

Anne Pelzer

Onder-
steunings-
team

ZORG
SAMEN STEEDS BETER
VOOR DE
JEUGD



SAMENWERKING IN DE SPECIALISTISCHE JEUGDHULP

Barrières, facilitators en kansen
vanuit professioneel perspectief

Datum

6 juli 2022

Opdrachtgever

Opdracht is gegeven vanuit ambassadeurschap
Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd

Over de auteur

Anne Pelzer is als kinder- en jeugdpsychiater werkzaam binnen de acute jeugd-ggz. Op basis van dit onderzoek studeerde zij af als Executive Master of Health Administration aan de TIAS Business School te Tilburg.

Redactie

Dieuwke de Boer

Vormgeving

Nadine Op den Kamp – Vroomen / Snorris ontwerp bureau

ISBN

9789464375671

SAMENWERKING IN DE SPECIALISTISCHE JEUGDHULP

Barrières, facilitators en kansen
vanuit professioneel perspectief

Anne Pelzer

VOORWOORD

De jeugdhulp staat onder druk, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de (media-)aandacht waarin situaties en casussen worden uitgelicht die onwenselijk zijn. Het is een noodzakelijk goed om stagnerende processen te analyseren. Deze bevindingen zijn de sleutel voor verandering. Binnen de jeugdhulp werken bevlogen professionals die zich maximaal inzetten om naar eer en geweten zorg te leveren. Hun inspanningen worden niet altijd beloond met waardering. Het roept de vraag op wat ervoor nodig is om het jeugdhulpstelsel goed te laten functioneren, waarbij we trots kunnen zijn op de zorg voor onze jongeren en hun naasten.

De afgelopen twee jaar heb ik mij tijdens de Executive Master of Health Administration (MHA) verdiept in het jeugdhulpstelsel, waarbij ik eerst op macroniveau de vraag heb proberen te beantwoorden: Wat is er aan de hand? Deze analyse resulteerde in de publicatie “De balans is zoek in Jeugdzorgland” (Pelzer e.a., 2022). Een van de belangrijkste conclusies uit dit artikel is dat het perspectief van de professional ondergesneeuwd wordt door de perspectieven van de markt en de bureaucratie.

In dit onderzoek is gekozen voor een bottom-up benadering om de balans die zoek is geraakt te herstellen. Het perspectief van de professional staat voorop. Dit onderzoek heeft als doel om deelantwoorden te vinden op de vraag: Hoe dan wel?

Speciale dank aan Peter van der Voort, Michel van den Bogaard, Peter Dijkshoorn en Lianne van Ruiten voor de review van dit onderzoek. Dank aan Giel van Lankveld voor zijn ondersteuning bij de data-analyse.

MANAGEMENT

SAMENVATTING

Onlangs deed het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden een uitspraak in zaaknummer 200.306.824, waarbij het hof oordeelde dat er sprake was van een inhumane situatie omdat een 15-jarig meisje al langere tijd uit 'veiligheid' werd opgesloten in het kader van een uithuisplaatsing (Rechtspraak.nl). Eén van de overwegingen om de machtiging gesloten jeugdzorg op te schorten was het argument dat de jongere in kwestie meer dan twee jaar binnen JeugdzorgPlus verbleef en, behoudens medicatie, geen behandeling ontving. Deze casus illustreert hoe vergaande specialisatie tot versnippering van het jeugdhulpdomein heeft geleid, waarbij de decentrale aansturing niet heeft gezorgd voor meer samenhang (Pelzer & Van den Bogaard, 2022; Pelzer et. al., 2022). Met name binnen de specialistische jeugdhulp, waar de meest complexe jongeren en gezinnen in behandeling zijn, worden lacunes zichtbaar. De afgelopen periode was er veel (media-)aandacht voor facetten binnen de jeugdhulp die onwenselijk zijn. Het roept de vraag op: Hoe dan wel? Op welke wijze kan het jeugdhulpstelsel kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar worden ingericht? Dit onderzoek is een van de eerste wetenschappelijke verkenningen die kan bijdragen aan de beantwoording van deze vraag.

De centrale doelstelling van het onderzoek is om een bijdrage te leveren aan domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals binnen de hoogspecialistische- en hoogcomplexe jeugdzorg; JeugdzorgPlus en de specialistische jeugd-ggz. Het onderzoek bestaat uit drie fases. De eerste fase betreft een literatuurstudie naar samenwerking. In de tweede fase wordt hier empirisch onderzoek naar verricht. De derde fase betreft een serie verdiepende kwalitatieve vragen. De opdracht is afkomstig van het ambassadeurschap Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd.

In totaal worden 23 van de 30 instellingen in Nederland vertegenwoordigd door 31 respondenten. Dit komt neer op een totaal responspercentage van 77%. Alle respondenten gaven aan de samenwerking tussen JeugdzorgPlus en jeugd-ggz belangrijk te vinden. Op dit moment is er onvoldoende samenwerking, wat tot uiting komt in een gemiddelde totaalscore van 3,1 (schaal 1-5). Barrières, facilitators en kansen kunnen worden onderverdeeld in de volgende items: bestuur, gedeelde doelen, formalisering en internalisering.

Bijna alle respondenten ervaren zowel barrières als facilitators, maar bovenal worden er ook kansen gezien om samenwerking tussen professionals en organisaties te verbeteren. In het artikel worden aanbevelingen gedaan hoe bestuurders en beleidsmakers verbinding tussen jeugd-ggz en JeugdzorgPlus kunnen ondersteunen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
Management samenvatting	6
Hoofdstuk 1: introductie van het onderzoek	8
1.1 De geschiedenis van de jeugdzorg	
1.2 Organisatie van specialistische jeugdhulp	
1.3 Aanleiding voor het onderzoek	
1.4 Probleem- en doelstelling van het onderzoek	
1.5 Onderzoeksvragen	
1.6 Scope en afbakening	
1.7 Relevantie van het onderzoek	
1.7.1 Praktische en maatschappelijke relevantie	
Hoofdstuk 2: literatuuronderzoek en theoretisch kader (fase 1)	12
Hoofdstuk 3: methodologie (fase 2 en 3)	22
3.2 Methode en technieken	
3.4 Steekproef	
3.5 Meetinstrumenten	
Hoofdstuk 4: resultaten	26
4.1 Responsanalyse	
4.3.3 Ervaren facilitators	
4.3.4 Kansen	
Hoofdstuk 5: deelconclusies	32
Hoofdstuk 6: discussie	
6.2 Inhoudelijke discussie	
Hoofdstuk 7: eindconclusie	34
Hoofdstuk 8: aanbevelingen	38
Literatuurlijst	40
Appendix 1: originele vragenlijst interprofessionele samenwerking Engels	42
Appendix 2: kwantitatieve en kwalitatieve enquête	46
Appendix 3: betrouwbaarheid kwalitatieve vragenlijst	51
Appendix 4: nul hypothese Mann-Whitney U Test	53
Appendix 5: niet significante variaties JeugdzorgPlus en jeugd-ggz per variabel	54

