

2017

Zorgen om de zorgverleners?

Een onderzoek naar prestaties onder wijkteams in Rotterdam



Jurgen Walters

Master HR en Verandering

3-8-2017

Master Scriptie

Auteur: Jurgen Walters

Studentnummer: 341836

Opleiding: Master van HR en Verandering

Faculteit: Faculteit der Sociale Wetenschappen

Onderwijsinstelling: Erasmus Universiteit Rotterdam

Eerste lezer: Prof. Dr. A. J. Steijn.

Tweede lezer: Drs. A. L. van Zijl

Stage organisatie: Gemeente Rotterdam

Afdeling: Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Stagebegeleidster: C. L. Mieloo

Datum: 03-08-2017

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie. Net als velen van mijn jaar sluit ik met dit werk mijn studententijd af. Ik zie dit dan ook graag als mijn *magnum opus*; de bekroning van een zevenjarige studietijd. In zo'n optiek is dit werk ook wel een reflectie van al die jaren geweest. Een tijd van stress en ontberingen, maar vooral ook van plezier en vreugde. Gedurende een half jaar heb ik stage gelopen bij de afdeling Onderzoeks- en Business Intelligence, of OBI kortgezegd. Een afdeling, dat wat mij betreft, veel te weinig eer krijgt voor hetgeen zij doen voor onze mooie stad Rotterdam. Ik heb actief mogen meewerken aan projecten omtrent de wijkteams, mee mogen discussiëren in vergaderingen en kortweg, een kijkje kunnen nemen in de wereld van beleidsvorming. Het zal u dan ook opvallen dat deze scriptie een groen thema behelst. Enerzijds een eerbetoon aan Rotterdam voor de vele jaren plezier die ik hier heb mogen beleven en anderzijds aan de mensen met wie ik heb mogen samenwerken.

Het is dan ook niet vreemd dat ik graag een aantal mensen wil bedanken die dit werk hebben mogelijk gemaakt. Allereerst de beste mensen van OBI, die mij hartelijk verwelkomden. In specifiek daarbij mijn begeleidster Cathelijne Mieloo, die mijn constante barrage aan vragen en onwetendheid heeft moeten doorstaan. Het was een fijne samenwerking.

De tweede persoon die ik ook een warm hart toedraag is mijn scriptiebegeleider. Het is jammer dat ik op papier geen tromgeroffel kan verwerken, anders had ik dat zeker gedaan. Dat dit werk tot een goed einde is gekomen is namelijk voor een groot gedeelte te danken aan mijn professor, Bram Steijn. De persoonlijke, uitgebreide feedback en discussies over – vooral – statistische oneffenheden hebben ertoe geleid dat ik weer vol met goede moed aan de slag kon. Ik kon bij hem altijd terecht en dat zorgde ook voor een zekere geruststelling. Ook mijn tweede lezer, Alissa van Zijl, verdient een pluim met haar uitstekende kritiek en haar scherpe oog voor detail.

Als laatste een loftuiting naar mijn huisgenoten en mijn vriendin die mij hebben gesteund door dik en dun. Bij hen kon ik altijd terecht als ik door de bomen het bos even niet meer zag. Deze periode is prachtig geworden mede dankzij hun aanwezigheid.

Heel veel plezier gewenst bij het lezen van deze scriptie,

Jurgen Walters

Samenvatting

Aanleiding

Sinds de decentralisatie van de zorg in 2015, is het geven van zorg nu grotendeels in handen van zogenoemde wijkteams. Er is relatief weinig bekend over het reilen en zeilen van deze wijkteams in Rotterdam. Dit onderzoek poogt dan ook bij te dragen aan deze lacune. Door middel van het creëren van prestatiematen en die op hun bruikbaarheid te testen, kan er meer inzicht worden verkregen in het functioneren van de wijkteams. Afgezien van het creëren van prestatiematen, worden er binnen deze studie elementen uit een aantal bestaande onderzoeken naar de werking van de wijkteams met elkaar in verband gebracht. Zo is er laatst een onderzoek gedaan naar de bestaande parameters waarop de wijkteams zijn gebaseerd. Deze parameters vormen samen de zorgvraag en deze is tot op heden nog niet gekoppeld aan de prestaties. Bovendien is er een ander onderzoek gedaan naar het functioneren van de wijkteams met betrekking tot zogenoemde *High Performance Team* (HPT) dimensies. Deze bestaan uit zelfmanagement, doelgerichte samenwerking, taakgerichte samenwerking, stakeholdergerichte samenwerking en transformationeel leiderschap. Uit het rapport blijkt dat wijkteams verschillend scoren op deze dimensies en is het dus interessant na te gaan of deze HPT dimensies invloed hebben op de prestaties.

Het doel van dit onderzoek is dus drieledig: 1) het creëren van prestatiematen om wijkteams aan te kunnen toetsen, 2) te kijken hoe de zorgvraag invloed heeft op deze prestaties en 3) hoe teamprocessen en leiderschap hier een rol in spelen. Overkoepelend kan de hoofdvraag dan als volgt worden geformuleerd:

“Op welke manieren kunnen prestaties van de Rotterdamse wijkteams gemeten worden en op welke manieren kunnen deze prestaties worden beïnvloed?”

Theorie

De theorie is opgedeeld in drie stukken. Het eerste stuk heeft betrekking tot de casus: de wijkteams te Rotterdam. Vanuit de theorie is bekeken wat voor teams de Rotterdamse wijkteams eigenlijk zijn en hoe de context, het sociaal domein, invloed heeft op hun functioneren. Hierbij komt er uit de theorie naar voren dat de teams het beste beschreven kunnen worden als multidisciplinaire, uitvoerende teams en dat zij te maken hebben met veel verschillende stakeholders die kunnen zorgen voor potentiële rolconflicten. Bovendien zorgt de aard van het sociaal domein ervoor dat prestaties vaak moeilijk te kwantificeren zijn. Het tweede stuk heeft betrekking tot prestaties. Hierbij is er gekeken naar wat voor prestaties er zijn en hoe deze gemeten kunnen worden. Middels de theorie kan er vierdeling gemaakt worden met twee assen:

objectief <-> subjectief en organisatorisch <-> HR-gerelateerd. Er is gekozen om vier specifieke prestatie-maten op te nemen in de studie: caseload, trajectduur in maanden, gepercipieerde teamprestaties en de afname in de problematiek, omdat deze vier prestatie-maten een belangrijk onderdeel van het werk van de wijkteams omhelzen, namelijk de afhandeling van cases. Als laatste is er gekeken naar een theoretisch raamwerk, het JD-R model, om de verschillende elementen (de zorgvraag en de HPT dimensies) te kunnen koppelen aan de prestaties. Vanuit dit raamwerk zijn drie algemene hypothesen ontstaan die zijn getoetst. Hierbij is er vanuit gegaan dat de zorgvraag de prestaties negatief beïnvloedt, de HPT dimensies de prestaties juist bevorderen en het interactie-effect dat de HPT dimensies het effect van de zorgvraag op de prestaties mitigeert.

Methoden

Om deze drie hypothesen te kunnen toetsen is er gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode. De data zijn afkomstig uit verschillende databronnen en zijn samengevoegd en naar teamniveau geaggregeerd, om de prestaties van de teams te kunnen meten. Behalve de vier afhankelijke variabelen (de prestatie-maten), de hoofdeffecten (de zorgvraag en de HPT dimensies) zijn er drie controle-variabelen toegevoegd. In totaal heeft elke prestatie-maat vier modellen waarin stapsgewijs hoofdeffecten en interactie-effecten zijn toegevoegd. Vanwege de geringe n en de matige kwaliteit van de data moest er veel worden geschrapt en is er dus veel informatie verloren gegaan.

Conclusie

Uit de analyse kwam naar voren dat de veronderstelling dat de zorgvraag de prestaties negatief beïnvloedt weliswaar klopt, maar dat dit effect marginaal is. Dit lijkt erop te wijzen dat het niet uitmaakt hoe groot de zorgvraag is als het gaat om de prestaties van de wijkteams. Interessanter is dat de analyses uitwijzen dat de HPT dimensies in grote mate wel positief bijdragen aan de prestaties. Betere interne, en externe teamprocessen, samen met een goed passend leiderschap dragen dus bij aan een efficiënter team-functioneren en dus betere prestaties. Als laatste zien we dat het interactie-effect van de HPT dimensies op het verband tussen zorgvraag en de prestaties niet kan worden aangetoond. De effecten van de twee elementen op de prestaties zijn dus enkel individueel.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten zijn een aantal aanbevelingen gedaan ter bevordering van het functioneren van de wijkteams. Ten tweede worden er aanbevelingen gedaan om de mogelijkheid tot sturing door de gemeente Rotterdam te verbeteren. Aangezien deze laatste soort

aanbevelingen niet betrekking hebben tot de hoofdvraag, is er voor gekozen deze weg te laten in de samenvatting. Zij staan echter wel weergegeven in hoofdstuk 7, paragraaf 7.1..

i. Besteed meer aandacht aan kernaspecten van de HPT ingrediënten binnen teams

De eerste aanbeveling op basis van de resultaten is dat er meer aandacht moet worden gegeven aan de verschillende teamprocessen en leiderschap binnen wijkteams. De resultaten tonen aan dit zorgt voor betere prestaties. Het kan dus voordelig zijn voor de gemeente Rotterdam, maar ook voor de wijkteams en de cliënten, dat er manieren worden gevonden om deze HPT dimensies binnen teams te verbeteren.

ii. Zorg voor een overkoepelend prestatie-meetsysteem

De tweede aanbeveling op basis van de resultaten heeft betrekking tot het selecteren van prestaties om de teams aan te toetsen. In het onderzoek zijn er maar vier meegenomen, maar de mogelijke prestatie-maten die gebruikt kunnen worden zijn, theoretisch gezien, eindeloos. Bij het creëren van een prestatie-meetsysteem is het belangrijk een breed kader te hanteren als het gaat om prestaties. Hierbij is het dus van belang niet alleen te kijken naar organisatorische prestatie-maten zoals efficiëntie en effectiviteit, maar bijvoorbeeld ook naar de bevlogenheid onder medewerkers. Een systeem dus waar alle soorten prestaties worden gemeten en waar de wijkteams aan kunnen worden getoetst.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	02
Samenvatting.....	03
1. Inleiding.....	08
1.1 Aanleiding.....	08
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Maatschappelijke relevantie.....	11
1.4 Theoretische relevantie.....	12
2. In casu: de wijkteams van Rotterdam.....	13
2.1 Inleiding.....	13
2.2 Teams: conceptualisering.....	13
2.3 De context van het sociaal domein.....	16
2.4 Conclusie.....	17
3. Theoretisch kader.....	18
3.1 Wijkteams en prestaties.....	18
3.1.1 Inleiding.....	18
3.1.2 Prestaties in de publieke sector: een overzicht.....	18
3.1.3 Soorten uitkomsten.....	20
3.1.4 Objectieve indicatoren: meten is weten?.....	21
3.1.5 Subjectieve indicatoren: de oplossing?.....	21
3.1.6 Over de combinatie van beide indicatoren.....	22
3.1.7 Gebruikte prestatiematen.....	23
3.1.8 Conclusie.....	24
3.2 Teams: invloeden op prestaties.....	24
3.2.1 Inleiding.....	24
3.2.2 Het JD-R model: waarom?.....	25
3.2.3 Het JD-R model uitgelegd.....	26
3.2.4 Het JD-R model op teamniveau.....	27
3.2.5 Taakeisen: de zorgvraag.....	28
3.2.6 Hulpbronnen: High Performance Team ingrediënten.....	31
3.2.7 Taakeisen en hulpbronnen: een interactie-effect.....	35
3.3 Conclusie en conceptueel model.....	35
4. Methodologische verantwoording.....	37
4.1 Onderzoeksdesign.....	37
4.1.1 Dataverzameling.....	37

4.2	<i>Operationalisering</i>	40
4.3	<i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	43
4.3.1	Betrouwbaarheid.....	43
4.3.1.1	Over outliers, trimming en winsorising.....	44
4.3.2	Validiteit.....	44
5.	Resultaten	46
5.1	<i>Beschrijvende statistiek</i>	46
5.1.1	Beschrijvende statistiek: controlevariabelen.....	46
5.1.2	Beschrijvende statistiek: onafhankelijke variabelen.....	47
5.1.3	Beschrijvende statistiek: afhankelijke variabelen.....	48
5.1.4	Beschrijvende statistiek: moderator variabele.....	50
5.2	<i>Correlaties</i>	50
5.2.1	Correlaties: controle variabelen.....	51
5.2.2	Correlaties: afhankelijke variabelen.....	51
5.2.3	Correlaties: onafhankelijke en afhankelijke variabelen.....	53
5.2.4	Correlaties: alle variabelen.....	53
5.3	<i>Toetsende statistiek</i>	54
5.3.1	Gepercipieerde teamprestaties.....	55
5.3.2	Trajectduur in maanden.....	56
5.3.3	Caseload.....	57
5.3.4	Afname van de problematiek.....	59
6.	Conclusie en aanbevelingen	61
6.1	<i>Deelvragen</i>	61
6.1.1	Deelvraag 1.....	61
6.1.2	Deelvraag 2.....	62
6.1.3.1	Deelvraag 3a.....	63
6.1.3.2	Deelvraag 3b.....	64
6.2	<i>Beantwoording hoofdvraag</i>	65
7.	Discussie	66
7.1	<i>Aanbevelingen</i>	66
7.2	<i>Beperkingen</i>	67
7.3	<i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	68
8.	Literatuur	70
9.	Bijlagen	75

1 Inleiding en achtergrond

1.1 aanleiding

Sinds begin 2015 is de zorg in Nederland gedecentraliseerd. Wat dit grofweg inhoudt, is dat gemeenten nu zelf controle hebben over de inrichting van de zorg. In Rotterdam is geopteerd voor een radicale tournure. Reden voor Rotterdam om van het oude systeem af te stappen, was omdat deze onhoudbaar zou zijn geworden; de fragmentarisering van de zorg door slecht geoptimaliseerde ketens en excessieve dure tweedelijns zorgindicaties zouden zorgen voor te hoge rekeningen en wellicht belangrijker nog, cliënten kregen geen passende zorg en konden soms zelfs tussen wal en schip raken. Gekoppeld aan de verplichte decentralisatie van de zorg kwamen ook straffe bezuinigingen op de budgetten opgegeven door het Rijk. De idee hierachter was dat het de gemeenten zou moeten stimuleren om zorg efficiënter en met meer maatwerk in te zetten (Van den Bosch, 2013; Boer & Van der Lans, 2013).

Na verschillende pilots door het land heen, met name in Utrecht en Leeuwarden, is gekozen om het nieuwe zorgstelsel in Rotterdam te belichamen door zogenoemde wijkteams (Gemeente Rotterdam, 2015). Deze teams van professionals hebben direct contact met de burger en kunnen zo een integraal hulpplan opstellen, één centraal aanspreekpunt realiseren en de cliënt helpen om hun eigen problemen eerst zelf op te lossen onder het mom van de eigen kracht. Kortom, kostendrukking, maatwerk en kwalitatief goede zorg lijken de mantra's te zijn in dit nieuwe zorgstelsel van Rotterdam (Van Arum & Lub, 2014). Om deze doelstellingen enigszins na te kunnen streven zouden de professionals in het wijkteam een ruimere vrijheid krijgen binnen het werk. Zo is een van de doelstellingen van de nieuwe Jeugdwet 2014 als volgt gedefinieerd:

"[...] meer ruimte voor professionals en vermindering van de administratieve lasten"
(Gemeente Rotterdam, 2015; pp. 08)

Meer ruimte voor professionals betekent misschien wel meer vrijheid om hun expertise toe te passen en zo cliënten beter te helpen, maar het betekent ook minder controlerende mogelijkheden voor de gemeente. Bovendien is na de rommelige samenvoeging van ketenpartners een mengelmoes ontstaan van gegevenssystemen, waardoor informatie vaak moeilijk te vinden is. Daarbij komt dat een vermindering van administratieve lasten weliswaar kan leiden tot een betere focus op het leveren van zorg, maar de keerzijde kan zijn dat er belangrijke gegevens verloren gaan over de werking van de wijkteams. Een eerder onderzoek, met als intentie om Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) te creëren voor evaluatie, heeft

uitgewezen dat de verzamelde data vaak incompleet en matig is ingevuld. Prangende vragen kunnen worden gesteld over het functioneren van de wijkteams en potentiële mogelijkheden tot verbetering van hun functioneren. Kortom, wat voor factoren liggen ten grondslag aan het goed of slecht functioneren van wijkteams?

Zoals al gezegd is er weinig bekend over het functioneren van de wijkteams binnen Rotterdam en tevens blijkt het in de praktijk lastig om vraagstukken daarover goed in beeld te krijgen. De vrijheid van de professional en de gebrekkige manier van dataverzameling, gekoppeld aan vage doelstellingen, zorgen voor incomplete data en zodoende kunnen er nog geen concrete antwoorden gegeven worden. Wel zijn er binnen Rotterdam de afgelopen tijd onderzoeken gedaan die streven naar antwoorden op deze vraagstukken.

Zo is er in 2016, in opdracht van enkele rayon managers vanuit de afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling (MO), een onderzoek ingesteld naar de oorspronkelijke parameters die hebben geleid tot de vorming van de 42 wijkteams. Onder deze parameters bevinden zich zogenoemde 'wijkkenmerken', bepaalde kenmerken die de overkoepelende zorgvraag van een betreffende wijk moeten voorspellen. De zorgvraag is echter nog niet direct gekoppeld aan de prestaties. Een interessante benadering, waaruit kan blijken hoe de zorgvraag invloed kan uitoefenen op het werk van de wijkteams. Immers behelst de zorgvraag een groot deel van het takenpakket van de wijkteams.

Een tweede belangrijk onderzoek is gedaan met de intentie om te kijken naar het intern en extern functioneren van wijkteams te Rotterdam (Steijn, Van der Voet, Huizenga, 2017). Door het gebruiken van het werk van Kuipers & Groeneveld (2014) over zogenoemde *High Performance Teams*, is er specifiek gekeken naar de mate waarin de wijkteams bepaalde teamprocessen bezitten. De gedachte erachter is dat deze teamprocessen de prestaties kunnen stimuleren. Ook dit onderzoek is gedaan in opdracht van de gemeente om de wijkteams te kunnen evalueren op het gebied van teamprocessen.

Binnen deze studie wordt een poging gedaan om de hierboven genoemde elementen te koppelen en bovendien, prestatiematen te ontwikkelen waardoor de gemeente middelen heeft waar de wijkteams aan te toetsen zijn. Om deze drie dimensies (zorgvraag, HPT dimensies en prestaties) theoretisch te koppelen wordt er binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van het Job Demands en Resources Model (JD-R Model) op teamniveau. Het JD-R model gaat er vanuit dat werknemers bepaalde *demands* (taakeisen) en *resources* (hulpbronnen) hebben binnen hun werk en dat een mix van deze twee elementen kan leiden tot betere of juist slechtere prestaties (Bakker & Demerouti, 2007). Dit betekent op teamniveau, dat teams bepaalde, gezamenlijke, hulpbronnen en taakeisen hebben.

1.2 probleemstelling

Het algemene doel van deze studie is om bij te dragen aan een efficiëntere werking van de wijkteams. Daarbij staat de relatie centraal tussen de prestaties van de wijkteams, de taakeisen die zij te voortduren krijgen en de mogelijke hulpbronnen die zij ter beschikking hebben om hiermee om te gaan. Daarmee is het doel van dit onderzoek drieledig:

1. Het ontwikkelen van manieren om prestaties te meten, zogenoemde prestatie indicatoren;
2. Te onderzoeken hoe de zorgvraag invloed heeft op deze prestaties;
3. In hoeverre de aanwezige teamprocessen invloed hebben op de prestaties en op het verband tussen de zorgvraag en de prestaties.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

“Op welke manieren kunnen prestaties van de Rotterdamse wijkteams gemeten worden en op welke manieren kunnen deze prestaties worden beïnvloed?”

De vraag bestaat dus uit twee kerncomponenten. Ten eerste richt deze studie zich op het creëren van enkele prestatiematen waardoor de prestaties van wijkteams bijgehouden kunnen worden. Ten tweede willen we natuurlijk weten op welke manieren deze prestaties worden beïnvloed. Om deze twee componenten en daarmee de hoofdvraag te beantwoorden zijn er een viertal deelvragen opgesteld die tevens ook een leidraad is binnen dit onderzoek, waarvan deelvraag drie uit twee delen bestaat:

1. *Wat voor teams zijn de Rotterdamse wijkteams en in welke organisatorische context functioneren zij?*

Deze deelvraag geeft meer duidelijkheid over de casus van dit onderzoek, de wijkteams. Wat is er vanuit de literatuur bekend over verschillende soorten teams? Hoe kunnen we de Rotterdamse wijkteams omschrijven? Wat voor invloed heeft het sociaal domein op het dagelijkse reilen en zeilen van de wijkteams?

2. *op welke manieren kunnen we prestaties meten van de Rotterdamse wijkteams?*

De tweede deelvraag verkent de theorie omtrent prestaties. Wat voor (team)prestaties zijn er zoal te onderscheiden en hoe kunnen deze prestaties worden gemeten? Hangen er specifieke voordelen en nadelen aan het gebruik van bepaalde prestatiematen? Onder deze deelvraag zullen er specifieke keuzes gemaakt worden betreffende de te gebruiken prestaties.

3. *Op welke manieren kunnen de prestaties van wijkteams worden beïnvloed?*

De derde deelvraag focust zich op de elementen die de gevonden prestatie-maten kunnen beïnvloeden. Op wat voor manieren kunnen de prestaties worden belemmerd en op wat voor manieren kunnen de prestaties worden bevorderd? Hoe is er een – theoretische - koppeling mogelijk tussen deze elementen? De beantwoording van deze deelvraag mondt uit in een aantal hypothesen.

4. *Hoe staan de zorgvraag en de HPT dimensies in relatie tot elkaar en de prestaties?*

In dit onderdeel wordt er aan de hand van een kwantitatieve analyse gekeken naar de getheoretiseerde hypothesen. In hoeverre kunnen we de veronderstelde verbanden tussen de zorgvraag, de HPT dimensies en de prestaties aannemen of verwerpen?

1.3 Maatschappelijke relevantie

De decentralisatie van de zorg is pas in gang gezet sinds 2015 en binnen de implementatie wordt er nog volop aangepast. De kern van het nieuwe zorgsysteem van Rotterdam, de wijkteams, zijn daardoor nog niet goed onder de loep genomen. Vooral waar het aankomt op het gebied van de effectiviteit en efficiëntie van de zorg die op nu op een nieuwe manier geboden wordt, is dit nog relatief onontgonnen. De behoefte binnen de gemeente tot het ontwikkelen van prestatie indicatoren is dan ook groot. Dit onderzoek is een opzet naar de creatie van zulke prestatie-maten. In dit onderzoek worden vier van zulke prestatie-maten gebruikt om een van de meest primaire onderdelen van de wijkteams beter te kunnen bekijken: het gebied rondom het afhandelen van cases.

Binnen deze studie wordt een nieuwe koppeling gemaakt tussen het takenpakket - de zorgvraag - van de wijkteams, het effect van belangrijke teamprocessen en prestatie-maten die betrekking hebben tot het afhandelen van cases. Ook dit is niet eerder met elkaar in verband gebracht en zodoende kan dit onderzoek meer inzicht verschaffen in mogelijke problemen waar wijkteams tegenaan lopen en mogelijke voordelen die helpen om de prestaties te verbeteren. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekeken of de aanwezige teamprocessen en passend leiderschap kunnen leiden tot efficiënter teamwerk en dus een manier voor de gemeente om wijkteams beter te laten functioneren.

