verschillende definities van teams, wordt afhankelijkheid in de meeste beschouwd als een belangrijk teamkenmerk. Onderlinge afhankelijkheid van teamleden verwijst naar noodzakelijke afstemming om werk uit te kunnen voeren (Buljac & Van Wijngaarden 2009). Volgens Lemieux-Charles & McGuire (2006) en Mickan & Rodger (2000) beïnvloedt onderlinge afhankelijkheid het individueel functioneren, de interactie en motivatie. Buljac en Van Wijngaarden (2009) voegen daar aan toe dat als teamleden in hoge mate afhankelijk van elkaar zijn, dit leidt tot een groter gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel en daarmee tot meer motivatie. Onderlinge afhankelijkheid tussen teamleden kent verschillende vormen. Onderstaand zullen de vormen taakafhankelijkheid en psychosociale afhankelijkheid verder worden uitgewerkt.

---

### 2.5.1 TAAKAFHANKELIJKHEID

Taakafhankelijkheid - de mate waarin interactie en coördinatie van teamleden nodig is om taken te kunnen voltooien (Guzzo & Shea 1992, in Buljac-Samardžić 2012:44) – wordt voor het definiëren van een team gezien als een van de meest belangrijke vorm van afhankelijkheid (Barrick et al. 2007; Campion et al. 1993; Stewart 2006). Een hoog niveau van taakafhankelijkheid impliceert dat teamleden met elkaar moeten interacteren om taken te voltooien, een laag niveau impliceert dat teamleden output produceren zonder dat interactie onderling nodig is (Katz-Navon & Erez 2005).

De literatuur veronderstelt dat teamwerk met een hoge taakafhankelijkheid leidt tot superieure teamuitkomsten (Katzenbach & Smith 1993). Buljac-Samardžić (2012:150) concludeerde echter dat teamwerk met een hoge mate van taakafhankelijkheid niet leidt tot betere resultaten dan teamwerk met lage taakafhankelijkheid. Het vergroten van teameffectiviteit door het vergroten van onderlinge taakafhankelijkheid is dan ook een misconceptie. Binnen de langdurige zorg moet anders gekeken worden naar het begrip afhankelijkheid omdat een gedeelte van deze zorg geleverd wordt door een of twee disciplines die niet complementair zijn maar waarbij de ene discipline de andere kan vervangen. Tevens komt er steeds meer nadruk te liggen op ambulante zorg en zijn teamleden niet alleen afhankelijk van elkaar in het verrichten van taken, maar ook in het emotioneel ondersteunen van elkaar bij complexe cliëntcasussen en de zware belasting die inherent is aan het werken in de langdurige zorg (Buljac-Samardžić 2012:44). Onderlinge

taakafhankelijkheid wordt daardoor steeds minder belangrijk en meer aandacht voor psychosociale afhankelijkheid is gewenst.

---

## 2.5.2 PSYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID

Onderlinge afhankelijkheid kan zich ook richten op persoonlijke behoeften en benodigdheden. Volgens Barrick et al. (2007) is onderlinge afhankelijkheid tussen teamleden een belangrijke eigenschap van teams omdat het de mate bepaalt waarin teamleden vertrouwen op elkaar om projecten te voltooien en behoeften van teamleden te vervullen. Teamafhankelijkheid is daarom gebaseerd op zowel structurele als psychosociale concepten. Met structurele concepten worden taak of technische benodigdheden bedoeld. Met psychosociale concepten wordt de sociale vraag om samen te werken bedoeld en het krijgen van sociale ondersteuning om zo goed mogelijk te kunnen presteren. Psychosociale concepten starten vanuit de taakeisen van werk maar breiden zich uit naar de sociale vraag van teamleden (ibid.).

In eerder onderzoek is nog geen aandacht besteed aan de vraag of psychosociale afhankelijkheid teameffectiviteit kan vergroten, terwijl dit voor teams in de langdurige zorg wel belangrijk is. Teams waarin leden een laag taakafhankelijkheidsniveau hebben, maar een hoge psychosociale afhankelijkheid, kunnen namelijk een grote behoefte ervaren om met teamleden te interacteren om goed te kunnen presteren, hoewel dit niet perse gericht hoeft te zijn op het voltooien van taken (Buljac-Samardžić 2012:150). Ook McGrath et al. (2000) veronderstellen dat teams handelen om te kunnen voorzien in twee algemene functies: het voltooien van taken en het vervullen van behoeften van teamleden. Dit wordt benoemd als de scheiding tussen taakactiviteiten en psychosociale activiteiten. De sociale vraag van teamleden om samen te werken en emotionele ondersteuning te krijgen om goed te kunnen presteren verwijst naar de vraag van individuen om te interacteren met en reageren op elkaar in coöperatieve werksituaties (Tarricone & Luca 2005). Het ontstaat doordat individuen gemeenschappelijke doelen delen en het resultaat van elk teamlid afhankelijk is van handelingen van andere teamleden (Johnson & Johnson 2005). Psychosociale afhankelijkheid ligt ten grondslag aan de samenwerkingsvaardigheden die nodig zijn om tot een positieve en effectieve teamomgeving te komen. Succesvolle teams laten eigenschappen zien van psychosociale afhankelijkheid en goede onderlinge interactie (Tarricone & Luca 2005). Johnson & Johnson (1995;1999 in Tarricone & Luca 2005) hebben een lijst ontwikkeld van kenmerken van psychosociale afhankelijkheden die noodzakelijk zijn voor succesvol teamwerk:

- Teamleden geven en ontvangen hulp en ondersteuning op zowel taak gerelateerd als persoonlijk gebied;

- teamleden wisselen bronnen en informatie uit;
- teamleden geven en ontvangen feedback op taken en samenwerkingsgedrag;
- teamleden dagen elkaars denkwijzen uit;
- teamleden moedigen elkaar aan om doelen te behalen;
- teamleden beïnvloeden elkaars denkwijzen en gedrag;
- teamleden gebruiken interpersoonlijke en sociale vaardigheden om teamwerk te vergroten.

---

## 2.6 TEAMCOHESIE

In de literatuur kent teamcohesie verschillende vormen - taakcohesie, interpersoonlijke cohesie en sociale cohesie (Kozlowski & Ilgen 2006; Mullen & Copper 1994; Sargent & Sue-Chan 2002). Taakcohesie wordt omschreven als de gedeelde betrokkenheid van een team bij taken of doelen. Interpersoonlijke cohesie wordt omschreven als de attractie van teamleden naar elkaar en naar het team. Sociale cohesie verwijst naar de motivatie om sociale relaties binnen de groep te ontwikkelen en behouden (Carless & De Paola 2000) en naar de kwaliteit van een emotionele, vriendschappelijke band tussen teamleden zoals het leuk vinden van elkaar, voor elkaar zorgen en verbondenheid tussen teamleden (Sargent & Sue-Chan 2002).

In dit onderzoek is gekozen tot het specifiek onderzoeken van één van de vormen van teamcohesie in relatie tot teameffectiviteit. Gekozen is voor sociale cohesie omdat in dit onderzoek getracht wordt de psychosociale kant van teams in de langdurige zorg te belichten. Doordat teamleden, die onderling psychosociaal afhankelijk van elkaar zijn een grote behoefte hebben om met elkaar te interacteren wordt veronderstelt dat psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op sociale cohesie; op de onderlinge relatie en verbondenheid tussen teamleden. Tevens veronderstelt de literatuur dat het ervaren van een teamgevoel en goede onderlinge verhoudingen tussen teamleden – hetgeen waar sociale cohesie impliciet naar verwijst - bijdraagt aan teameffectiviteit (CBO 2013; Jongebreur-Ruskamp & Vinke 2004).

---

### 2.6.1 SOCIALE COHESIE

Sociale cohesie is het resultaat van alle krachten die van invloed zijn op teamleden om binnen het team te blijven (Festinger 1950:274). Schuyt & Koelewijn (1997:18) omschrijven sociale cohesie als 'de interne bindingskracht van een systeem'. Sociale cohesie wordt vaak geassocieerd met positieve eigenschappen zoals de belangeloze inzet voor anderen en een saamhorigheidsgevoel (De Hart et al. 2002:5). Volgens Mullen & Copper (1994) is sociale

cohesie het resultaat van alle sociale krachten die teamleden binden. Vriendschap is hier een voorbeeld van. Sociale cohesie wordt gezien als een indicator voor positieve dynamieken tussen teamleden (Barrick et al. 1998) en is belangrijk bij het ontstaan van sociale ondersteuning tussen teamleden (Langfred 1998), tot deelname van teamleden teamprocessen (Neubert1999) en tot onderlinge betrokkenheid tussen teamleden (Wecht et al. 1998).

Sargent & Sue-Chan (2002) hebben onderzoek verricht naar de mediërende rol van sociale cohesie op de relatie tussen teamdiversiteit en teamprestaties. Volgens hen ontstaat een positieve relatie tussen sociale cohesie en teamprestaties omdat teamleden, als ze elkaar leuk vinden, zich extra zullen inspannen om goed te presteren. Deze bevindingen worden ondersteund door de meta-analyse van Mullen en Copper (1994) gericht op de relatie tussen teamcohesie en teamprestaties. Volgens Barrick et al. (1998) is sociale cohesie een indicator voor groepsprocessen die van invloed is op de relatie tussen teamkenmerken en teameffectiviteit.

---

## 2.7 TEAMEFFECTIVITEIT IN DE LANGDURIGE ZORG

Teams zijn de laatste twintig jaar erg belangrijk geworden voor organisationele effectiviteit (Wilson et al. 2007). Verschillende indicatoren kunnen gebruikt worden voor het meten van teamprestaties, waaronder effectiviteit (Van Woerkom & Croon 2009). Hoewel effectiviteit vaak wordt verward met efficiency, hebben beiden een andere betekenis. Effectiviteit verwijst naar een absoluut niveau van het bereiken van doelen of verwachtingen (Hoegl & Gemuenden 2001) en is afhankelijk van de mate waarin werkproducten of processen vrij zijn van fouten (Janz 1999) en van de bevrediging van interne of externe klanten die de producten of diensten, die door het team geleverd worden, waarderen (Ostroff & Schmitt 1993). Efficiency verwijst naar de input-output ratio (Ostroff & Schmitt 1993) en bijvoorbeeld naar de naleving door het team van schema's en budgetten (Hoegl & Gemuenden 2001). Teameffectiviteit is de meest gebruikelijke indicator voor het meten van teamprestaties.

Teameffectiviteit binnen de langdurige zorg kan gezien worden als het absolute niveau waarop doelen bereikt worden, wat afhankelijk is van de mate waarin werkprocessen foutenvrij zijn en cliënten tevreden zijn met de diensten die geleverd worden (Buljac-Samadžić 2012:17). Deze definitie is gebouwd op drie algemeen gebruikte elementen van teameffectiviteit: kwaliteit van het werk (Guzzo & Dickson 1996; Janz et al. 1997; Wageman et al. 2005; Van der Vegt et al. 2006), doelen bereiken (Van der Vegt et al. 2006) en cliënttevredenheid (Guzzo & Dickson 1996; Janz et al.1997).