INTRODUCTIE VAN HET ONDERZOEK

hoofdstuk 1

1.1 De geschiedenis van de jeugdzorg

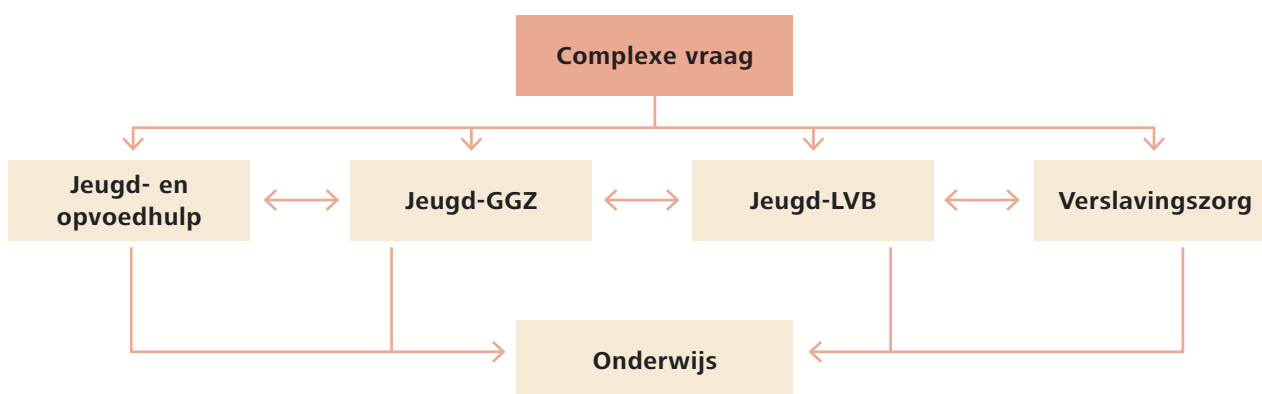
De zorg voor kwetsbare en verwaarloosde kinderen is van oudsher een taak van de Rijksoverheid; de Regionale Raden van Kinderbescherming waren daarbij belast met de uitvoering. Door de Wet op de Jeugdhulpverlening (1989) en de Wet op de Jeugdzorg (2005) werd de hulp vervolgens een taak van de provincies. De regionale Bureaus Jeugdzorg speelden daarbij een centrale rol; zij gaven indicaties af voor hulpverlening, waren het meldpunt voor kindermishandeling en organiseerden de jeugdreclassering. De zorg voor kinderen met een licht verstandelijke beperking werd door zorgkantoren gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zorgverzekeraars vergoedden Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) voor kinderen na een verwijzing van de huisarts (Friele RD et al., 2018).

In 2006 werden lokale centra voor Jeugd en Gezin opgericht als aanvulling op de Bureaus Jeugdzorg. Hierbij werd beoogd meer in te zetten op preventie, met de verwachting dat dit de oplopende kosten een halt zou toeroepen. Vanuit de Colleges van Burgemeester en Wethouders ontstond steeds meer de roep de jeugdzorg bij de gemeenten onder te brengen. De gedachte daarachter was dat de zorgcoördinatie het best in handen kon worden gegeven van de bestuurslaag die het dichtst bij de burgers staat. In 2010 adviseerde demissionair minister Rouvoet de uitvoering en betaling van de jeugdzorg over te hevelen van provincies naar gemeenten, een plan dat toen door 98% van de gemeenten werd ondersteund (Vrijns E. Kinderen van de rekening. EW magazine, 2021).

Omdat de uitvoering en financiering van de jeugdzorg tot aan 2015 vanuit meerdere domeinen plaatsvond, werd met de invoering van de Jeugdwet beoogd te komen tot een vereenvoudiging van het stelsel. Decentrale aansturing en financiering van jeugdzorg door gemeenten werd gezien als een randvoorwaarde voor de transformatie van de jeugdzorg (Rijksoverheid. Memorie van toelichting bij de Jeugdwet, 2013). Bij de implementatie werd verondersteld dat gemeenten de jeugdhulp doelmatiger, integraler en efficiënter zouden kunnen organiseren. Het Rijk en de gemeenten gingen ervan uit dat het beroep op duurdere specialistische zorg zou afnemen door investeringen in preventie, vroegsignalering en het versterken van de eigen kracht (Friele RD et al., 2018). Als primaire doelstellingen van de Jeugdwet (Beweging van o, 2021) werden daarnaast genoemd: ontschotting van domeinen en demedicalisering.

1.2 Organisatie van specialistische jeugdhulp

Binnen de jeugdhulp zijn er diverse soorten hulpverlening, waaronder (ortho)pedagogische begeleiding, (eerstelijns-/tweedelijns)behandelaanbod door (basis)ggz-instellingen of vrijgevestigde aanbieders, en begeleidwvormen zoals gezinshuizen (Figuur 1.1). Hoogspecialistische (tweede-/derdelijns)zorg binnen het jeugdzorgdomein wordt geleverd door JeugdzorgPlus-instellingen en specialistische aanbieders van jeugd-ggz. JeugdzorgPlus is een bijzonder intensieve vorm van gespecialiseerde, gesloten jeugdhulp, waarbij de nadruk ligt op pedagogische en gedragsmatige interventies.



Figuur 1.1
Samenhang jeugdhulp (Bron: Verheijden & Lange, 2017)

Dergelijke hulp is bedoeld voor jongeren en hun gezinnen die niet bereikbaar zijn voor lichtere vormen van hulp, en die zonder behandeling een risico vormen voor zichzelf en/of hun omgeving (Addink & van der Veldt, 2021). De specialistische ggz richt zich met name op psychiatrische stoornissen en de behandeling hiervan. Psychiatrische problematiek staat echter nooit op zichzelf en gaat vrijwel altijd gepaard met systemische en orthopedagogische factoren. Behandeling binnen de specialistische ggz vindt doorgaans poliklinisch (ambulant) plaats, waarbij er door de inzet van outreachende teams diverse mogelijkheden zijn tot intensivering in de thuissituatie. In geval van een niet op een andere manier af te wenden crisissituatie kan gebruik worden gemaakt van een gesloten opnameafdeling voor jongeren. Wanneer er in een crisissituatie sprake is van een combinatie van (forse) gedragsproblematiek en psychiatrie, dan kan gebruik worden gemaakt van de afdelingen Zeer Intensieve Kortdurende Observatie en Stabilisatie (ZIKOS) die zijn gelieerd aan JeugdzorgPlus-organisaties.

1.3 Aanleiding voor het onderzoek

Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn de gewenste veranderingen ten aanzien van kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de jeugdhulp nog niet bereikt (Friele RD et al., 2018; Sociaal Economische Raad [SER], 2021; Stuurgroep Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet, 2021). Het Rijk en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) maakten in dat verband op 22 april 2021 afspraken over extra middelen en maatregelen (Rijksoverheid, 2021). Dit illustreert de toenemende maatschappelijke en politieke druk om de kwaliteit van hoogcomplexen en specialistische jeugdhulp te verbeteren.

Opvallend is dat er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar factoren die bijdragen aan de beoogde transformatie van het stelsel. Veel adviezen zijn gebaseerd op aannamen en hypothesen op basis van cijfers en meningen van experts (Sociaal Economische Raad [SER], 2021; Stuurgroep Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet, 2021). Deze constatering is een van de aanleidingen voor dit onderzoek. Een tweede aanleiding heeft betrekking op de problematiek rond jeugdigen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen, waarmee de jeugdzorg dagelijks wordt geconfronteerd.

De samenwerking tussen de specialistische jeugd-ggz en de JeugdzorgPlus is in de praktijk niet optimaal, als gevolg van verschillen in organisatie(cultuur), visie, kennis en kunde. Dit gaat ten koste van de efficiëntie, de continuïteit en de kwaliteit van zorg die aan kwetsbare jongeren moet worden geboden. Een recent uitgevoerd longitudinaal effectonderzoek naar de JeugdzorgPlus laat een aantal belangrijke verbeterpunten zien (Addink en van der Veldt, 2021): beschikbaarheid van specialistisch (zorg)aanbod, behandeling op maat en samenwerking binnen de keten kan bijdragen aan het vermijden of minimaal bekorten van gesloten plaatsingen. In dit onderzoek vindt een evaluatie plaats van de samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz. De opdracht voor het onderzoek is afkomstig van het ambassadeurschap Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd.