Al met al kan deze studie bijdragen in manieren voor de gemeente om factoren te ontdekken waardoor wijkteams zich beter kunnen ontwikkelen. Iets waar heel Rotterdam een positief effect van zal merken; voor de gemeente, de wijkteams en de cliënt.

1.4 Theoretische relevantie

Het onderzoek borduurt voort op het raamwerk van het JD-R model. Het model is, ondanks haar nog relatief korte levensduur, een populair concept. Zo is het model grofweg zestien jaar geleden geïntroduceerd en is al toegepast in duizenden organisaties (Bakker & Demerouti, 2016). Een toevoeging van dit onderzoek is dat dit model gebruikt wordt op teamniveau, wat eigen uitdagingen en processen kent. Het JD-R model kijkt namelijk vooral naar individuele werknemers binnen organisaties. Aangezien veel organisaties tegenwoordig er voor kiezen om gebruik te maken van *team-based working*, is het interessant om na te gaan of het JD-R model ook toegepast kan worden op teamniveau.

Zoals al eerder gezegd is deze studie in essentie een koppeling van onderzoeken die al gedaan zijn met betrekking tot het functioneren van wijkteams. Enerzijds is de zorgvraag door de gemeente zelf gebruikt om het aantal fte's en de grootte van teams te bepalen, maar deze zijn helaas nog niet direct gekoppeld aan de prestaties. Anderzijds is de rapportage van het functioneren van de wijkteams gebruikt om te kijken hoe teams scoren op gebieden zoals samenwerking en gepercipieerde teamprestaties, middels het gebruik van HPT dimensies. Deze studie poogt bepaalde elementen van deze twee studies samen te voegen op een manier wat zowel maatschappelijk als wetenschappelijk nog niet is gedaan.

Als laatste een woord over het gebruik van de HPT dimensies. De studie naar deze dimensies heeft van origine geen koppeling gemaakt naar andere factoren die mogelijk ten grondslag liggen aan goed presterende teams. De gegeven dimensies hebben, zoals ze beschreven zijn, enkel direct effect op de prestaties of indirect via andere HPT dimensies. Door te testen of deze dimensies het hoofdeffect van de zorgvraag op de prestaties kunnen afzwakken, kan er gekeken worden of de HPT dimensies ook invloed hebben op andere manieren.

2 In casu: de wijkteams van Rotterdam

2.1 Inleiding

Bij de decentralisatie van de zorg in Rotterdam is er gekozen voor een nieuw systeem waarin wijkteams een centrale rol spelen. In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt er daarom nader ingegaan op wat deze teams precies zijn, zowel theoretisch als praktisch. De theoretische lens waar door er naar de teams gekeken wordt, kan mogelijk meer inzicht verschaffen in de mechanismen achter de wijkteams. Dit kan van belang zijn, aangezien er in deze studie ook gekeken wordt naar verschillende teamprocessen.

In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de context waarin de wijkteams opereren. Middels de theorie en praktische voorbeelden wordt er geschetst in welke mate de publieke sector als unieke setting invloed heeft op het werk van de wijkteams. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht geschonken aan de invloed op prestaties. Hoe en in welke mate kan de publieke sector invloed hebben op het meten van prestaties? In dit onderzoek is dat van belang, omdat de prestaties van wijkteams centraal staan.

2.2 Teams: conceptualisering

Over de jaren heen zijn er veel definities geweest van het concept 'team'. Zulke definities hebben veel vergelijkbare kenmerken, maar verschillen ook op veel fronten (Mathieu, Maynard, Rapp & Gilson, 2008). Vergelijkbare kenmerken omvatten over het algemeen dat teamleden een zekere wederzijdse afhankelijkheid bezitten, een gedeelde verantwoordelijkheid hebben en dat zij ingebed zijn in grotere (sociale) systemen, zoals organisaties (Cohen & Bailey, 1997). De volgende definitie wordt gebruikt om het concept teams te omschrijven:

“een team is een collectief dat bestaat om organisatorische relevante taken uit te voeren en dat bovendien één of meerdere gezamenlijke doelen heeft, interdependentie tussen de leden ervaart, en een duidelijke begrenzing toont. Deze collectieven zijn ingebed in grotere organisatorische contexten en opereren ook over organisatorische grenzen.”

[vertaling] (Cohen & Bailey, 1997: p. 241).

Er wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten teams (Cohen & Bailey, 1997; Sundstrom, De Meuse & Futrell, 1990). Zo categoriseren Sundstrom, De Meuse en Futrell (1990) vier soorten teams: *advice and Involvement teams*, *production and service teams*,

project and development teams en *action and negotiation teams*. Cohen en Bailey (1997) hanteren een soortgelijk concept van teams waarbij zij ook een vierdeling hebben: *work teams*, *parallel teams*, *project teams* en *management teams*. De gedeelde noemer van deze opdelingen zijn vaak op basis van drie kenmerken 1) team compositie, 2) hiërarchische positie in de organisatie en 3) de intentie van de tijdsduur. Vanwege deze reden wordt er gebruik gemaakt van de benadering van Kuipers & Groeneveld (2014), die onderscheid maken tussen drie assen: monodisciplinair versus multidisciplinair; operationeel versus strategisch en permanent versus tijdelijk:

- Monodisciplinair versus multidisciplinair – Hier gaat het vooral om de functionele achtergrond van de teamleden. Is een team homogeen, dan zullen de teamleden eenzelfde taak en functie hebben. Is een team heterogeen, dan zullen de teamleden verschillende functies hebben ten opzichte van elkaar (Kuipers & Groeneveld, 2014). Bij complexe, brede problemen, kan het handig zijn om multidisciplinair te zijn, zodat men inspiratie kan opdoen uit meerdere hoeken.
- Operationeel versus strategisch – Hier gaat het vooral om de hiërarchische plek waar het team functioneert. Het operationele niveau is laag in de organisatie, terwijl het strategische niveau hoog in de organisatie zit. De hiërarchische plek bepaalt onder andere met welke stakeholders de teams te maken hebben.
- Permanent versus tijdelijk – Deze as heeft te maken met het doel van de teams. Bij sommige teams is de levensduur van tevoren vastgesteld (Kuipers & Groeneveld, 2014). Vaak heeft dit te maken met of de teams zijn aangesteld voor één specifiek doel of niet. Als een doel gehaald is, kan er voor gekozen worden om een team te ontbinden, simpelweg omdat het geen functie meer dient.

Als wat voor soort team kunnen we de wijkteams omschrijven en wat heeft dit als doel? Hoewel de invulling van dergelijke wijkteams kunnen verschillen binnen de regio's in Nederland, lijken de kernprincipes overal in Nederland hetzelfde te zijn: op maat gemaakte zorg verlenen en de eigen redzaamheid verhogen van de burgers (Van Arum & Lub, 2014). Vanwege deze breedte wordt er ook een brede definitie gebruikt voor de wijkteams:

“Teams van professionele en/of vrijwillige hulpverleners die integraal, generalistisch, multidisciplinair en/of outreachend werken.” (Van Arum & Schoorl, 2015: p. 3)

De idee achter de wijkteams is dat zij zo breed mogelijk zorg kunnen leveren; van schuldhulpverlening, tot verslavingszorg tot het regelen van voorzieningen voor kinderen met een handicap of multipale problematiek. Met de decentralisering is het als doel dit soort zorg middels wijkteams voor een langere tijd te garanderen.

Wijkteamprofessionals werken in direct contact met mensen en staan in vele gemeenten tussen gespecialiseerde zorg en burger in. De structuur waarin zij functioneren is echter wat ingewikkelder. In eerste instantie zijn de leden van de wijkteams in dienst bij hun moederorganisatie. De gemeente Rotterdam heeft zorgverleners van verschillende organisaties ingehuurd. Dit betekent dat de gemeente in eerste instantie de opdrachtgever is en dat de moederorganisaties verantwoordelijk zijn voor administratieve werkzaamheden zoals het uitkeren van salaris en de gezondheid van de medewerkers (Gemeente Rotterdam, 2015). De wijkteams staan allen onder leiding van een teamleid(st)er die erop toeziet dat het wijkteam en de wijkteamleden naar behoren functioneren. Sommige wijkteams hebben naast een teamleid(st)er ook een plaatsvervangend teamleid(st)er. Zo'n plaatsvervanger is enkel aanwezig wanneer er jeugdzaken afgehandeld moeten worden en de zittende teamleid(st)er daar geen ervaring mee heeft.

De professionals binnen het wijkteam opereren vanuit een multidisciplinair perspectief. Zo kunnen zij, waar mogelijk, problemen oplossen die domein-overstijgend zijn. Zij gaan daarmee dus als generalisten te werk, maar behouden elk hun eigen specifieke vakgebied (KPMG Plexus, 2013). Voorbeelden van soorten domeinen die te vinden zijn in het wijkteam zijn verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, financiën (schuldsanering) en huisvesting. Het is van belang dat wijkteamprofessionals multidisciplinair te werk kunnen gaan, omdat zij vaak te maken kunnen hebben met complexe multi-problematiek; mensen bezitten vaak meerdere problemen (Van Arum & Schoorl, 2015).

Als we de wijkteams bekijken door middel van een theoretische lens, kunnen we een beter beeld krijgen over de wijkteams. De wijkteams zijn multidisciplinair: hoewel zij geacht worden generaliserend te werken, komen de teamleden vaak uit verschillende vakgebieden (Van Arum & Schoorl, 2015). Dat de wijkteams multidisciplinair zijn, kan van belang zijn voor een goede werking van het team, omdat zij zo elkaar kunnen aanvullen en zo beter om kunnen gaan met de problematiek van mensen. De teams werken op een operationeel niveau; zij staan in direct contact met de cliënt. Deze positie in de hiërarchie kan invloed hebben op de manier waarop zij te werk gaan. Zo moeten zij rekening houden met enerzijds de cliënt en anderzijds andere belanghebbenden zoals de gemeente en hun moederorganisaties. Als laatste kunnen we zeggen dat de wijkteams een potentieel oneindige tijdsduur hebben. Het leveren van zorg kent namelijk – theoretisch gezien – geen einde.

De koppeling van de theorie aan de praktijk laat zien dat we met teams te maken hebben waar een goede interne en externe samenwerking noodzakelijk is. Zo werken de teams intensief met cliënten die verscheidene klachten kunnen hebben, waardoor er expertise nodig kan zijn vanuit verschillende invalshoeken. Bovendien moeten zij rekening houden en samenwerken met verschillende stakeholders door hun plek in de organisatie. De noodzaak tot goed samenwerken kan aangeven dat goede teamprocessen een grote rol kunnen spelen in het werk van de wijkteams. In de volgende paragraaf gaan we dieper in op de invloed van de publieke sector.

2.3 De context van het sociaal domein

De wijkteams werken in de publieke sector en meer specifiek, het sociaal domein. Het sociaal domein is een onderdeel van de publieke sector waar men zich vooral richt op drie kerngebieden; werk, zorg en jeugd (stimulansz.nl). De publieke sector heeft specifieke sectorattributen (Nutt & Backoff, 1993). Dit heeft vooral te maken met de doelen waar men in de publieke sfeer naartoe streeft. Deze dienen namelijk vooral een publiek belang (Kuipers & Groeneveld, 2014). Dit publieke belang zorgt ervoor dat de voorkomende problemen vaak erg complex zijn en waarbij verschillende partijen zijn betrokken, waaronder burger, politiek, verscheidene publieke en private instanties en werknemers (Andrews, *et al.*, 2011; Kuipers & Groeneveld, 2014). Vanuit de vorige paragraaf kunnen er voor de wijkteams bijvoorbeeld al een aantal van deze partijen, ook wel *stakeholders* genoemd, worden benoemd, zoals de politieke partijen, de gemeente als opdrachtgever, de moederorganisaties, de cliënt en het wijkteam zelf.

De complexiteit van de problematiek en de aanwezigheid van een legio aan stakeholders en hun belangen kunnen zorgen voor verschillende problemen voor de wijkteams. Zo kunnen we bijvoorbeeld zien dat de gestelde doelen, en daarmee de behaalde prestaties, van wijkteams vaak vaag en ambigu zijn. Hoe meet men bijvoorbeeld 'betere zorg'? Dat kan bijvoorbeeld zijn in de zin dat de zorg goedkoper en efficiënter wordt gedistribueerd, maar ook bijvoorbeeld dat meer mensen gebruikmaken van hun eigen kracht. Deze vaagheid komt onder andere vanwege de vele belangen die ermee verbonden zijn. Een concreet voorbeeld is de functie van het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. De gemeente Rotterdam beschrijft het volgende:

“Waar we eerst ‘zorgden voor’ zetten we nu in op ‘zorgen dat’. Het vergroten van de zelfredzaamheid van jeugdigen en ouders en het versterken van hun sociale netwerk zijn centrale begrippen in het Nieuw Rotterdam Jeugdinstel.” (Gemeente Rotterdam, 2015: p. 9).

Tegelijkertijd moeten de wijkteams dus zo goed mogelijk zorg verlenen en de zelfredzaamheid vergroten. Deze twee aspecten gaan niet altijd samen en kunnen zorgen voor rolconflicten. Een

tweede belangenverstrengeling ontstaat wanneer er gekeken wordt naar het aanvragen van gespecialiseerde zorg, zogeheten 'tweedelijnszorg'. Binnen het nieuwe zorgstelsel is er onder andere het doel gesteld om zo weinig mogelijk gespecialiseerde zorg aan te vragen (Gemeente Rotterdam, 2015). Tegelijkertijd is het de taak van de zorgprofessionals om zo goed mogelijk zorg te verlenen. Het rolconflict tussen aan de ene kant zo min mogelijk kosten moeten maken, en aan de andere kant kwaliteit van de zorg, is evident.

Het meten van prestaties van teams in de publieke sector zal dan ook lastig zijn en altijd gebaseerd zijn op een mate van subjectiviteit van de belanghebbende. Bovendien, en ten gevolge van, zijn er vaak regels om dit goed te kunnen reguleren. Deze controleerbaarheid staat haaks op de gegeven autonomie van de wijkteams. Een potentieel gevolg van deze dichotomie kan zijn dat er veel informatie verloren gaat over de werking van de wijkteams, simpelweg omdat men het niet ziet als hun primaire taak om administratieve handelingen te verrichten. Als laatste zien we dat de doelen vaak ook lastig te kwantificeren zijn (Kuipers & Groeneveld, 2014; Van Thiel & Leeuw, 2002). Een vraagstuk kan bijvoorbeeld zijn of er binnen wijkteams de nadruk moet worden gelegd op de kwaliteit van de zorg, of de mate waarin zij geld besparen op de zorg. Het is lastig om performance te evalueren wanneer verschillende stakeholders tegenstrijdige beleidsdoelen hanteren (Van Thiel & Leeuw, 2002). De publieke sector heeft dus indirect veel invloed op de manier waarop prestaties worden gezien en gemeten.

2.4 Conclusie

Binnen dit hoofdstuk is gepoogd op de volgende deelvraag een antwoord te krijgen: *wat zijn teams en hoe functioneren zij in de publieke sector?* Uit het literatuuroverzicht blijkt dat we de wijkteams opererend binnen Rotterdam het beste kunnen typeren als multidisciplinaire, uitvoerende teams met geen vaststaande tijdsduur. Een koppeling van de theorie met de casus schetst het beeld dat deze teams een groot beroep moeten doen op een goede samenwerking om hun werk proper uit te kunnen voeren.

De publieke sector waarin de wijkteams functioneren heeft op enkele manieren invloed. De problematiek binnen de publieke sector is vaak complex en daaraan verbonden zijn vaak meerdere stakeholders met elk hun eigen belangen die niet altijd in een lijn hoeven te staan. Middels voorbeelden is aangetoond dat ook wijkteams hier mogelijk last van kunnen hebben. Een indirect gevolg van deze problemen is dat prestaties niet altijd helder zijn en dat de keuze voor de genomen prestaties altijd een mate van subjectiviteit hebben. Bij de keuze van de prestaties binnen deze studie, wordt op dat laatste teruggesproken. In het volgende hoofdstuk wordt gekeken naar welke prestaties we kunnen onderscheiden en hoe zij worden gemeten, rekening houdend met de invloeden van de publieke context.

3 Theoretisch kader

Het theoretisch kader omvat een overzicht van de literatuur waarmee er richting gegeven kan worden aan het onderzoek. De structuur van dit theoretisch kader volgt de volgende lijn. Er wordt per paragraaf dieper ingegaan op de variabelen die in de hoofdvraag worden weergegeven. Per hoofdstuk wordt, vanwege de helderheid, aan het begin een deelvraag ingeleid. Deze vraag staat ten grondslag aan dit hoofdstuk en dient als leidraad door het hoofdstuk heen. Aan het einde van elk hoofdstuk wordt, aan de hand van de gelezen theorie, een antwoord gegeven op de deelvraag. Aan het einde van het theoretisch kader zal er een conceptueel model worden gepresenteerd, afgeleid uit de theorie. In de eerste paragraaf zal er worden gefocust op het vraagstuk van teamprestaties. In de tweede paragraaf zal er nader worden gekeken naar de taakeisen en hulpbronnen die aanwezig zijn binnen het werk van de wijkteamprofessionals. Als laatste volgt dan de vorming van een conceptueel model.

3.1 Wijkteams en prestaties

3.1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de soorten prestaties en de moeilijkheden en mogelijkheden van het meten van prestaties uiteengezet. In het vorige hoofdstuk is er kort iets gezegd over de problematiek die de publieke sector oplevert als het gaat om het meten van prestaties. Het uiteindelijke doel van dit hoofdstuk is dan ook op een gegronde manier een keuze maken in de prestaties die meegenomen worden in de rest van deze studie. De deelvraag van deze paragraaf is dan ook de volgende:

“Op welke manieren kunnen we prestaties meten van de Rotterdamse wijkteams?”

3.1.2 Prestaties in de publieke sector: een overzicht

Historisch gezien hebben organisaties binnen de publieke sector zich gefocust op het toepassen van zogenoemde *action controls*, ofwel een controle van de medewerkers door middel van regels en procedures (Verbeeten, 2008). Sinds de jaren '80 is de focus verschoven naar het gebruik van *output controls*, waarbij de focus ligt op het meten van de output van medewerkers. Dit kan gezien worden als een grotere trend, waarbij er wordt toegewerkt naar *evidence-based management* (Noordegraaf, 2003; Diefenbach, 2009). Ten grondslag aan deze focus ligt het gebruik van

performance management (Van Thiel & Leeuw, 2002). Performance management (PM) kan als volgt worden gedefinieerd:

“Het proces van het definiëren van doelen, het selecteren van strategieën om deze doelen te behalen, de allocatie van beslissingsrechten en het meten en belonen van prestaties.”
[vertaling] (Verbeeten, 2008: p. 430).

Performance management heeft een aantal voordelen. Zo kan het binnen de publieke sector, na organisatorische doelen, ook politieke doelen dienen (Propper & Wilson, 2003). Volgens Verbeeten (2008) streven organisaties met het gebruik van performance indicatoren vier algemene doelen na: helderheid van doelstellingen, transparantie van de resultaten, mogelijkheid tot leren en het opzetten van juiste compensatiesystemen. Dit alles om de publieke sector meer te laten functioneren zoals de private sector.

De voordelen van prestatiegericht werken lijken helder, maar in alle realiteit wordt er vaak getwijfeld aan de ‘prestaties van prestatiegericht werken’ (Propper & Wilson, 2003). De vraag blijft of het hebben van performance management systemen echt bijdraagt bij het halen van organisatorische doelen binnen een publieke context. Zo hebben we kunnen lezen in de vorige paragraaf dat de doelen die publieke dienstverleners nastreven in conflict met elkaar kunnen raken. De prestatie metingen om de verschillende doelen te meten kunnen dan ook in conflict zijn. Er kunnen perverse effecten optreden zoals *perverse learning*, waarbij medewerkers ‘leren’ welke variabelen gebruikt worden om prestaties te meten en daar vervolgens op inspelen (Van Thiel & Leeuw, 2002; De Bont & Grit, 2012).

Binnen de huidige publieke sector is er nu een verandering gaande van *new public management*, met als basis de hiervoor benoemde *performance management*, naar een hernieuwde vrijheid van professionals. De *re-professionalisering* (Noordegraaf, 2008) van de publieke sector past binnen het nieuwe paradigma van de participatiemaatschappij, waarbij er nadruk wordt gelegd op de eigen inbreng van de burger (Tonkens, 2006; Van de Wijdeven, De Graaf & Hendriks, 2013). Deze re-professionalisering zorgt voor complexe situaties, waar het gebruik van enkele performance indicatoren, of prestatiematen, de complexiteit van de publieke sector niet kunnen omvatten (De Bont & Grit, 2012).

Deze studie onderschrijft dit probleem, samen met de realisatie dat de keuze voor bepaalde indicatoren – ook in deze studie – altijd aan een bepaalde subjectiviteit onderhevig zijn. De gekozen prestatiematen zijn dan ook niet bedoeld om de volledige complexiteit van het werk van de wijkteams in kaart te brengen, enkel een gedeelte daarvan. Nu de context is geschetst, moet er eerst antwoord gegeven worden op twee belangrijke vragen die ten grondslag liggen aan

het kiezen van prestatie-maten: 1) Wat voor soort prestaties zijn er? en 2) Op welke manieren kunnen wij deze meten? In de volgende twee paragrafen worden deze vragen respectievelijk uiteengezet.

3.1.3 Soorten uitkomsten

Waarom is het belangrijk om te weten wat voor verschillende soorten prestaties er zijn? In het vorige hoofdstuk werd een notie gemaakt van de complexiteit van de publieke sector en hoe dit potentieel kan leiden tot problemen met het interpreteren en meten van prestaties (Kuipers & Groeneveld, 2014). Bovendien werd in de vorige paragraaf gewaarschuwd dat het gebruik van enkele soorten uitkomsten niet genoeg kunnen zijn om de gehele performance van wijkteams te kunnen omvatten (De Bont & Grit, 2012). In deze paragraaf wordt er daarom wat dieper ingegaan op wat voor soorten prestaties we kunnen onderscheiden, zodat er op een theoretisch gegronde basis keuzes kunnen worden gemaakt wat betreft prestatie-maten.

Er zijn verschillende soorten prestaties te onderscheiden. De meest voorkomende soorten prestaties die over het algemeen worden gebruikt zijn in de vorm van efficiëntie- en effectiviteitsmetingen. Echter zijn er ook andere soorten prestaties te onderscheiden. In het kader van strategisch Human Resource Management (HRM) bijvoorbeeld, kunnen ook prestaties worden gevonden (Pauwe & Richardson, 1997). Pauwe en Richardson (2009) richten zich bijvoorbeeld op zogenoemde *HR-gerelateerde uitkomsten*, welke zich specifiek focussen op het gedrag van medewerkers. De algemene gedachte is dat HRM activiteiten, zoals het verhogen van motivatie, training en werknemer ontwikkeling, kunnen bijdragen aan HR-uitkomsten zoals bijvoorbeeld verloopcijfers, de mate van *commitment* en het sociale klimaat (Pauwe & Richardson, 1997). Deze *HR-uitkomsten* kunnen uiteindelijk leiden tot andere prestaties zoals verbeterde efficiëntie en productie (*organisatorische uitkomsten*) en meer winst en omzet (*financiële uitkomsten*).