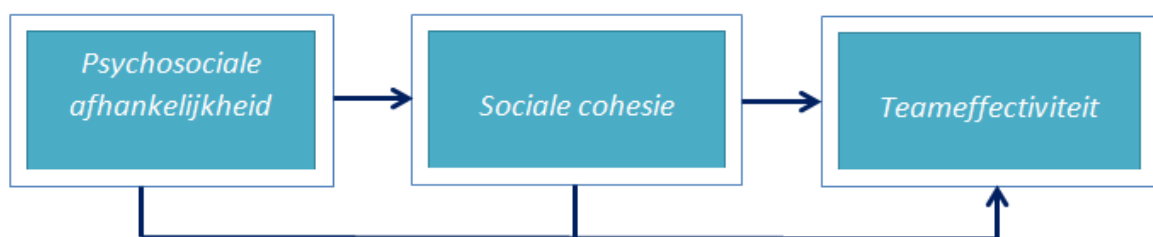
Er is veel onderzoek gedaan naar prestaties van teams (Campion e.a. 1993; Leggat 2007; Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mickan & Rodger 2000; Van Woerkom & Croon

2009). In deze onderzoeken gaat de aandacht met name uit naar de effecten van verschillende inputvariabelen die van invloed zijn op teamprestaties en teameffectiviteit. Deze onderzoeken hebben, net zoals dit onderzoek, het IPO-model als grondslag. Resultaten tonen aan dat teameffectiviteit valt af te leiden uit een reeks van meetbare resultaten (Campion e.a. 1993; Leggat 2007; Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mikan & Rodger 2000; Van Woerkom & Croon:2009). Resultaten die meetbaar zijn, zijn bijvoorbeeld kwaliteit van werk, productiviteit, cliënttevredenheid, aantal klachten en mate waarin doelen gerealiseerd zijn. Echter, deze gegevens zijn vaak niet beschikbaar op team niveau, hetgeen in dit onderzoek wel noodzakelijk is om uitspraak te kunnen doen over effectieve teams. Verschillende onderzoeken gebruiken daarom subjectieve resultaten om teameffectiviteit te meten, zoals de ervaren effectiviteit door teamleden (Van Woerkom en Croon 2009; Lemieux-Charles & McGuire 2006). Van Woerkom en Croon (2009) definiëren teameffectiviteit als het absolute niveau van het bereiken van doelen en verwachtingen die afhankelijk zijn van de mate waarin werkprocessen vrij zijn van fouten, de bevrediging van cliënten en waardering van diensten die door het team geleverd worden. Omdat dit onderzoek inzicht wil verkrijgen in de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit en daarbij op teamniveau conclusies wil trekken, zal teameffectiviteit net als in Van Woerkom en Croon (2009) en Lemieux-Charles & McGuire (2006) zich richten op de door teamleden ervaren teameffectiviteit.

---

## 2.8 CONCEPTUEEL MODEL

Onderstaand conceptueel model geeft een weergave van de relatie tussen onderlinge psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit.



---

### 2.8.1 CONFOUNDERS

Confounders zijn versturende variabelen die gerelateerd zijn aan de te onderzoeken variabelen en een mogelijk verband tussen variabelen kan verzwakken. Door 'confounding'

kan een verband dat in werkelijkheid afwezig is, worden gesuggereerd of kan een bestaand verband worden ontkent. In de statistische analyse zullen controle variabelen worden meegenomen. In hoofdstuk 3 Methoden zal een verdere beschrijving worden gegeven van de controle variabelen.

---

## 2.9 RELATIE TUSSEN PSYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID, SOCIALE COHESIE EN TEAMEFFECTIVITEIT

Afhankelijkheid wordt, als kenmerk van teams, in verschillende onderzoeken positief gerelateerd aan teamprocessen (Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mickan & Rodger 2000 & Mathieu et al. 2008). Onderlinge afhankelijkheid kent onderscheid in taakafhankelijkheid en psychosociale afhankelijkheid. Psychosociale afhankelijkheid geldt als een belangrijk kenmerk van teams in de langdurige zorg (Buljac-Samardžic 2012:44). Volgens Tarricone & Luca (2005) zorgt psychosociale afhankelijkheid ervoor dat teamleden bepaald gedrag gaan vertonen dat bijdraagt aan het ontstaan van een goede teamcohesie. Dit gedrag bestaat uit een positieve uitwisseling tussen teamleden van informatie en bronnen, actieve onderlinge communicatie en een ondersteunende en flexibele houding van teamleden (ibid.).

Teamleden die, voor het goed kunnen uitvoeren van hun werk, afhankelijk zijn op het gebied van psychosociale ondersteuning kunnen een sterke behoefte ervaren om met elkaar te interacteren en sociale relaties te ontwikkelen (Barrick et al. 2007). De motivatie om met elkaar te interacteren en sociale relaties te ontwikkelen verwijst volgens Carless & De Paola (2000) naar het ontstaan van een goede sociale teamcohesie. Dit leidt tot de volgende hypothese:

*H1 Psychosociale afhankelijkheid heeft een positieve invloed op sociale cohesie.*

Onderzoekers toonden aan dat sociale cohesie een significant effect heeft op teamprestaties (Langfred 1998; Neubert 1999; Wech et al. 1998). Volgens Sargent & Sue-Chan (2002) leidt sociale cohesie tot goede teamprestaties omdat teamleden onderling tot elkaar aangetrokken zijn, elkaar leuk vinden en zich daardoor extra willen inspannen. Door sociale cohesie zijn teamleden beter bereid met elkaar samen te werken, andere teamleden te helpen (Borman & Motowidlo 1997; Langfred 1998), tot deelname aan teamprocessen (Neubert 1999) en tot onderlinge betrokkenheid met andere teamleden (Wech et al. 1998). Tevens wordt sociale cohesie vaak geassocieerd met positieve eigenschappen zoals de belangeloze inzet voor anderen en een saamhorigheidsgevoel (De Hart et al. 2002:5). Volgens Jongebreur-Ruskamp en Vinke (2004) veronderstelt sociale cohesie goede onderlinge verhoudingen tussen teamleden en het ervaren van een teamgevoel waardoor prestaties beter kunnen worden. Dit leidt tot de volgende hypothese:

*H2 Sociale cohesie binnen teams in de langdurige zorg heeft een positieve invloed op teameffectiviteit.*

Uitgaande van het IPO-model wordt output beïnvloedt door input-factoren die gemedieerd worden door processen (Gladstein 1984; Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mathieu et al. 2008; Buljac-Samardžic 2012:14).

Psychosociale afhankelijkheid is volgens de definitie van teams een teamkenmerk (Wageman et al. 2005; Barrick et al. 2007). Het vormt een belangrijke factor voor het ontstaan van teamprocessen die vervolgens leiden tot output. Veronderstelt wordt dat psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op teameffectiviteit omdat teamleden, dankzij psychosociale afhankelijkheid, de behoefte hebben om met elkaar te interacteren waardoor er goede sociale relaties tussen teamleden kunnen ontstaan (Barrick et al. 2007). Daarmee wordt veronderstelt dat psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op sociale cohesie. Sociale cohesie wordt gezien als een indicator voor groepsprocessen die de relatie tussen teamkenmerken (psychosociale afhankelijkheid) en teameffectiviteit medieert (Barrick et al. 1998). Sociale cohesie leidt vervolgens tot betere teamprestaties omdat door sociale cohesie de samenwerking tussen teamleden bevordert, teamleden beter bereid zijn deel te nemen aan teamprocessen en teamleden onderling meer betrokkenheid tonen (Langfred 1998; Neubert 1999; Wech et al. 1998). Dit leidt tot de volgende hypothese:

*H3 De relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit wordt gemedieerd door sociale cohesie binnen teams in de langdurige zorg.*



## 3. METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de methoden die gebruikt zijn voor dit onderzoek. Allereerst wordt het onderzoeksdesign beschreven. Vervolgens komt de dataverzameling aan bod en wordt een beschrijving van de sample gegeven. Dit hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de data-analyse en validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

---

### 3.1 ONDERZOEKSDESIGN

In dit onderzoek staan de effecten van onderlinge psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie op de teameffectiviteit van teams in de langdurige zorg centraal. Dit onderzoek betreft een kwantitatief onderzoek omdat statistische analyse de beste methode lijkt om de relatie tussen verschillende variabelen en een mediërend effect te testen. Tevens is dit kwantitatieve onderzoek een toetsend onderzoek. Verschillende theorieën uit de literatuur zijn in de vorm van empirische hypothesen getoetst. Dit onderzoek maakt daarom gebruik van een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Daarbij heeft er één meetmoment plaats gevonden.

In dit onderzoek staan zowel literatuuronderzoek als empirisch onderzoek centraal. Met name de hypothesen zijn opgesteld aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Tevens zijn deelvraag één, twee en drie beantwoord aan de hand van literatuurstudie. Het empirische gedeelte van dit onderzoek is gericht op dataverzameling in de praktijk met vervolgens een statistische data-analyse. De data voor dit onderzoek zijn verzameld door het uitzetten van een gevalideerde vragenlijst binnen teams in de langdurige zorg.

---

### 3.2 DATAVERZAMELING

In dit kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Een vragenlijst is een systematische ondervraging van personen op een aantal punten, door middel van identieke vragen aan alle personen (Swanborn 2010:136).

Vragenlijsten kunnen op verschillende manieren worden afgenomen. Voor dit onderzoek zijn de vragenlijsten uitgedeeld aan alle teamleden van te onderzoeken teams. Om de respondenten met de achtergrond van dit onderzoek bekend te maken, is bij de vragenlijsten een begeleidende brief toegevoegd. Tevens is de respondenten gevraagd de

vragenlijsten weer binnen twee weken in te leveren. De anonimiteit van de respondenten is gewaarborgd gebleven door de vragenlijsten anoniem in te laten vullen en in een gesloten enveloppe te laten retourneren. Uiteraard werd van de respondenten wel gevraagd aan te geven tot welk team ze behoren omdat de analyses op teamniveau uitgevoerd moesten worden.

De vragenlijst voor dit onderzoek is opgesteld door de scriptiegroep van het thema 'teams in de langdurige zorg'. Deze groep bestaat uit zeven studenten. In deze groep heeft elke student individueel een organisatie benaderd waarin een vragenlijst is uitgezet. Het streven was zoveel mogelijk dezelfde soort organisaties te benaderen zodat conclusies algemeen getrokken kunnen worden. Alle studenten hebben uiteindelijk gebruik gemaakt van de door de hele groep gegenereerde data, maar hebben ieder aan een eigen deelaspect van het thema gewerkt.

De bijdrage van de onderzoeker van dit onderzoek, aan het maken van de gezamenlijke vragenlijst, bestond uit het opstellen en delen van te gebruiken schalen om antwoord te kunnen vinden op de in dit onderzoek centraal gestelde probleemstelling. De gebruikte vragenlijst bestaat uit verschillende meetinstrumenten om o.a. psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit te kunnen meten. Onderstaand wordt uitgelegd welke schalen gebruikt zijn.

#### *Psychosociale afhankelijkheid (bijlage 1)*

Om de onderlinge psychosociale afhankelijkheid van teamleden te meten is in wetenschappelijke literatuur gezocht naar een gevalideerde schaal. Deze schaal werd niet gevonden, waarschijnlijk omdat nog niet eerder specifiek onderzoek is verricht naar psychosociale afhankelijkheid van teamleden in de langdurige zorg. Tevens is een dergelijke schaal ook niet terug gevonden voor het meten van teams in andere sectoren dan de langdurige zorg. Daarom is gekozen voor het zelf ontwikkelen van een schaal om psychosociale afhankelijkheid te kunnen meten. Deze schaal is gebaseerd op de lijst van Johnson & Johnson (1995;1999 in Tarricone & Luca 2005) met kenmerken van psychosociale afhankelijkheid die noodzakelijk zijn voor succesvol teamwerk. Respondenten kunnen op een vijf-punts Likertschaal sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (5) aangeven. De schaal bestaat uit zeven items.

#### *Sociale cohesie (bijlage 2)*

Voor het meten van sociale cohesie is gebruik gemaakt van de schaal van Sargent & Sue-Chan (2002), gebaseerd op de aanbevelingen van Mullen & Copper (1994). Om sociale cohesie te kunnen meten hebben Sargent & Sue-Chan (2002) cruciale aspecten van sociale cohesie samengevat zoals deze zijn beschreven door Mullen en Copper (1994). Om sociale

cohesie binnen een team vast te kunnen stellen is het namelijk belangrijk de affectieve reacties van teamleden op elkaar te onderzoeken (Sargent & Sue-Chan 2002). Deze schaal onderzoekt die affectieve reacties van teamleden op lidmaatschap binnen hun team. Respondenten kunnen op een vijf-punts Likertschaal sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (5) aangeven. De schaal bestaat uit vier items. De Cronbach's Alpha van deze schaal is 0.91, wat een zeer hoge betrouwbaarheid aanduidt. Voor dit onderzoek is de originele vragenlijst vertaald naar het Nederlands.