Dit onderzoek omvat een drietal fasen. De eerste fase bestaat uit een literatuurstudie naar de diverse aspecten van samenwerking. De focus ligt daarbij op het onderzoeken van barrières en facilitators van samenwerking tussen professionals en organisaties. In de tweede fase wordt hier empirisch onderzoek naar verricht. De derde fase omvat een serie verdiepende kwalitatieve vragen.

1.4 Probleem- en doelstelling van het onderzoek

De centrale probleemstelling luidt als volgt: Vergaande specialisatie heeft door versnippering gezorgd voor belemmering van interprofessionele samenwerking in het jeugdzorgdomein. De decentralisatie van de jeugdhulp heeft niet geleid tot meer samenhang. Het is onduidelijk welke barrières en facilitators er onder de gegeven omstandigheden zijn om te (kunnen) komen tot optimalisatie van de interprofessionele samenwerking.

De centrale doelstelling van het onderzoek luidt: Bijdragen aan een domeinoverstijgende interprofessionele samenwerking binnen de jeugdhulp, waarbij de focus ligt op de hoogspecialistische en hoogcomplexen zorg: de JeugdzorgPlus en de specialistische jeugd-ggz.

1.5 Onderzoeksvragen

Bovenstaande centrale probleemstelling leidt tot de volgende theoretische onderzoeksvragen:

1. *Wat is een professional en wat zijn diens kenmerken?*
2. *Wat is interprofessioneel samenwerken?*
3. *Wat zijn de barrières om interprofessioneel te kunnen samenwerken?*
4. *Wat zijn de facilitators om interprofessioneel te kunnen samenwerken?*
5. *Heeft interprofessioneel samenwerken binnen de zorg specifieke kenmerken?*
6. *Welke aspecten van interorganisatiele samenwerking zijn belangrijk voor interprofessionele samenwerking?*

De theoretische onderzoeksvragen worden in Hoofdstuk 2 beantwoord op grond van de bevindingen van een literatuurstudie. Hieruit volgt een conceptueel model met hypothesen. Dit model zal vervolgens domein- en organisatie-overstijgend worden getoetst om de volgende praktische onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. *Wat hebben regiebehandelaars binnen de JeugdzorgPlus en de specialistische jeugd-ggz nodig om tot verbinding te komen?*
2. *Wat is met het oog op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid nodig om een continue zorgketen voor jeugdigen te borgen?*
3. *Op welke wijze kunnen financiers en beleidsmakers waardecreatie faciliteren?*

1.6 Scope en afbakening

Het onderzoek zal in de volledige breedte plaatsvinden, waarbij zoveel mogelijk aanbieders van JeugdzorgPlus en van Specialistische jeugd-ggz (met residentiële crisisafdelingen) worden betrokken. Dit past ook bij de insteek waar opdrachtgeverschap Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd voor heeft gekozen. Het onderzoek loopt van 1 februari 2022 tot 1 april 2022.

1.7 Relevantie van het onderzoek

1.7.1 Praktische en maatschappelijke relevantie

Onder professionals, maar ook maatschappelijk gezien, stuit opname in gesloten jeugdzorginstellingen op steeds meer weerstand. Domeinoverstijgend is sprake van toenemende kritiek op dwanginterventies bij jongeren met psychische problemen. In navolging van de verbeterpunten uit het onderzoek van Addink & van der Veldt (2021) is de

verwachting dat een domeinoverstijgende samenwerking met uitwisseling van kennis en kunde leidt tot minder gesloten opnamen waarbij ook de opnameduur korter wordt.

1.7.2 Academische relevantie

Samenwerking binnen de genoemde domeinen is vaak lokaal georganiseerd; er bestaat geen netwerk binnen de landelijke keten. Succesvolle methoden met betrekking tot het terugdringen van drang en dwanginterventies binnen deze doelgroep is vaak practice based, waarbij substantieel meer aandacht is voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het verkrijgen van evidentie. Dit onderzoek is een eerste stap om twee domeinen met elkaar te verbinden. In de toekomst kan vanuit de beoogde samenwerking vervolgonderzoek plaatsvinden gericht op zorginhoudelijke thema's.

LITERATUUR- ONDERZOEK EN THEORETISCH KADER (FASE 1)

hoofdstuk 2

2.1 Wat is een professional en wat zijn diens kenmerken?

De (medisch) socioloog Freidson (2001, p.108) beschreef de drijfveren van een professional als een 'seculiere roeping' om elke cliënt zo goed mogelijk te helpen, nagenoeg ongeacht tijd en geld. De professional is niet primair gericht op eigenbelang, status of een hoog inkomen, maar op een hogere waarde, bijvoorbeeld gezondheid of welzijn. Scanlon (2011, p.17) voegt hieraan toe dat professionals als beoefenaars werkzaam zijn in op kennis gebaseerde, dienstverlenende beroepen. Deze beroepen vereisen tertiair onderwijs gevolgd door formele kwalificaties, en hebben een overeengekomen norm voor ethisch gedrag. Daarnaast is professional worden een levenslang project. Daarbij dienen de veranderende aard van de professionele kennis en de sociaaleconomische omstandigheden waarin professionals werken te worden erkend (Scanlon, 2011, p.21). Volgens Barnhoorn (2021) zijn er grofweg drie invalshoeken om het begrip professionaliteit te benaderen, die complementair aan elkaar zijn. Professionals zijn mensen met het juiste karakter en de juiste attitude. Daarnaast wordt van hen een bepaald type (professioneel) gedrag verwacht. Als derde wordt er gesproken over professionele identiteitsvorming (socialisatie); de waarden van de beroepsgemeenschap worden in dat geval met de identiteit verenigd (Barnhoorn et al., 2021, pp. 4-5).

Leden van een beroepsgroep worden verbonden door gemeenschappelijke aspiraties, waarden en scholing, waarbij in verschillende gradaties sociale en morele banden tussen de leden van de beroepsgemeenschap ontstaan. Een professie kan worden gezien als een 'morele gemeenschap', een normatieve referentiegroep waarvan de normen, waarden en definities van passend gedrag als gids dienen voor de individuele leden (Frankel, 1989). Hall (2005) spreekt in dit verband van een 'cognitieve kaart' die een belangrijk deel uitmaakt van de cultuur van elke professie. Critici stellen dat professionals binnen

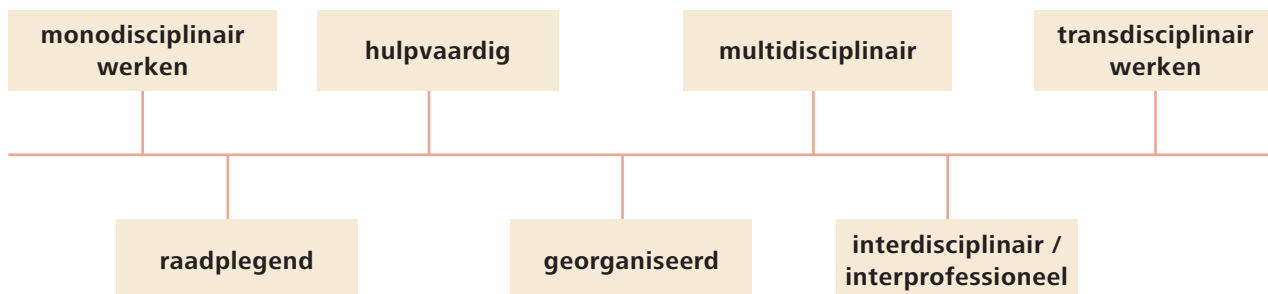
de gezondheidszorg een monopoliepositie hebben ten opzichte van kennis, en dat zij hun expertise mystificeren met het oog op macht en controle (Hall, 2005).