Gezien het aangetoonde belang van sommige HR-activiteiten en de bijbehorende uitkomsten, wordt er in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen twee soorten prestaties. Ten eerste zijn er de organisatorische prestatiematen, welke vanaf nu *organisatorische uitkomsten* worden genoemd. Onder deze organisatorische uitkomsten vallen *output*-prestatiematen zoals effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit van het werk (Pauwe & Richardson, 2009). Ten tweede wordt er gekeken naar HR-gerelateerde prestatiematen. Hieronder vallen maten die directer gerelateerd zijn aan het gedrag van de werknemer, zoals bevlogenheid, verloopcijfers en de mate van absentieïsme. Financieel-gerelateerde prestatiematen worden in deze scriptie niet meegenomen, omdat het per definitie in het sociaal domein (en de publieke sector) niet draait om winst. De volgende drie paragrafen focussen zich op de manieren waarop prestaties te meten zijn.

3.1.4 Objectieve indicatoren: meten is weten?

Het in paragraaf 3.1.2 genoemde performance management geschiedt vooral op basis van *objectieve* prestatie indicatoren. Objectieve prestatie indicatoren kunnen gedefinieerd worden als directe metingen van kwantificeerbare gedragingen of uitkomsten (Bommer, Johnson, Rich, Podsakoff & MacKenzie, 1995) en zijn dus niet afhankelijk van meningen van relevante actoren. Noordegraaf (2008; 2003) beargumenteert dat deze 'overmatige afhankelijkheid' op meetmethoden serieuze tekortkomingen met zich kunnen meebrengen. Dit heeft deels te maken met de unidimensionaliteit van objectieve prestatie indicatoren: hoe omvattend een meetinstrument ook kan zijn, het kan onmogelijk alle dimensies van het werk meten (Gao, 2015). Met de ambiguïteit van doelen en meerdere belanghebbenden, betekent dit dat prestatie indicatoren bepaalde waardeoordelen met zich meebrengen (Noordegraaf, 2012). Bovendien, omdat het moeilijk is om het werk van professionals te definiëren, groeien meetinstrumentensystemen vaak uit toch erg grote complexe systemen (De Bont & Grit, 2012). Veel auteurs laten dan ook zien dat er meer nadelen dan voordelen verbonden zitten aan het gebruik van objectieve meetinstrumenten.

Dat er kritiek is op het gebruik van objectieve prestatie indicatoren, betekent niet dat zij niet bruikbaar zijn en ook niet dat zij niet nodig zijn (Noordegraaf, 2008). Hier zijn drie redenen voor. Ten eerste hebben publieke organisaties veelal te maken met een schaarste van middelen en een ongelimiteerde vraag die vaak meegroeit met de aanwezige middelen (Noordegraaf, 2003). Ten tweede heeft de publieke sector te maken met een, voorheen ongekende, kritische maatschappij die hamert op transparantie en efficiëntie van publieke organisaties. Als laatste valt op te merken dat het besturen van publieke organisaties erg complex is. Een manier om met deze complexiteit om te gaan, is om het te simplificeren middels concrete prestatie indicatoren (Noordegraaf, 2003).

De theorie toont aan dat het sturen op concrete prestaties voordelen en nadelen met zich kan meebrengen binnen de publieke sector en dat er dus voorzichtig omgegaan moet worden met de resultaten uit prestatiemetingen (De Bont & Grit, 2012). Aan de ene kant zijn zij nodig door (externe) druk. Aan de andere kant is er kritiek op de unidimensionaliteit van de prestatie indicatoren en überhaupt de mogelijkheid tot het creëren van waardevolle indicatoren (Propper & Wilson, 2003).

3.1.5 Subjectieve indicatoren: de oplossing?

Ten opzichte van de objectieve indicatoren, staan de subjectieve indicatoren. Subjectieve prestatie indicatoren worden binnen dit onderzoek gedefinieerd als metingen die kunnen bestaan uit beoordelingen en waardering vanuit eigen persoon, superieuren of experts (Bommer,

et al., 1995). Vanwege de hierboven genoemde problemen met objectieve prestatie indicatoren, zijn er organisaties die overgaan tot het gebruiken van *subjectieve* prestatie indicatoren (Wall, Mitchie, Patterson, Wood, Sheehan, Clegg & West, 2004). Subjectieve prestatie indicatoren hebben een aantal voordelen ten opzichte van objectieve prestatie indicatoren. Ten eerste zijn zij goedkoop ten opzichte van objectieve indicatoren, omdat zij makkelijk kunnen worden verzameld via enquêtes (Wall, *et al.*, 2004). Belangrijker, echter, is dat subjectieve prestatie indicatoren de informationele lacunes opvullen waar publieke organisaties vaak mee te maken hebben. Vaak zijn objectieve prestatie indicatoren niet verkrijgbaar en dus zorgen subjectieve prestatie indicatoren in ieder geval voor een indicatie van prestaties van medewerkers (Dawes, 1999).

Er kleven aan subjectieve prestatie indicatoren ook nadelen. Zo zijn de indicatoren gebaseerd op meningen van actoren. Meninge kunnen niet accuraat zijn. Sterker nog, Meier en O'Toole (2012) geven bijvoorbeeld aan dat metingen op basis van subjectieve organisatorische prestaties vaak kunnen leiden tot meetfouten, zoals verschillende *bias*. In het specifiek hebben subjectieve meetdata te maken met zogenaemde *spurious* (oneigenlijke) resultaten. Deze stammen af van een *common source bias*, waarbij de gevonden resultaten worden veroorzaakt door de meetmethode zelf, en niet door de gevonden constructen (Meier & O'Toole, 2012). Onderzoek wijst daarnaast uit dat mensen vaak sterk hun eigen prestaties overschatten (Meier & O'Toole, 2012).

De theorie laat zien dat het gebruik van subjectieve prestatie indicatoren mogelijk is, maar wel een goede mate van interpretatie vereist. Aan de ene kant zijn zij handig om de aanwezige lacunes op te vullen van performance management in de publieke sector. Aan de andere kant kennen subjectieve prestatie indicatoren veel last van *bias* en interpretatie ruimte.

3.1.6 Over de combinatie van beide indicatoren

Beide objectieve- en subjectieve prestatie indicatoren kampen met problemen, zoveel is duidelijk. Binnen de literatuur worden zowel objectieve als subjectieve indicatoren gebruikt om prestaties te meten (Meier & O'Toole, 2012; Wall, *et al.*, 2004; Bommer, *et al.*, 1995). Dit lijkt te impliceren dat deze twee manieren van meten uitwisselbaar zijn. De literatuur hierover is verdeeld. Onderzoeken tonen aan de ene kant aan dat er weinig significante verschillen zijn gevonden (zie bijvoorbeeld Nathan & Alexander, 1988) Aan de andere kant tonen onderzoeken aan dat juist de gelijkenis tussen beide soorten indicatoren te laag is om uitwisselbaar te zijn (Meier & O'Toole, 2012). Het lijkt aan de specifieke contextuele factoren te liggen of beide factoren uitwisselbaar zijn.

Binnen dit onderzoek wordt dan ook de houding aangenomen van Rich, Bommer, MacKenzie, Podsakoff & Johnson (1999). Binnen hun onderzoek geven zij aan dat, hoewel er een

relatie bestaat tussen objectieve en subjectieve prestatie indicatoren, deze niet uitwisselbaar zijn. Daarnaast, suggereren zij dat het gebruik van objectieve of subjectieve indicatoren kan liggen aan de specifieke contextuele factoren. Binnen dit onderzoek worden dan ook beide indicatoren gebruikt, maar worden zij niet uitwisselbaar gebruikt.

3.1.7 Gebruikte prestatie maten

Nu we weten wat voor prestaties er zijn en hoe prestaties kunnen worden gemeten, is het tijd om te kijken naar wat voor soort prestaties er gebruikt kunnen worden als het gaat om de wijkteams. In het kader van de gebruikte theorieën kunnen er in totaal vier soorten prestatie maten worden gevonden:

1. *Organisatorische objectieve prestatie maten*, zoals effectiviteits- en efficiëntie cijfers;
2. *Organisatorische subjectieve prestatie maten*, zoals meningen van leidinggevendenden over de effectiviteit en meningen over de kwaliteit van het gedane werk;
3. *HR-gerelateerde objectieve prestatie maten*, zoals verloopcijfers en ziekteverzuim;
4. *HR-gerelateerde subjectieve prestatie maten*, zoals bevlogenheid en werknemer loyaliteit.

Aangezien er werd beargumenteerd dat het belangrijk is om zo breed mogelijk te kijken naar de prestaties, lijkt het voor de hand liggend om prestatie maten te hebben van alle vier de soorten. Binnen het werk van de wijkteams konden echter niet alle prestaties worden gevonden onder alle vier de noemers. Bovendien is het voor de scope van deze studie onmogelijk prestatie maten in deze hoeveelheid te testen. Er is uiteindelijk gekozen om vier prestatie maten op te nemen: de organisatorische subjectieve prestatie maat *gepercipieerde teamprestaties*, de organisatorische objectieve prestatie maat *trajectduur in maanden*, de organisatorische objectieve prestatie maat *caseload* en als laatste, de organisatorische subjectieve prestatie maat *afname in de problematiek*. Gezien het de primaire taak is van de wijkteams om mensen weer op de been te helpen en gezien de gelimiteerde scope van deze studie, is gekozen om te focussen op dit werkaspect. Er konden helaas geen HR-gerelateerde uitkomsten worden meegenomen, omdat deze niet in de data konden worden gevonden met betrekking tot de cliënten en cases.

De gepercipieerde teamprestaties geven weer hoe de wijkteams zelf denken over hun gedane prestaties en geeft daarmee een subjectieve weergave van de prestaties. De trajectduur in maanden geeft de zwaarte van de problematiek weer waar de wijkteams mee te maken hebben en geeft daarmee een notie weer van de moeilijkheidsgraad van het werk. De caseload geeft aan hoeveel cliënten tegelijkertijd worden behandeld en geeft daarmee een notie van de hoeveelheid werk dat gedaan moet worden. Ter ondersteuning is er voor gekozen om de prestatie maat

afname in de problematiek mee te nemen. Deze prestatie maat geeft weer in hoeverre er een afname in de problematiek is geboekt bij de cliënt.

3.1.8 Conclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk werd de volgende vraag gesteld: *op welke manieren kunnen we prestaties meten van de Rotterdamse wijkteams?* Als eerste is er een onderscheid gemaakt tussen organisatorische uitkomsten en HR-gerelateerde uitkomsten, waarbij de organisatorische uitkomsten zich focussen op maten zoals effectiviteit en waarbij de HR-gerelateerde uitkomsten zich meer focussen op het gedrag van de werknemer. Verder kunnen prestatie maten worden verdeeld in twee groepen: objectieve en subjectieve prestatie indicatoren. Objectieve indicatoren worden gecreëerd aan de hand van concrete data, zoals bijvoorbeeld output. Subjectieve indicatoren worden gevormd door subjectieve data, zoals meningen van medewerkers, superieuren of experts. Beide indicatoren hebben hun voordelen en nadelen. De keuze is gemaakt om beide indicatoren *naast* elkaar te gebruiken. Een vierdeling kan nu worden gemaakt met op de ene as *organisatorisch* <-> *HR-gerelateerd* en op de andere as *subjectief* <-> *objectief*. Gekozen is voor het gebruik van twee organisatorische objectieve prestatie maten (caseload en trajectduur in maanden) en twee organisatorische subjectieve prestatie maten (gepercipieerde teamprestaties en afname van de problematiek). De reden achter deze keuzes zijn dat deze vier prestatie maten een belangrijk onderdeel van het werk van de wijkteams omhelzen. Binnen de methodologie wordt verder uiteengezet hoe de verschillende indicatoren worden geoperationaliseerd. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op wat voor factoren er invloed hebben op de prestaties van wijkteams.

3.2 Teams: invloeden op prestaties

3.2.1 Inleiding

Goede of slechte prestaties verschijnen niet uit het niets. Het is logischerwijs zo dat er bepaalde factoren zijn die invloed hebben op prestaties en groter gezien, het functioneren van de wijkteams. Het doel van dit hoofdstuk is om te onderzoeken welke factoren mogelijkwijs ten grondslag liggen aan goede of slechte prestaties en hoe we deze factoren met elkaar in verbinding kunnen brengen. De deelvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is dan ook de volgende:

“Op welke manieren kunnen de prestaties van wijkteams worden beïnvloed?”

Dit hoofdstuk heeft de volgende opzet. Eerst wordt er een algemeen model gepresenteerd, waarmee factoren die mogelijkwijs invloed hebben op de prestaties kunnen worden

gekoppeld; het zogenoemde Job Resources and Demands (JD-R) model. Vanuit dit model wordt er getheoretiseerd met wat voor negatieve en positieve factoren wijkteams te maken hebben die hun prestaties kunnen beïnvloeden. Als laatste worden er enkele hypothesen neergezet op basis van de theorie.

3.2.2 Het JD-R Model: waarom?

Factoren kunnen negatieve of positieve invloeden uitoefenen op prestaties. Zo kan een zwaar takenpakket en een slecht sociaal klimaat in een organisatie bijvoorbeeld zorgen voor slechtere prestaties. Anderzijds kunnen factoren zoals goede faciliteiten en een goed teamverband juist zorgen voor een bevordering van de prestaties. In deze studie worden deze positieve en negatieve factoren aan elkaar gekoppeld door middel van het JD-R model. Voordat er dieper wordt ingegaan op het JD-R model zelf, wordt er eerst theoretisch onderbouwd waarom juist dit model wordt gebruikt. Het model zelf heeft enkele voorlopers, waaronder het *demand-control model* van Karasek (1979) en het *effort-reward imbalance* (ERI) model van Siegrist (1996).

Binnen het demand-control model wordt er vooral gekeken naar de combinatie tussen de hoogte van taakeisen en de mate waarin een werknemer controle heeft over zijn werk (Karasek, 1998). Het ERI model legt nadruk op de (on)balans tussen de mate waarin moeite wordt gedaan - en dus impliciet ook de hoogte van de taakeisen - en de hoogte van de beloning. Een (te) grote onbalans tussen de twee variabelen zal leiden tot stress en onbehagen onder werknemers (Van Vegchel, De Jonge, Bakker, Schaufeli, 2002). Beide modellen bezitten waarschijnlijk een kern van waarheid, maar worden al geruime tijd kritisch bekeken. Deze kritiek uit zich met name in drie gebieden (Bakker & Demerouti, 2016): eerdere modellen zijn vaak te gesimplificeerd, de eerdere modellen zijn vaak te eenzijdig, de eerdere modellen hebben een erg statisch karakter en kunnen dus niet worden gebruikt bij moderne complexe banen.

Het JD-R model verschaft binnen dit onderzoek een theoretische lens waardoor wij het werk van professionals binnen de wijkteams in een breed kader kunnen bestuderen. Van oudsher diende het JD-R model niet zozeer als voorspeller van (team)prestaties, maar meer als voorspeller van het welzijn van werknemers binnen de organisatie (Bakker & Demerouti, 2007). Echter, vanwege de breedte van het model, kan het nagenoeg voor alles worden ingezet:

“The JD-R model can be applied to a wide range of occupations, and can be used to improve employee wellbeing and performance” (Bakker & Demerouti, 2007: p.310)

De breedte van het JD-R model komt voort uit het feit dat elke baan verschillend is, maar dat deze verschillen terug te leiden zijn naar twee overkoepelende categorieën: *demands* (taakeisen) en

resources (hulpbronnen). Middels deze methodiek kan dit model dus toegepast worden in nagenoeg elke situatie, ongeacht de baan-specifieke taakeisen en hulpbronnen (Bakker & Demerouti, 2007).

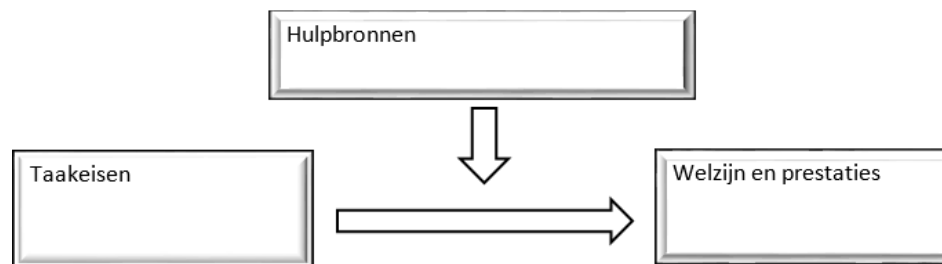
3.2.3 Het JD-R model uitgelegd

De twee hoofdbestanddelen van het JD-R model bestaan dus uit de taakeisen enerzijds en de hulpbronnen anderzijds. De taakeisen refereren naar psychische, fysieke, sociale en organisatorische aspecten van het werk die een dergelijke inspanning behoeven om in stand te houden (Bakker & Demerouti, 2016). Deze taakeisen zijn in de basis niet negatief; enkel als zij in een dermate grote mate aanwezig zijn, zullen zij een stressvolle impact hebben op het welzijn van de werknemer en daarmee ook de performance. Om met deze taakeisen om te kunnen gaan kunnen medewerkers in meer of mindere mate hulpbronnen in hun bezit hebben. Hulpbronnen worden gedefinieerd als fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die hen helpen om bepaalde doelen te volbrengen, het reduceren van bepaalde taakeisen of het stimuleren van persoonlijke groei en ontwikkeling (Bakker & Demerouti, 2007).

De twee dimensies kennen elk hun eigen onafhankelijk effect. Hoge taakeisen bijvoorbeeld, dragen bij aan het uitputten van middelen van werknemers. Voorbeelden zijn een hoge werkdruk en emotionele eisen binnen het werk (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, Shaufeli, 2007). Dit wordt ook wel een *health impairment* proces genoemd. In andere woorden, de taakeisen hebben een negatief effect op de prestaties. In contrast, brengen hulpbronnen onder andere organisatorische commitment en bevlogenheid met zich mee. Vanwege hun potentieel motiverende werking, helpen zij medewerkers om hun doelen te behalen. Dit wordt ook wel het *motivational* proces genoemd. Zodoende hebben de hulpbronnen een positief effect op de prestaties.

Naast de individuele processen, kennen de hulpbronnen en taakeisen ook een interactie effect met elkaar. Deze interactie voorspelt onder andere de performance (Bakker & Demerouti, 2016). Er zijn twee manieren waarop hulpbronnen en taakeisen een effect hebben op het welzijn van werknemers en daarmee ook op de performance. Ten eerste is er het buffereffect van de hulpbronnen op de impact van de taakeisen op het welzijn van de medewerkers. De hulpbronnen mitigeren de negatieve impact van deze taakeisen om zo slechtere prestaties te voorkomen (Xanthopoulou, *et al.*, 2007). Werknemers die dus meer hulpbronnen beschikbaar hebben, zouden beter kunnen omgaan met de taakeisen (zie figuur 1).

Figuur 1 Conceptueel model interactie effect taakeisen en hulpbronnen



Ten tweede is er het effect dat de mate van taakeisen de impact van de hulpbronnen vergroten op de motivatie en betrokkenheid van de werknemer. In andere woorden, hoe meer taakeisen een medewerker heeft, hoe meer invloed de hulpbronnen hebben op de motivatie en betrokkenheid (Bakker & Demerouti, 2016). In het kader van de scope van dit onderzoek is er voor gekozen om de individuele effecten op te nemen en het interactie-effect, waarbij de hulpbronnen het effect van de taakeisen op het welzijn en de prestaties mitigeren. Voordat we echter ingaan op de gekozen taakeisen en hulpbronnen binnen dit onderzoek, wordt er eerst gekeken naar de manier waarop het JD-R model toegepast kan worden op teamniveau.

3.2.4 Het JD-R model op teamniveau

Een theoretische tekortkoming van het JD-R model is dat het zich altijd heeft gefocust op de individuele werknemer binnen de organisatie. Logisch, aangezien het model oorspronkelijk ging over mogelijke gezondheidsrisico's. De huidige tendens is echter juist dat steeds meer organisaties specialistische teams opzetten om efficiënter te werken. Dit betekent dat werknemers te maken hebben met een extra set aan soorten taakeisen en hulpbronnen; die op teamniveau. Teams kennen zelf hun eigen hulpbronnen en taakeisen die bijvoorbeeld te maken hebben met interne teamprocessen zoals samenwerking en een ander soort aansturing. In dit licht, en aangezien het in deze studie gaat over *wijkteams*, is het theoretisch interessant om het JD-R model toe te passen op teamniveau. Dit is voor zover bekend nog niet eerder gedaan, alhoewel het theoretisch gezien wel past binnen de logica van het JD-R model. Zo stellen Bakker en Demerouti (2007, p. 312) het volgende:

“At the heart of the Job Demands-Resources model lies the assumption that whereas every occupation may have its own specific risk factors associated with job stress, these factors can be classified in two general categories, thus constituting an overarching model that may be applied to various occupational settings, irrespective of the particular demands and resources involved.”

Vanuit deze assumptie kunnen verschillende teamprocessen dus ook worden meegerekend als zijnde hulpbronnen of taakeisen, gezien de beroepssetting en de mogelijke taakeisen en hulpbronnen niet uitmaken voor het model. Zo noemen Bakker en Demerouti (2007) zelf ook teamklimaat als mogelijke hulpbron. Hoewel deze hulpbron op individueel niveau gemeten is, wordt het team wel gezien als een mogelijke bron van hulp. Dit maakt de stap naar de toepassing van het JD-R model op teamniveau wat kleiner.

De breedte van het model laat dus toe dat het op teamniveau te gebruiken is. Logischerwijs moet er dan wel een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen individuele taakeisen en hulpbronnen en teamwijde taakeisen en hulpbronnen. Elementen die dus slaan op de individuele werknemer kunnen niet worden meegenomen in het geheel. Hieronder vallen bijvoorbeeld hulpbronnen zoals bevoegdheid en individuele expertise. Anderzijds moet worden opgepast dat de genomen taakeisen mogelijkerwijs invloed moet kunnen hebben op *het gehele team*. Zo kunnen taakeisen als 'problemen met de leidinggevende' *niet* worden gezien als een teamwijde taakeis. In de paragrafen hieronder zal er met betrekking tot dit probleem bij de keuze van de taakeisen en de hulpbronnen worden uitgelegd waarom het op een teamniveau kan worden meegenomen.

3.2.5 Taakeisen: zorgvraag

De taakeisen werden in paragraaf 2.3.2 beschreven als bepaalde fysieke, psychologische, sociale en organisatorische aspecten die een dergelijke inspanning behoeven. Het werk van de zorgprofessional – en daarmee het wijkteam – bestaat primair uit het helpen van mensen. De manier waarop de cliënt geholpen moet worden, wordt mede bepaald door de problematiek. In die mate kan de problematiek van een cliënt dus worden gezien als een individuele taakeis. Om dit naar teamniveau te tillen is er voor gekozen om de *zorgvraag* te nemen. Wat is deze zorgvraag precies? Rotterdam is verdeeld in 42 zorgdeelgebieden, waar elk een wijkteam actief is. Binnen deze deelgebieden leven mensen met verschillende problematieken. De geaccumuleerde hoeveelheid problematieken kunnen worden samengevat in de zogenoemde *zorgvraag* van de betreffende wijk. Deze zorgvraag kan dus eigenlijk worden gezien als een pakket van taakeisen voor het wijkteam. Immers moet deze zorg geleverd worden en is dit het doel van hun baan. De zorgvraag kan dus vanuit een teamperspectief worden meegenomen als een geaccumuleerde taakeis.