### *Teameffectiviteit (bijlage 3)*

Voor het meten van teameffectiviteit is gebruik gemaakt van de schaal van Woerkom en Croon (2009), gebaseerd op de schaal van Zellmer-Bruhn en Gibson (2006). De schaal bestaat uit negen items die gericht zijn op kwaliteit van het werk, het behalen van doelen en klanttevredenheid. Respondenten kunnen op een zeven-punts Likertschaal sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (7) aangeven (Woerkom & Croon 2009). De Cronbach's Alpha van deze schaal is 0.91, wat een zeer hoge betrouwbaarheid aanduidt. Voor dit onderzoek is de originele vragenlijst vertaald naar het Nederlands en is de zeven-punts Likertschaal aangepast naar een vijf-punts omdat de andere schalen ook vijf-punts zijn en vijf-punts de voorkeur heeft vanwege de lay-out (Swanborn 2002:278). Tevens moeten respondenten het idee krijgen dat ze genuanceerd kunnen antwoorden, wat met een vijf-punts Likertschaal beter het geval is (ibid.). Dawes (2007) toont aan dat het wijzigen van het aantal punten op een Likertschaal geen gevolgen heeft voor de validiteit.

Naast de zelf ontwikkelde en gevalideerde meetinstrumenten is er in de vragenlijst ook naar algemene kenmerken gevraagd. Een aantal van deze kenmerken zijn gebruikt als controle variabelen: geslacht, leeftijd, opleiding, organisatie, type zorg (de sector binnen de langdurige zorg), aantal jaren werkzaam binnen de organisatie, aantal jaren werkzaam in huidige functie en aantal jaren werkzaam in huidige team. De keuze voor deze controle variabelen is gebaseerd op eerdere kwantitatieve onderzoeken naar teams in de langdurige zorg, waar in correlatiematrixen en regressieanalyses significante relaties zijn gevonden tussen deze controlevariabelen en team processen (e.g. Leader Member Exchange & autonomie, ruimtelijke afstand & ervaren interactie frequentie en coachend leiderschap) en teamprestaties (e.g. prestaties van medewerkers, veiligheidsattitude van teams en zelfwerkzaamheid van teams) (Warmerdam 2012; Pronk 2012; Dannenberg 2012).

### 3.3 BESCHRIJVING VAN DE SAMPLE

Aan dit onderzoek hebben zes verschillende langdurige zorgorganisaties, verspreid in heel Nederland, deelgenomen (zie tabel 3.1). Vijf organisaties betreffen allemaal zorg, wonen en welzijn organisaties gericht op langdurige zorg. Eén organisatie is gericht op langdurige jeugdzorg. De grootte van de organisaties varieert van klein (1.000 medewerkers) tot groot (5170 medewerkers) en weinig (850) tot veel cliënten (12.392). Al deze organisaties en de daarbinnen vallende subsectoren (typen zorg) zijn meegenomen in dit onderzoek. De totale onderzoekspopulatie bestaat uit teams binnen deze organisaties die direct gericht zijn op het leveren van zorg. Er is daarbij geen onderscheid gemaakt in verschillende soorten teams, of specifiek één soort team onderzocht. Ondersteunde teams zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Organisatie	Aantal locaties	Aantal locaties die deelnemen	Zorggebied	Aantal medewerkers	Aantal vrijwilligers	Aantal cliënten	HKZ-certificaat	Volgens normen verantwoorde zorg
1	5	3	Zorg, wonen en welzijn	1.000	150	850	Ja	Ja
2	18	4	Zorg, wonen en welzijn	2.400	1.000	3.000	Ja	Ja
3	6	2	Zorg, wonen en welzijn	1.300	800	1.200	Ja	Ja
4	24	5	Zorg, wonen en welzijn	5.170	3.000	6.236	Ja	Ja
5	16	2	Zorg & hulpverlening	1.350	Onbekend	12.392	Ja	Nee, ze zijn bezig met het ontwikkelen van deze normen voor JGZ
6	17	2	Zorg, wonen en welzijn	1.200	600	1.300	Ja	Ja

Tabel 3.1 Kenmerken van deelnemende organisaties. (Er zijn geen zeven deelnemende organisaties omdat binnen organisatie zes twee studenten de mogelijkheid hebben gekregen om, op een andere afdeling, de vragenlijst uit te zetten).

Binnen de zes deelnemende organisaties is de vragenlijst in totaal uitgezet bij 897 respondenten in 48 teams. Hiervan hebben uiteindelijk 328 respondenten uit 41 teams de vragenlijst ingevuld. Het responspercentage van de individuele respondenten is daarmee 36,6% en van de deelnemende teams 85,4%. Dit laatste percentage is het meest belangrijk voor dit onderzoek, aangezien de resultaten op teamniveau geanalyseerd worden. Het aantal leden per team dat de vragenlijst heeft ingevuld, verschilt van een tot en met eenendertig. Volgens Van Mierlo et al. (2009) zijn analyses op teamniveau alleen betrouwbaar indien de respons van leden binnen een team minimaal 30% is. Indien de

respons namelijk minder is, is deze niet representatief genoeg voor het hele team (ibid.). Van de 41 deelnemende teams was het responspercentage bij 33 teams voldoende ( $\geq 30\%$ ). Dit betekent dat uiteindelijk 307 respondenten binnen 33 teams zijn meegenomen in de analyse. In tabel 3.2 is een overzicht gemaakt van deze respons, verdeeld over de verschillende organisaties en typen zorg.

	Respondenten (N=307)		Deelnemende teams (met $\geq 30\%$ respons) (N=33)	
	N	%	N	%
<b>Organisatie 1</b>	26	8,5	5	15,2
<b>Organisatie 2</b>	53	17,3	4	12,1
<b>Organisatie 3</b>	127	41,4	6	18,2
<b>Organisatie 4</b>	44	14,3	10	30,3
<b>Organisatie 5</b>	30	9,8	3	9,1
<b>Organisatie 6</b>	27	8,8	5	15,2
<b>Verzorgingshuis</b>	172	56	11	33,3
<b>Kleinschalig Wonen</b>	30	9,8	7	21,2
<b>Verpleeghuis</b>	75	24,4	12	36,4
<b>Jeugdzorg</b>	30	9,8	3	9,1

Tabel 3.2 Respondenten en teams per organisatie en type zorg die zijn meegenomen in de analyse.

Onderstaande tabel 3.3 geeft een schematische weergave van de verschillende kenmerken van de respondenten in de dataset, waarbij zowel de kenmerken zijn weergegeven van alle respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld als van de respondenten uit teams met minimaal 30% respons. Met behulp van een Independent Samples T-test is gekeken of er een significant verschil zit tussen de teams die wel zijn meegenomen in de analyse ( $\geq 30\%$  respons) en de teams die niet zijn meegenomen ( $< 30\%$  respons). Deze toets toonde aan dat er geen significante verschillen zijn tussen deze twee groepen ( $p > .05$ ).

Kenmerken	Alle respondenten die vragenlijst hebben ingevuld (N=328)		Respondenten uit teams met respons $\geq 30\%$ (N=307)		Independent Samples T-test Sig.
<b>Geslacht</b>					.77
Man	20	6,1%	19	6,2%	
Vrouw	305	93%	285	92,8%	
Missing	3	0,9%	3	1,0%	
<b>Leeftijd</b>					.96
Min	18		18		
Max	64		64		
Gem	41		41		
Std	11,75		11,67		
<b>Opleiding</b>					.87
Middelbaar onderwijs	50	15,2%	45	14,7%	
LBO	7	2,1%	6	2,0%	
MBO-1	10	3%	10	3,3%	
MBO-2	21	6,4%	21	6,8%	
MBO-3	132	40,2%	126	41%	
MBO-4	48	14,6%	42	13,7%	
HBO	39	11,9%	37	12%	
WO	4	1,2%	3	1%	
Missing	17	5,2%	17	5,5%	
<b>Functie</b>					.57
Helpende	56	17,1%	54	17,6%	
Verzorgende	181	55,2%	172	56%	
Verpleegkundige	26	7,9%	22	7,2%	
Huiskamermedewerker	11	3,4%	11	3,6%	
Gezinsvoogd	20	6,1%	19	6,2%	
Gedragswetenschapper	2	0,6%	2	0,7%	
Jeugdbeschermer	6	1,8%	6	2,0%	
Maatschappelijk werker	3	0,9%	3	1,0%	
Missing	23	7,0%	18	5,9%	
<b>Jaren werkzaam in organisatie</b>					.29
Min	0		0		
Max	39		39		
Gem	10,11		10,25		
Std	8,89		9,03		
<b>Jaren werkzaam in functie</b>					.89
Min	0		0		
Max	42		42		
Gem	11,82		11,85		
Std	10,37		10,34		
<b>Jaren werkzaam in team</b>					.58
Min	0		0		
Max	36		36		
Gem	4,86		4,82		
Std	5,68		5,74		

Tabel 3.3 Kenmerken dataset van zowel alle respondenten als van respondenten in teams met minimaal 30% respons.

De arbeidsmarkt van de Nederlandse gezondheidszorg is in 2006 in kaart gebracht door de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). Dit rapport vergelijkend met de dataset van respondenten in teams die worden meegenomen in de analyse, levert nagenoeg een aantal overeenkomsten. Tabel 3.4 geeft hier een overzicht van.

Het percentage vrouwen dat werkzaam is in de zorgsector is zowel in het rapport van de RVZ (2006:63) als in dit onderzoek sterk oververtegenwoordigd (respectievelijk 85 en 93%). Ook de gemiddelde leeftijd komt nagenoeg overeen: 40 en 41 jaar. Qua meest

voorkomende functies zijn er volgens de RVZ (2006:59) voornamelijk verzorgenden en verpleegkundigen werkzaam binnen de langdurige zorg. In dit onderzoek heeft het merendeel van de respondenten een functie als verzorgende (56%) en is het aantal verpleegkundigen niet zo sterk vertegenwoordigd (7,2%). Een reden voor deze discrepantie zou kunnen zijn dat aan dit onderzoek voornamelijk organisaties hebben deelgenomen die gericht zijn op zorg, wonen en welzijn waarin verpleegkundigen niet zoveel vertegenwoordigd zijn (RVZ 2006:19). Qua opleidingsniveau toont het rapport van de RVZ (2006:63) aan dat middelbaar onderwijs (HAVO en VWO) en MBO het meest voorkomen (56%). In dit onderzoek is het opleidingsniveau voornamelijk MBO (64%). Deze discrepantie kan worden verklaard doordat het merendeel van respondenten werkzaam is in een verzorgingshuis (56%, zie tabel 3.2), waarin de functie verzorgende sterk oververtegenwoordigd is (RVZ 2006:19) en een MBO opleiding dus beter aansluit.

Hoewel de dataset niet in exacte percentages overeenkomt met de cijfers van de langdurige zorg, kan nagenoeg gesteld worden dat de respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek representatief zijn voor de langdurige zorg.

	Rapport RVZ 2006 Nederlandse Gezondheidszorg	Dataset onderzoek
<b>Percentage vrouwen werkzaam</b>	85	93
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	40 jaar	41 jaar
<b>Meest voorkomende functie</b>	Verzorgende en verpleegkundige	Verzorgende
<b>Opleidingsniveau</b>	56% HAVO, VWO, MBO	64,2 % MBO (MBO-1 / MBO-2 / MBO-3 / MBO-4)

Tabel 3.4 Overeenkomsten RVZ (2006) en dataset van dit onderzoek.

### 3.4 DATA-ANALYSE

De data is geanalyseerd met behulp van het statistische softwareprogramma Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Voor het analyseren van de data zijn deze eerst gecontroleerd op missende waarden. Alle gevonden missende waarden zijn in SPSS omgezet naar missing values (getal 99). Er is besloten om in geval van missing values de gehele schaal, voor de betreffende respondent, niet mee te nemen in de analyse. Op deze manier wordt de respondent niet geheel verwijderd voor de analyse, maar wordt alleen de betreffende variabele niet meegenomen in de analyse omdat de respondent niet alle items van een variabele heeft beantwoord.

Vervolgens was het belangrijk om de constructvaliditeit van de variabelen binnen gebruikte schalen te toetsen, om te bepalen of het construct daadwerkelijk een goede indicatie is voor de variabele die wordt onderzocht. Op deze manier is getracht de

betrouwbaarheid van het construct te bewijzen. Dit is gedaan met behulp van een factoranalyse en de Cronbach's Alpha, nadat eerst met behulp van de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test en de Bartlett's test of Sphericity is nagegaan of de dataset geschikt was voor een factoranalyse. Volgens Pallant (2007:190) bepalen namelijk twee voorwaarden of een factoranalyse uitgevoerd mag worden: de KMO-waarde moet minimaal 0,6 zijn en de Bartlett's Test of Sphericity moet significant zijn ( $p < .05$ ). Tabel 3.5 geeft een overzicht van de gevonden KMO waardes en geeft met behulp van de Bartlett's test of Sphericity weer of deze waardes significant zijn. Uit deze tabel blijkt dat voor alle drie de schalen de KMO waarde groter dan 0,6 en significant ( $p < .01$ ) is.