Een universeel kenmerk van professionals is hun behoefte aan vrijheid en autonomie, die voortkomt uit de wens zelf te bepalen wat gedaan dient te worden om te komen tot een vakmatig goed resultaat (Weggeman, 2015, p.13). Vandaag de dag is er een spanningsveld tussen de door de professional gewenste autonomie en de verantwoording die door de maatschappij wordt gevraagd. Professionele autonomie is geen recht, maar een vanuit de samenleving toegekend privilege (Frankel, 1989).

Een medisch professional worden is een complex proces met meerdere facetten, maar het is ook een onomkeerbare transformatie die niet meer ongedaan kan worden gemaakt. Als arts zal de manier waarop men naar zichzelf kijkt en de wijze van interactie met de omgeving altijd worden beïnvloed door de bij een arts horende identiteit (Scanlon, 2011, p.171). Een medisch professional kan worden teruggebracht tot een ideaal van de volmaakte professional beschreven door een reeks eigenschappen, waaronder eerlijkheid en de mogelijkheid gezondheid te bevorderen. Dit alles is onlosmakelijk verbonden met effectieve communicatie en samenwerking (Scanlon, 2011, p. 130).

2.2 Wat is interprofessioneel samenwerken?

Verschillende auteurs omschrijven samenwerking als een dynamisch en interactief proces, een transformatie, een interpersoonlijk proces of de structurering van collectieve actie (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005). Samenwerkingsrelaties zijn te beschrijven in een continuüm (Figuur 2.1). Men onderscheidt diverse vormen:



Figuur 2.1
Het continuüm van samenwerkingsrelaties
(Bron: Van Zaalén & Deckers, 2018)

Monodisciplinair werken is te karakteriseren als de manier van werken van professionals die gewend zijn te werken met vakgenoten en verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen taken, zonder dat dit noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een vorm van actieve samenwerking of gezamenlijk overleg.

Multidisciplinaire samenwerking kenmerkt zich als een samenwerkingsvorm tussen verschillende disciplines, terwijl elke discipline vanuit zijn eigen perspectief werkt en zijn eigen doelstellingen nastreeft. Een gezamenlijk probleem wordt vanuit verschillende perspectieven onderzocht. Teamleden werken onafhankelijk aan discipline specifieke doelen.

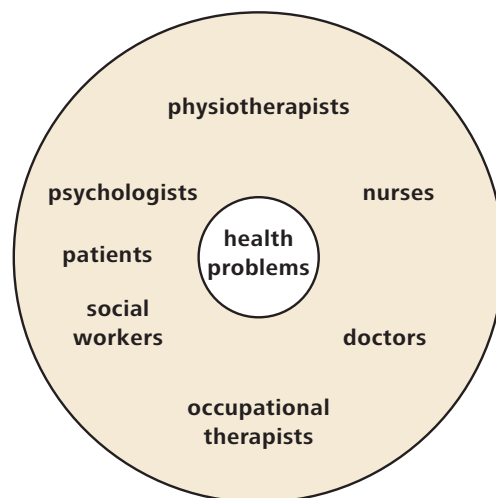
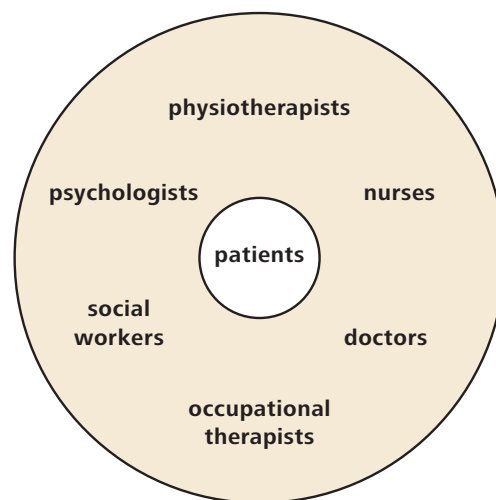
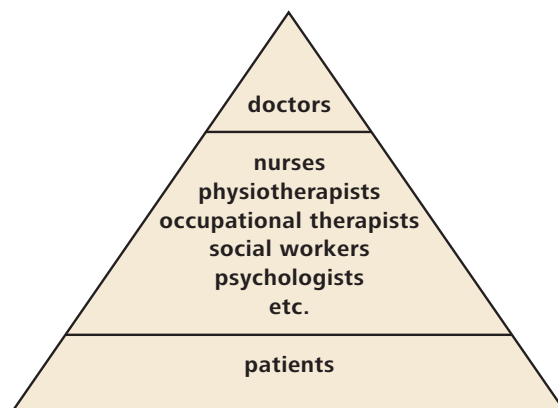
Interdisciplinaire samenwerking is een samenwerkingsvorm waarbij via intercollegiaal overleg wordt toegewerkt naar gezamenlijke doelstellingen, waarbij de diverse disciplines een gemeenschappelijke taal hanteren en waarbij de kwaliteiten en de perspectieven van de ander als complementair en waardevol worden gezien. De besluitvorming is gericht op het realiseren van consensus en het gezamenlijk creëren van meerwaarde. Interdisciplinaire samenwerking veronderstelt een gezamenlijke, gecoördineerde, duurzame en geïntegreerde samenwerking tussen professionals van verschillende disciplines (Van Zaalen & Deckers, 2018, pp. 29-38; Vyt, 2017, pp. 16-17).

Interprofessionele samenwerking is binnen het perspectief van gezondheidszorg een proces waarbij professionals van verschillende disciplines samenwerken om de kwaliteit van diensten verbeteren, gemedieerd door een continu proces van interactie en onderhandeling gericht op het nemen van beslissingen. De patiënt staat daarbij voortdurend centraal (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, & Zwarenstein, 2017). Interprofessioneel samenwerken kent drie vormen (Figuur 2.2): het hiërarchisch model (boven), het cliëntmodel (midden) en het probleemgeoriënteerde model (onder).

Interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking liggen dicht bij elkaar, maar verschillen op de punten besluitvorming en handelingen. Bij interdisciplinaire samenwerking handelen professionals binnen de grenzen van hun eigen vak en worden taken na onderlinge afstemming verdeeld over de betrokken professionals. Bij interprofessionele samenwerking neemt de professional discipline-overstijgende besluiten terwijl de handelingen vakoverstijgend zijn (Van Zaalen & Deckers, 2018, pp. 29-38).

Bij *transdisciplinaire samenwerking* vervagen de grenzen van de disciplines omdat men elkaars discipline bijzonder goed kent, en men zich in samenwerking en samenspraak ook gedeeltelijk op elkaars werkteerrein begeeft (Vyt, 2017, pp. 16-17).

Naast de genoemde vormen van samenwerking zijn er nog eens drie gradaties van samenwerking te onderscheiden: actieve samenwerking, ontwikkelende samenwerking en potentiële samenwerking (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008).