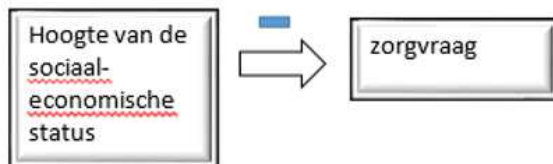
De vraag is nu waaruit deze zorgvraag bestaat. Om die vraag te beantwoorden is er gekeken naar een bestaand onderzoek naar de benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken in Den Haag (Eitjes, De Graaf-Ruizendaal, De Bakker, 2014). In hun stuk onderzoeken zij wat de factoren zijn die de zorgvraag kan voorspellen om zo de benodigde capaciteit te berekenen. Ten grondslag aan de zorgvraag liggen de zogenoemde *wijkkenmerken*, ofwel kenmerken die de zorgconsumptie binnen een wijk kunnen voorspellen (Eitjes, *et al.*, 2014).

Hoewel dit onderzoek draait om een andere doelgroep, namelijk de wijkverpleegkundige, hanteert het onderzoeks- en business intelligence centrum (OBI) van Rotterdam eenzelfde benadering om de zorgvraag voor hun wijkteams te berekenen en dus kunnen we veronderstellen dat de zorgvraag een grote rol kan spelen in de berekening van de zorgvraag. Deze zorgvraag bestaat uit verschillende onderdelen die hieronder zullen worden behandeld.

1. De sociaaleconomische status

De *sociaaleconomische status* (SES) is een middel om de positie van mensen op een maatschappelijke ladder te zien. Omdat SES een te observeren begrip is, worden begrippen zoals *opleidingsniveau*, *beroepsstatus* en *inkomen* vaak gebruikt als indicatoren door bijvoorbeeld het SCP (Knol, 2012). Onderzoeken, onder andere van de SCP (zie bijvoorbeeld het Nationaal Kompas Volksgezondheid), laten zien dat de sociaal economische status in verband staat met de ervaren gezondheid van mensen (GGD, 2014). Uit een onderzoek van de GGD Rotterdam-Rijnmond blijkt bijvoorbeeld dat mensen met een lagere sociaaleconomische status meer gezondheidsproblemen hebben, minder lang leven en een verminderde ervaren gezondheid hebben. Bovendien blijven deze verschillen stabiel over tijd (Van den Berg-de Ruiter, Schouten, Smit, Van Veelen-Dieleman, 2014). Daarmee is de sociaaleconomische status van een wijk een belangrijke indicator voor de zorgvraag. De verwachting is dat er een negatief verband zal zijn, waarbij de hoogte van de SES een negatieve invloed zal hebben op de zorgvraag en indirect gezien dus op de prestaties. Figuur 2 laat het verband zien tussen de SES en de zorgvraag.

Figuur 2 Effect sociaaleconomische status

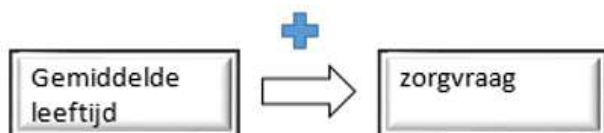


2. De leeftijd binnen de wijk

Vanwege de toenemende vergrijzing in ons land gaat de gemiddelde leeftijd binnen de wijken omhoog. Aangezien ouderen meer last hebben van een verslechterende gezondheid, zal de zorgvraag toenemen met de vergrijzing. Bovendien zijn ouderen relatief vaker eenzaam en ook daar zullen zij hulp voor nodig hebben (Van den Berg, *et al.*, 2014). Er wordt dus een positieve relatie verwacht tussen de gemiddelde leeftijd en de zorgvraag (figuur 3), en daarmee ook indirect

een relatie met een verhoogde werkdruk. Het maakt van leeftijd een indicator voor een verhoogde zorgvraag.

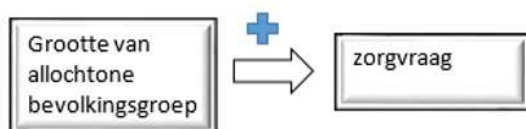
Figuur 3 Effect van leeftijd



3. De etnische herkomst

Afkomst, zo hebben onderzoeken uitgewezen, heeft een effect op de gezondheid. Er zitten vooral gezondheidsverschillen tussen autochtone en allochtone bevolkingsgroepen. Het nationaalkompas geeft aan dat dit te maken heeft met een aantal factoren. Ten eerste blijkt er een significant verschil te zitten tussen autochtonen en allochtonen als het gaat om opleidingsniveau en inkomen. Ten tweede zijn er bepaalde leefstijlfactoren die allochtonen hanteren die ongezonder worden geacht. Ten derde verschilt het zorggebruik tussen autochtone en allochtone bevolkingsgroepen, waarbij allochtonen minder gebruik maken van preventieve zorg (Van den Berg, *et al.*, 2014). Al in al kan gesteld worden dat er een positieve relatie wordt verwacht tussen de grootte van de allochtone bevolkingsgroep in een wijk en de zorgvraag.

Figuur 4 Effect grootte van de allochtone bevolkingsgroep



4. De huishoudsamenstelling

Onderzoek van het nationaal kompas toont aan dat mensen die samenleven over het algemeen gezonder zijn. Hierbij wordt er geen onderscheid gemaakt tussen het huwelijk en samen zijn met een ongehuwde partner, omdat in de basis, het hebben van een partner verband heeft met een betere gezondheid (Van den Berg, *et al.*, 2014). Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat alleenstaande mensen zich een wat risicovollere levensstijl kunnen permitteren. Het aandeel

alleenstaande mensen in een wijk levert dus een positief verband op, waarbij de grootte van het aantal alleenstaande mensen in een wijk zorgt voor een grotere zorgvraag.

Figuur 5 Effecten burgerlijke status



Deze vier wijkenmerken vormen samen de zorgvraag. Gezien de zorgvraag wordt gezien als de grote bron van taakeisen binnen deze scriptie en dat disproportioneel veel taakeisen kunnen zorgen voor een slechtere performance, wordt er de volgende hypothese opgesteld:

1. *Hoe zwaarder de zorgvraag voor de wijkteams, hoe slechter de prestaties.*

3.2.6 Hulpbronnen: High Performance Team dimensies

De hulpbronnen waarover personeel kan beschikken zijn vrijwel eindeloos. Maar, deze breedte brengt ook nadelen met zich mee: welke hulpbronnen moeten er bijvoorbeeld worden gekozen? Belangrijk is dat er hulpbronnen worden genomen die op teamniveau kunnen worden gemeten. Bovendien is in hoofdstuk 2 al naar voren gekozen dat de wijkteams opereren met een zekere professionele vrijheid, waar weinig sturing aanwezig is (Gemeente Rotterdam, 2015). Hierdoor is er niet veel bekend over de hulpbronnen die zij beschikken. Wat zij echter wel gemeen hebben is dat de professionals allemaal werken in teams en dat zij waarschijnlijk belang hebben bij een goede samenwerking. Bovendien, omdat hulpbronnen in dit onderzoek voor het eerst op team niveau worden gemeten, worden de bronnen geformuleerd op basis van de team literatuur. Een andere factor voor de keuze voor bepaalde hulpbronnen, is dat deze studie zich focust op teams in de publieke sector. Weten we vanuit het vorige hoofdstuk dat de publieke sector een grote invloed kan uitoefenen op de wijkteams en hun prestaties. Vanwege deze veronderstellingen is er gekozen voor een model dat rekening houdt met de voordelen van teamwork en dat al gebruikt is in verband met teams die werken in de publieke sector: het *High Performance Team Model* van Kuipers en Groeneveld (2014).

De theorie achter de dimensies van High Performance Teams (vanaf nu HPT's), is dat een excellerend team zes dimensies heeft: bevlogenheid, zelfmanagement, doelgerichte samenwerking, taakgerichte samenwerking, stakeholdergerichte samenwerking en leiderschap en dat deze functionele en ondersteunende teamprocessen zorgen voor een beter functionerend team, waardoor de prestaties beter worden. Vanwege de aanname dat deze zes dimensies

bijdragen aan betere prestaties, kunnen deze ingrediënten worden gezien als hulpbronnen. Van deze zes dimensies kan bevlogenheid niet worden meegenomen, omdat op de manier waarop deze dimensie gemeten is in de data, deze eerder betrekking heeft tot een meer individueel aspect van het werk.

De vijf dimensies die overblijven kunnen worden gezien als teamprocessen welke indirect kunnen zorgen voor betere prestaties doordat het team beter functioneert (Kuipers & Groeneveld, 2014). Dit kan op twee manieren plaatsvinden. Enerzijds kunnen deze processen afzonderlijk effect hebben op de prestaties. Anderzijds kunnen deze teamprocessen ook middels een interactie-effect invloed hebben op de prestaties. In deze paragraaf kijken we enkel naar hoe het eerste effect – dus het afzonderlijke effect – tot stand kan komen. In de volgende paragraaf zal het interactie-effect worden besproken.

1. Zelfmanagement

Het concept van zelfmanagement lijkt sterk op het begrip van autonomie, maar is toch verschillend. Bij autonomie verschaft de organisatie ruimte aan het team om bepaalde aspecten van het werk in te vullen. Bij zelfmanagement wordt er een meer een bottom-up methode gehanteerd, waarbij er wordt gekeken hoe teams zelf de ruimte nemen in het werk (Kuipers & Groeneveld, 2014). De voordelen van een hoge mate van zelfmanagement zijn, dat er binnen teams die dat bezitten een hoge efficiëntie optreedt: taken kunnen beter worden verdeeld binnen het team en ieder neemt zijn of haar eigen verantwoordelijkheid voor de taak. Bovendien heeft het als voordeel dat teams beter en hechter samenwerken om hun doelen te verwezenlijken. De verwachting is dan ook dat een hogere mate van zelfmanagement teams beter zullen functioneren en dat zal de prestaties stimuleren.

2. Doelgerichte samenwerking

Binnen de zes originele HPT dimensies zijn er drie vormen van samenwerking te vinden. De eerste is doelgerichte samenwerking (Kuipers & Groeneveld, 2014). Binnen een doelgerichte samenwerking is *doelafhankelijkheid* een belangrijk concept. De doelafhankelijkheid laat zien in hoeverre er voor teams doelen worden gesteld om te halen. De doelafhankelijkheid is daarmee in essentie de inkadering. Hoe het doel vervolgens wordt gehaald, dat proces, is doelgerichte samenwerking. Teams die een hoge mate van doelgerichte samenwerking bezitten, hebben vaak concreet geformuleerde doelen waarvan de betekenis door elk teamlid wordt gedeeld. Deze helderheid van doelen heeft een positieve invloed op het team-functioneren, door bijvoorbeeld de bevlogenheid te stimuleren, waardoor de prestaties beter zouden kunnen worden.

3. Taakgerichte samenwerking

Een andere vorm van samenwerking is de taakgerichte samenwerking. Bij deze vorm van samenwerking draait het erom dat er binnen het team een afstemming en deling van informatie nodig is om taken goed uit te voeren. Dit proces is vooral van belang als de taken die uitgevoerd moeten worden complex zijn. Deze afstemming en informatiedeling kan ook worden gezien als *taakafhankelijkheid* (Kuipers & Groeneveld, 2014). Hiermee wordt ook wel bedoeld de mate waarin teamleden van elkaar afhankelijk zijn om diens taken te kunnen volbrengen. Dit heeft het voordeel dat een hogere taakafhankelijkheid zorgt voor een nauwere samenwerking, wat betere prestaties oplevert. Volgens Kuipers en Groeneveld (2014) weegt dit voordeel hoger dan het nadeel en verwachten we dus dat een hogere mate van taakgerichte samenwerking het functioneren van een team stimuleert en zo de prestaties verbetert.

4. Stakeholdergerichte samenwerking

De laatste vorm van samenwerking is de stakeholdergerichte samenwerking. Binnen deze vorm van samenwerking gaat het niet om samenwerking binnen het team, maar de samenwerking met externe partijen (Kuipers & Groeneveld, 2014). De teamleden behouden dan ook goed het contact met verschillende, belangrijke partijen extern aan het team. Dit kunnen bijvoorbeeld andere teams zijn binnen de organisatie of partijen extern aan de organisatie zoals klanten. Een goede verbinding met het externe landschap betekent een betere informatievoorziening en de eventuele levering van essentiële middelen aan het team. Stakeholdergerichte samenwerking is vooral belangrijk in het werk van de wijkteams, omdat zij aanvullende informatie nodig hebben over cliënten. Kuipers en Groeneveld (2014) onderschrijven het belang van stakeholdergerichte samenwerking omdat het direct de prestaties verbetert door de tevredenheid van stakeholders op een hoog peil te houden door zich in te kunnen leven in de wensen en behoeften. De verwachting is dus dat een hoge mate van stakeholdergerichte samenwerking zal bijdragen aan een betere performance.

5. Leiderschap

Leiderschap is een concept waar veel over geschreven is over de jaren. Veel soorten leiderschap zijn beschreven. Zie bijvoorbeeld 't Hart (2014) of Van Wart (2012) voor een paar goede overzichten. Veel van deze soorten leiderschap focussen zich op de individuele werknemer en hoe

deze geleid moet worden. Er moet dus een soort leiderschap worden gekozen die past in het kader van het teamverband. Er wordt gekeken naar het transformationeel leiderschap, waarin de leider niet zozeer stuurt op concrete doelen, maar waar de leider het team motiveert om samen te werken en naar gezamenlijke doelen te streven. Een duidelijke conceptualisering van transformationeel leiderschap is er niet, omdat de conceptuele kaders erg vaag zijn (Van Knippenberg & Sitkin, 2013). Het gaat hier vooral om een soort leiderschap dat het team stimuleert om waarden af te stemmen, goed met elkaar samen te werken en gezamenlijke doelen te creëren (Kuipers & Groeneveld, 2014). Succesvol leiderschap zorgt er dan ook voor dat een team beter zal functioneren. We verwachten dan ook dat teams met passend leiderschap, meer performance zullen laten zien.

Nu de vijf dimensies uiteen zijn gezet, kan er een algemene hypothese worden geformuleerd. De verwachting is dat deze dimensies kunnen worden gezien als hulpbronnen die het team helpen om efficiënter en effectiever te werken en zo de prestaties te bevorderen. Hoe meer deze hulpbronnen dus aanwezig zijn, hoe beter de prestaties van het team kunnen zijn. De hypothese is als volgt:

- 2. Hoe meer de HPT dimensies aanwezig zijn binnen een team, hoe beter de prestaties.*

3.2.7 Taakeisen en hulpbronnen: een interactie-effect.

Hierboven zijn de individuele effecten besproken. Zo luiden de hypothesen dat een zwaardere zorgvraag de prestaties zal belemmeren en dat meer aanwezigheid van HPT dimensies binnen een team juist zullen zorgen dat, middels een beter functionerend team, de prestaties worden gestimuleerd. Bakker & Demerouti (2016) beargumenteren echter ook dat de taakeisen en hulpbronnen met elkaar interacteren, hetgeen het model een dynamisch karakter geeft. Bakker & Demerouti (2016) geven aan dat het mogelijk is dat de hulpbronnen het effect van de taakeisen op de prestaties zullen mitigeren. De verwachting is dus dat het effect van een zware zorgvraag zal worden gemitigeerd door de vijf HPT dimensies. Zo is de verwachting dat er beter kan worden omgegaan met de zorgvraag op het moment dat de efficiëntie en effectiviteit van teams zullen toenemen. Een hechte samenwerking zal bijvoorbeeld ervoor kunnen zorgen dat er beter met de caseload kan worden omgegaan; er kan beter gespard worden over bepaalde problemen waar leden van een team tegenaan lopen. Tot op heden zijn in de literatuur de vijf HPT dimensies nog niet in verband gebracht met het JD-R model. Echter, de gangbare gedachte is, dat hoe meer de vijf

HPT dimensies aanwezig zullen zijn binnen een team, hoe minder negatief de zorgvraag invloed zal hebben op de prestaties. De derde hypothese luidt dan als volgt:

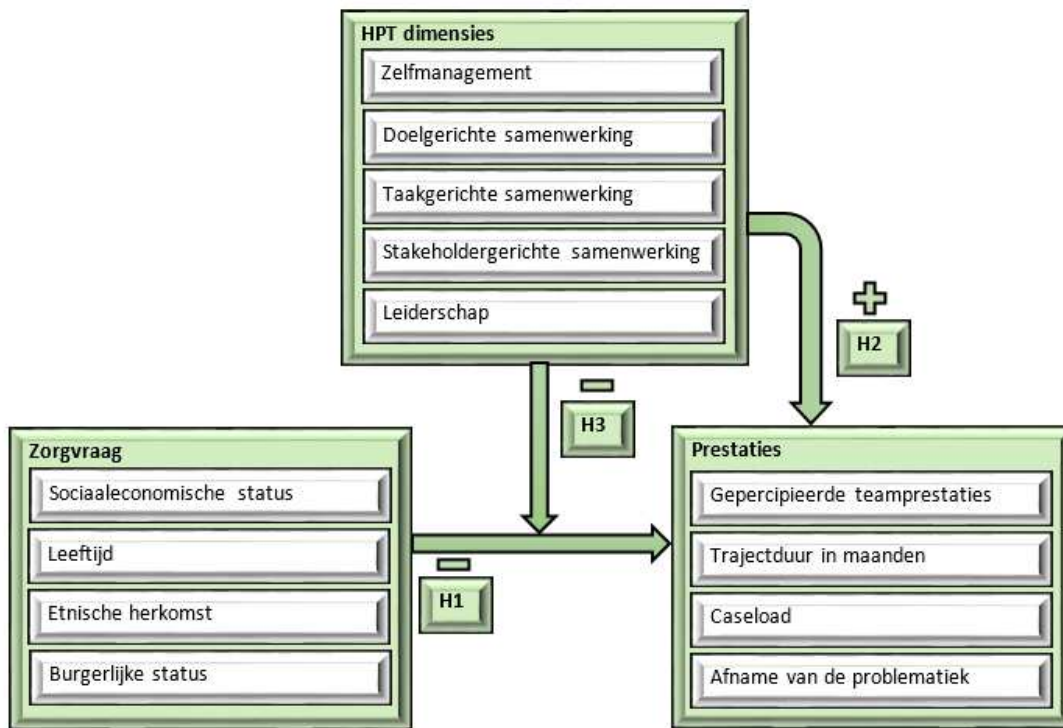
3. *Het effect van de zorgvraag op de prestaties zal worden gemodereerd door de aanwezigheid van de vijf HPT dimensies.*

3.3 Conclusie en conceptueel model

Binnen de laatste paragraaf is gepoogd om antwoord te geven op de volgende vraag: *op welke manieren kunnen de prestaties van wijkteams worden beïnvloed?* Om deze vraag te beantwoorden is het JD-R model gebruikt, omdat het met zijn brede kaders zich leent voor verschillende soorten input. Het uitgangspunt is dat medewerkers te maken hebben met taakeisen enerzijds en hulpbronnen anderzijds. Een belangrijk aandachtspunt was dat beide de taakeisen en de hulpbronnen op teamniveau effect moesten hebben. Uiteindelijk is er voor gekozen om de zorgvraag als overkoepelende taakeis te laten fungeren, omdat de zorgvraag het grootste deel van het takenpakket van een wijkteam omvat. De zorgvraag bestaat uit vier wijkkenmerken, die elk moeten leiden tot een grotere zorgvraag. Onder deze wijkkenmerken vallen: de sociaaleconomische status, de gemiddelde leeftijd, de grootte van allochtone bevolkingsgroep, de hoeveelheid alleenstaanden. Voor de hulpbronnen is er gekeken naar wat teams laat excelleren: vijf dimensies van High Performance Teams van Kuipers en Groeneveld (2014): zelfmanagement, doelgerichte samenwerking, taakgerichte samenwerking, stakeholdergerichte samenwerking en leiderschap. Hier is er vanuit gegaan dat deze vijf dimensies fungeren als functionele en ondersteunende teamprocessen.

Er zijn in totaal drie hypothesen gevormd. Twee vormen zelfstandige effecten, namelijk dat een grotere zorgvraag zou moeten leiden tot minder prestaties en dat de aanwezigheid van de HPT dimensies indirect zouden moeten leiden tot meer prestaties. Het laatste effect is een interactie-effect waarbij er vanuit wordt gegaan dat de aanwezigheid van de HPT dimensies het effect van de zorgvraag zal mitigeren. De drie hypothesen zien er als volgt uit in een conceptueel model:

Figuur 6 Conceptueel model



4 Methodologische verantwoording

De kaders en de conceptualisering die in het theoretisch kader zijn gevonden, worden in dit hoofdstuk geconcretiseerd en verantwoord. Dit hoofdstuk heeft de volgende opzet. Als eerste wordt er aandacht gegeven aan het onderzoeksdesign. Daarna volgt een paragraaf waarbij er wordt gekeken naar de manier waarop de begrippen worden geoperationaliseerd. Als laatste zal er dieper worden ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek, ofwel de kwaliteit.

4.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is uitgevoerd middels een kwantitatieve methode. Een kwantitatief methode is een objectief, formeel en systematisch proces, waarin numerieke data worden gebruikt om bepaalde fenomenen te meten of te kwantificeren (Carr, 1994). Dit betekent dat een kwantitatief onderzoek, ten opzichte van kwalitatief onderzoek, over het algemeen deductief de theorie test. Kwantitatief onderzoek heeft als voordeel dat verbanden, zoals oorzaak en gevolg relaties, betrouwbaar kunnen worden weergegeven.

4.1.1 Dataverzameling

Om de hypothesen te kunnen testen en de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is er gebruik gemaakt van verschillende databronnen. In totaal is er gebruik gemaakt van drie databronnen: cijfers van Basisregistratie Personen (BRP) voor de zorgvraag, een enquête onder de wijkteams van Rotterdam over de zes ingrediënten van High Performance Teams en de gepercipieerde teamprestaties en een databestand afkomstig van MensCentraal, geraadpleegd voor mogelijke prestatie indicatoren. Het gebruik van meerdere databronnen zorgt ervoor dat de kans op een common source bias wordt verminderd. Hieronder wordt kort elk databestand toegelicht.

1. Basisregistratie Personen

De gegevens over de wijkenmerken zijn gehaald uit een databestand die door gemeenten wordt bijgehouden. Deze registratie bevat persoonsgegevens van inwoners (www.rijksoverheid.nl), zoals de nationaliteit, geregistreerde partnerschappen en de verblijfplaats¹. Normaliter zijn deze gegevens op persoonsniveau (voornaam en achternaam, geslacht en burgerservicenummer),

¹ Voor alle gegevens, raadpleeg www.rijksoverheid.nl.

maar zijn, ten aanzien van dit onderzoek, geaggregeerd naar wijkniveau. Wat overblijft is een gemiddelde per wijk en een n van 42; de hoeveelheid wijkteams werkzaam in Rotterdam. Er is dus geen mogelijkheid om persoonlijke gegevens aan deze gegevens te ontleen. Uit de databron worden gegevens gehaald die de onafhankelijke variabele – zorgvraag – zullen vormen. De peildatum is 15 november 2016. In de betreffende bron is Rotterdam opgedeeld in 42 wijken en bevat onder andere gegevens over de verdeling van leeftijd binnen de wijken, het aantal eenoudergezinnen, het aandeel niet-westerse bevolkingsgroepen, maar bijvoorbeeld ook het percentage ouders dat met een verslaving kampt.