Met de factoranalyse, een multivariate techniek, is vervolgens onderzocht of de zelf ontwikkelde schaal voor psychosociale afhankelijkheid en de gevalideerde schalen voor sociale cohesie en teameffectiviteit ook in dit onderzoek gevormd kunnen worden tot één schaal. Er is sprake van een schaal indien er een 1-factoroplossing (eigenwaarde  $> 1,0$ ) is, waarbij alle afzonderlijke vragen in voldoende mate (factorlading  $> 0,40$ ) laden op deze ene factor. Tabel 3.5 geeft een beschrijving van de resultaten van de factoranalyse, waaruit blijkt dat de gebruikte schalen van psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit ook in dit onderzoek gevormd kunnen worden.

	Aantal items	KMO	Bartlett's test of Sphericity	Eigenwaarde	Range van item loading
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>	7	.854	.000**	3,467	.422-.777
<b>Sociale cohesie</b>	4	.757	.000**	2,511	.478-.891
<b>Teameffectiviteit</b>	9	.864	.000**	4,796	.707-.862

Tabel 3.5 KMO waardes, significantie Bartlett's test of Sphericity en resultaten factoranalyse.

\* =  $p < .05$  \*\* =  $p < .01$

Uit de factoranalyse voor de schaal van psychosociale afhankelijkheid blijkt dat er één component is met een eigenwaarde 3,467 en dat de factorladingen van alle items hier hoger dan 0,40 op laden (.422 - .777). Hierdoor is besloten alle items mee te nemen in één schaal. Ook uit de factoranalyse voor de schaal van sociale cohesie blijkt dat er één component is met een eigenwaarde 2,511 en dat de factorladingen van alle items hier hoger dan 0,40 op laden (.478 - .891), waardoor alle items zijn meegenomen in één schaal.

Uit de factoranalyse voor de schaal teameffectiviteit blijkt dat er twee componenten zijn met een eigenwaarde van 4.796 en 1.114, waarbij op de eerste component acht items hoger dan 0,40 laden (.707 - .862) en op de tweede component slechts één item hoger dan 0,40 laadt (.638). Component twee is daardoor niet meegenomen en het item met een factorlading kleiner dan 0,40 op het eerste component is weggelaten. De schaal voor teameffectiviteit bestond hierdoor uiteindelijk niet zoals oorspronkelijk uit negen items maar uit acht. Het item 'Ons team krijgt klachten over de kwaliteit van de hulpverlening' is uit de schaal weggelaten.



Dit item was een omgekeerd item, wat betekent dat de vraagstelling tegenovergesteld geformuleerd is ten opzichte van de andere items. Volgens Weijter & Baumgartner (2012) zijn omgekeerde items lastige items die kunnen leiden tot een complexe factor structuur.

Hierna is met behulp van de Cronbach's Alpha getoetst of de schalen ook betrouwbaar zijn. Een schaal wordt betrouwbaar geacht indien de Cronbach's Alpha minimaal 0,70 is (Palant 2007:95). In tabel 3.6 zijn de Cronbach's Alpha van de drie gebruikte schalen weergegeven. Hieruit blijkt dat alle schalen gebruikt kunnen worden in dit onderzoek omdat de Cronbach's Alpha voor alle schalen groter dan 0,70 is. De schalen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit zijn gemaakt door alle items op te tellen en vervolgens door het totaal aantal items te delen.

De normale verdeling is vervolgens getoetst om te bepalen of parametrische toetsen uitgevoerd mochten worden (De Vocht 2006:126). Parametrische toetsen hebben namelijk de voorkeur boven het gebruik van niet-parametrische toetsen omdat niet-parametrische toetsen minder gevoelig zijn en daardoor mogelijk geen verschillen tussen groepen aan kunnen duiden, die in werkelijkheid wel bestaan (Pallant 2007:210). De normale verdeling is getoetst door de Kolmogorov-Smirnov waarden te berekenen, waarbij kan worden aangenomen dat er sprake is van een normale verdeling indien deze waarden niet significant zijn ( $p > .05$ ). Tabel 3.6 laat zien dat de Kolmogorov-Smirnov waarden bij alle variabelen significant zijn waardoor er dus geen sprake is van een normale verdeling. In dat geval zouden in SPSS geen parametrische toetsen mogelijk zijn. Volgens Palant (2007:204) veroorzaakt een niet normale verdeling echter meestal geen grote problemen bij grotere samples ( $N > 30$ ) - hetgeen in dit onderzoek het geval is ( $N = 328$ ) - omdat parametrische toetsen voldoende robuust zijn tegen een niet normale verdeling en daardoor nog steeds betrouwbare resultaten leveren. Om te zien hoe de variabelen in dit onderzoek zijn verdeeld, zijn deze geplot in een histogram (bijlage 4). Hieruit valt op te maken dat de variabelen redelijk normaal verdeeld zijn en dus toch gebruik kan worden gemaakt van parametrische toetsen.

Om de data te veranderen van individueel naar teamniveau zijn de scores per team geaggregeerd. Hierdoor was het mogelijk om gemiddelde teamscores te berekenen. Om te controleren of dit mocht zijn echter eerst de Interclass Correlation Coefficient (ICC) 1 en 2 waarden van de teams berekend. De ICC1 waarde verwijst naar de mate waarin variantie in de uitkomst wordt verklaard door het behoren tot een team (Van Veldhoven 2005). De ICC2 waarde zegt iets over de betrouwbaarheid van de gemiddelde score per team. Beide waarden kunnen variëren van 0 tot 1. Hoe hoger de ICC1 waarde, hoe beter omdat de variantie tussen teams dan beter te verklaren is (ibid.). De ICC2 waarde moet het liefst boven 0,7 zijn, hoewel een waarde boven 0,5 volgens Van Mierlo et al. (2009) ook acceptabel is. In tabel 3.6 zijn de ICC1 en ICC2 waarden, de F-waarde en significantie

schematisch weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat de ICC1 waarden laag zijn; ze variëren van 0.142 tot 0.199. Dit betekent dat 14,2% van de variantie van psychosociale afhankelijkheid, 14,3 % van de variantie van sociale cohesie en 19,9% van de variantie van teameffectiviteit te verklaren is door het behoren tot het team. De ICC2 waarden variëren van .570 tot .666, wat gebruikelijk is binnen sociaal wetenschappelijk onderzoek. Klein en Kozlowski (2000) stellen dat indien ICC1 waarden laag zijn (tussen .05 en .30) maar de F-waarde significant is, aggregeren alsnog acceptabel is. Uit tabel 3.6 blijkt dat de F-waarden voor alle drie de variabelen significant zijn, waardoor aggregeren dus geoorloofd is, ondanks de lage ICC1-waarden.

	Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )	ICC 1	ICC2	F-waarde	Sig	Kolmogorov-Smirnov
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>	.822	.142	.570	2.326	.000**	.128**
<b>Sociale Cohesie</b>	.773	.143	.571	2.331	.000**	.168**
<b>Teameffectiviteit</b>	.898	.199	.666	2.999	.000**	.122**

Tabel 3.6 Cronbach's Alpha, ICC1 en ICC 2 waarden, F-waarde en Significantie.

\* =  $p < .05$  \*\* =  $p < .01$

Na het aggregeren is vervolgens met behulp van een correlatieanalyse de samenhang tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit getoetst. Een correlatiecoëfficiënt drukt de mate van correlatie tussen twee variabelen uit (De Vocht 2006:187). Deze coëfficiënt kan variëren tussen -1 en +1. Daarbij betekent -1 een perfecte negatieve lineaire samenhang, 0 geen lineaire samenhang en +1 een perfecte positieve lineaire samenhang (ibid.). Om potentiële confounders te onderzoeken zijn tevens de controlevariabelen opgenomen in de correlatiematrix. Indien deze controlevariabelen significant correleerden met psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie of teameffectiviteit zijn ze verder onderzocht met behulp van een one way ANOVA toets om te kunnen bepalen welke controlevariabelen moesten worden meegenomen in de regressieanalyse.

Uiteindelijk is door middel van lineaire regressieanalyses getoetst of er een lineair verband is tussen psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie en tussen sociale cohesie en teameffectiviteit. Tevens is het mediërende effect van sociale cohesie op de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit onderzocht met behulp van een regressieanalyse. Hiervoor is gebruik gemaakt worden van de methode van MacKinnon, Fairchild & Fritz (2007). Deze methode stelt dat er twee eisen zijn waaraan moet worden voldaan om te spreken van een mediërend effect:

1. Er dient een significante relatie te zijn tussen de onafhankelijke variabele (psychosociale afhankelijkheid) en de mediërende variabele (sociale cohesie).

2. Er dient een significante relatie te zijn tussen de mediërende variabele (sociale cohesie) en de afhankelijke variabele (teameffectiviteit) in een regressieanalyse met daarin de onafhankelijke variabele, de mediërende variabele en de afhankelijke variabele (ibid.).

In de analyse is gekeken of er sprake is van een volledige of gedeeltelijke mediatie. Bij volledige mediatie wordt het verband tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit volledig verklaard door sociale cohesie. Bij gedeeltelijke mediatie wordt het verband tussen de psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit voor een deel verklaard door sociale cohesie. Volledige mediatie kan worden aangetoond indien de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit, in een regressieanalyse met zowel psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie als teameffectiviteit niet meer significant is. Indien deze relatie wel significant is, kan sprake zijn van gedeeltelijke mediatie (MacKinnon, Fairchild & Fritz 2007).

---

### 3.4 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

De validiteit van een onderzoek wordt gezien als het belangrijkste onderdeel van het onderzoek. Validiteit is een belangrijk kwaliteitscriterium (Verhoeven 2004:165). Validiteit verwijst naar de mate waarin de onderzoeker in staat is geldige conclusies te trekken (Bouter e.a. 2005:102). Om in dit onderzoek tot valide antwoorden te komen, zijn de te onderzoeken variabelen allereerst geoperationaliseerd in het theoretisch kader. Dit houdt in dat elke variabele een goede theoretische definitie heeft gekregen en vervolgens een bruikbare vertaling heeft gekregen voor de praktijk. Vervolgens is per variabele gezocht naar gevalideerde en betrouwbare schalen voor het meten van de variabele. Alleen voor de variabele psychosociale afhankelijkheid is een dergelijke schaal niet gevonden en is gekozen tot het zelf ontwikkelen van een schaal. Tevens is in dit onderzoek de validiteit gewaarborgd door gebruik te maken van datatriangulatie; literatuuronderzoek en kwantitatief onderzoek.

Betrouwbaarheid verwijst naar de mate waarin onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven 2004:166). Om een betrouwbaar onderzoek te hebben, moet het meten vrij zijn van toevalsfouten. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door consistent te zijn in het gebruik van methoden en analyse. Tevens is de betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten gemeten met behulp van de factoranalyse en Cronbach's Alpha. In de discussie zal verder kritisch gereflecteerd worden op het onderzoek en de resultaten.

## 4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van dit onderzoek. Allereerst komt de correlatieanalyse aan bod, waarbij de eventueel gevonden samenhang tussen variabelen wordt beschreven. Vervolgens zal met behulp van een one way ANOVA toets onderzocht worden welke controle variabelen worden meegenomen in de regressieanalyse. Ten slotte zal aan de hand van regressieanalyses worden beschreven of de gestelde hypothesen aangenomen of verworpen worden.

---

### 4.1 CORRELATIEMATRIX

Met behulp van een correlatie analyse kan de richting en sterkte van een lineaire relatie tussen twee variabelen worden getoetst (Pallant 2007:208). Tabel 4.1 geeft een weergave van de correlatiematrix. In deze tabel zijn de onafhankelijke, mediërende en afhankelijke variabelen meegenomen, alsmede de controle variabelen. In een correlatiematrix worden voor elke combinatie van twee variabelen de correlatiecoëfficiënt  $r$ , de bijbehorende significantie (Sig.) en het aantal valide cases (N) weergegeven (De Vocht 2006:189). Omdat in een correlatiematrix alleen gebruik kan worden gemaakt van ofwel continue ofwel dummy variabelen zijn van de controle variabelen organisatie en type zorg dummy variabelen gemaakt en is vervolgens de Pearson correlatiecoëfficiënt gebruikt.