2.3 Welke barrières vormen een belemmering voor interprofessioneel samenwerken?

Belemmeringen om interprofessioneel te kunnen samenwerken bestaan op verschillende gebieden. Onderstaande Tabel 2.1 is opgemaakt met gebruik van Hall (2005), Mulvale, Embrett en Razavi (2016), Van Zaalen & Deckers (2018, p.128) en Vyt (2017, p.29).

Macroniveau (politiek)	Mechanismen vanuit de overheid zijn niet of onvoldoende gericht op het effectief bevorderen van interdisciplinaire samenwerking.
	(hoger) Onderwijs sterk gericht op specifieke beroepsbekwaamheden en weinig op interprofessionele competenties. Grotere focus op uitkomst dan op relaties.
	Werkstructuren in de gezondheidszorg zijn meestal klassiek ingericht; unidisciplinair of hooguit multidisciplinair.
	De cultuur van gezondheidszorginstellingen.
	De complexiteit van de gezondheidszorg.
Mesoniveau (organisatie)	Grote werkdruk; eerder focus op eigen beroepsspecifiek handelingskader i.p.v. een integrale aanpak.
	Het gebrek aan goede instrumenten die interdisciplinaire samenwerking ondersteunen.
	Het gebrek aan managementvaardigheden om interdisciplinaire samenwerking in goede banen te leiden.
	Een gebrek aan structuur en standaardisatie.
Microniveau (team)	Het bestaan van hiërarchische verhoudingen tussen beroepsrollen in de praktijk.
Individueel niveau	Het bestaan van stereotiepe vooroordelen (of gebrek aan kennis) over bepaalde andere disciplines.
	Het gebrek aan vertrouwen tussen verschillende professionals.
	Het gebrek aan ervaring van professionals.
	Vooroordelen over interprofessionele werkwijzen.
	Professionals verdediging en werken volgens hun eigen beroepsidentiteit en cultuur; o.a. behoud van autonomie en onafhankelijkheid.

Tabel 2.1 Barrières voor interprofessioneel samenwerking

Figuur 2.2 (pagina 14) Drie modellen interdisciplinair samenwerken (Bron: Vyt, 2017)

2.4 Wat zijn facilitators van het interprofessioneel samenwerken?

2.4.1 Voorwaarden, attituden en vaardigheden voor interprofessionele samenwerking

In paragraaf 2.3 zijn de belemmeringen voor interprofessionele samenwerking beschreven aan de hand van Tabel 2.1. Dergelijke barrières kunnen deels worden geherformuleerd tot stimulerende factoren.

Om interprofessionele samenwerking te promoten en te faciliteren worden door Schot, Tummers en Noordegraaf (2019) de volgende voorwaarden benoemd: duidelijke gemeenschappelijke regels, passende informatiestructuren, tijd, ruimte, middelen die de professionals in staat stellen elkaar te leren kennen en met elkaar te discussiëren, een open en ontvankelijke professionele cultuur, bereidheid tot samenwerking en een open communicatie. Op team- en individueel niveau kunnen hieraan nog worden toegevoegd: een gezamenlijke visie of gezamenlijke doelstellingen, innovatie, focus op kwaliteit, formele supervisors, afspraken rondom besluitvorming, het organiseren van interprofessionele bijeenkomsten, innovatie, geloof in het concept van interprofessionele samenwerking en flexibiliteit (Mulvale et al., 2016). Samenwerking is alleen mogelijk als iedereen vertrouwen heeft in elkaars competenties (Van Zaalen & Deckers, 2018, pp. 42-43). Relationele vaardigheden blijken een goede voorspeller van een succesvolle, dan wel minder succesvolle samenwerking.

Voor effectief teamwerk zijn de volgende samenwerkingsvaardigheden van belang (Hall, 2005):

- Samenwerking: kennisnemen en het respecteren van andere meningen en perspectieven met het behoud van de bereidheid om persoonlijke overtuigingen en perspectieven te onderzoeken en te veranderen.
- Assertiviteit: een perspectief met vertrouwen ondersteunen.
- Verantwoordelijkheid: accepteren en delen van verantwoordelijkheid en participeren in het nemen van beslissingen en planning.
- Autonomie: in staat zijn om alleen te werken.
- Coördinatie: efficiënte organisatie van groepstaken en opdrachten.

Om interprofessionele samenwerking mogelijk te maken, is het zaak dat betrokkenen inzicht hebben in zowel hun eigen rol als in die van de ander, dat zij beseffen dat zij van elkaar afhankelijk zijn om te bereiken wat nodig is, dat zij het belang inzien van kennisdeling en dat zij zich

bewust zijn van hun collectieve verantwoordelijkheid om in gezamenlijkheid vastgestelde doelen te behalen (Van Zaalen & Deckers, 2018, p. 42).

2.4.2 De T-shaped professional

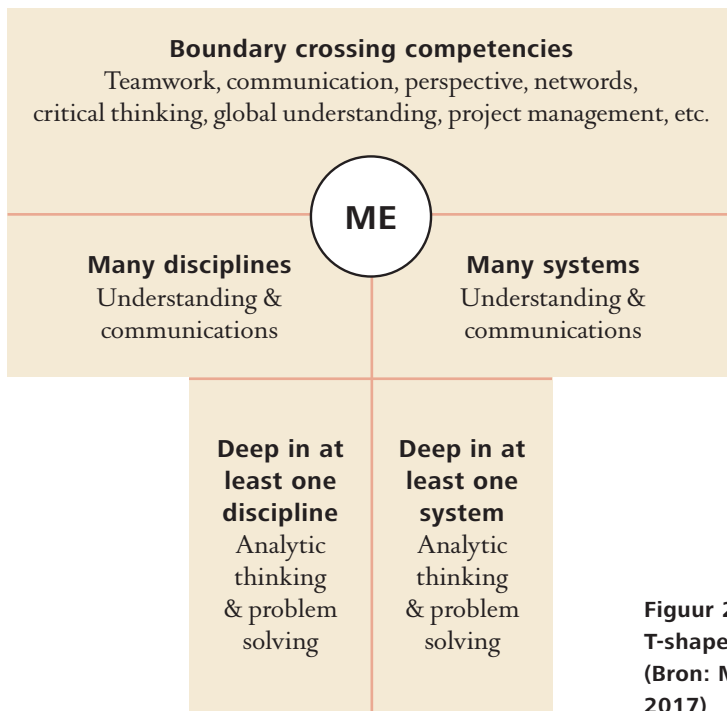
Een T-shaped professional is een persoon met specialistische kennis van het eigen vakgebied, maar tevens in staat is grenzen te verleggen, buiten zijn eigen referentiekader te kijken en tot verbinding te komen met anderen. Kelley en Littman (2005) beschreven als eerste het concept van een T-shaped professional, dat verder werd uitgewerkt door de Michigan State University (2007) (Figuur 2.4). Op de verticale poot wordt specialistische kennis op het eigen vakgebied getoond, op de horizontale poot een brede basis met elementaire kennis van aanpalende terreinen of meer algemene disciplines. Het uitsluitend beschikken over kennis en expertise op het eigen vakgebied is niet langer voldoende. Om zowel binnen als buiten de organisatie een goede gespreks- en samenwerkingspartner te zijn, is het nodig te beschikken over basiskennis van aanpalende of verbindende vakgebieden (Oskam, 2009).

Een T-shaped professional is onlosmakelijk verbonden met interprofessionele samenwerking (Figuur 2.5). De grensoverschrijdende competenties bestaan uit het werken in teams, communicatief zijn, perspectief, netwerken, kritisch denken, analytisch denken & globaal begrip, beschikken over probleemoplossend vermogen, open staan voor feedback, leerbaar, kennis willen/kunnen delen enzovoort (Michigan State University, 2007).