2. Enquête over High Performance Teams

De gegevens over de aanwezigheid van de zes ingrediënten binnen de wijkteams komen van een rapport over de effecten van de decentralisatie en het – nieuwe – werken in wijkteams. Binnen deze enquête worden onder andere vijf dimensies gebruikt, die in dit onderzoek worden gebruikt als moderator (hulpbronnen). In de operationalisering volgt een nadere uiteenzetting van welke vragen gebruikt zijn voor welk ingrediënt. Naast de ingrediënten zijn er in het onderzoek nog andere variabelen opgenomen, waaronder een prestatie indicator. Deze prestatie indicator zal ook worden gebruikt als afhankelijke variabele binnen dit onderzoek (*gepercipieerde teamprestaties*). Meer hierover ook in de operationalisering. Als laatste zijn er andere organisatorische elementen opgenomen zoals de kwaliteit van de faciliteiten en vragen over de manier waarop regels tot uiting komen binnen het werk. Vooral de laatste variabele zou kunnen worden gezien als een taakeis. De variabele is echter niet meegenomen, simpelweg omdat er de tijd niet voor is gevonden.

De enquête, onder leiding van Prof. dr. Steijn en dr. Van der Voet is uitgezet onder de toenmalige leden van alle wijkteams. Van de totaal 755 uitnodigingen met een peildatum van mei 2016, hebben 345 respondenten gereageerd. In percentages is dit een responsratio van 46%, met een gemiddelde responsratio van 46,8% per team. In totaal zijn er drie herinneringen gestuurd om deel te nemen aan het onderzoek. Omdat onder sommige teams de responsratio marginaal is, is er voor het bepalen van teamgemiddelden voor gekozen om een minimaal responspercentage in te stellen van 30% (Steijn, Van der Voet, Huizenga, 2017). Dit is in het belang van de representativiteit van de cijfers en om outliers te voorkomen. Het gevolg van het opstellen van een minimaal responspercentage is dat er één team van Rotterdam is afgefallen, waardoor de n op 41 komt te liggen.

Van de medewerkers die binnen het wijkteam werken is 85% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt grofweg zo'n 40 jaar, waarbij de range 42 jaar betreft; de laagste leeftijd is 22 en de hoogste leeftijd is 64 jaar. Er is binnen dit onderzoek geen onderscheid

gemaakt naar de mate van werkervaring. De gemiddelde werkervaring is 13,5 jaar, met als range 42; mensen die net begonnen zijn met nul jaar ervaring tot mensen met 42 jaar ervaring in het vak. Als laatste is er nog gevraagd naar de educatieve achtergrond. Het merendeel van de respondenten heeft hoger beroepsonderwijs genoten, namelijk 83,5% (Steijn, *et al.*, 2017).

Voor de operationalisering van de zes ingrediënten zijn in totaal 40 vragen gebruikt en voor de meegenomen prestatie indicator is een schaal gemaakt van zes vragen. De items van de concepten zijn te vinden in de paragraaf over de operationalisering. Er is er voor gezorgd dat respondenten een minimaal aantal vragen hebben ingevuld. De 345 respondenten zijn gegroepeerd onder hun betreffende wijkteam en geaggregeerd, waardoor er een n overblijft van 41, omdat 1 team afvalt vanwege te weinig respondenten.

3. MensCentraal

MensCentraal is een toolbox voor gemeenten, ontwikkeld voor het oplossen van sociale en maatschappelijke vraagstukken (www.menscentraal.com). Door de gemeente Rotterdam wordt dit onder andere gebruikt om allerlei gegevens rondom het werk van wijkteams op een centrale plek te verzamelen. Binnen deze databron bevinden zich gegevens over de trajectduur van cases, de mate waarin de cliënten vooruit zijn geholpen, datums van afspraken, redenen van beëindiging van afspraken met cliënten en welke hulpverlener aan welke case heeft gewerkt. De peildatum van deze bron is 12 september 2016.

Vanuit deze databron worden enkele objectieve prestatie indicatoren gehaald. Zoals in het theoretisch kader al werd aangehaald, is het binnen het sociaal domein vaak moeilijk om objectieve prestatie-maten te vinden. In plaats daarvan is er wijder gekeken naar mogelijke andere prestatie indicatoren.

De databron van MensCentraal is opgebouwd met als basis de cases die zijn ingevuld door de medewerkers binnen de wijkteams. Bovendien staan meerdere cases er meerdere keren in; elke keer als er vooruitgang of achteruitgang wordt geboekt, wordt dit opnieuw ingevuld. Dit betekent dat de data eerst moesten worden omgevormd om tot een bruikbaar bestand te kunnen komen. Het proces wordt hier summier uiteengezet. Eerst is er voor gezorgd dat elke case er maximaal één keer in stond. Dit is gedaan door te ontdebellen binnen het bestand. Daarna is er voor gezorgd dat elke case een aparte begin- en eind- meting heeft. De keuze hiervoor is gedaan omdat zo de eventuele vooruitgang van een cliënt kan worden gemeten. De derde stap is het selecteren van het soort case. Er is gekozen voor het alleen selecteren van cases die al gesloten zijn, omdat deze cases een begin- en eindtijd hebben en een begin- en eindmeting. Derhalve kunnen de cases met elkaar worden vergeleken. De uiteindelijke N die overblijft, heeft een grootte van 2011. Vervolgens zijn deze cases gegroepeerd naar de betreffende medewerker en het

betreffende wijkteam. Als laatste zijn de gegevens geaggregeerd naar teamniveau, waardoor er een N overblijft van 42.

4.2 Operationalisering

Binnen de vorige paragraaf is er al kort gesproken over de bewerkingen die de data moesten ondergaan om klaar te zijn voor verwerking. In deze paragraaf wordt de volgende opbouw gehanteerd: eerst wordt er gekeken naar de operationalisering van de onafhankelijke variabelen, de taakeisen (zorgvraag) en de hulpbronnen (HPT ingrediënten). Daarna wordt er gekeken naar de operationalisering van de prestatie indicatoren.

1. Taakeisen (zorgvraag)

Binnen de databron Basisregistratie Personen is er gekeken naar variabelen die de gekozen zorgvraag in het theoretisch kader zouden kunnen representeren. In het theoretisch kader zijn er vijf wijkkenmerken uitgekozen die mogelijk samen de zorgvraag vormen. Dat zijn: de SES, leeftijd, migratieachtergrond en burgerlijke staat. Vanwege de ruimte is er gekeken naar manieren om de taakeisen wat compacter weer te geven. Uiteindelijk is er voor gekozen om één overkoepelende variabele te maken. Deze variabele bestaat uit drie wijkkenmerken: *inkomen*, *leeftijd* en *burgerlijke status* die volgens de hypothesen zouden moeten zorgen voor meer taakeisen.

De samenstelling van deze drie wijkkenmerken is als volgt. Het wijkkenmerk *inkomen* bestaat uit drie variabelen, waarvan elk wordt verondersteld te maken te hebben met een laag inkomen: het aandeel mensen met een laag inkomen per wijk, het aandeel eenoudergezinnen per wijk en het aandeel niet-westerse bevolkingsgroepen per wijk. De Cronbach's alpha van deze potentiële schaal is ,746 en daarmee is de schaal dus betrouwbaar. De factoranalyse geeft aan dat de drie variabelen ook op eenzelfde factor laden. Er is ervoor gekozen meerdere variabelen te gebruiken om zo een breder wijkkenmerk te creëren. Het wijkkenmerk *leeftijd* gaat over de gemiddelde leeftijd van mensen binnen de wijk. In het theoretisch kader is verondersteld dat een hogere leeftijd verband houdt met een grotere zorgvraag. In dit opzicht is er dus voor gekozen om het percentage 65 plussers op te nemen in het onderzoek. Als laatste is er het wijkkenmerk *burgerlijke staat*. Deze omvat het aandeel eenpersoonshuishoudens, omdat verondersteld wordt dat mensen die alleen zijn vaker problematiek hebben. Aangezien de hypothese luidt dat de zorgvraag – taakeis – zullen zorgen voor mindere prestaties, zijn deze bij elkaar gevoegd. Vanwege de scope van het onderzoek is er voor geopteerd om de wijkkenmerken samen te voegen tot een enkele variabele, de *zorgvraag*. Hoewel zo'n samenvoeging informatieverlies suggereert, heeft het als voordeel dat er minder variabelen gebruikt hoeven te worden in een analyse met een n van 42.

2. Hulpbronnen (HPT ingrediënten)

Uit de HPT enquête zijn in totaal 41 vragen gebruikt, verdeeld over vijf HPT dimensies. Van de vijf dimensies wordt een overkoepelende hulpbron gemaakt. Om de overkoepelende hulpbron te creëren is het gemiddelde genomen van de vijf schalen en wegen zij dus allemaal even zwaar.

Respectievelijk zijn alle 41 vragen gehercodeerd in tienpuntschalen. De schalen lopen van 1 (helemaal mee oneens) naar 5 (helemaal mee eens). De reden van de codering is dat sommige schalen van 1 tot en met 7 gingen. Tabel 13 in de bijlage geeft weer welke vragen zijn gebruikt bij de zes ingrediënten.

Van de vijf dimensies is elk een factoranalyse gedraaid en elk van de dimensies laden op 1 schaal. De resultaten van deze factoranalyses zijn te vinden in bijlage 2. De volgende stap is dat er gekeken wordt naar de betrouwbaarheid van de schalen. Dit wordt gedaan aan de hand van de Cronbach's α (Alpha) (Field, 2013). Alle schalen van de HPT dimensies hebben een Cronbach's alpha van minimaal ,868, wat aangeeft dat de schalen betrouwbaar zijn.

Nu we weten dat elk van de schalen intern consistent zijn en dat zij betrouwbaar zijn, kan er nu worden gekeken of de overkoepelende schaal kan worden gemaakt. Een *reliability analyses* van de vijf schalen geeft een Cronbach's Alpha aan van ,909. Bovendien geeft de factoranalyse aan dat alle vijf de schalen op één factor laden met een verklaarde variantie van ruim 75%. Ook hier is er de keuze gemaakt om van de vijf dimensies een overkoepelende schaal te maken, vanwege de statistische voordelen.

3. De prestatie indicatoren

Zoals al aangegeven in het theoretisch kader zijn er in dit onderzoek twee soorten uitkomstmaten meegenomen en deze uitkomstmaten kunnen bestaan uit objectieve- en subjectieve prestatie-indicatoren.

De eerste subjectieve organisatorische prestatiemaat is in de vorm van *gepercipieerde teamprestaties*. Deze variabele bestaat uit een tienpuntschaal, waar 1 staat voor slechte gepercipieerde teamprestaties en 10 voor uitstekende gepercipieerde teamprestaties. De schaal bestaat uit zes items en is ingevuld naar de mening van de leden in de teams. In de tabel hieronder worden de vragen weergegeven.

Tabel 1 Inhoud schaal gepercipieerde teamprestaties

Schaalnaam	Variabele	Vraag
Gepercipieerde teamprestaties*	L50_mean	De kwaliteit van de geleverde hulp van ons team;
	L51_mean	De tevredenheid van de cliënten van ons team;
	L52_mean	De productiviteit van ons team;
	L53_mean	De mate waarin ons team het werk op tijd voltooit
	L54_mean	De snelheid waarmee het team zorg levert;
	L55_mean	De totale prestaties van ons team

(*). De teamprestaties worden in dit geval gepercipieerd door de teamleden zelf.

De Cronbach's α geeft een waarde aan van ,915 bij een n van 6. Dit impliceert dat de schaal zeer betrouwbaar is. Bovendien geeft een factoranalyse aan dat alle vragen één factor laden met een verklaarde variantie van ruim 72%.

De tweede subjectieve organisatorische prestatie maat is in de vorm van een variabele met als doel de *afname van de problematiek* te meten. Aangezien de cliënttevredenheidsscores niet bruikbaar waren, is er gezocht naar een andere manier om de kwaliteit van het werk te meten. De beslissing is genomen om te kijken naar het verschil in zelfredzaamheidsscores, vanaf nu ZRM scores. Door middel van ZRM-scores brengen de zorgverleners de problemen van cliënten in kaart op elf leefgebieden: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Hierbij kan voor elk leefgebied een score worden aangegeven van 1 tot en met 5, waarbij 1 staat voor acute problematiek en 5 voor een goede zelfredzaamheid², waarbij de scores van alle leefgebieden opgeteld bij elkaar worden weergegeven. Omdat de scoring geschied aan de hand van de mening van de zorgverleners over de cliënten, is deze organisatorische prestatie maat subjectief. Van elke casus zijn de nulmeting en de eindmeting met elkaar vergeleken. De indicator is weergegeven als de variabele ZRM_Score_Nieuw_Min_Oud, wat een continue variabele betreft en laat het verschil zien tussen de nul- en de eindmeting. De scores kunnen negatief uitvallen als er geen vooruitgang is geboekt en daarom is ervoor gekozen om de variabele om te vormen tot een dichotome variabele, waarbij een getal boven de '0' wordt beschreven als vooruitgang (1) en een negatief getal als geen vooruitgang (0). Aangezien de cijfers daarna zijn geaggregeerd, bestaat er nu een cijfer tussen de 0 en de 1 die in essentie het percentage weergeeft van cases waarbij er vooruitgang is behaald.

De eerste organisatorische *objectieve* prestatie maat heeft te maken met de trajectduur in maanden. De trajectduur in maanden laat zien hoe lang wijkteamleden gedaan hebben over de afsluiting van hun case. Het voordeel van deze prestatie maat is dat het meet hoe lang zorgverleners over hun cases doen, wat een aanvulling kan zijn op de prestatie maat *de afname*

² Zie www.zelfredzaamheidmatrix.nl voor een verdere uitleg over de zelfredzaamheidsmatrix.

van de problematiek. De trajectduur is de tijd waarin een case officieel wordt geopend tot wanneer deze officieel wordt afgesloten. Het uitgangspunt is dat lastigere cases een langere trajectduur hebben dan makkelijke cases en dat de trajectduur ook zou moeten correleren met de afname van de problematiek. Ook hier zijn de cijfers per case genomen en vervolgens geaggregeerd naar teamniveau. De overgebleven cijfers laten dus de *gemiddelde trajectduur* zien die teams doen over hun cases.

De tweede organisatorische objectieve prestatie maat is de *caseload*. De reden achter het kiezen van deze prestatie maat, is dat het een vollediger beeld schetst, samen met de andere prestatie maten, over hoe de wijkteams met de cases omgaan. Zo zegt de trajectduur in maanden iets over de lengte van de cases, de afname van de problematiek iets over de moeilijkheidsgraad van de cases en de caseload zegt iets over de kwantiteit van de cases. De caseload wordt berekend door het aantal actieve cases te delen door het aanwezige fte per wijkteam. Zo wordt er niet per sé gecontroleerd voor wijkteamgrootte, maar voor de aanwezige mankracht. Dit kan mogelijk een wat objectiever beeld schetsen van de caseload. Het idee is dat hogere taakeisen kunnen zorgen voor een hogere caseload, maar dat aanwezige hulpbronnen er juist voor zorgen dat cases makkelijker kunnen worden afgehandeld, bijvoorbeeld door hechtere samenwerking en ondersteunend leiderschap.

4.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Als het gaat om de kwaliteit van een onderzoek, wordt er vaak gerefereerd naar de betrouwbaarheid en de validiteit. Zonder dat een onderzoek betrouwbaar of valide is, kan er niet veel gedaan worden met de conclusies. Dit onderzoek betreft enkel kwantitatieve aanpak, wat uitmaakt voor de manier waarop de resultaten moeten worden geanalyseerd. Omdat verbanden enkel theoretisch kunnen worden genoemd, zonder dat er naar een dieper mechanisme is gezocht. Bovendien is dit een vrij uniek onderzoek vanwege de grootte van de populatie.

4.3.1 Betrouwbaarheid

Bij de betrouwbaarheid wordt er gekeken in hoeverre dezelfde resultaten weer worden gevonden, mocht het onderzoek herhaald worden (Van Thiel, 2015). In dit onderzoek wordt de betrouwbaarheid op een paar manieren gewaarborgd. Ten eerste zijn de schalen die gebruikt zijn voor de hulpbronnen al eerder in andere onderzoeken gebruikt, waaronder een onderzoek naar HPT ingrediënten. Ten tweede is de populatie (n) van dit onderzoek misschien niet hoog, maar het omvat wel de gehele populatie. Dit betekent dat er geen rekening gehouden hoeft te worden

met bepaalde assumpties die aan een goede betrouwbaarheid vooraf gaan, zoals het gebruik van aselechte steekproeven (Van Thiel, 2015).

4.3.1.1 Over outliers, trimming en winsorising

Om outliers te kunnen vinden is er gebruik gemaakt van de *outlier labeling rule* (Tukey, 1977). Binnen deze methode wordt er een onderste grens en een bovenste grens uitgerekend en alles wat daarbuiten valt, kan worden gezien als een outlier. Hierbij is de vermenigvuldigingsfactor (g) op 2.2 gezet, zoals beschreven in onder andere Hoaglin en Iglewicz (1987). Gezien de lage n van de populatie is het belangrijk om goed om te gaan met eventuele outliers; elke potentiële outlier die verwijderd moet worden, kan de power van de analyse serieus beschadigen. Er is daarom voor geopteerd om het proces van *winsorising* te gebruiken, in plaats van *trimming*, of het weghalen van datapunten. Het proces van *winsorising* omvat de bijstelling van één of meer *valide* datapunten aan de einden van de distributie die kunnen worden gezien als outliers, naar de dichtstbijzijnde datapunten die niet als outlier worden gezien (Hawkins, 1980). Belangrijk is dat de grens van 5% winsorisen niet wordt overschreden, anders zou dit verandering kunnen brengen aan de p -waarden (Wilcox, 2010). In de onderstaande tabel staan welke variabelen zijn gewinsorised.

Tabel 2 Winsoring van variabelen

	Aantal outliers	Waarde outlier(s)		Lower bound Upper bound	Eerstvolgende Waarde(n)	Perc. winsorised
Gepercipieerde teamprestaties	2	6,13% 6,24% -	< >	6,39 8,68	6,65%	4,76%
Trajectduur in maanden	2	,25 7,42	< >	1,16 6,92	2,29 6,63	4,76%
Afname van de problematiek	1	0.00 -	< >	0.234 >1.00	.36	2,38%

4.3.2 Validiteit

Het concept van validiteit betreft de mate waarin de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd. Validiteit kan twee dingen betekenen. Zo is er ten eerste de interne validiteit, welke kijkt of je wel meet wat je zou moeten meten (Field, 2013). Zo kunnen de vragen van een schaal wel consistent zijn, maar de vraag is maar of zij het doel van de schaal representeren. Een deel van de schalen die zijn gebruikt om de mate van hulpbronnen te meten, zijn al eerder gebruikt in een onderzoek naar

de werkingen van High Performance Team en het is dus een gevalideerde schaal (Kuipers & Groeneveld, 2014). Dit verhoogt de interne validiteit van het onderzoek. Bovendien is de onafhankelijke variabele (de zorgvraag) gekozen met het oog op eerdere onderzoeken met een soortgelijk onderwerp (zie bijvoorbeeld Eitjes, *et al.*, 2014). Een risicofactor is echter de operationalisering van de afhankelijke variabelen. Gezien er duidelijke, concrete prestatie indicatoren missen, is er geopteerd voor een eigen keuze, gebaseerd op theorie en de aanwezigheid van bestaande data. Dit betekent dat de gekozen indicatoren, hoewel duidelijk onderbouwd, niet een omvattend beeld kunnen geven qua prestaties. Echter, zoals al is uitgelegd in het theoretisch kader, kan dit probleem ook ontstaan, zelfs als er duidelijke prestatie indicatoren zijn (zie Noordegraaf, 2003).

Ten tweede is er de externe validiteit. Deze validiteit kijkt naar de generaliseerbaarheid van de resultaten. In andere woorden, in hoeverre kan er met de resultaten van de steekproef iets gezegd worden over de gehele populatie (Van Thiel, 2015). Dit onderzoek heeft, op welke manier er naar gekeken wordt, enerzijds een lage externe validiteit en anderzijds een hoge externe validiteit. Dit heeft te maken met het doel van het onderzoek. Kern binnen dit onderzoek staan de wijkteams van *Rotterdam*. Aangezien alle wijkteams zijn opgenomen, is er binnen dit onderzoek geen sprake van een steekproef, omdat er sprake is van de aanwezigheid van de gehele populatie. Voordeel hiervan is, is dat middelen om externe validiteit te meten minder belangrijk worden en er meer gefocust kan worden op de gevonden verbanden, omdat er geen uitspraken gedaan hoeven te worden over een grotere populatie. Binnen dit onderzoek zal er dus nauwelijks gericht worden op het significantie niveau van de gevonden verbanden, maar meer op de kracht van de verbanden. Het nadeel hier is, en dat wordt bedoeld met de lage externe validiteit, dat er niets kan worden gezegd over de overige wijkteams in het land.

5 Resultaten

5.1 Beschrijvende statistiek

Voordat er kan worden overgegaan tot het toetsende element van dit onderzoek, is het belangrijk om eerst een exploratieve aard te hanteren; de beschrijvende statistiek. In de beschrijvende statistiek wordt ingegaan op de gemiddelden, minima, maxima en standaarddeviaties van de controle, onafhankelijke, afhankelijke en de moderator variabelen. Het hoofddoel van dit hoofdstuk is het beantwoorden van deelvraag 4, die als volgt luidt:

“Hoe staan de zorgvraag en de HPT dimensies in relatie tot elkaar en de prestaties?”

5.1.1 Beschrijvende statistiek: controle variabelen

In de eerste tabel is de beschrijvende statistiek te vinden van de controle variabelen. Deze tabel toont de populatie, de minimum, de maximum, het gemiddelde en de standaarddeviatie.

Tabel 3 Beschrijvende statistiek controle variabelen

	N	Frequentie & Percentage	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Hoeveelheid inwoners van een wijk	42	-	4790	33776	14980	6448,50
Teamgrootte	42	-	12	28	20	4,50
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	41	Ja = 64,3% (27) Nee = 35,7% (15)	0	1	-	-

Een aantal dingen vallen op aan de gegevens. Ten eerste dat de wijkpopulaties grote verschillen laten zien in groottes. Dit kan onder andere gezien worden aan de grootte van de standaard deviatie en aan het verschil tussen het maximum (33,776 inwoners) en het minimum (4790 inwoners). De tweede controlevariabele, de teamgrootte, lijkt een kleinere spreiding te hebben. De standaarddeviatie is 4,50 en het gemiddelde team heeft een grootte van 20 personen. De laatste controlevariabele laat zien hoeveel procent van de teams een plaatsvervangend teamleider hebben. De controle-variabele is meegenomen, omdat uit het onderzoek van Steijn *et al.* (2016) blijkt dat de cijfers gegeven aan zittend en plaatsvervangend leiderschap op sommige punten verschillen. Zo wordt de plaatsvervangende teamleider veelal negatiever beoordeeld dan het zittende leiderschap. Dit verschil kan wellicht invloed hebben op de prestaties. De tabel laat zien

dat 64,3% van de Rotterdamse teams een plaatsvervangende teamleid(st)er heeft. Dat zijn 27 teams. De overige teams (15) hebben een enkele teamleid(st)er. Een wijkteam is niet meegenomen vanwege een te lage respons. Er is geen controle variabele *geslacht* in verband met de teams. De reden hierachter is dat deze informatie simpelweg niet te verkrijgen was. Hetzelfde probleem was er met een eventuele controle variabele voor opleiding.

5.1.2 Beschrijvende statistiek: onafhankelijke variabelen

De volgende tabel laat de gegevens zien voor de onafhankelijke variabelen. De variabele *taakeis - zorgvraag* bestaan uit drie wijkenmerken: het aandeel 65plussers in de wijk (wijkenmerk *65plus*), het aandeel eenpersoonshuishoudens (wijkenmerk *burgerlijke status*) en het aandeel lage inkomens, mensen met een niet-westerse achtergrond en het aandeel eenoudergezinnen (wijkenmerk *inkomen*).