Schalen	Gem.	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Psychosociale afhankelijkheid	3.68	.248	1																		
2.Sociale cohesie	3.76	.363	.754**	1																	
3. Teameffectiviteit	3.67	.350	.610**	.737**	1																
4. Geslacht <sup>1</sup>	1.94	.109	-.090	.071	.077	1															
5. Leeftijd	39.84	5.925	-.190	-.011	-.166	-.011	1														
6. Opleiding <sup>2</sup>	4.81	.875	.307	-.073	-.076	-.476**	-.357*	1													
7. Jaren in functie	11.43	3.831	-.268	-.229	-.149	.197	.339	-.447*	1												
8. Jaren in organisatie	10.18	3.698	-.062	.038	.040	.032	.361*	-.416*	.551**	1											
9. Jaren huidige team	4.75	3.096	-.258	-.126	-.253	-.227	.335	-.200	.302	.507**	1										
10. Organisatie 1	.15	.364	-.036	-.160	-.043	.095	-.044	-.041	.192	-.224	.044	1									
11. Organisatie 2	.12	.331	.071	.081	.040	-.250	.121	-.024	.271	.343	.151	-.157	1								
12. Organisatie 3	.18	.392	-.383*	-.114	-.083	.113	.275	-.334	.200	.013	-.013	-.199	-.175	1							
13. Organisatie 4	.30	.467	.249	.138	.169	.393*	-.177	.047	.005	-.021	-.367*	-.279	-.245	-.311	1						
14. Organisatie 5	.09	.292	.344*	.103	.115	-.568**	-.089	.634**	-.448**	-.277	-.102	-.134	-.117	-.149	-.209	1					
15. Organisatie 6	.15	.364	-.212	-.051	-.213	-.037	-.062	-.227	-.301	.147	.384*	-.179	-.157	-.199	-.279	-.134	1				
16. Type zorg <sup>3</sup> 1	.33	.479	-.286	-.131	-.076	.257	.456**	-.280	.391*	.269	.033	.060	.131	.667**	-.326	-.224	-.299	1			
17. Type zorg <sup>3</sup> 2	.21	.415	.174	.161	.298	.309	-.436*	.125	-.120	-.143	-.321	-.219	-.193	-.245	.787**	-.164	-.219	-.367*	1		
18. Type zorg <sup>3</sup> 3	.36	.489	-.073	-.070	-.248	-.175	-.023	-.210	-.014	.024	.301	.208	.105	-.356*	-.224	-.239	.559*	-.535**	-.392*	1	
19. Type zorg <sup>3</sup> 4	.09	.292	.344*	.103	.115	-.568**	-.089	.634**	-.448**	-.277	-.102	-.134	-.117	-.149	-.209	1**	-.134	-.224	-.164	-.239	1

Tabel 4.1 Correlatiematrix psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie, teameffectiviteit en controlevariabelen.

N=33

\* =  $p < .05$  \*\* =  $p < .01$

<sup>1</sup>:Geslacht: 1= man 2=vrouw

<sup>2</sup>:Opleiding: 1= Middelbaar onderwijs 2= MBO-1 3= MBO-2 4= MBO-3 5= MBO-4 6= LBO 7=HBO 8=WO

<sup>3</sup>: 1= Verzorgingshuis 2= Kleinschalig Wonen 3= Verpleeghuis 4=Jeugdzorg

Zoals gepresenteerd in tabel 4.1 is er een positieve relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie ( $r=.754, p<.01$ ) en tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit ( $r=.610, p<.01$ ). Ook is er een positieve relatie tussen sociale cohesie en teameffectiviteit ( $r=.737, p<.01$ ).

Wat betreft de controle variabelen geeft tabel 4.1 weer dat er een aantal significante correlaties zijn in relatie tot de variabelen uit het onderzoeksmodel. Organisatie 3 correleert negatief met psychosociale afhankelijkheid ( $r=-.383, p<.05$ ) en organisatie 5 positief met psychosociale afhankelijkheid ( $r=.344, p<.05$ ). Dit betekent dat in organisatie drie de onderlinge psychosociale afhankelijkheid van teamleden minder is dan in de andere organisaties en in organisatie 5 meer. Ook is er een positieve correlatie tussen type zorg 4 (Jeugdzorg) en psychosociale afhankelijkheid ( $r=.344, p<.05$ ), wat betekent dat binnen type zorg Jeugdzorg de psychosociale afhankelijkheid hoger is dan binnen andere typen zorg.

De overige controle variabelen; geslacht, leeftijd, opleiding, jaren werkzaam in de organisatie, jaren werkzaam in de huidige functie en jaren werkzaam in het huidige team vertonen geen significante correlatie met de variabelen uit het onderzoeksmodel en zijn daarom niet verder meegenomen in de regressieanalyse.

Tabel 4.1 geeft geen indicatie dat er sprake is van multicollineariteit; of twee of meer verklarende variabelen onderling sterk samenhangen. Volgens de Vocht (2006:199) is er namelijk pas sprake van multicollineariteit indien er correlaties voorkomen van  $r \geq 0.9$ . Dit zal verder onderzocht worden bij de regressieanalyse door de 'Tolerance'-waarde en de 'Variation Inflation Factor (VIF)'-waarde te berekenen. Een tolerance-waarde  $< 0,1$  en een VIF-waarde  $> 10$  wijzen op multicollineariteit (Pallant 2007:151).

---

## 4.2 ONE WAY ANOVA

Om te kijken of de controle variabelen organisatie en type zorg dienen te worden meegenomen in de regressieanalyse is, met behulp van de one way ANOVA toets, onderzocht of er significante verschillen zijn tussen de zes verschillende organisaties en vier verschillende typen zorg op de variabelen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit.

Tabel 4.2 toont aan dat er geen significante verschillen zijn tussen de organisaties wat betreft psychosociale afhankelijkheid ( $F=2.477, p>.05$ ), sociale cohesie ( $F=.365, p>.05$ ) en teameffectiviteit ( $F=.462, p>.05$ ).

	F	Sig
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>	2,477	.057
<b>Sociale cohesie</b>	.365	.868
<b>Teameffectiviteit</b>	.462	.801

Tabel 4.2 Verschillen in alle organisaties met betrekking tot de variabelen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit.

Hoewel de one way ANOVA niet voor alle organisaties een significant verschil geeft op de onderzochte variabelen ligt het significantieniveau van psychosociale afhankelijkheid wel erg dicht bij .05. Daarom is getoetst of er wellicht toch significante verschillen zijn tussen een aantal verschillende organisaties. Tabel 4.3 toont aan dat dit inderdaad het geval is: er zijn significante verschillen gevonden tussen organisatie drie en vier ( $MD=-.291$ ,  $p<.05$ ), drie en vijf ( $MD=-.464$ ,  $p<.05$ ) en vijf en zes ( $MD=.388$ ,  $p<.05$ ) op psychosociale afhankelijkheid. Om meer inzicht te krijgen tussen de variabelen onderling is besloten organisatie als controle variabele op te nemen in de regressieanalyse.

Organisatie I – Organisatie J	MD (I-J) Psychosociale afhankelijkheid
1 2	-.068
1 3	.177
1 4	-.113
1 5	-.287
1 6	.101
2 1	.068
2 3	.246
2 4	-.045
2 5	-.219
2 6	.169
3 1	-.177
3 2	-.246
3 4	-.291*
3 5	-.464*
3 6	-.076
4 1	.113
4 2	.045
4 3	.291*
4 5	-.174
4 6	.215
5 1	.287
5 2	.219
5 3	.464*
5 4	.174
5 6	.388*
6 1	-.101
6 2	-.169
6 3	.076
6 4	-.215
6 5	-.388*
<b>F-waarde</b>	<b>2.477</b>

Tabel 4.3 Verschillen tussen organisaties met betrekking tot de variabele psychosociale afhankelijkheid.

Tabel 4.4 toont aan dat er geen significante verschillen zijn tussen de typen zorg wat betreft psychosociale afhankelijkheid ( $F=2.257, p>.05$ ), sociale cohesie ( $F=.453, p>.05$ ) en teameffectiviteit ( $F=1.381, p>.05$ ). Type zorg zal dan ook niet als controle variabele worden opgenomen in de regressieanalyse.

	F	Sig
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>	2.257	.103
<b>Sociale cohesie</b>	.453	.717
<b>Teameffectiviteit</b>	1.381	.268

Tabel 4.4 Verschillen in alle type zorg met betrekking tot de variabelen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit.

### 4.3 REGRESSIEANALYSE

Onderstaand worden de resultaten van de regressieanalyses weergegeven waarbij de gestelde hypothesen zullen worden aangenomen of verworpen. Bij de regressieanalyses wordt indien mogelijk een significantieniveau van .01 gebruikt. Hoe kleiner het significantieniveau namelijk, hoe kleiner de kans op onterechte conclusies (De Vocht 2006:124). Indien een significantieniveau van .01 niet mogelijk is, zal .05 worden aangehouden. Dit komt overeen met een 95% betrouwbaarheid van getrokken conclusies (ibid.).

In de tabellen wordt overzichtelijk dat voor de dummyvariabele organisatie, Organisatie 4 als referentiecategorie is genomen. Hier is voor gekozen omdat bij deze categorie de N het grootst is, wat wordt aanbevolen door Field (2009).

#### 4.3.1 HYPOTHESE 1

*Psychosociale afhankelijkheid heeft een positieve invloed op sociale cohesie*

Tabel 4.5 geeft de resultaten weer van de lineaire regressieanalyse tussen psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie. In het eerste model is als onafhankelijke variabele de controle variabele meegenomen op de afhankelijke variabele sociale cohesie. In het tweede model is vervolgens psychosociale afhankelijkheid toegevoegd.

De regressieanalyse laat zien dat psychosociale afhankelijkheid positief gerelateerd is aan sociale cohesie ( $\beta=1.370, p<.01$ ). Model twee verklaart 58,8% van de totale variantie ( $Adjusted R^2 = .588$ ) en is een betere voorspeller voor sociale cohesie dan model één ( $Adjusted R^2 = -.110$ ). Dit blijkt tevens uit de significante  $R^2$  Change waarde ( $R^2$  Change = .602,  $p<.01$ ).



Sociale Cohesie		
	$\beta$	$\beta$
	Model 1	Model 2
<b>Controle variabele</b>		
<i>Organisatie</i>		
- Organisatie 1	-.210	-.054
- Organisatie 2	.003	.066
- Organisatie 3	-.161	.237
- Organisatie 5	.042	-.196
- Organisatie 6	-.118	.176
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>		1.370**
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	-.110	.588
<b>R<sup>2</sup> Change</b>		.602**
<b>F</b>	.365	8.603**

Tabel 4.5 Het effect van psychosociale afhankelijkheid op sociale cohesie.

\* =  $p < .05$  \*\* =  $p < .01$

Op basis van de gevonden significante relatie en verklaarde variantie tussen psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie kan hypothese 1 worden aangenomen.

#### 4.3.2 HYPOTHESE 2

*Sociale cohesie binnen teams in de langdurige zorg heeft een positieve invloed op teameffectiviteit*

Tabel 4.6 geeft de resultaten weer van de lineaire regressieanalyse tussen sociale cohesie en teameffectiviteit. In het eerste model is als onafhankelijke variabele wederom alleen de controle variabele meegenomen op de afhankelijke variabele teameffectiviteit. In het tweede model is vervolgens sociale cohesie toegevoegd.

De regressieanalyse laat zien dat sociale cohesie positief gerelateerd is aan teameffectiviteit ( $\beta = .387$ ,  $p < .01$ ). Model twee verklaart 48,1 % van de totale variantie ( $Adjusted R^2 = .481$ ) en is een betere voorspeller voor sociale cohesie dan model één ( $Adjusted R^2 = -.092$ ). Dit blijkt tevens uit de significante  $R^2$  Change waarde ( $R^2$  Change = .499,  $p < .01$ ).