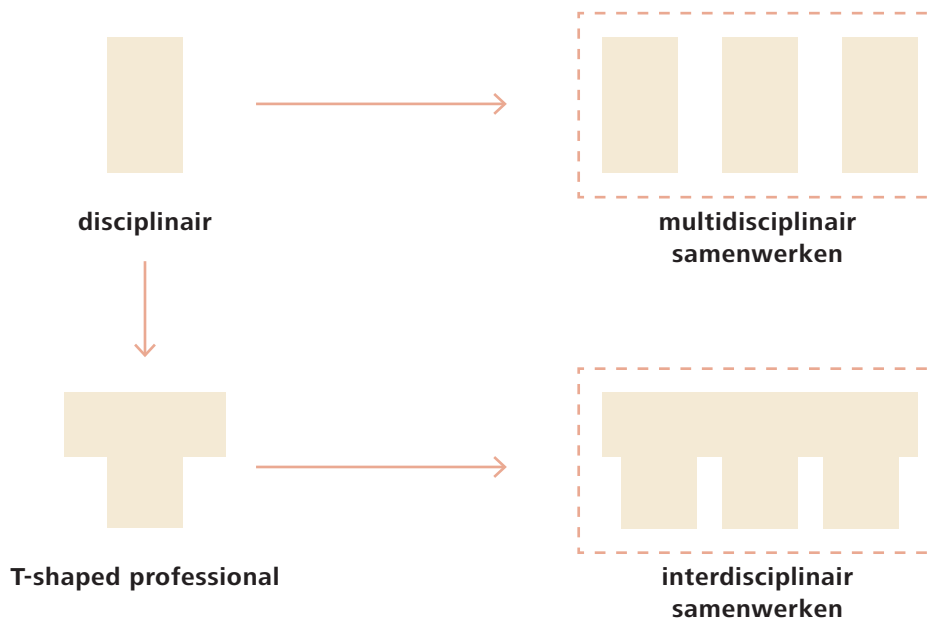
2.5 Heeft interprofessioneel samenwerken binnen de zorg specifieke kenmerken?

Interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg kan worden gedefinieerd als een actief en doorlopend partnerschap tussen professionals met verschillende achtergronden en culturen die mogelijk diverse organisaties of sectoren representeren. Zij werken samen bij het verlenen van diensten ten behoeve van zorggebruikers (Schot et al., 2019). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat samenwerking tussen verschillende gezondheidswerkers het gezondheidsstelsel, de patiënttevredenheid, de acceptatie van zorg en de patiëntuitkomsten versterkt of verbetert (Mulvale et al., 2016).

Interprofessionele competenties die binnen de zorg van specifiek belang worden geacht zijn: interprofessionele



Figuur 2.4
T-shaped professional
 (Bron: Michigan State University, 2017)



Figuur 2.5
T-shaped professional voor interdisciplinair teamwerken
 (Bron: Oskam, 2009)

communicatie, patiënt-/client-/familie-/gemeenschap gecentreerde zorg, rolverduidelijking, team functioneren, samenwerkend leiderschap en interprofessionele conflicthantering (Mulvale et al., 2016). Er kan worden geconcludeerd dat de uitkomst voor patiënten en cliënten grotendeels afhankelijk is van de samenwerking tussen zorgprofessionals. Hiermee onderscheidt de zorg zich van andere sectoren.

D'Amour et al. (2008) ontwikkelden een gevalideerd model met een conceptualisatie van het proces van interprofessionele en interorganisatorische samenwerking in de gezondheidszorg. Dat model is gebaseerd op het concept van collectieve actie in de organisatorische sociologie. Het model kan worden gebruikt om te analyseren op welke manieren complexe en heterogene systemen van actoren op verschillende niveaus samenwerken. Een dergelijke analyse vindt plaats op basis van vier dimensies en tien indicatoren (Figuur 2.6). Deze vier dimensies en de interactie daartussen staan model voor de processen die inherent zijn aan samenwerking (D'Amour et al., 2008).

2.6 Welke aspecten van inter-organisationale samenwerking zijn van belang voor inter-professionele samenwerking?

Tussen specialistische ggz- en JeugdzorgPlus-instellingen zijn er – practice based – grote en kleine verschillen ten aanzien van inhoudelijke visie en referentiekaders. Het tot stand komen van samenwerking gaat organisationeel gezien verder dan financiële en organisatorische vraagstukken. In deze paragraaf zullen daarom de meest relevante aspecten van interorganisationale samenwerking worden belicht.

Bij het organiseren tussen organisaties gaat het om samenwerking tussen autonome organisaties die gezamenlijk beslissingen dienen te nemen. Het gaat in dat verband dus om het vrijwillig loslaten van autonomie in de verwachting dat dit loslaten voordelen zal opleveren (Kaats & Van Klaveren, 2005, p.30). Schruijer (2011) definieert interorganisationale samenwerking als het proces van ontwikkelen en onderhouden van relaties en activiteiten tussen meerdere juridisch onafhankelijke organisaties ten dienste van een gezamenlijk doel. Door middel van de samenwerking rondom dit hoger gelegen doel kunnen de deelnemende organisaties tevens hun individuele belangen behartigen. Samenwerking over

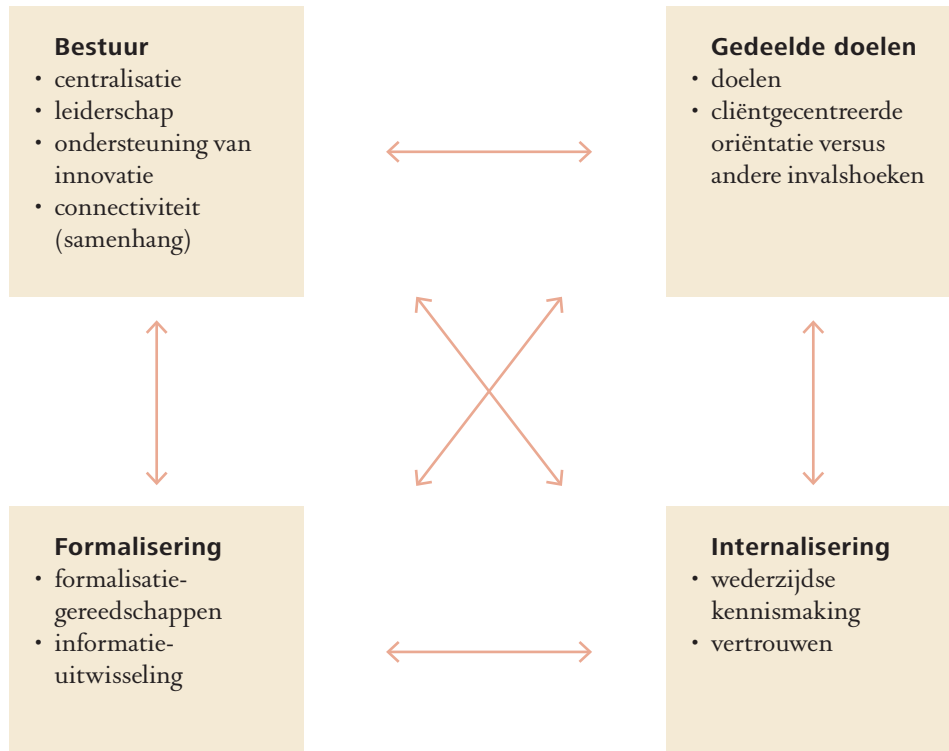
organisatiegrenzen is niet eenvoudig en wordt dikwijls gekenmerkt door win-lose-gedrag, politiek en wantrouwen (Schruijer, 2011). Dit vraagt om leiderschap, in de literatuur ook wel aangeduid als 'collaborative leadership'. Het ingewikkelde is dat leiderschap in deze context geen persoon is met positiemacht, omdat het een samenwerking betreft tussen juridisch onafhankelijke organisaties. Leiderschap kan verwijzen naar een formele rol van een individu, maar ook een naar een organisatie zoals de overheid. Tevens kan leiderschap worden uitbesteed aan een derde, onafhankelijke partij die de interactie tussen de overige partijen faciliteert (Provan & Kenis, 2007). Leiderschap in samenwerking verwijst naar een collectieve inspanning die betrekking heeft op het gedrag van formele en informele actoren, individuele organisaties en hun vertegenwoordigers (Schruijer, 2011).