Tabel 4 Beschrijvende statistiek onafhankelijke variabelen

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Taakeis - Zorgvraag	42	8,99%	25,97%	20,87	3,60
<i>Wijkenmerk 65plus</i>	42	6,3%	30,4%	14,78	5,78
<i>Wijkenmerk burgerlijke status</i>	42	7,18%	38,33%	23,09	6,2
<i>Wijkenmerk inkomen</i>	42	7,43%	45,5%	24,76	9,8

Het wijkenmerk *leeftijd* laat een redelijk grote spreiding van 65plussers door Rotterdam heen zien. In Tarwewijk wonen de minste 65plussers met maar een aandeel van 6,3% van de populatie in de wijk. In Ommoord wonen de meeste ouderen; daar is 30,4% van de populatie 65 of ouder. Over heel Rotterdam ligt het aandeel ouderen in de wijk zo rond de 15% en 68% van de wijken heeft een percentage 65plussers tussen de 9 en de 21%.

Bij het aandeel eenpersoonshuishoudens binnen wijken, zien we dat de spreiding hier hoger ligt dan bij het wijkenmerk *leeftijd*. In de wijk Nesselande zijn de minste eenpersoonshuishoudens te vinden met een aandeel van 7,18%. In het centrum staan de meeste eenpersoonshuishoudens geregistreerd, met een aandeel van meer dan een derde (38,33%). Het gemiddelde aandeel eenpersoonshuishoudens ligt op ongeveer 23% en in 68% van de wijken ligt het aandeel eenpersoonshuishoudens tussen de 16 en de 30%. Welke bevolkingsgroepen specifiek alleen wonen is onbekend. Wat we wel weten uit de correlatietabellen bij het maken van de wijkenmerken, is dat het aandeel eenpersoonshuishoudens niks te maken heeft met het

aandeel 65 plussers, noch het aandeel niet-westerse mensen in een wijk. Dat de meeste eenpersoonshuishoudens in het centrum liggen, doet vermoeden dat het vooral gaat om starters.

Als laatste kijken we naar het wijkenmerk *inkomen*, dat onderverdeeld is in het percentage mensen met een laag inkomen, aandeel eenoudergezinnen en aandeel niet-westerse bevolkingsgroepen. De algemene gedachte hierachter is dat zulke kenmerken zorgen voor een lager inkomen. Er is ook hier een grote variatie te vinden onder het percentage mensen met een laag inkomen in de wijk. Sterker nog, de spreiding van mensen met een laag inkomen is hoger dan de andere wijkenmerken. In Hoek van Holland wonen de meeste minste mensen die gekenmerkt worden door een laag inkomen (7,43%) en het hoogste aandeel is te vinden in de wijk Feijenoord, met een aandeel van 45,5%. In 68% van de wijken ligt het aandeel mensen met een laag inkomen tussen de 15 en de 35%.

De taakeis *zorgvraag* is de overkoepelende variabele van de wijkenmerken. Het is dan ook lastig deze percentages te interpreteren, maar over het algemeen is de veronderstelling dat een hoger zorgvraagpercentage betekent dat er in de betreffende wijk de factoren die bijdragen aan een grotere zorgvraag, meer aanwezig zijn. In de wijk Nesselande zijn deze factoren het minst aanwezig met een percentage van 8,99%. In de Afrikaanderwijk is juist het hoogste percentage te vinden, namelijk een percentage van 25,97%.

5.1.3 Beschrijvende statistiek: afhankelijke variabelen

Onder dit kopje worden de afhankelijke variabelen onder de loep genomen. De vier prestatie-maten zijn allen van organisatorische aard en zijn onderverdeeld in subjectieve en objectieve prestatie-maten. De caseload is een objectieve organisatorische prestatie-maat, alsmede de trajectduur in maanden, omdat deze aan de hand van concrete data zijn gevormd. Onder de subjectieve organisatorische prestatie-maten vallen de afname van de problematiek, omdat deze is gevormd aan de hand van meningen over de zwaarte van de problematiek en de gepercipieerde teamprestaties, omdat zij zijn gevormd aan de hand van meningen over de teamprestaties. De trajectduur geeft aan hoeveel maanden er gemiddeld gedaan worden over cases per team. De gepercipieerde teamprestaties hebben een waarde tussen de 0 en de 10. De trajectduur in maanden is een continue variabele. De rest van de indicatoren bezitten een waarde tussen de 0 en de 1.

Tabel 5 Beschrijvende statistiek afhankelijke variabelen

	Waarde	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Prestatiemaat: Gepercipieerde teamprestaties	1 = laag 10 = hoog	41	6,65	8,00	7,49	,34
Prestatiemaat: Trajectduur in maanden	Continu	42	2,29	6,63	4,01	1,10
Prestatiemaat: Caseload	Continu	42	,44	2,80	1,41	,64
Prestatiemaat: Afname van de problematiek	Continu	42	,36	,91	,64	,11

De caseload is berekend door het aantal actieve cases per team te delen door de hoeveelheid fte per team. De minimum staat dus voor een gemiddelde van een halve case per fte en het maximum voor 2,8 cases per fte. De gemiddelde caseload is bijna anderhalve case per fte (1,41) met een standaarddeviatie van meer dan een halve case per fte. Het is belangrijk om op te merken dat de caseload *niet* de zwaarte van de case laat zien, dus de caseload *an sich* zegt niet veel over hoe druk zij het hebben.

Vervolgens kijken we naar de eerste prestatie-maat, de *gepercipieerde teamprestaties*. Respondenten konden aanvullen in welke mate zij vonden dat het team goede prestaties leverden, met 1 (helemaal niet) tot 10 (altijd). Met een gemiddelde van 7,49 hebben de teams zichzelf vrij hoge cijfers gegeven. Mogelijk is hier een bias, zoals al besproken in het theoretisch kader. Bovendien hebben alle teams zichzelf een voldoende gegeven met het laagste cijfer (6,65), nog steeds ver boven de 5,5. Het hoogste cijfer is een 8.

De volgende prestatie-maat is *de afname van de problematiek*. De afname van de problematiek is zo ingesteld dat een afname van de problematiek, of een vooruitgang van de cliënt, wordt gezien als een cijfer boven de 0. Het gemiddelde laat zien dat teams gemiddeld in 64% van de cases een vooruitgang boeken. Deze prestatie-maat heeft een spreiding waarbij het percentage cases waar vooruitgang is geboekt 36% is, tot 91% van de cases. De standaardvariatie is vrij klein met een ,11.

De trajectduur in maanden laat zien hoe lang teams gemiddeld over cases doen. Het minimum aantal maanden dat een team gemiddeld doet over cases is 2,29 en maximaal 6,63. In de regels staat vastgelegd dat zij maximaal over een case zes maanden mogen doen en over het algemeen gebeurt dat ook met een gemiddelde trajectduur van iets meer dan vier maanden.

5.1.4 Beschrijvende statistiek: moderator variabele.

Van de hulpbronnen is er een enkele variabele gemaakt. Deze variabele is onderverdeeld in vijf verschillende schalen. De scores van deze schalen staan in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6 Beschrijvende statistiek HPT dimensies

	Waarde	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Hulpbron - HPT Dimensies	1 = laag 10 = hoog	41	5,71	8,82	7,16	,68
<i>Zelfmanagement</i>	1 = laag 10 = hoog	41	4,99	8,25	6,72	,82
<i>Doelgerichte samenwerking</i>	1 = laag 10 = hoog	41	6,15	9,25	7,74	,85
<i>Taakgerichte samenwerking</i>	1 = laag 10 = hoog	41	5,75	8,58	6,97	,61
<i>Stakeholdergerichte samenwerking</i>	1 = laag 10 = hoog	41	5,37	8,85	6,94	,64
<i>Leiderschap</i>	1 = laag 10 = hoog	41	4,68	9,18	7,43	1,00

De HPT dimensies scoren gemiddeld een ruime voldoende bij de teams. Teamleden konden op een schaal van 1 tot 10 invullen wat zij vonden van de verschillende teamprocessen en leiderschap, waarbij 1 stond voor sterk onvoldoende en 10 stond voor erg goed. Met een minimum van vlak boven de 5,7 en een maximum van ruim 8,8 scoort elk team een voldoende. Met een standaarddeviatie van ,68 is er ook niet veel spreiding. Als er wordt gekeken naar de verschillende dimensies van de teamprocessen, zien we dat vooral doelgerichte samenwerking goed wordt beoordeeld met een 7,74 gemiddeld. Het laagste beoordeelde teamproces is zelfmanagement met een gemiddelde van 6,72. Samen met stakeholdergerichte samenwerking zijn er ook teams die daar onvoldoendes op scoren (respectievelijk 5,37 en 4,99). De spreiding onder de individuele dimensies is laag, met als hoogste een standaarddeviatie van ,85 bij doelgerichte samenwerking. Het leiderschap heeft een wat grotere spreiding. De gepercipieerde kwaliteit van het leiderschap verschilt tussen een 4,68 (een onvoldoende) en een 9,2 (erg goed).

5.2 Correlaties

De volgende stap is het uitvoeren en controleren van correlaties tussen de verschillende variabelen. Vanwege de hoeveelheid variabelen is er geopteerd om dit trapsgewijs te doen. Begonnen wordt met de correlaties tussen de controle variabelen, daarna zijn de onafhankelijke variabelen aan de beurt, dan worden de afhankelijke variabelen met elkaar vergeleken, dan volgen

de correlaties tussen de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen bekeken en als laatste wordt er aandacht besteed aan de correlaties tussen alle variabelen. Het uitvoeren van correlatie analyses heeft een aantal voordelen. Ten eerste kan er voorafgaand worden bekeken waar mogelijke lineaire verbanden zitten. Ten tweede kan er uit correlatie tabellen worden gelezen of en waar er mogelijk multicollineariteit kan ontstaan. Uiteraard geven enkel ViF waarden een betere weergave. Als laatste is het nogmaals belangrijk te vermelden dat er niet gekeken wordt naar de significantie van het verband, enkel de sterkte. Wel wordt soms aangegeven dat een verband significant is, omdat sterkere verbanden vaak ook significant zijn.

5.2.1 Correlaties: controle variabelen

Als eerste aan de beurt zijn de correlaties tussen de controle variabelen, te zien in tabel 7.

Tabel 7 Correlatietabel: controle variabelen

	Hoeveelheid inwoners van een wijk	Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	Teamgrootte
Hoeveelheid inwoners van een wijk	-		
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	-128	-	
Teamgrootte	,418***	,344*	-

(*)= $p < 0,1$; (**) = $p < 0,05$; (***) = $p > 0,01$

In de correlatietabel van de controle variabelen zien we dat de teamgrootte een duidelijke positieve correlatie heeft met de hoeveelheid inwoners van een wijk. Dit wil zeggen dat teams met een relatief grote teamgrootte opereren in wijken met meer inwoners. Dit is logisch, aangezien meer inwoners kunnen zorgen voor een grotere zorgvraag. De hoeveelheid inwoners is dan ook een belangrijke controle variabele om in de gaten te houden. De andere significante correlatie is die tussen teamgrootte en de aanwezigheid van een plaatsvervangend teamleider. Het positieve verband (,344) geeft aan dat grotere teams ook vaker een plaatsvervangende teamleider hebben.

5.2.2 Correlaties: afhankelijke variabelen

Na de controle variabelen en de onafhankelijke variabelen is het tijd om onze aandacht te vestigen op de afhankelijke variabelen. Er zijn vier organisatorische prestatie maten gepakt, waarvan twee er subjectief zijn en twee objectief.

Tabel 8 Correlatietabel prestatie-maten

	Prestatiemaat: gepercipieerde teamprestaties	Prestatiemaat: trajectduur in maanden	Prestatiemaat: caseload	Prestatiemaat: afname van de problematiek
Prestatiemaat: gepercipieerde teamprestaties	-			
Prestatiemaat: trajectduur in maanden	-,245	-		
Prestatiemaat: caseload	,231	,050	-	
Prestatiemaat: afname van de problematiek	,020	,375*	,379*	-

(*)= $p < 0,1$; (**)= $p < 0,05$; (***)= $p > 0,01$

Er zijn een aantal sterke correlaties te vinden tussen de verschillende prestatie-maten. Zo zijn de caseload en de gepercipieerde teamprestaties positief aan elkaar gecorreleerd (.231), wat betekent dat teams die een hoge caseload rapporteren, ook de gepercipieerde teamprestaties goed beoordelen. Dezelfde positieve correlatie is er tussen de caseload en de afname van de problematiek (.379*); teams die een hogere caseload rapporteren, rapporteren ook een hogere afname van de problematiek. Op het eerste gezicht is dit vreemd, maar onthoud dat de caseload niks zegt over de problematiek. Het zou dus zo kunnen zijn dat teams veel cases hebben die makkelijker zijn en dat er daarom meer afname van de problematiek te vinden is.

In de correlatie tussen trajectduur in maanden en de gepercipieerde teamprestaties vinden we een wat meer logischer verband: teams die gemiddeld een hogere trajectduur rapporteren, hebben ook over het algemeen lagere gepercipieerde teamprestaties (-,245). De gedachte hierachter in eerste instantie zou kunnen zijn dat de trajectduur de moeilijkheidsgraad van de cases symboliseert, maar als we kijken naar de correlatie tussen afname van de problematiek en de trajectduur, welke positief is (.375*), dan gaat dat niet meer op. Dit betekent namelijk dat teams die gemiddeld een langere trajectduur nodig hebben voor cases, ook een grotere afname van de problematiek rapporteren. Dit druist in tegen de logica dat makkelijker cases zouden moeten zorgen voor 1) een kortere trajectduur en 2) meer afname van de problematiek. De gevonden correlaties zijn lastig te verklaren.

5.2.3 Correlaties: onafhankelijke en afhankelijke variabelen.

Dan nu de correlaties tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. De resultaten worden weergegeven in de onderstaande tabel. Dikgedrukt staan de nieuwe gegevens.

Tabel 9 Correlatietabel: onafhankelijke en afhankelijke variabelen

	Zorgvraag	Prestatiemaat: gepercipieerde teamprestaties	Prestatiemaat: trajectduur in maanden	Prestatiemaat: caseload	Prestatiemaat: afname van de problematiek
Zorgvraag	-				
Prestatiemaat: gepercipieerde teamprestaties	-,161	-			
Prestatiemaat: trajectduur in maanden	,010	-,245	-		
Prestatiemaat: caseload	,006	,231	,050	-	
Prestatiemaat: afname van de problematiek	-,118	,020	,375*	,379*	-

(*)= $p < 0,1$; (**)= $p < 0,05$; (***)= $p > 0,01$

Als we uitgaan van de eerste hypothese, moeten er in de tabel negatieve correlaties te vinden zijn tussen de taakeis - zorgvraag en de prestatie indicatoren. Voor een groot gedeelte klopt dit ook. Zo zien we bijvoorbeeld dat de prestatie maat *afname van de problematiek* een negatieve correlatie heeft met de zorgvraag (-,118). Hetzelfde geldt voor de gepercipieerde teamprestaties, die ook een negatief verband hebben met de zorgvraag (-,161). Wat de caseload en de trajectduur in maanden betreft, die schijnen niet veel correlatie te hebben met de zorgvraag (,006 en ,010 respectievelijk). Dit is interessant, gezien er van uit werd gegaan dat juist de samenstelling van de wijken (taakeisen) zouden moeten zorgen voor de zwaarte van de problematiek en daarmee dus ook – in mate – de caseload en de trajectduur. De lage correlaties impliceren dat er een ander mechanisme schuilgaat achter de twee maten, zoals wellicht de hulpbronnen. Meer zal duidelijk worden in de paragraaf over de toetsende statistiek.

5.2.4 Correlaties: alle variabelen

Als laatste kijken we naar de correlaties tussen alle meegenomen variabelen. Aangezien de tabel iets te groot is voor het stuk, is deze meegenomen in bijlage 3. Het gaat hier om tabel 14, bladzijde 79. De belangrijkste bevindingen zijn dat de correlaties aangeven dat er verbanden bestaan tussen de hulpbronnen en de prestatie maten. Zo heeft prestatie maat *gepercipieerde teamprestaties* een sterke, significante correlatie met de hulpbronnen van ,713, waarbij teams met veel hulpbronnen dus ook betere teamprestaties rapporteren. Bovendien hebben de hulpbronnen

ook een significante, negatieve correlatie met de trajectduur in maanden. Dit impliceert dat teams met veel hulpbronnen ook kortere gemiddelde trajectduren rapporteren in cases.

Een andere interessante correlatie is die tussen de gepercipieerde teamprestaties en de controle-variabele *aanwezigheid plaatsvervangend teamleider*. Deze significante, negatieve correlatie (-,269) impliceert dat teams die geen plaatsvervangende teamleiders hebben, ook betere scores rapporteren. De controle-variabele lijkt met meer prestatie-maten te correleren. Zo correleert *afname van de problematiek* positief met de controle-variabele (,231), suggererend dat teams met een plaatsvervangend teamleider ook gemiddeld meer afnames van de problematiek rapporteren in hun cases. Deze twee correlaties lijken elkaar tegen te spreken.

Ook zijn er interessante correlaties in verband met de onafhankelijke variabele *zorgvraag*. Zo is er een sterke, significante correlatie met teamgrootte (,362). Het impliceert dat wijkteams die in wijken werken met een grote aanwezigheid van kenmerken die kunnen leiden tot een grotere zorgvraag, ook een groter team hebben. Bovendien laten de taakeisen ook een sterke, negatieve correlatie (-,323) zien met de hulpbronnen. Het impliceert dat teams die werken in zorgwijken, slechter teamwork laten zien en slechter passend leiderschap.

5.3 Toetsende statistiek.

In de vorige paragraaf hebben we al iets mogen vernemen van de mogelijke effecten van de zorgvraag op de prestatie-indicatoren. In deze paragraaf worden enkele analyses uitgevoerd om deze effecten beter te kunnen bestuderen. Binnen de toetsende statistiek wordt er gebruik gemaakt van een multi-pele regressieanalyse. Per prestatie-maat wordt er gekeken of de drie hypothesen kunnen worden aangenomen of niet. Bovendien zijn er voor elke prestatie-maat vier modellen: een model voor de toetsing van enkel de controlevariabelen (model 1), de toetsing van de controle variabelen en de onafhankelijke variabele (model 2), de toetsing van alle hoofdeffecten (model 3) en als laatste de hoofdeffecten plus de moderatievariabelen (model 4). Mochten er significante moderatie-effecten zijn, dan worden deze in een grafiek uitgetekend.

5.3.1 Gepercipieerde teamprestaties

De indicator *gepercipieerde teamprestaties* bestaat uit een aantal schalen waarin medewerkers konden aangeven in hoeverre zij dachten dat hun team goed gepresteerd heeft. Aangezien het hier gaat over een prestatie maat, lijkt het logisch aan te nemen dat de prestaties direct worden beïnvloed door de zwaarte van de zorgvraag en daarmee dus de wijkenmerken. In de onderstaande tabel staan de resultaten van de toetsende statistiek.

Tabel 10 Regressieanalyse: *gepercipieerde teamprestaties*

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Constante	7,598***	7,597***	7,467***	7,462***
Hoeveelheid inwoners van een wijk	-,060	-,084	-,045	-,033
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	-,224	-,223	,060	,042
Teamgrootte	-,115	-,064	-,281*	-,262*
Taakeisen - Zorgvraag	-	-,112	,183	,228
Hulpbronnen – HPT dimensies	-	-	,771***	,781***
Interactievariabele: taakeisen * hulpbronnen	-	-	-	-,106
R ² (Adjusted)	,019	,003	,488	,482
F	1,259	1,033	8,611***	7,208***

(*)= $p < 0,1$; (**) = $p < 0,05$; (***) = $p > 0,01$

Als eerste moet er gekeken worden naar de invloed van de zorgvraag op de prestaties. De resultaten hiervan staan weergegeven in model 2, tezamen met de controlevariabelen. De zorgvraag heeft een negatief effect op de gepercipieerde teamprestaties en dit effect is redelijk te noemen met een bèta van -,112. Echter wordt het effect van deze variabele in latere modellen wel positief. We zien over het algemeen in model 2 dat de meegenomen variabelen weinig verklarende kracht hebben. Zo is de verklaarde variantie enkel 0,3%. Dat terwijl de aanwezigheid van de plaatsvervangende teamleider toch een bèta heeft van -,227. Dit impliceert dat er teveel weinig verklarende variabelen zijn meegenomen ten opzichte van de n. Echter is het gevonden effect van de zorgvraag nog steeds negatief en kunnen we concluderen dat hypothese 1 kan worden aangenomen wat betreft de prestatie-maat *gepercipieerde teamprestaties*.

In model 3 zijn naast de zorgvraag ook de hulpbronnen meegenomen. Kijkend naar het model, zien we dat de hulpbronnen een sterke invloed uitoefenen op de gepercipieerde teamprestaties met een significante bèta van ,771. Dat het verband sterk is wordt ook uitgedrukt in de verklaarde variantie, die bij de toevoeging van deze variabelen stijgt van 0,3% naar 48,8% verklaarde variantie, wat hoog te noemen is. In het licht van deze bevindingen kan hypothese 2

worden aangenomen, waarbij het effect van de hulpbronnen positief de prestaties beïnvloeden. Als laatste is het interessant op te noemen dat de controlevariabele *teamgrootte* binnen dit model een significante negatieve invloed (-,281) heeft op de gepercipieerde teamprestaties. Dit impliceert dat grotere teams slechtere teamprestaties percipiëren. Wellicht interessant voor een vervolgonderzoek. Het effect van een aanwezige plaatsvervangende teamleider valt af.

In het laatste model zijn de moderatie-effecten toegevoegd. Meteen valt op dat het moderatie-effect zwak is; de moderatie-variabele heeft met een bèta van -,106 weinig effect op het verband tussen de zorgvraag en de prestatie maat. Het is wellicht interessant om na te gaan hoe het kan komen dat de zorgvraag zo weinig verband schijnt te hebben met de gepercipieerde teamprestaties. Wellicht kan dit komen omdat de teamprestaties naar omstandigheden zijn ingevuld. In ieder geval is het zo dat hypothese 3 kan worden verworpen op grond van de resultaten voor deze prestatie maat: de HPT dimensies hebben enkel een marginaal effect op het verband tussen de zorgvraag en de prestaties.

5.3.2 Trajectduur in maanden

De volgende prestatie-maat is de trajectduur in maanden. Verondersteld wordt dat deze prestatie-maat meer kijkt naar de zwaarte van de problematiek dan de andere prestatie maten. De verwachting is dat een zwaardere zorgvraag zal leiden tot een langere trajectduur in maanden. In de volgende tabel staan de vier modellen weergegeven.

Tabel 11 Regressieanalyse: trajectduur in maanden

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Constante	3,952***	3,952***	4,104***	***
Hoeveelheid inwoners van een wijk	-,142	-,164	-,171	-,186
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	,042	,042	-,068	-,046
Teamgrootte	,225	,271	,368*	,345
Taakeisen - Zorgvraag	-	-,099	-,232	-,287
Hulpbronnen – HPT dimensies	-	-	-,331*	-,344*
Interactievariabele: taakeisen * hulpbronnen	-	-	-	,131
R ² (Adjusted)	-,025	-,042	,023	,009
F	,673	,576	1,189	1,060

(*)= $p < 0,1$; (**) = $p < 0,05$; (***) = $p > 0,01$

Kijkend naar model 2, zien we een zwak, maar negatief effect van de zorgvraag op de prestatie maat *trajectduur in maanden* (-,099) . Dit impliceert dat een zwaardere zorgvraag

inderdaad zich licht uit in een langere trajectduur. Echter, het hele model heeft, behalve een redelijk effect van de controlevariabele teamgrootte ($,225$), weinig verklarende kracht met een R^2 van $-2,5\%$. De toevoeging van de zorgvraag laat zelfs zien dat de verklaarde variantie ten opzichte van model 1 omlaag gaat ($-4,2\%$), wat betekent dat de variabele *zorgvraag* weinig toegevoegde waarde kent. Vooralsnog is het effect – alhoewel zwak – toch negatief en zodoende kan hypothese 1 worden aangenomen.