Teameffectiviteit		
	$\beta$ Model 1	$\beta$ Model 2
<b>Controle variabele</b>		
<i>Organisatie</i>		
- Organisatie 1	-.123	.024
- Organisatie 2	-.051	-.053
- Organisatie 3	-.149	-.035
- Organisatie 5	.037	.007
- Organisatie 6	-.261	-.178
<b>Sociale cohesie</b>		.704**
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	-.092	.481
<b>R<sup>2</sup> Change</b>		.499**
<b>F</b>	.462	5.939**

Tabel 4.6 Het effect van sociale cohesie op teameffectiviteit.

\* =  $p < .05$  \*\* =  $p < .01$

Op basis van de gevonden significante relatie en verklaarde variantie tussen sociale cohesie en teameffectiviteit kan hypothese 2 worden aangenomen.

### 4.3.3 HYPOTHESE 3

*De relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit wordt gemedieerd door sociale cohesie binnen teams in de langdurige zorg.*

Tabel 4.7 geeft de resultaten weer van de lineaire regressieanalyse tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. In het eerste model is als onafhankelijke variabele wederom alleen de controle variabele meegenomen op de afhankelijke variabele teameffectiviteit. In het tweede model is vervolgens psychosociale afhankelijkheid toegevoegd en in het derde model is ook sociale cohesie toegevoegd.

De regressieanalyse laat zien dat sociale cohesie positief gerelateerd is aan teameffectiviteit ( $\beta = .683$ ,  $p < .01$ ). De regressieanalyse toont tevens aan dat psychosociale afhankelijkheid een positieve relatie heeft met teameffectiviteit ( $\beta = .981$ ,  $p < .01$ ) als sociale cohesie niet in de regressieanalyse is opgenomen, maar dat psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit niet met elkaar samenhangen ( $\beta = .046$ ,  $p > .05$ ) als sociale cohesie wel is opgenomen. Model drie verklaart 46 % van de totale variantie ( $Adjusted R^2 = .460$ ) en is een betere voorspeller voor teameffectiviteit dan modellen één ( $Adjusted R^2 = -.092$ ) en twee

(Adjusted  $R^2 = .275$ ). Dit blijkt tevens uit de significante  $R^2$  Change waarde ( $R^2$  Change = .168,  $p < .01$ ).

	Teameffectiviteit	Teameffectiviteit	Teameffectiviteit
	$\beta$	$\beta$	$\beta$
	Model 1	Model 2	Model 3
<b>Controle variabele</b>			
<i>Organisatie</i>			
- Organisatie 1	-.123	-.012	.025
- Organisatie 2	-.051	-.006	-.051
- Organisatie 3	-.149	.137	-.025
- Organisatie 5	.037	-.133	.000
- Organisatie 6	-.261	-.051	-.171
<b>Psychosociale afhankelijkheid</b>		.981**	.046
<b>Sociale cohesie</b>			.683**
<b>Adjusted <math>R^2</math></b>	-.092	.275	.460
<b><math>R^2</math> Change</b>		.332**	.168**
<b>F</b>	.462	3.018*	4.900**

Tabel 4.7 Het mediërende effect van sociale cohesie op de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit.  
 \*\*:  $p < .01$  \* :  $p < .05$

Op basis van de gevonden significante relatie en verklaarde variantie tussen sociale cohesie en teameffectiviteit kan hypothese 3 worden aangenomen. Daarbij wordt tevens gekeken naar de twee eisen gesteld door MacKinnon, Fairchild & Fritz (2007):

1. Er dient een significante relatie te zijn tussen psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie → Deze significante relatie is aanwezig (Hypothese 1).
2. Er dient een significante relatie te zijn tussen sociale cohesie en teameffectiviteit in een regressieanalyse met daarin de onafhankelijke variabele, de mediërende variabele en de afhankelijke variabele → Deze significante relatie is aanwezig (Hypothese 3).

Tevens toont de regressieanalyse aan dat er sprake is van volledige mediatie. Er is namelijk een significante relatie tussen de mediërende en afhankelijke variabelen (sociale cohesie en teameffectiviteit) en de significante relatie tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen (psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit) in model twee is niet significant meer in model drie, waarin ook de mediërende variabele (sociale cohesie) is opgenomen.

Bij bovenstaande regressieanalyses is tevens de 'Tolerance'-waarde en de 'Variation Inflation Factor (VIF)'-waarde berekend om multicollineariteit uit te sluiten. Hieruit bleek dat er inderdaad geen sprake was van multicollineariteit omdat alle gevonden Tolerance-waarden groter dan 0.1 waren en de VIF-waarde overal groter dan 10 was.

## 5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Dit onderzoek heeft aandacht voor psychosociale aspecten van teams in de langdurige zorg. In deze setting is het belangrijk kritisch te kijken naar de invulling van het teamconcept omdat 'echte team' kenmerken – zoals gesteld door Wageman et al. (2005) geen eenduidig construct zijn binnen deze setting. De toegevoegde waarde van teamwerk in de langdurige zorg ligt in de onderlinge sociale en emotionele ondersteuning van teamleden zodat zij hun werk goed kunnen uitvoeren (Buljac-Samardžić 2012:44). Psychosociale afhankelijkheid is dan ook een belangrijk teamkenmerk, maar tot dit onderzoek was het onbekend hoe het de effectiviteit van teams precies beïnvloedt. In dit onderzoek is daar aandacht aan besteed en staat de volgende probleemstelling centraal:

***In hoeverre wordt de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit in de langdurige zorg gemedieerd door sociale cohesie?***

In dit hoofdstuk wordt bovenstaande probleemstelling allereerst beantwoord. Vervolgens worden de beperkingen van dit onderzoek besproken. Daarna worden er een aantal aanbevelingen gegeven, voortkomend uit dit onderzoek. Dit hoofdstuk sluit af met een eindconclusie.

---

### 5.1 BEANTWOORDING VAN DE CENTRALE PROBLEEMSTELLING

Dit onderzoek wijst uit dat de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit in de langdurige zorg volledig gemedieerd wordt door sociale cohesie. Dit betekent dat teams met een hoge mate van psychosociale afhankelijkheid effectiever zijn omdat er een hogere mate van sociale cohesie binnen het team aanwezig is. Het theoretisch onderbouwd conceptuele model, zoals getekend in paragraaf 2.8, is met dit onderzoek empirisch bevestigd voor de langdurige zorg. In de volgende alinea's wordt een koppeling gemaakt tussen de resultaten van dit onderzoek en de bevindingen uit het theoretisch kader.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat onderlinge afhankelijkheid binnen teams niet alleen gericht hoeft te zijn op taken. Ook psychosociale afhankelijkheid is een belangrijk onderdeel van teams (Barrick et al. 2007). Dit onderzoek toont aan dat teams met een hoge mate van psychosociale afhankelijkheid een hogere sociale cohesie ervaren. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat teams met een hoge mate van psychosociale afhankelijkheid leden hebben die een sterke sociale vraag hebben om met elkaar te interacteren en sociale ondersteuning te krijgen bij het uitvoeren van hun werk (Barrick et al. 2007). Deze teamleden hebben de behoefte om onderdeel te zijn van een team en vinden de saamhorigheid erg

belangrijk waardoor psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op het ontstaan van goede, sociale en vriendschappelijke relaties tussen teamleden en er een hoge mate van sociale cohesie binnen een team kan ontstaan.

Literatuuronderzoek wijst daarnaast uit dat sociale cohesie een proces is dat bijdraagt aan goede teamprestaties omdat teams met een hoge mate van sociale cohesie leden hebben die zich aangetrokken voelen tot elkaar, onderling betrokken zijn en elkaar leuk vinden waardoor zij zich extra willen inspannen (Sargent & Sue-Chan 2002; Wech et al. 1998). Uit dit onderzoek blijkt dat teams in de langdurige zorg met een hoge sociale cohesie effectiever zijn en dat sociale cohesie dus inderdaad een positieve invloed heeft op teameffectiviteit. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat sociale cohesie een proces is waardoor teamleden bereid zijn beter met elkaar samen te werken, elkaar te helpen (Borman & Motowidlo 1997; Langfred 1998) en dat er goede onderlinge verhoudingen tussen teamleden zijn waardoor er een goede saamhorigheid en teamgevoel wordt ervaren (De Hart et al. 2002; Jongebreur-Ruskamp & Vinke 2004).

Op basis van literatuuronderzoek werd verondersteld dat psychosociale afhankelijkheid niet direct van invloed is op teameffectiviteit maar dat deze relatie gemedieerd wordt door sociale cohesie. Het theoretische raamwerk voor deze veronderstelling is het IPO-model, dat vaak gebruikt wordt voor de verklaring van de relatie tussen teamkenmerken en teameffectiviteit (Gladstein 1984; Lemieux-Charles & McGuire 2006; Mathieu et al. 2008; Mickan & Rodger 2000; Buljac-Samardžic 2012:13). Dit onderzoek bevestigt deze veronderstelling. De relatie tussen psychosociale afhankelijkheid en teameffectiviteit wordt gemedieerd door sociale cohesie. Op basis van theorie zou de verklaring hiervoor kunnen zijn dat psychosociale afhankelijkheid de sociale vraag bij teamleden ontwikkeld om met elkaar te interacteren en elkaar te ondersteunen, waardoor er goede, sociale relaties tussen teamleden ontstaan en de sociale teamcohesie wordt vergroot. Door deze vergrote sociale cohesie zijn teamleden bereid zich extra voor elkaar in te spannen, beter samen te werken en elkaar te helpen waardoor de teameffectiviteit groter wordt.

Met de conclusie dat psychosociale afhankelijkheid, via sociale cohesie, een positieve invloed heeft op teameffectiviteit toont dit onderzoek aan dat er binnen teams in de langdurige zorg niet alleen gekeken moet worden naar onderlinge taakafhankelijkheid. Onderlinge afhankelijkheid wordt beschouwd al een belangrijk teamkenmerk, maar wordt vaak gericht op afhankelijkheid in het verrichten van taken (Mickan & Rodger 2000;2005; Katzenbach & Smith 1993; Barrick et al. 2007; Campion et al. 1993; Stewart 2006). Zoals Buljac-Samardžic (2012:150) al aantoonde leidt teamwerk met een hoge mate van taakafhankelijkheid niet tot betere resultaten dan teamwerk met lage taakafhankelijkheid. Dit onderzoek toont aan psychosociale afhankelijkheid een belangrijke rol speelt binnen teams

in de langdurige zorg en dat het voor de invulling van het teamconcept belangrijk is hier voldoende aandacht aan te besteden.

---

## 5.2 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

De wijze waarop dit onderzoek is verricht, levert enkele beperkingen.

Een eerste beperking is de keuze voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign, waardoor er slechts één meetmoment heeft plaatsgevonden en er geen causale relaties aangetoond kunnen worden. Het IPO-model, als theoretische fundering voor dit onderzoek, dient daardoor voorzichtig te worden gebruikt. Dit model veronderstelt namelijk causale relaties en op basis van dit onderzoek kan alleen uitspraak gedaan worden over positieve of negatieve relaties tussen de variabelen. Longitudinaal onderzoek zou het toetsen van de causale relaties uit het IPO-model mogelijk maken. Het is daarbij dan van belang dat er drie meetmomenten plaatsvinden.

Een tweede beperking van dit onderzoek is de generaliseerbaarheid. Aan dit onderzoek hebben 31 teams deelgenomen met een respons groter dan 30%, waarvan twaalf teams werken in een verpleeghuis, elf teams in een verzorgingshuis, zeven teams in het kleinschalig wonen en drie teams in de jeugdzorg. Wanneer je deze teams vergelijkt met alle langdurige zorginstellingen zijn in dit onderzoek geen teams betrokken die werkzaam zijn in de thuiszorg of gehandicaptenzorg, terwijl dit ook een belangrijk deel is van de langdurige zorg (RVZ 2006:19). Replicatieonderzoek met meerdere teams is nodig waarbij het belangrijk is dat de soorten langdurige zorginstellingen evenredig verdeeld zijn om zo te onderzoeken of generaliseerbaarheid dan wel mogelijk is.

Een derde beperking van dit onderzoek is dat de schaal van psychosociale afhankelijkheid niet gebaseerd is op een gevalideerde schaal uit de literatuur, maar zelf ontwikkeld is. De negatieve gevolgen hiervan zijn echter beperkt gebleven, aangezien de interne consistentie relatief hoog is (Cronbach's Alpha = .822). Om deze schaal echt te kunnen valideren is een tweede meetmoment noodzakelijk, waarbij exploratory and confirmatory factor analyses in SPSS uitgevoerd zouden moeten worden.