Volgens Van Delden & Van Delden (2009) ontstaat de ontwikkeling van samenwerkingsprocessen stapsgewijs. De verschillende stadia zijn achtereenvolgens: lering trekken, doelen vaststellen, praktisch samenwerken, structureren en verbreden en verdiepen.

In de fase *lering trekken* bestaan er al contacten tussen organisaties op individueel of organisatorisch niveau. In deze fase kan gemeenschappelijkheid worden gecreëerd door het ervaren van 'boundary experiences', ervaringen die helpen de organisatiegrenzen te overstijgen zonder daarmee het verschil te onderkennen (Crosby & Bryson, 2010).

Doelen vaststellen vindt plaats wanneer duidelijk is dat samenwerking noodzakelijk is. Meestal gebeurt dit door de bestuurders en leidt deze fase tot commitment. In de fase *praktisch samenwerken* worden op de werkvloer werkprocessen gecombineerd. Van belang daarbij is het structureren van dit proces door overleg en sturing. *Verbreiding en verdieping* is noodzakelijk om de samenwerking te bestendigen. Dit vergt afstemming tussen bestuur, management en uitvoerenden (Van Delden & Van Delden, 2009).

Of interorganisationale samenwerking succesvol wordt hangt samen met een aantal succesfactoren. Dozy (2011) beschrijft zes factoren die de slagingskans aanzienlijk vergroten: wederzijdse afhankelijkheid, domeinconsensus ten aanzien van taken en verantwoordelijkheden, coördinatie, externe druk, bijvoorbeeld door de overheid, een gelijksoortige cultuur en als laatste de duur van de samenwerking. Andere belangrijke genoemde condities zijn urgentiebesef, vertrouwen, draagvlak, middelen, doortastendheid en resultaatgerichtheid (Van Delden & Van Delden, 2009).



Figuur 2.6 D'Amours dimensies van samenwerking tussen professionals en organisaties in de gezondheidszorg (Bron: Pelzer & Van den Bogaard, 2022)

Elke organisatie staat voor de keuze al dan niet deel te nemen in een groep of meerdere groepen. Zeker in professionele organisaties met een persoonsgerichte cultuur beginnen groepen zich al te vormen zonder dat de top daarbij betrokken is. Vanuit bestuurlijk oogpunt is het zaak te kijken waar de professionals binnen de organisaties bij betrokken zijn. Het is vrijwel onmogelijk bij een groep te horen zonder dat daarbij professionals zijn betrokken (Kaats & Van Klaveren, 2005, p.67). Dit uitgangspunt vormt de basis van deze thesis. Interprofessionele samenwerking is grotendeels een bottom-up proces dat enkel succesvol kan zijn als het top-down, dus interorganisatieel, wordt ondersteund en geborgd.

2.7 Hypothesen en conceptueel model

Op grond van het literatuuronderzoek kan in het kader van de probleem- en vraagstellingen van deze thesis een conceptueel model worden gemaakt waarin de relevante factoren die van invloed zijn op interprofessionele samenwerking zijn weergegeven (Figuur 2.7). Op basis van het conceptuele model kunnen hypothesen worden geformuleerd; exploratief onderzoek is vervolgens nodig om deze te toetsen.

Hypothese 1: De samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz bevindt zich op het continuüm van monodisciplinair werken tot multidisciplinair samenwerken. Dit kan variëren tussen regio's en individuele casussen.

Hypothese 2: De barrières voor interprofessionele samenwerking binnen de specialistische jeugdhulp zijn groter dan de facilitators.

Hypothese 3: Zorgprofessionals binnen de specialistische jeugdhulp voelen zich binnen hun cirkel van invloed en betrokkenheid (mede) verantwoordelijk voor de uitkomsten van patiënten/cliënten.

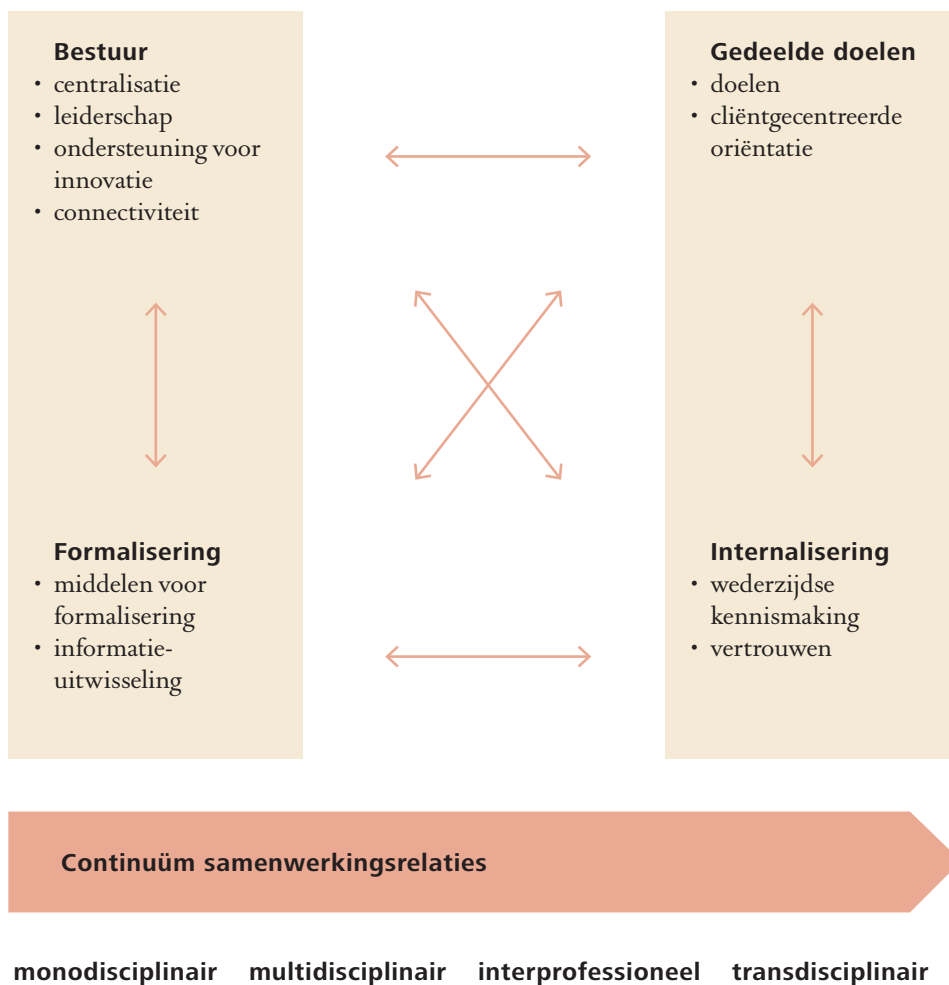
Hypothese 4: Tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz-instellingen zijn er contacten op individueel of organisatorisch niveau. Er is echter nog geen breed gedragen commitment ten aanzien van samenwerking.