In model 3 is de variabele *Hulpbronnen – HPT dimensies* toegevoegd. Er zijn een aantal dingen interessant aan dit model. Ten eerste zien we dat de hulpbron een sterke, significante negatieve invloed uitoefent op de trajectduur in maanden ($-,331^*$). Het verband impliceert dat, wanneer er veel hulpbronnen aanwezig zijn, de gemiddelde trajectduren van cases korter zijn, wat in lijn is met de tweede hypothese. Bovendien zien we dat de controlevariabele teamgrootte ook een sterk, significant effect laat zien, met een bèta van $,368$. Het effect laat zien dat teamleden in grotere teams over het algemeen langer doen over hun cases. Wellicht kan dit komen doordat er minder hecht teamverband is in grotere teams, waardoor de prestaties omlaag gaan. Al in al laat het model zien dat hulpbronnen een belangrijke rol spelen als het gaat om de trajectduur in maanden; het individuele effect van de hulpbron ($-,331$) is groot genoeg om hypothese 2 aan te kunnen nemen.

In model 4 zijn wederom de moderatie-effecten toegevoegd. Net zoals bij de prestatie maat *gepercipieerde teamprestaties* kunnen we bij de trajectduur in maanden concluderen dat de hulpbron-variabele een weinig modererende rol speelt bij de invloed van de zorgvraag op de prestatie maat; meer dan marginaal kan het niet worden genoemd met een bèta van $,131$. Concluderend kunnen we dus ook hier zeggen dat, in het licht van de prestatie maat *trajectduur in maanden*, hypothese 3 kan worden verworpen.

5.3.3 Caseload

De volgende indicator is de prestatie maat *caseload*. Herinner dat de caseload wordt berekend door het aantal actieve cases per team te delen door het aantal fte. Een hogere caseload betekent dus dat er meer cases actief zijn en dat er dus *potentieel* meer gewerkt moet worden. Bovendien is het de aanname dat een hogere zorgvraag zal leiden tot moeilijkere cases en dus een potentiële hogere caseload en dat het effect van de hulpbron ertoe leidt dat de caseload verminderd, omdat cases soepeler kunnen worden afgesloten.

Tabel 12 Regressieanalyse: Caseload

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Constante	1,250***	1,250***	1,193***	1,193***
Hoeveelheid inwoners van een wijk	,307*	,339*	,341*	,341*
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	,195	,195	,265	,266
Teamgrootte	-,341*	-,406**	-,472**	-,472**
Taakeisen - Zorgvraag	-	,142	,235	,234
Hulpbronnen – HPT dimensies	-	-	,229	,229
Interactievariabele: taakeisen * hulpbronnen	-	-	-	,002
R ² (Adjusted)	,066	,059	,073	,045
F	1,967	1,645	1,625	1,316

(*)= $p < 0,1$; (**) = $p < 0,05$; (***) = $p > 0,01$

Voor de eerste hypothese kijken we wederom naar model 2 waar de zorgvraag is toegevoegd naast de controlevariabelen. Hier zien we een redelijk zwak effect van de zorgvraag op de prestatie maat *caseload* van ,142. Het effect is positief, wat betekent dat een zwaarder zorgvraag zorgt voor een grotere caseload. Hiermee kan hypothese 1 voor deze indicator worden aangenomen. Wel moet gezegd worden dat dit effect marginaal is vergeleken met bijvoorbeeld de wijkgrootte (.339) en de teamgrootte (-,406). Deze controlevariabelen lijken de meeste invloed te hebben op de caseload. Echter kan dit ook een statistisch artefact zijn; de wijkgrootte en de teamgrootte lijken elkaar op te heffen. De wijkgrootte suggereert, logischerwijs, dat hoe groter de populatie is van een wijk, hoe hoger de caseload is. Frappant is dat teamgrootte zo'n grote invloed lijkt te hebben. Onthoud dat er indirect is gecontroleerd voor teamgrootte door het aantal fte per team te nemen in de berekening van de caseload.

Aangaande hypothese 2 gebeuren er vreemde dingen volgens model 3. Allereerst zien we dat de hulpbron een positief verband (.229) heeft met de caseload. Dit impliceert dat toegang tot veel hulpbronnen leidt tot een grotere caseload. Ook de bijgestelde R² suggereert dat de hulpbron een echt effect heeft, omdat het omhoog gaat van 5,9% naar 7,3%. Wellicht dat, met genoeg hulpbronnen, hulpverleners zich gerustgesteld voelen om een grotere caseload aan te nemen. Maar aangezien dat speculatie blijft en dat het uitgangspunt is dat een kleinere caseload beter is, kan hypothese 2 in dit licht niet worden aangenomen. Ook in model 3 zien we het – consistente – negatieve effect van teamgrootte. Blijkbaar is dit een redelijke voorspeller van de caseload en zien we tevens ook dat de aanwezigheid van plaatsvervangend leiderschap, gecontroleerd op de andere variabelen, een sterker effect laat zien met een bèta van ,265.

In model 4 zien we de invloed van het moderatie-effect. De hulpbron toont een erg zwak moderatie-effect van ,002. In het licht van dit verband moet hypothese 3 worden verworpen.

5.3.4 Afname van de problematiek

De laatste prestatie-maat gaat over de afname van de problematiek. Hierbij is voor elk team per gesloten case gekeken of er vooruitgang is geboekt. Is er vooruitgang geboekt dan krijgt deze case een 1. Is er geen vooruitgang geboekt, dan krijgt de case een 0. Uiteindelijk kan er zo het percentage cases worden vernomen waar er vooruitgang is geboekt, waarbij de score op teamniveau tussen 0 en 1 kan liggen. In de onderstaande tabel staan de resultaten van de regressieanalyses.

Tabel 13 Regressieanalyse: afname van de problematiek

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Constante	,603***	,603***	,599***	,598***
Hoeveelheid inwoners van een wijk	,178	,143	,144	,148
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	,214	,214	,240	,234
Teamgrootte	-,034	,035	,005	,011
Taakeisen - Zorgvraag	-	-,151	-,114	-,098
Hulpbronnen – HPT dimensies	-	-	,094	,098
Interactievariabele: taakeisen * hulpbronnen	-	-	-	-,036
R ² (Adjusted)	,008	,002	-,032	-,062
F	1,110	1,021	,749	,613

Model 2 in de tabel geeft de invloed van de zorgvraag weer op de prestatie-maat *afname van de problematiek*. Het negatieve effect is in lijn met de hypothese, waarbij een grotere zorgvraag zorgt voor minder afname van de problematiek. Hoewel een niet erg sterk verband (-,151), kan hypothese 1 worden aangenomen in het licht van deze prestatie-maat. Voor de rest zien we eigenlijk vrij weinig effect. Dit wordt ook ondersteund door de geringe R² die een verklaarde variantie laat zien van 0,2%. Het marginale effect kan impliceren dat de afname van de problematiek meer te maken heeft met de expertise van de werknemers binnen de wijkteams, dan met de zorgvraag.

In model 3 is de hulpbron meegenomen. Het effect van de hulpbron is marginaal te noemen met een bèta van ,094. Echter is dit verband is wel in lijn met de hypothese dat meer

hulpbronnen zorgen voor een groter percentage afname in de problematiek. Hypothese 2 kan dus worden aangenomen. Het marginale effect wordt ook ondersteund door de verklaarde variantie die gezakt is van 0,2% tot -3,2%.

Als laatste kijken we naar model 4 met de moderatie-effecten. Ook bij deze prestatie-maat zien we louter een nihil effect van de hulpbron op de relatie tussen de zorgvraag en de prestaties (-,036). Hypothese 3 kan in het licht van deze resultaten dus worden verworpen. Alle modellen wijzen uit dat het onderliggende mechanisme van de afname van de problematiek niet moet worden gezocht in de meegenomen zorgvraag: niet alleen zijn de gevonden effecten zwak tot matig, maar ook de bijgestelde verklaarde variantie is in alle modellen negatief.

6 Conclusie en aanbevelingen

Hoofdstuk 6 bestaat uit drie verschillende onderdelen. Ten eerste worden de deelvragen die waren opgesteld aan het begin van dit onderzoek beantwoord. Als tweede wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. De rode draad binnen deze studie zijn de wijkteams van Rotterdam. De overkoepelende vraag daarbij is of er specifieke instrumenten zijn waardoor hun prestaties te meten zijn en wat voor elementen er invloed hebben op deze prestaties. Met de specifiek gekozen kwantitatieve opzet van deze studie is de volgende vraag getracht te beantwoorden:

“Op welke manieren kunnen prestaties van de Rotterdamse wijkteams gemeten worden en op welke manieren kunnen deze prestaties worden beïnvloed?”

6.1 Deelvragen

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er een drietal deelvragen opgesteld die onder andere in het theoretisch kader leidend zijn geweest, waarbij de derde deelvraag bestaat uit twee delen. De eerste twee van deze vragen zijn beantwoord in het theoretisch kader en de laatste, deelvraag drie, is beantwoord in hoofdstuk 5, de analyse.

6.1.1 Deelvraag 1.

De eerste deelvraag was meer van exploratieve aard en werd gesteld om de context van de situatie duidelijk te maken en koppelt specifiek de literatuur met de casus. Deelvraag 1 luidt als volgt: *wat voor teams zijn de Rotterdamse wijkteams en in welke organisatorische context functioneren zij?* Uit verschillende beleidsstukken komt naar voren dat de wijkteams over het algemeen bestaan uit professionals die geacht worden generalistisch te werk te gaan. Hoewel zij zich zoveel mogelijk aan deze richtlijn moeten houden, hebben zij van origine elk hun eigen vakgebied en bestaan de wijkteams dus uit zorgverleners met diverse achtergronden. Zij staan direct in contact met de cliënt en hebben als zodanig ook een redelijke professionele vrijheid om hun expertise toe te passen. Het plaatje wat door de casus wordt geschetst past bij de beschrijving van multidisciplinaire, uitvoerende teams met, theoretisch gezien, oneindige levensduren (Kuipers & Groeneveld, 2014). Multidisciplinair vanwege de diverse vaktechnische achtergronden, uitvoerend vanwege het operationele niveau waarop zij functioneren en het oneindige levensdoel betreft de notie dat de vraag naar zorg nooit zal ophouden.

De verwachting was dat, gezien de complexiteit van hun werk, de teams behoefte zouden hebben aan een goede mate van interne en externe samenwerking. Deze verwachting lijkt te passen bij de resultaten, waar uitkwam dat de aanwezigheid van HPT's de prestaties bevorderen.

In het tweede hoofdstuk zijn bovendien zorgen uitgesproken over de mogelijke invloed van de context. De wijkteams opereren in het sociaal domein, wat zo haar eigen invloeden kent op het werk. Zo wijst de literatuur uit dat werknemers binnen het sociaal domein vaak te maken hebben met meerdere *stakeholders*, belanghebbenden die elk hun eigen, specifieke agenda bezitten. De verschillende doelen van deze stakeholders kunnen zorgen voor problemen. Zo kan het zorgen voor rolconflicten binnen de zorgverleners en, wellicht belangrijker in het licht van de hoofdvraag, problemen met de interpretatie van en het meten van prestaties. Bij de dataverzameling kwam bijvoorbeeld naar voren dat er veel data missend waren. Dit kan een indicator zijn van verschillende stakeholders; aan de ene kant wil Rotterdam dat er informatie wordt verzameld, anderzijds houden de zorgverleners zich liever bezig met zorg, in plaats van de administratie. Bovendien is de verwachting dat er problemen zouden zijn bij het meten van prestaties, ook geconfirmeerd ten tijde van de dataverzameling.

6.1.2 Deelvraag 2.

De tweede deelvraag focust zich op waar de eerste deelvraag eindigde, namelijk de manieren waarop prestaties kunnen worden gemeten. De deelvraag luidt als volgt: *op welke manieren kunnen we teamprestaties meten in het sociaal domein?* Uit het literatuuronderzoek weten we dat sinds de jaren '80 het meten van prestaties geschiedt in de context van *performance management*, waarbij er concrete doelstellingen worden opgesteld waarop wordt getoetst. Een verschuiving naar een nieuw paradigma, waarin professionele vrijheid een grotere vrijheid speelt, maakt het lastiger om concrete doelstellingen op te stellen en deze te toetsen. Na een analyse van de literatuur is binnen deze studie ervoor gekozen om prestaties te meten aan de hand van twee verschillende prestatiematen; *objectieve* prestatiematen, die kwantificeerbare gegevens en uitkomsten meten, en *subjectieve* prestatiematen, welke gebaseerd zijn op meningen van eigen respondenten of superieuren. Beide indicatoren zijn onderhevig aan voordelen en nadelen. Zo hebben objectieve prestatiematen onder andere het probleem van unidimensionaliteit en kunnen subjectieve prestatiematen onderhevig zijn aan verschillende *bias*. Vanwege de aanwezige voor- en nadelen is er voor gekozen om beide soorten indicatoren te gebruiken en deze niet voor elkaar in te wisselen. Uit de analyses komen naar voren dat de beide soorten prestatiematen inderdaad niet inwisselbaar zijn; prestatiematen die logischerwijs aan elkaar zouden moeten correleren, doen dat niet. Bovendien tonen beide soorten prestatiematen andere uitkomsten met betrekking

tot de zorgvraag en de HPT dimensies. Het is dan ook maar goed dat er is geopteerd voor een gecombineerd systeem binnen het theoretisch kader.

6.1.3.1 Deelvraag 3a.

De derde deelvraag betreft de manier waarop we mogelijke prestaties kunnen koppelen aan invloeden vanuit het werk op deze prestaties. De deelvraag luidt als volgt: *op welke manieren kunnen de prestaties van wijkteamleden worden beïnvloed?* Om deze vraag te beantwoorden is er voor gekozen om het JD-R model te gebruiken; een theoretisch raamwerk dat een breed kader heeft en zich dus leent voor een variëteit aan invloeden op de prestaties. Het model veronderstelt dat werknemers binnen een organisatie zogenoemde *taakeisen*, aspecten van het werk die een bepaalde inspanning vereisen en *hulpbronnen* bezitten, aspecten van het werk die de werknemers helpen bepaalde doelen te halen. Hierbij worden er drie effecten verondersteld: 1) *De taakeisen hebben een negatief effect op de prestaties* (individueel); 2) *De hulpbronnen hebben een positief effect op de prestaties* (individueel) en 3) *De hulpbronnen mitigeren voor een deel de effecten van de taakeisen op de prestaties* (moderatie). Vanwege de brede definities van beide de *taakeisen* en de *hulpbronnen* is het JD-R een theoretisch verantwoorde manier om de mogelijke invloed van de prestaties van de wijkteams in kaart te brengen.

De vraag werd bovendien gesteld of het JD-R model bruikbaar zou kunnen zijn op teamniveau. Uit de analyses blijkt dat dit inderdaad het geval te zijn; dezelfde soorten verbanden komen naar voren. De twee primaire veronderstellingen van het model, dat meer taakeisen zorgen voor slechtere prestaties en meer hulpbronnen zorgen voor betere prestaties, worden ook grotendeels geconfirmeerd op teamniveau.

De brede kaders hebben echter ook het nadeel dat er bijna oneindig veel taakeisen en hulpbronnen in kaart kunnen worden gebracht. Vanwege de gelimiteerde scope moesten er dus keuzes worden gemaakt. Deze keuzes zijn gemaakt aan de hand van de aanwezige data en eerdere onderzoeken in het sociaal domein. De *zorgvraag* is gekozen om te fungeren als taakeis. De zorgvraag kan worden gezien als de accumulatie van zorgbehoeften binnen een bepaald gebied en bestaat uit vijf gecombineerde wijkkenmerken. Deze wijkkenmerken kunnen, volgens eerdere onderzoeken, gekoppeld worden aan een slechtere gezondheid. De zorgvraag kan hiermee worden gezien als het takenpakket van de Rotterdamse wijkteams. Als hulpbron is gekozen voor *High Performance Team* dimensies; in totaal vijf ingrediënten die teams volgens Kuipers & Groeneveld (2014) nodig hebben om goed te functioneren. Deze vijf dimensies waren vooralsnog enkel direct met teamprestaties in verband gebracht. Het gebruik van het JD-R model heeft kunnen aantonen, in ieder geval met de meegenomen variabelen, dat de HPT dimensies enkel een

individueel effect hebben op de prestaties en dat zij dus niet indirect de prestaties beïnvloeden door de zorgvraag te mitigeren.

6.1.3.2 Deelvraag 3b.

Het tweede onderdeel van de derde deelvraag is beantwoord in hoofdstuk 5 en is specifiek ingegaan op de verbanden tussen de zorgvraag, de HPT dimensies en de te gebruiken prestatiematen. De vraag was hierbij: *Hoe staan de zorgvraag en de HPT dimensies in relatie tot elkaar en de prestaties?* De beantwoording is in de vorm van het aannemen of verwerpen van de hypothesen.

Over het algemeen kan gezegd worden dat een grotere zorgvraag een negatief effect heeft op de gekozen prestatiematen. Bij alle vier de prestatiematen wordt zo'n effect geconstateerd; hypothese 1 kan dan ook worden aangenomen. Wel moet gezegd worden dat bij drie van de vier prestatiematen (*gepercipieerde teamprestaties, trajectduur in maanden en afname van de problematiek*) het effect marginaal te noemen is; vaak komt de gestandaardiseerde bèta niet hoger dan de ,2. Alleen bij de caseload zien we dat de zorgvraag een redelijk effect heeft. Het geeft reden om te geloven dat de wijkteams te maken hebben met meer taakeisen dan alleen de zorgvraag.

Over het algemeen kan worden gezegd dat hypothese 2 ook kan worden aangenomen. Bij drie van de vier prestatiematen (*gepercipieerde teamprestaties, trajectduur in maanden, afname van de problematiek*) hebben de aanwezigheid van de HPT dimensies een positief effect op de prestaties. Bij twee van deze drie, te weten de *gepercipieerde teamprestaties* en de *trajectduur in maanden*, zijn deze effecten daadwerkelijk ook sterk en significant met bèta's van respectievelijk ,771 en -,331. Bij caseload is er iets vreemds aan de gang; de HPT dimensies schijnen de caseload juist te verhogen. Het kan zijn dat de caseload fout is geïnterpreteerd; er is op voorhand aangenomen dat een hogere caseload wordt veroorzaakt door hogere taakeisen. Het kan echter ook een verhoogde efficiëntie aantonen. Het laat maar weer eens zien dat zelfs objectieve prestatiematen aan interpretatiekaders onderhevig zijn. De HPT dimensies laten wel een negatief effect zien met betrekking tot de prestatie maat *afname van de problematiek*, maar kan hooguit zwak worden genoemd. Over het algemeen kunnen we dus zeggen dat het individuele effect van de hulpbronnen de prestaties positief beïnvloeden.

Als laatste is er gekeken naar het effect van de HPT dimensies op het verband tussen de zorgvraag en de prestatiematen. Bij geen van de vier prestatiematen is een effect gevonden van de moderatievariabele. Bij alle prestatiematen waren de bèta's onder de ,14 en niet significant. Dat hypothese drie verworpen wordt is niet geheel een verrassing. Ten eerste zijn de gevonden verbanden tussen de zorgvraag en de prestatiematen veelal laag. Ten tweede is het in de literatuur vaker zo dat er geen interactie-effecten gevonden worden van de hulpbronnen. Als laatste kunnen

we dus concluderen dat de HPT dimensies alleen een individueel effect hebben op de prestatie-maten en dus niet de effecten van de zorgvraag mitigeren.

6.2 Beantwoording hoofdvraag.

Nu de deelvragen zijn beantwoord, kan de hoofdvraag worden beantwoord. De hoofdvraag luidde als volgt: *op welke manieren kunnen we prestaties meten van de Rotterdamse wijkteams en op welke manieren kunnen deze prestaties worden beïnvloed?*

Samenvattend kan er het volgende gezegd worden. De prestaties van de Rotterdamse wijkteams kunnen – theoretisch gezien – op veel manieren gemeten worden. Er moesten keuzes worden gemaakt, gezien de aanwezige data. Gekozen is voor de vier prestatie-maten *gepercipieerde teamprestaties, trajectduur in maanden, caseload* en *afname van de problematiek*, omdat zij samen een brede kijk geven op hoe de zorgverleners binnen de wijkteams omgaan met cases. Ook de manieren waarop deze prestaties kunnen worden beïnvloed zijn veelvuldig. De resultaten laten zien dat de aanwezigheid van *High Performance Team* ingrediënten een positieve invloed hebben op de gekozen prestatie-maten en dat zij middelen zijn om de prestaties te bevorderen. Over de zorgvraag kan gezegd worden dat er wel een invloed bestaat, maar dat deze niet zo sterk is als het JD-R model in eerste instantie doet vermoeden. De uiteindelijk conclusie van deze studie luidt dat de gevonden prestaties meer worden beïnvloed door de aanwezigheid van de HPT teamprocessen en dat er moet worden gestuurd op verbetering van deze processen binnen teams. Bovendien moet er gezorgd worden voor een integraal informatiesysteem, waardoor er meer data beschikbaar komt.

7 Discussie.

Binnen de discussie worden over het algemeen een aantal dingen besproken. Ten eerste wordt hier concreet enkele aanbevelingen gedaan aan de hand van de resultaten. Ten tweede worden de belemmeringen van de studie aangegeven en ten derde worden er aanbevelingen gedaan ten behoeve van vervolgonderzoek. Ook deze studie kent een aantal impedimenten en mogelijke interessante vervolgstappen.

7.1 Aanbevelingen

Bij het aangeven van de aanbevelingen kan de volgende vraag worden beantwoord: *Hoe kunnen de prestaties van de Rotterdamse wijkteams mogelijk worden verbeterd naar aanleiding van de gebruikte elementen?* Uit de opbouw van de data en de resultaten komen een aantal elementen naar voren die kunnen worden gebruikt bij de opbouw van de aanbevelingen. Eerst worden er twee aanbevelingen gedaan aan de hand van de gevonden resultaten. Daarna worden er twee aanbevelingen gedaan aan de hand van het belopen proces binnen deze scriptie.

i. Besteed meer aandacht aan kernaspecten van de HPT ingrediënten binnen teams.

Als de gevonden resultaten iets uitwijzen, is dat de HPT ingrediënten, waaronder soorten samenwerking en leiderschap, een redelijke mate van invloed uitoefenen op de gebruikte prestatie-maten. Teams die beter samenwerken en een passend leiderschap genieten zien daar de voordelen van terug in het werk. Zo zien we de gemiddelde trajectduur sterk dalen bij wijkteams met een grote aanwezigheid van de HPT dimensies en zien we de gepercipieerde teamprestaties omhoog schieten. Goede prestaties kunnen wellicht zelf weer leiden tot meer bevlogenheid onder de teamleden en dit kan beurtelings weer zorgen voor meer prestaties. Wellicht is het een idee om vanuit het management te sturen op het versterken van de interne teamprocessen zoals het zelfmanagement, doelgerichte samenwerking, taakgerichte samenwerking en stakeholdergerichte samenwerking. Tevens kan het lucratief zijn om de teamleiders te instrueren hoe zij beter de wijkteamleden passend kunnen ondersteunen.

ii. Zorg voor een overkoepelend prestatie-meetsysteem.