Een vierde beperking van dit onderzoek is dat de variabelen slechts bij benadering normaal verdeeld zijn door het plotten van de variabelen in een histogram. De Kolmogorov-Smirnov waarden waren voor alle variabelen significant waardoor ze dus niet normaal verdeeld zijn, maar literatuuronderzoek wees op het vaker voorkomen van een niet normale verdeling bij grotere samples (Palant 2007:204), waardoor toch gebruik is gemaakt van parametrische toetsen.

Een vijfde beperking van dit onderzoek is dat er sprake kan zijn van common method bias omdat alle concepten gemeten zijn met één methode: een vragenlijst. Als gevolg

hiervan kan de correlatie tussen de variabelen stijgen. Voor het meten van teameffectiviteit zou het wenselijk zijn geweest objectieve data te kunnen verzamelen of leidinggevenden te vragen om de teameffectiviteit te beoordelen.

Een laatste beperking van dit onderzoek is dat de ICC-waarden laag zijn (variërend van 0.142 tot 0.199), wat betekent dat er sprake is van een lage betrouwbare gemiddelde teamscore binnen dit onderzoek en dat er op individueel niveau veel variatie is. De resultaten dienen hierdoor voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

---

### 5.3 ALGEMENE AANBEVELINGEN

Uit dit onderzoek komen een aantal bevindingen naar voren die relevant zijn voor zorgorganisaties en als input kunnen dienen voor vervolgonderzoek.

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek betreft de mediërende relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. Psychosociale afhankelijkheid heeft dus niet direct een positieve invloed op teameffectiviteit maar via het teamproces sociale cohesie. Voor zorgorganisaties in de langdurige zorg geeft deze bevinding een belangrijke boodschap: om teameffectiviteit positief te beïnvloeden is het belangrijk voldoende aandacht te creëren voor psychosociale aspecten (e.g. psychosociale afhankelijkheid en sociale cohesie) binnen teams. Zorgorganisaties worden daarom aanbevolen zich niet alleen te richten op de formele, objectieve en inhoudelijke kant van het werk, door het ondersteunen van teamprocessen als teamleren en reflectie met het creëren van bijvoorbeeld taak- en werkoverleggen. Juist door de steeds hogere werkdruk op teams en de toename van ambulante kenmerken binnen de langdurige zorg wordt aanbevolen meer aandacht te creëren voor de “menselijke kant” (e.g. subjectieve beleving van teamleden, onderlinge sociale interactie en sociale ondersteuning) van de zorg. Teamprocessen als teamleren en reflectie zouden daar mogelijk voor ingezet kunnen worden. Het proces teamleren is gericht op het ontwikkelen van collectieve kennis en vaardigheden van teamleden door hen onderling kennis en ervaringen uit te laten wisselen (Ellis et al. 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat teamleren (e.g. activiteiten waardoor een team informatie verkrijgt, verwerkt en gebruikt) een grote voorspeller is van goede teamprestaties (Edmondson 1999; Van der Vegt & Bunderson 2005; Van Woerkom & Croon 2009; Van Woerkom & Van Engen 2009). Reflectie verwijst naar een gezamenlijke en openlijke verkenning van werk-gerelateerde zaken en is een belangrijk proces is waarin teamleden reflecteren op hun gedrag (Buljac- Samardžić 2012:17). Dankzij psychosociale afhankelijkheid ervaren teamleden een grote behoefte aan onderlinge interactie, die mogelijk met teamleren en reflectie vervuld kan worden. Door teamleren namelijk ook te richten op het ontwikkelen van collectieve kennis over sociale teamaspecten en teamleden te laten



reflecteren op de onderlinge sociale interactie en steun binnen het team, kan de sociale cohesie mogelijk worden vergroot. Vervolgonderzoek naar deze veronderstelling wordt aanbevolen.

Organisaties zouden zich mogelijk ook kunnen richten op een andere manier om sociale cohesie te vergroten, namelijk coachend leiderschap (Burke et al. 2006). Coachend leiderschap kan gezien worden als een leiderschapsstijl en wordt door Hackman & Wageman (2005) omschreven als de directe interactie van een leidinggevende met het team, die bedoeld is om leden te helpen bij het doelgericht gebruik te maken van hun collectieve middelen. Een leidinggevende kan een team coachen door het geven van feedback, het duidelijk uitspreken van verwachtingen en het creëren van verantwoordelijkheden voor teamleden, waardoor de onderlinge betrokkenheid in het team vergroot kan worden (Thornhill & Saunders 1998) en de onderlinge persoonlijke relaties verbeterd kunnen worden (Wageman et al. 2005). Coachend leiderschap zou op deze manier kunnen bijdragen aan een betere sociale cohesie.

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van causaliteit tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. Daarmee zou vastgesteld kunnen worden of psychosociale afhankelijkheid, via sociale cohesie, leidt tot een betere teameffectiviteit. Voor dit soort onderzoek is het van belang om de dataverzameling te verdelen over verschillende meetmomenten binnen een bepaalde periode. Longitudinaal vervolgonderzoek naar de mediërende relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit wordt aanbevolen. Daarbij wordt tevens aanbevolen dat deelnemende teams en typen zorg van organisaties evenredig zijn verdeelt waardoor een grotere generaliseerbaarheid mogelijk is. Tevens wordt geadviseerd dat verschillende niveaus van medewerkers wordt meegenomen, zodat ook teamleiders, managers en bijvoorbeeld vaste stafadviseurs bij het onderzoek betrokken worden.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van welke teamprocessen en omstandigheden van invloed kunnen zijn op de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit. Daarbij kan gedacht worden aan processen zoals teamleren en reflectie maar ook aan teamomstandigheden zoals de facilitering van middelen en mogelijkheden, coachend leiderschap, sociale steun, beloning en waardering. Inzicht in de invloed van deze processen en omstandigheden zou kunnen uitwijzen welke factoren belemmerend en bevorderend zijn voor de relatie tussen psychosociale afhankelijkheid, sociale cohesie en teameffectiviteit en dus ofwel gestimuleerd ofwel geremd moeten worden. Dit zou organisaties kunnen helpen zorgvuldig te kijken naar de context en behoeftes van een team, zodat ze zo goed mogelijk invulling kunnen geven aan het teamconcept. Hoe meer behoefte aan interactie en hoe de groter psychosociale afhankelijkheid binnen een team, hoe belangrijker het is om onderlinge interactie te

faciliteren door bijvoorbeeld het inplannen van momenten waarop teamleden met elkaar kunnen praten over het werk naast momenten voor inhoudelijk en multidisciplinair overleg.

Een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van hoe psychosociale afhankelijkheid binnen teams in de langdurige zorg ingeschat en vergroot kan worden. Literatuuronderzoek wijst uit dat er nog weinig bekend is over deze afhankelijkheid binnen teams (zowel in de langdurige zorg als in andere sectoren), terwijl het door verschillende maatschappelijke factoren een steeds prominentere rol zal gaan spelen in de langdurige zorg. Onderzoeken hebben vooral aandacht besteed aan taakafhankelijkheid als belangrijk kenmerk van het teamconcept (Barrick et al. 2007; Campion et al. 1993; Stewart 2006), maar dit onderzoek toont aan dat ook psychosociale afhankelijkheid erg belangrijk is. Omdat de resultaten van dit onderzoek alleen gebaseerd zijn op teamgemiddelden en er geen aandacht is besteed aan individuele verschillen binnen een team, wordt vervolgonderzoek naar psychosociale afhankelijkheid aanbevolen. Kwalitatief onderzoek zou gebruikt kunnen worden om door middel van observaties en interviews meer inzicht te krijgen in psychosociale afhankelijkheid en individuele verschillen daarin.

---

## 5.4 EINDCONCLUSIE

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek wordt geconcludeerd dat psychosociale afhankelijkheid een positieve invloed heeft op teameffectiviteit via het proces sociale cohesie. Gezien de beperkingen van dit onderzoek dienen deze bevindingen voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Met het oog op de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de langdurige zorg (e.g. meer ambulante zorg en een hogere werkdruk), de uitdagingen waar het VWS zich voor ziet staan (RIVM 2010) en de te wensen verbeteringen in de langdurige zorg qua teameffectiviteit (CBO 2013), adviseert dit onderzoek langdurige zorgorganisaties meer aandacht te creëren voor psychosociale aspecten van teams en zorgvuldig te kijken naar de invulling van het teamconcept en de behoefte aan onderlinge interactie binnen een team, om dit zo goed mogelijk te kunnen faciliteren.

## 6. LITERATUURLIJST

- Allen, N. J. & T.D. Hecht. 2004. 'The "romance of teams": Toward an understanding of its psychological underpinnings and implications.' *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 77 (4):439-461.
- Andreatta, P. B. 2010. 'A typology for health care teams.' *Health Care Management Review* 35 (4):345-354.
- Barrick, M.R., Stewart, G.L., Neubert, M.J. & M.K. Mount. 1998. 'Relating Member Ability and Personality to Work-Team Processes and Team Effectiveness.' *Journal of Applied Psychology* 83 (3):377-391.
- Barrick, M. R., Bradley, B. H., Kristof-Brown, A. L. & A. E. Colbert. 2007. 'The moderating role of top management team interdependence: Implications for real teams and working groups.' *The Academy of Management Journal* 50 (3):544-557.
- Bouter, L.M., Dongen, M.C.J.M., van & G.A. Zielhuis. 2005. *Epidemiologisch onderzoek*. Vijfde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Buljac, M. & J. van Wijngaarden. 2009. 'De weg naar een effectiever werkend team'. *Jeugd en Co Kennis* 3:23-26.
- Buljac-Samadžić, M. 2012. *Healthy Teams: Analyzing and Improving Team Performance in Long-Term Care*. Proefschrift.
- Burke, C. S., Stagl, K. C., Klein, C., Goodwin, G. F., Salas, E., & S. M. Halpin. 2006. 'What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis.' *The Leadership Quarterly* 17 (3):288-307.
- Campion, M. A., Medsker, G. J. & A. C. Higgs. 1993. 'Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups.' *Personnel Psychology* 46 (4):823-847.
- Carless, S. A. & C. De Paola. 2000. 'The Measurement of Cohesion in Work Teams.' *Small Group Research* 31 (1):71-88.
- CBO (Centraal Begeleidings Orgaan). 2013. *Teamwork in de zorg is onder de maat* [Internet]. Skipr, 09-02-2013 [aangehaald op 09-02-2013]. Bereikbaar op <http://www.skipr.nl/actueel/id13665-teamwork-in-de-zorg-is-onder-de-maat.html>
- CVZ, 2011. De toekomst van langdurige zorg. Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen.
- Dannenberg, M. 2012. *Zelfwerkzaamheid van teams in de langdurige zorg. Een onderzoek naar de bijdrage van een teameffectiviteitsmodel aan de zelfwerkzaamheid van teams in de langdurige zorg*. Masterscriptie.

- Dawes, J. 2007. 'Do data characteristics change according to the number of scale points used?: An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales.' *International Journal of Market Research* 50 (1):61-77.
- Edmondson, A. 1999. 'Psychological safety and learning behavior in work teams.' *Administrative Science Quarterly* 44 (2):350-383.
- Ellis, A.P.J., Hollenbeck, J.R., Ilgen, D.R., Porter, C.O.L.H., West B.J. & H. Moon. 2006. 'Team Learning: Collectively Connecting the Dots.' *Journal of Applied Psychology* 88(5):821-835
- Erhardt, N. 2011. 'Is it all about teamwork? Understanding processes in team-based knowledge work.' *Management Learning* 42(1):87-112.
- Field, A. 2009. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gladstein, D. L. 1984. 'Groups in context: A model of task group effectiveness.' *Administrative Science Quarterly* 29 (4):499-517.
- Guzzo, R. A. & G. P. Shea. 1992. In Buljac-Samardžić, M. 2012. *Healthy Teams: Analyzing and Improving Team Performance in Long-Term Care*. Proefschrift
- Guzzo, R. A. & M. W. Dickson. 1996. 'Teams in organizations: Recent research on performance and effectiveness.' *Annual Review of Psychology* 47 (1):307-338.
- Hackman, J. R. & R. Wageman. 2005. 'A theory of team coaching.' *The Academy of Management Review* 30 (2):269-287.
- Hart, J. de, Knol, F., Maas- de Waal, C. & T. Roes. 2002. *Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid*. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.
- Hoegl, M. & H.G. Gemuenden. 2001. 'Teamwork quality and the success of innovative projects: a theoretical concept and empirical evidence.' *Organization Science* 12 (4):435-449.
- Janz, B.D. 1999. 'Self-directed teams in IS: Correlates for improved systems development work outcomes'. *Information & Management* (35):171-192.
- Janz, B. D., Colquitt, J. A. & R. A. Noe. 1997. 'Knowledge worker team effectiveness: The role of autonomy, interdependence, team development, and contextual support variables.' *Personnel Psychology* 50 (4):877-904.
- Johnson, D.W. & R.T. 1995. In Tarricone, P. & J. Luca. 2005. 'Emerald Article: Employees, teamwork and social interdependence – a formula for successful business?' *Team Performance Management* 8 (3):54-59.

- Johnson, D.W. & R.T. 1999. In Tarricone, P. & J. Luca. 2005. 'Emerald Article: Employees, teamwork and social interdependence – a formula for successful business?' *Team Performance Management* 8 (3):54-59.
- Johnson, D.W. & R. T. Johnson. 2005. 'New Developments in Social Interdependence Theory.' *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 131 (4):285-358.
- Jongebreur-Ruskamp, M. & J.M. Vinke. 2004. 'Samenwerken in een team: een model voor effectief teamfunctioneren.' *Patient Care* 31 (6) 365-369.
- Katzenbach, J. R. & D. K. Smith. 1993. 'The discipline of teams.' *Harvard Business Review* 71:111-120.
- Katz-Navon, T. Y. & M. Erez. 2005. 'When collective-and self-efficacy affect team performance.' *Small Group Research* 36 (4):437-465.
- Klein, K.J. & S.W.J. Kozlowski. 2000. 'From Micro to Meso: Critical Steps in Conceptualizing and Conducting Multilevel Research.' *Organizational Research Methods* 3:211-236.
- Kozlowski, S.W.J. & D.R. Ilgen. 2006. 'Enhancing the effectiveness of work groups and teams.' *Association for Psychological Science* 7:77-124.
- Langfred, C. W. 1998. 'Is group cohesiveness a double-edged sword? An investigation of the effects of cohesiveness on performance.' *Small Group Research* 29:124-143.
- Langfred, C. W. 2005. 'Autonomy and performance in teams: The multilevel moderating effect of task interdependence.' *Journal of Management* 31 (4):513-529.
- Leggat, S. G. 2007. 'Effective healthcare teams require effective team members: Defining teamwork competencies.' *BMC Health Services Research* 7-17.
- Lemieux-Charles, L. & W. L. McGuire. 2006. 'What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature.' *Medical Care Research and Review* 63 (3):263-300.
- MacKinnon, D.P., Fairchild, A.J. & M.S. Fritz. 2007. 'Mediation Analysis.' *Annual Review of Psychology* 58:593-614.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E. & S. J. Zaccaro. 2001. 'A temporally based framework and taxonomy of team processes.' *Academy of Management Review* 26 (3):356-376.
- Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., & L. Gilson. 2008. 'Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future.' *Journal of Management* 34 (3): 410-476.
- McGrath, J. E., Arrow, H. & J. L. Berdahl. 2000. 'The study of groups: Past, present and future.' *Personality and Social Psychology Review* 4:95–105.

- Mickan, S. & S. Rodger. 2000. 'Characteristics of effective teams: A literature review.' *Australian Health Review* 23 (3):201-208.
- Mickan, S.M. & S. A. Rodger. 2005. 'Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions.' *Journal of Interprofessional Care* 19 (4):358-370.
- Mullen, B. & C. Copper. 1994. 'The relations between group cohesiveness and performance: An integration.' *Psychological Bulletin* 115:210-227.
- (Nationaal Kompas Volksgezondheid). 2012. *Wat is gezondheidszorg?* [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 27-01-2013 onbekend [Aangehaald op 25-12-2012]. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/>
- Neubert, M. J. 1999. 'Too much of a good thing or the more the merrier? Exploring the dispersion and gender composition of informal leadership in manufacturing teams.' *Small Group Research* 30:635-646.
- Nurmi, R. 1996. 'Teamwork and team leadership.' *Team Performance Management* 2 (1):9-13.
- Ostroff, C. & N. Schmitt. 1993. 'Configurations of organizational effectiveness and efficiency.' *The Academy of Management Journal* 36:1345-1361.
- Pallant, J. 2007. *SPSS Survival Manual*. Open University Press, Berkshire England.
- Pronk, M. 2012. *Coachende leiders op afstand. Invloed op veiligheidsattitude van teams in de langdurige zorg*. Masterscriptie.
- (Rijksoverheid). 2012. *VII. Zorg dichtbij* [Internet]. Rijksoverheid, 28-01-2013 [aangehaald op 25-12-2012]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord/zorg-dichtbij>
- (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). 2012. *Langdurige zorg* [Internet], RIVM, 06-09-2013 [aangehaald op 08-06-13]. Bereikbaar op <http://www.zorgatlas.nl/zorg/langdurige-zorg/>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2010. *De prestaties van de Nederlandse zorg. Zorgbalans 2010*.
- RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). 2006. *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Rijswijk: Quantas.
- Sargent, L.D. & C. Sue-Chan. 2002. 'Does Diversity Affect Group Efficacy? : The Intervening Role of Cohesion and Task Interdependence.' *Small Group Research* 32 (4):426-450.
- Schuyt, C.J.M. & J. Koelewijn. 1997. *Sociale Cohesie en sociaal beleid: drie publiekscolleges in de Balie*. Amsterdam: De Balie.

- Stewart, G. L. 2006. 'A meta-analytic review of relationships between team design features and team performance.' *Journal of Management* 32 (1):29-54.
- Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Tarricone, P. & J. Luca. 2005. 'Emerald Article: Employees, teamwork and social interdependence – a formula for successful business?' *Team Performance Management* 8 (3):54-59.
- Thornhill, A., & M. N. K. Saunders. 1998. What if line managers don't realize they're responsible for HR?' *Personnel Review* 27(6):460-476.
- Van der Vegt, G. S., & J.S. Bunderson. 2005. 'Learning and performance in multidisciplinary teams: The importance of collective team identification.' *The Academy of Management Journal* 48(3):532-547.
- Van der Vegt, G. S., Bunderson, J. S. & A. Oosterhof. 2006. 'Expertness diversity and interpersonal helping in teams: Why those who need the most help end up getting the least.' *The Academy of Management Journal Archive* 49 (5):877-893.
- Van Mierlo, H. Vermunt, J.K. & C.G. Rutte. 2009. 'Composing Group-Level Constructs From Individual-Level Survey Data.' *Organizational Research Methods* (12):368-392.
- Van Woerkom, M. & M. Croon. 2009. 'The relationships between team learning activities and team performance.' *Personnel Review* 38 (5):560-577.
- Van Woerkom, M., & M.L. van Engen. 2009. 'Learning from conflicts? the relations between task and relationship conflicts, team learning and team performance.' *European Journal of Work and Organizational Psychology* 18(4):381-404.
- Van Veldhoven, M. 2005. "Financial performance and the long-term link with HR practices, work climate and job stress". *Human Resource Management Journal* 15:30-53.
- Verhoeven, N. 2004. *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Tweede herziene druk. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Vocht, A. de. 2006. *Basishandboek SPSS 14 voor Windows*. Utrecht: Bijleveld Press.
- (VWS). 2011. *Kwaliteitsimpuls voor langdurige zorg* [Internet]. Rijksoverheid, 1-2-2011 [aangehaald op 25-12-2012]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/06/01/kwaliteitsimpuls-voor-langdurige-zorg.html>
- Wageman, R. 1995. 'Interdependence and group effectiveness.' *Administrative Science Quarterly* 40 (1):145-180.

Wageman, R., Hackman, J. R. & E. Lehman. 2005. Team diagnostic survey: Development of an instrument.' *The Journal of Applied Behavioural Science* 41 (4):373-398.

Warmerdam, S. 2012. *Ethisch Leiderschap in Zorginstellingen. Het effect van Ethisch Leiderschap, Autonomie en LMX op prestaties van medewerkers*. Masterscriptie.

Wech, B. A., Mossholder, K. W., Steel, R. P. & N. Bennett. 1998. 'Does work group cohesiveness affect individuals' performance and organizational commitment?' *Small Group Research* 29(4):472-494.

Weijters, B. & H. Baumgartner. 2012. 'Misresponse to Reversed and Negated Items in Surveys: A Review'. *Journal of Marketing Research* 49 (5):737-747.

West, M. A., Hirst, G., Richter, A., & H. Shipton. 2004. 'Twelve steps to heaven: Successfully managing change through developing innovative teams.' *European Journal of Work and Organizational Psychology* 13 (2):269-299.

WHO (World Health Organization). 2000. Home based long-term care. report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization publication.

WHO (World Health Organization). 2007. Team building. Geneva: World Health Organization.

Wilson, J.M., Goodman, P.S. & M.A. Cronin. 2007. 'Group learning.' *Academy of Management Review* 32:1041-59.

Zellmer-Bruhn, M. & C. Gibson. 2006. 'Multinational organization context: Implications for team learning and performance.' *The Academy of Management Journal* 49 (3): 501-518.



## BIJLAGE 1 VRAGENLIJST PSYCHOSOCIALE AFHANKELIJKHEID

Omdat in de literatuur nog niet eerder specifiek onderzoek is gedaan naar onderlinge psychosociale afhankelijkheid van teamleden in de langdurige zorg, is er geen specifiek meetinstrument te achterhalen dat het concept van onderlinge psychosociale afhankelijkheid tussen teamleden meet. Tevens is een dergelijke schaal ook niet terug gevonden voor het meten van teams in andere sectoren dan de langdurige zorg. Daarom is gekozen voor het zelf ontwikkelen van een schaal om psychosociale afhankelijkheid te meten. Deze schaal is gebaseerd op de lijst van Johnson & Johnson (1995;1999 in Tarricone & Luca 2005) met kenmerken van psychosociale afhankelijkheid die noodzakelijk zijn voor succesvol teamwerk.

Onderstaand zijn de te meten items te zien. Respondenten kunnen op een vijf-punts Likertschaal sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (5) beantwoorden.

- Teamleden helpen en ondersteunen elkaar zowel op taak-gerelateerd als persoonlijk gebied.
- Teamleden wisselen informatie, materiaal en middelen uit.
- Teamleden geven elkaar feedback over taken en gedrag.
- Teamleden stellen elkaars denkwijzen ter discussie.
- Teamleden moedigen elkaar aan om te presteren.
- Teamleden beïnvloeden elkaars denkwijzen en gedrag.
- Teamleden gebruiken sociale en persoonlijke vaardigheden om de samenwerking te verbeteren.

## BIJLAGE 2 VRAGENLIJST SOCIALE COHESIE

Onderstaande items zijn uit de schaal van Sargent & Sue-Chan (2002)

### Social cohesion

I am friends with the members of my group.

I feel a sense of belongingness to my group.

I get along with members of my group.

I like my group.

Bovenstaande items zijn dit onderzoek vertaald naar het Nederlands.

### Sociale cohesie

Ik beschouw mijn teamleden als vrienden.

Ik voel mij verbonden met mijn team.

Ik kan goed opschieten met mijn team.

Ik vind mijn team leuk.

## BIJLAGE 3 VRAGENLIJST TEAMEFFECTIVITEIT

Onderstaande items zijn afkomstig van de schaal van Woerkom en Croon (2009).

- Anderen zeggen dat ons team goed presteert.
- Anderen vinden dat ons team haar doelen bereikt.
- Ons team weet haar doelen te bereiken.
- Ons team voldoet aan de verwachtingen.
- Ons team doet wat het moet doen.
- Ons team heeft tevreden cliënten.
- Ons team levert goede kwaliteit.
- Ons team krijgt klachten over de kwaliteit van de hulpverlening.
- De manier waarop ons team werkt garandeert een goede kwaliteit van de hulpverlening.

## BIJLAGE 4 HISTOGRAMMEN NORMALE VERDELING