Er werd eerder al gesteld dat de manieren om prestaties te meten vrijwel eindeloos zijn. In deze studie zijn er maar vier genomen, omdat de scope van dit onderzoek te klein is. De gemeente Rotterdam kan de potentie benutten om, in samenwerking met een integraal informatiesysteem, veel te leren over het reilen en zeilen van de wijkteams. Belangrijk hierbij is om een breed kader

te hanteren waarbij de kernaspecten van het werk van de zorgverleners in kaart worden gebracht. Dit betekent dat er niet alleen gekeken moet worden naar bijvoorbeeld efficiëntie indicatoren, maar bijvoorbeeld ook naar de bevlogenheid onder werknemers. Het is van belang om te zorgen voor beide HR- en organisatorische prestatieaspecten, omdat beide dimensies belangrijke aspecten bevatten van het werk. Dit zorgt voor een kader waarin de mogelijkheid bestaat tot verdere ontwikkeling van de wijkteams. Het hoeft niet gezegd te worden dat dit niet alleen voordelig is voor de gemeente, maar ook voor haar inwoners.

iii. Zorg voor een integraal informatiesysteem.

Een van de grote belemmeringen in dit onderzoek is de manier waarop de data is opgebouwd. De leden van de wijkteams gebruiken verschillende systemen voor het invoeren van data die niet goed op elkaar zijn afgesteld. Bovendien wordt er weinig gestuurd op invullen van gegevens. Potentiële goede indicatoren voor het meten van prestaties zoals onderzoeken over de cliënttevredenheid zijn daarom niet bruikbaar, omdat ze gewoon te weinig worden ingevuld. Redenen hierachter, voor zover bekend, zijn de hoeveelheden administratief werk die gedaan moeten worden door de wijkteamleden. Dit kan te maken hebben met de verschillende datasystemen die gebruikt moeten worden. Een tweede reden dat er niet op gestuurd wordt, kan liggen aan de nieuwe professionele vrijheid die ten grondslag ligt aan de wijkteams. Wat de reden ook dan mag zijn, als de gemeente Rotterdam zorgt voor een efficiënt, integraal informatiesysteem, is de drempel tot invullen van gegevens wellicht niet meer zo hoog. Bovendien kan er met completere data beter worden gekeken naar de werking van de wijkteams.

iv. Stuur meer op het invullen van gegevens.

Ter bevordering van dataverzameling is het wellicht ook verstandig dat teamleiders meer zouden moeten sturen op het invullen van data. Niet alleen zijn completere data voor de gemeente handig om zo meer te weten te komen over het doen en laten van wijkteams, het kan ook een potentieel voordeel hebben voor de cliënt, die zo beter in het systeem staat geregistreerd. De idee heerst op dit moment dat het nog te veel administratieve rompslomp is en dat taken zoals het invullen van gegevens afdoet aan de hulp van de cliënt. Echter kan deze aanbeveling, gekoppeld met een integraal informatiesysteem, zorgen voor voordelen voor alle partijen.

7.2 Beperkingen.

De grootste beperking van deze studie ligt in de data. Er is al kort hierover iets gezegd in de aanbevelingen. De gebruikte bestanden werden veelal geplaagd door incomplete data, waardoor mogelijke prestatieaspecten moesten worden overgeslagen. Ook de gebruikte variabelen zijn bewerkt om het bruikbaar te maken. De lengte van de paragraaf *operationalisering* in het

hoofdstuk *methodologische verantwoording* getuigt van de moeite die gedaan is. Een mogelijk gevolg van dit morrelen is dat de kwaliteit, en daarmee de validiteit en betrouwbaarheid, van het onderzoek achteruit kan lopen.

Een andere grote beperking is de grootte van de populatie. Hoewel dit onderzoek geen steekproef betreft en zich dus niet hoeft te houden aan regels omtrent de significantieniveaus, zorgt een lage n van 41 (soms 42) ook nog voor een lage power. Dit uit zich vooral in statistische problematiek, waarbij teveel toegevoegde variabelen in een model kunnen zorgen voor allerlei problemen rondom, onder andere in verband met de aangepaste R^2 , die bij een kleine n snel onder nul kan schieten. Door de lage n moest er veel worden gekort op de data. Zo zijn uiteindelijke HPT dimensies samengevoegd tot een enkele variabele en zijn de verschillende wijkenmerken samen genomen. Dit zorgt natuurlijk voor informatieverlies.

Een wat meer algemenere beperking ligt in het gebruik van een enkele onderzoeksmethode. Een kwantitatieve studie kijkt vooral oppervlakkig naar verbanden en kan vaststellen in hoeverre x kan leiden tot y . De onderliggende mechanismen, echter, kunnen we enkel naar gokken. Zo weten we nu dat de trajectmaanden beïnvloed wordt door HPT dimensies, maar op welke manier is nog niet bekend.

Een laatste beperking binnen de data en de gekozen onderzoeksmethode ligt in de veelvuldigheid van interpretaties. Hiermee wordt bedoeld dat bepaalde prestatiematen vrij open liggen tot interpretatie. Getuigt een grotere caseload bijvoorbeeld van zwaardere cases en is het daarmee negatief, of getuigt het juist van een verhoogde efficiëntie? Betekent een langere trajectduur dat cases lastig zijn te sluiten, of dat de case open wordt gehouden, nadat men geholpen is, om een oogje in het zeil te houden? Reflecteren de gepercipieerde teamprestaties de, op dat moment objectief geziene, prestaties of wordt het naar omstandigheden ingevuld? De veelvuldigheid van interpretaties maken het lastig de waarde in te zien van de gevonden resultaten. Zonder een kwalitatief kader waarbinnen de onderliggende mechanismen worden blootgesteld, kan het niet met zekerheid worden gezegd wat de resultaten betekenen.

7.3 Suggesties voor vervolgonderzoek.

Er kunnen een aantal suggesties voor vervolgonderzoek worden gedaan onder andere op basis van de gevonden belemmeringen.

i. Het gebruik van andere prestatiematen en wijkenmerken

Het is al aangegeven bij een van de aanbevelingen, maar het zou interessant kunnen zijn om andere prestatiematen te toetsen binnen het JD-R model. Zoals al gezegd, zijn prestaties op vele manieren te interpreteren. Binnen dit onderzoek zijn enkel prestatiematen gebruikt die vooral gingen om prestaties. Hiermee zijn verschillende HR-maten, zoals het verloop binnen teams en de

bevoegdheid achterwege gelaten. Het zou dan ook interessant kunnen zijn hoe de mate van heterogeniteit van een team invloed heeft op de prestaties.

Ook zijn er keuzes gemaakt ten opzichte van de wijkenmerken. Er zou geëxperimenteerd kunnen worden met de invloeden van verschillende soorten wijkenmerken. De resultaten wijzen uit dat de wijkenmerken niet de verwachte invloed hebben. Wellicht moeten andere wijkenmerken worden toegevoegd om een breder en beter beeld te krijgen van de zorgvraag.

ii. Het splitsen van de gebruikte variabelen

Vanwege de lage *n* en de gelimiteerde scope van dit onderzoek bestonden de elementen *taakeisen* en *hulpbronnen* elk uit een enkele variabele. Dit zorgt natuurlijk voor veel informatie verlies. Een doel van vervolgonderzoek zou kunnen zijn hoe specifieke taakeisen, zoals de gesplitste wijkenmerken, invloed hebben op elk van de prestatie-maten. Bovendien, in het kader van de HPT dimensies, is het aan te raden om te kijken welke van de vijf meegenomen dimensies het meeste effect heeft op de prestatie-maten. Dit kan later helpen bij het gericht sturen van de wijkteams.

iii. Een kwalitatieve studie naar de onderliggende mechanismen van de HPT dimensies.

Zoals aangegeven in de belemmeringen kunnen we enkel een verband aannemen op basis van logica. Een kwalitatieve studie naar de onderliggende mechanismen zorgt voor meer duidelijkheid. Dit is zeker aan te raden als het gaat om de invloed van de HPT dimensies op de prestatie-maten. Met het onderliggende mechanisme blootgesteld, kan er gericht worden gestuurd op effectievere teams.

iv. Een onderzoek naar de wijkteams op nationaal niveau.

De doelpopulatie van dit onderzoek bestond uit wijkteams enkel werkend in Rotterdam. Het zou interessant kunnen zijn om hetzelfde onderzoek te herhalen op een landelijk niveau, waarbij er meerdere wijkteams uit meerdere gemeenten worden meegenomen. Deze resultaten zouden licht kunnen werpen op de gevonden resultaten van dit onderzoek, omdat er zo wordt gecontroleerd voor specifieke context-gebonden invloeden vanuit Rotterdam.

8 Referenties

Andrews, R., Boyne, G. A., & Walker, R. M. (2011). Dimensions of publicness and organizational performance: A review of the evidence. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(suppl 3), i301-i319.

Arum, S. van & Lub, V. (2014). *Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten*. Beleidsonderzoek Online, februari 2014.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2016). Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *PsycNET*.

Boer, N. D., & Van der Lans, J. (2013). Burgerkracht in de wijk. *Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, Platform, 31.

Bommer, W. H., Johnson, J. L., Rich, G. A., Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (1995). On the interchangeability of objective and subjective measures of employee performance: A meta-analysis. *Personnel psychology*, 48(3), 587-605.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.

Carr, L. T. (1994). The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing?. *Journal of advanced nursing*, 20(4), 716-721.

Cohen, S. G. (1993). New approaches to teams and teamwork. *Organizing for the future*, 194-226.

Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23(3), 239-290.

Dawes, J. (1999). The relationship between subjective and objective company performance measures in market orientation research: further empirical evidence. *Marketing Bulletin-Department of Marketing Massey University*, 10, 65-75.

De Bont, A., & Grit, K. (2012). Unexpected advantages of less accurate performance measurements. How simple prescription data works in a complex setting regarding the use of medications. *Public Administration*, 90(2), 497-510.

Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public administration*, 87(4), 892-909.

Eitjes, H. B. F. M., de Graaf-Ruizendaal, W. A., & de Bakker, D. H. (2014). De benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken? *Narcis.nl*.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (1e druk). Londen: SAGE Publications Ltd.

Gao, J. (2015). Performance measurement and management in the public sector: some lessons from research evidence. *Public Administration and Development*, 35(2), 86-96.

Gemeente Rotterdam. (2015) Beleidsplan nieuw Rotterdams jeugdinstel 2015-2018. Verkregen op 4 april 2017, van http://www.beleidsplanvoordejugd.nl/wp-content/uploads/2014/03/Rotterdam-rapportNieuw_RotterdamsJeugdinstel.pdf.

Hawkins, D. M. (1980). *Identification of outliers*. London: Chapman & Hall.

Hoaglin, D. C., and Iglewicz, B. (1987), Fine tuning some resistant rules for outlier labelling. *Journal of American Statistical Association*, 82, 1147-1149.

Kuipers, B.S. & Groeneveld, S.M. (2014). *De kracht van High Performance Teams; Zes ingrediënten voor excellent presteren in de publieke sector*. Amsterdam: Mediawerf.

KPMG Plexus (2013). *Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging*. Verkregen op 10 april 2017, van <https://www.vng.nl/files/vng/publicaties/2013/20130805-sociale-wijkteams-in-ontwikkeling.pdf>.

Karasek, R.A. (1998), "Demand/Control Model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development", in Stellman, J.M. (Ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health And Safety*, 34, 06-14.

Knol, F. (2012). Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010. *Narcis.nl*.

Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T., & Gilson, L. (2008). Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of management*, 34(3), 410-476.

Meier KJ, O'Toole LJ, Jr. 2012. Subjective organizational performance and measurement error: common source bias and spurious relationships. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23, 429-456.

Noordegraaf, M. and Abma, T. (2003) Management by measurement? Public management practices amidst ambiguity. *Public Administration*, 81 (4), 853 – 871.

Noordegraaf, M. (2007). From "pure" to "hybrid" professionalism present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785.

Noordegraaf, M. (2008). Meanings of measurement: the real story behind the Rotterdam Safety Index. *Public Management Review*, 10(2), 221-239.

Nutt, P. C., & Backoff, R. W. (1993). Organizational publicness and its implications for strategic management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(2), 209-231.

Paauwe, J. (2009). HRM and performance: Achievements, methodological issues and prospects. *Journal of Management studies*, 46(1), 129-142.

Paauwe, J., & Richardson, R. (1997). Introduction. *International Journal of Human Resource Management*, 8(3), 257-262.

Propper, C. and Wilson, D. (2003), "The use and usefulness of performance measures in the public sector". *Oxford Review of Economic Policy*, 19(2), 250-65.

Rich, G. A., Bommer, W. H., MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Johnson, J. L. (1999). Apples and apples or apples and oranges? A meta-analysis of objective and subjective measures of salesperson performance. *The Journal of Personal Selling and Sales Management*, 41-52.

Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In *Bridging occupational, organizational and public health*, 43-68. Springer Netherlands.

Siegrist, J. (1996), "Adverse health effects of high effort-low reward conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Steijn, A.J., Van der Voet, J., Huizenga, S. (2017) Wijkteams in de gemeente Rotterdam. Algemene rapportage over het intern en extern functioneren van wijkteams. *Faculteit der Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam*.

Sundstrom, E., De Meuse, K. P., & Futrell, D. (1990). Work teams: Applications and effectiveness. *American psychologist*, 45(2), 120.

't Hart, P. (2014). *Understanding Public Leadership*. London: Palgrave

Tonkens, E. H. (2006). De bal bij de burger. Burgerschap en publieke moraal in een pluriforme, dynamische samenleving. Amsterdam: Vossiuspers UvA.

Tukey, J.W. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Van Arum, S., & Schoorl, R. (2015). Sociale (wijk)teams in vogelvlucht. State of the art najaar 2014. Movisie. Verkregen op 15 maart, 2017, van <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150212-rapport-sociale-wijkteams-in-vogelvlucht-def.pdf>.

Van de Wijdeven, T., de Graaf, L., & Hendriks, F. (2013). *Actief burgerschap: Lijnen in de literatuur*. Verkregen op 17 maart, 2017, van www.rijksoverheid.nl.

Van den Berg-de Rooter, A.E., Schouten, G.M., & Van Veelen-Dieleman, N.F.A. (2014) *Gezondheid in kaart 2014, Rotterdam*. GGD Rotterdam-Rijnmond. Verkregen op 7 april, 2017 van www.ggdrotterdamrijnmond.nl.

Van den Bosch, A.C. (2013). *Leaflet: Het meten van effecten van sociale wijkteams*. Utrecht, Sociaal Werk in de Wijk. Verkregen op 10 juni, 2017, van www.sociaalwerkindewijk.nl/leaflets.

Van Dooren, W. (2006). *Performance measurement in the Flemish public sector: A supply and demand approach* (Doctoral dissertation, University of Bergen, Norway).

Van Knippenberg, D., & Sitkin, S. B. (2013). A critical assessment of charismatic—Transformational leadership research: Back to the drawing board? *Academy of Management Annals*, 7(1), 1-60.

Van Thiel, S., & Leeuw, F. L. (2002). The performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267-281.

Van Thiel, S. (2015). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Uitgeverij Coutinho.

Van Arum, S., & Lub, V. (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*, 20(11), 2014. Verkregen op 10 juni, 2017, van <http://www.beleidsonderzoekonline.nl/tijdschrift/bso/2014/02/Beleidsonderzoek-2014-06>.

Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2002). Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward Imbalance Model: Does it make any difference? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(4), 403-421.

Van Wart, M. (2012). *Leadership in Public Organizations. An Introduction* (second edition). Armonk N.Y.: M.E. Sharpe

Verbeeten, F. H. (2008). Performance management practices in public sector organizations: Impact on performance. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21(3), 427-454.

Vermeeren, B. (2014). *HRM implementation and performance in the public sector*. Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Wall, T. D., Michie, J., Patterson, M., Wood, S. J., Sheehan, M., Clegg, C. W., & West, M. (2004). On the validity of subjective measures of company performance. *Personnel psychology*, 57(1), 95-118.

Wilcox, R. R. (2010). *Fundamentals of Modern Statistical Methods: Substantially Improving Power and Accuracy, 2nd Ed.* New York: Springer.

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International journal of stress management*, 14(2), 121.

9 Bijlage

Bijlage 1.

Een overzicht van de vragen die gebruikt zijn om de HPT dimensies te toetsen.

Tabel 14 De vragen van de HPT dimensies

Ingrediënt	Aantal	Variabele	
Zelfmanagement	5	NL9_mean	Ons team wordt betrokken bij besluiten die over het werk in ons wijkteam gaan;
		NL10_mean	In ons wijkteam geeft men zijn/haar mening over werk gerelateerde zaken;
		NL11_mean	Ons team levert een bijdrage aan het ontwikkelen van beleid rond het werken in wijkteams
		NL12_mean	Als wijkteam komen we gezamenlijk tot besluiten over het werk van ons team
		NL13_mean	In het wijkteam verdelen we zelf de taken
Doelgerichte samenwerking	5	NL14_mean	We werken als één team om onze doelen te kunnen bereiken;
		NL15_mean	We nemen in ons team allemaal onze verantwoordelijkheid bij tegenslagen of slechte teamprestaties;
		NL16_mean	In het team helpen wij elkaar om de taken uit te voeren;
		NL17_mean	In het team kunnen wij goed met elkaar overweg;
		NL18_mean	In het team kunnen wij op elkaar vertrouwen.
Taakgerichte samenwerking	5	NL20_mean	Mijn teamleden zeggen van dingen die ertoe leiden dat ik iets nieuws leer over het werk;
		NL21_mean	In mijn team bespreken we de inhoud van ons werk regelmatig;
		NL22_mean	In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk;
		NL23_mean	Mijn teamleden zeggen regelmatig dingen waardoor ik nieuwe ideeën krijg;
		NL24_mean	Ik denk vaak diep na over wat andere teamleden over het werk zeggen.
Externe samenwerking	5	NL25_mean	Mijn teamleden leggen contact met relevante partijen ³ in de wijk;
		NL26_mean	Mijn teamleden informeren relevante partijen in de wijk over de aanpak van het team
		NL27_mean	Mijn teamleden vragen proactief om advies en ondersteuning van relevante partijen
		NL28_mean	Mijn teamleden overtuigen relevante partijen in de wijk dat de werkzaamheden van het team belangrijk zijn;
		NL29_mean	Mijn teamleden houden relevante partijen in de wijk op de hoogte van werkzaamheden van het team

³ Voorbeelden van relevante partijen in elk van de vragen zijn de politie, huisarts, woningcorporaties en welzijnsinstellingen.

Leiderschap ⁴	11	NL69_mean	Onze teamleider geeft ons de informatie die wij nodig hebben om ons werk goed te doen;
		NL70_mean	Onze teamleider stimuleert ons om onze talenten te gebruiken;
		NL71_mean	Onze teamleider helpt het team zich verder te ontwikkelen;
		NL72_mean	Onze teamleider moedigt ons aan om met nieuwe ideeën te komen;
		NL73_mean	Onze teamleider geeft ons de ruimte om beslissingen te maken die het werk eenvoudiger maken;
		NL74_mean	Onze teamleider helpt ons om zelf tot de oplossing te komen, in plaats van ons te vertellen wat we moeten doen;
		NL75_mean	Onze teamleider biedt ons volop mogelijkheden om nieuwe vaardigheden te leren;
		NL76_mean	Onze teamleider inspireert ons met een aantrekkelijke visie over de toekomst van ons wijkteam;
		NL77_mean	Onze teamleider genereert enthousiasme voor de doelen van het team;
		NL78_mean	Onze teamleider spoort het team aan om samen te werken aan een gezamenlijk doel;
		NL79_mean	Onze teamleider zegt dingen die ons trots maken om onderdeel te zijn van het wijkteam.
Totaal	31		

⁴ Deze vragen gelden ook voor de plaatsvervangende teamleider.

Bijlage 2.

Een overzicht van de gedraaide factoranalyses voor elke HPT dimensie.

Zelfmanagement

Ingrediënt	Variabele	Component		Initiële Eigenwaarden ⁵	
		1	2	Totaal	% Variantie
Zelfmanagement	NL9_mean	,791			
	NL10_mean	,855			
	NL11_mean	,800		3,402	68,047
	NL12_mean	,875			
	NL13_mean	,800			

Doelgerichte samenwerking

Ingrediënt	Variabele	Component		Initiële Eigenwaarden ⁶	
		1	2	Totaal	% Variantie
Doelgerichte samenwerking	NL14_mean	,896			
	NL15_mean	,874			
	NL16_mean	,824		3,929	78,573
	NL17_mean	,909			
	NL18_mean	,925			

Taakgerichte samenwerking

Ingrediënt	Variabele	Component		Initiële Eigenwaarden ⁷	
		1	2	Totaal	% Variantie
Taakgerichte samenwerking	NL20_mean	,885			
	NL21_mean	,768			
	NL22_mean	,859		3,333	66,667
	NL23_mean	,923			
	NL24_mean	,609			

Externe samenwerking

Ingrediënt	Variabele	Component		Initiële Eigenwaarden ⁸	
		1	2	Totaal	% Variantie
Externe samenwerking	NL25_mean	,816			
	NL26_mean	,882			
	NL27_mean	,872		3,776	75,530
	NL28_mean	,873			
	NL29_mean	,900			

⁵ Deze initiële Eigenwaarden representeren alleen de meest duidelijke factor.

⁶ Deze initiële Eigenwaarden representeren alleen de meest duidelijke factor.

⁷ Deze initiële Eigenwaarden representeren alleen de meest duidelijke factor.

⁸ Deze initiële Eigenwaarden representeren alleen de meest duidelijke factor.

Leiderschap

Ingrediënt	Variabele	Component		Initiële Eigenwaarden ⁹	
		1	2	Totaal	% Variantie
Leiderschap ¹⁰	NL69_mean	,790			
	NL70_mean	,909			
	NL71_mean	,918			
	NL72_mean	,932			
	NL73_mean	,861			
	NL74_mean	,869		9,315	84,679
	NL75_mean	,901			
	NL76_mean	,884			
	NL77_mean	,934			
	NL78_mean	,875			
NL79_mean	,908				

⁹ Deze initiële Eigenwaarden representeren alleen de meest duidelijke factor.

¹⁰ De factoranalyse is genomen over het gemiddelde van de vragen voor de teamleider en de plaatsvervangende teamleider.

Bijlage 3.

De correlatietabel waarbij alle variabelen met elkaar zijn meegenomen, uitgezonderd van de interactie-effecten.

Tabel 15 Correlatietabel met alle variabelen

	Hoeveelheid inwoners	Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	Teamgrootte	Zorgvraag	HPT dimensies	maat: caseload	gepercipieerde teamprestaties	Afname van de problematiek	trajectduur in maanden
Hoeveelheid inwoners van een wijk	-								
Aanwezigheid plaatsvervangend teamleider	,159	-							
Teamgrootte	,418***	,344**	-						
Zorgvraag	-,036	,119	,362**	-					
HPT dimensies	,027	-,333**	,001	-,323**	-				
Caseload	,196	,127	-,145	,006	-,020	-			
gepercipieerde teamprestaties	-,135	-,269*	-,211	-,161	,483***	,213	-		
afname van de problematiek	,197	,231	,114	-,118	,034	,379**	,020	-	
trajectduur in maanden	-,041	,097	,180	,010	-,105	,050	-,245	,375**	-