Facilitators

- Wederzijdse afhankelijkheid
- Collectieve verantwoordelijkheid
- Open en ontvankelijke cultuur
- Tijd, ruimte, middelen
- Gemeenschappelijke regels
- Focus op kwaliteit
- T-shaped professionals

Barrières

- *Macroniveau*: belemmerende mechanismen overheid, onderwijs minder gericht op interprofessionele competenties, klassieke werkstructuren gezondheidszorg
- *Mesoniveau*: grote werkdruk, gebrek aan goede instrumenten, gebrek aan vaardigheden, gebrek aan structuur en standaardisatie
- *Microniveau*: hiërarchische verhoudingen
- *Individueel niveau*: vooroordelen, gebrek aan vertrouwen, gebrek aan ervaring, streven naar behoud autonomie en onafhankelijkheid



Figuur 2.7 Conceptueel model interprofessionele en interorganisatiele samenwerking in de gezondheidszorg

METHODOLOGIE

(FASE 2 EN 3)

hoofdstuk 2

3.1 Design

Het design van het onderzoek was gebaseerd op dat van een deductief onderzoek (Doorewaard & Kill, 2019). Het theoretisch model vormde het uitgangspunt waarbij de hypothesen van het model werden afgeleid. Op basis van het conceptueel model bleek dat samenwerking een ingewikkeld proces is waarbij verschillende dimensies met elkaar interacteren. Deze dimensies hangen samen met belangen, perspectieven en overtuigingen op zowel professioneel als organisatieniveau. Tevens bleek uit het literatuuronderzoek dat uitvoerende professionals een cruciale rol spelen in het ontstaan van samenwerkingsverbanden.

3.2 Methode en technieken

Exploratief veldonderzoek vormde de eerste stap om te onderzoeken of, en zo ja, in welke mate er sprake was van samenwerking en of samenwerking van belang werd geacht. Door middel van een gevalideerde kwantitatieve vragenlijst (Appendix 1), gebaseerd op het model van D'Amour et al. (2008), werd de mate van samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de specialistische ggz onderzocht (Nuño Solinís, Berraondo Zabalegui, Sauto Arce, San Martín Rodríguez, & Toro Polanco, 2013). Als tweede stap werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van een enquête, om meer inzicht te krijgen in de barrières, de facilitators en de kansen ten aanzien van samenwerking (Appendix 2). Voorafgaande aan het onderzoek werd de respondent gevraagd in welke functie hij of zij werkzaam was en binnen welk zorgdomein.

3.3 Populatie

De onderzoekspopulatie bestond uit regiebehandelaars – psychiaters, klinisch psychologen, GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten en orthopedagogische generalisten – die inhoudelijk leiding geven aan specialistische opnameafdelingen binnen het jeugdzorgdomein. Nederland telt twaalf JeugdzorgPlus-instellingen en achttien specialistische jeugd-ggz-organisaties die in sommige gevallen meerdere afdelingen tellen. Er werd beoogd van elke instelling een regiebehandelaar te includeren voor het verkrijgen van een representatieve verkenning.

3.4 Steekproef

Dit onderzoek richtte zich op de regiebehandelaars van alle JeugdzorgPlus- en gesloten jeugd-ggz-afdelingen in Nederland. Er was daarbij sprake van nonprobability sampling omdat niet ieder lid van de onderzochte populatie een gelijke kans maakte op deelname. Dit gold met name voor de JeugdzorgPlus-populatie, omdat de onderzoeker onvoldoende overzicht heeft over de betrokken regiebehandelaars. Bij de data-analyse werd deze mogelijke vertekening gecorrigeerd door statistische toetsen. Voor de selectie werd gebruik gemaakt van judgemental sampling: zowel binnen de formele als de informele professionele netwerken werden deelnemers geworven (Sekaran & Bougie, 2020). Bij judgemental sampling wordt door de onderzoeker een steekproef geselecteerd die een antwoord kan geven op de onderzoeksvraag.

3.5 Meetinstrumenten

Nuño Solinís et al. (2013) ontwikkelden een gevalideerde kwantitatieve vragenlijst om interprofessionele samenwerking tussen twee verschillende zorgniveaus te onderzoeken (Appendix 1). Deze vragenlijst is gebaseerd op het theoretische model van D'Amour et al. (2008), die interprofessionele samenwerking tussen verschillende zorgniveaus onderzochten. De vragen zijn gerelateerd aan de 10 items waar het model uit bestaat (D'Amour et al., 2008). De antwoorden op de vragen werden gescoord op een 5-punt Likert scale. Nuño Solinís et al. (2013) concludeerden op basis van hun onderzoek dat de vragenlijst een valide meetinstrument is om de mate van samenwerking tussen professionals van verschillende zorgniveaus te meten. De vragenlijst bleek tevens een goede interne consistentie en homogeniteit te hebben in de onderzoekspopulatie.

Het kwalitatieve onderzoek was bedoeld om de nog ontbrekende informatie ten aanzien van dit samenwerkingsvraagstuk op te halen. De vragen hadden een open – niet suggestief – karakter, waardoor ze gelijktijdig met de kwantitatieve vragen aan de respondenten werden voorgelegd. Deze keuze werd gemaakt omdat het responspercentage met één uitvraag waarschijnlijk hoger was dan met meerdere uitvragen.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit van het onderzoek zegt iets over de mate waarin wordt gemeten wat men daadwerkelijk wil meten (Sekaran & Bougie, 2020). In dit onderzoek was de interne validiteit van het onderzoeksinstrument nog niet onderzocht. Dit was wel nodig omdat door de vertaling van de vragenlijst mogelijk een bias geïntroduceerd werd. Aan de hand van de Cronbach's Alpha wordt vastgesteld in hoeverre de kwantitatieve vragen hetzelfde meten, in dit geval interprofessionele samenwerking. De Cronbach's Alpha wordt berekend over een groepsgrootte van minimaal 10 respondenten en dient een waarde te hebben van minimaal 0,7 (Sekaran & Bougie, 2020). Op basis van een steekproef $n=13$ was de Cronbach's Alpha 0,812. De Cronbach's Alpha over de gehele onderzoekspopulatie bleek 0,775 te zijn, wat wil zeggen dat er sprake is van een goede interne consistentie van de vragenlijst (Appendix 3).

De externe validiteit zegt iets over de generaliseerbaarheid van de resultaten; daarbij is de grootte van de steekproef van belang (Sekaran & Bougie, 2020). In dit onderzoek werd de samenwerking tussen professionals binnen een specifiek domein onderzocht. Aangezien er geen grote aantallen respondenten in aanmerking kwamen voor deelname was het belangrijk zorg te dragen voor een zo hoog mogelijk responspercentage.

Een derde vorm van validiteit betreft de constructvaliditeit. Deze zegt iets over de mate waarin een meetinstrument meet wat het daadwerkelijk dient te meten (Sekaran & Bougie, 2020). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een valide meetinstrument dat is gebaseerd op een gevalideerd conceptueel model (Nuño Solinís et al., 2013).

De betrouwbaarheid van het onderzoek zegt iets over de mate waarin andere onderzoekers tot dezelfde resultaten kunnen komen met dezelfde methoden (Sekaran & Bougie, 2020) en wordt mede bepaald door de betrouwbaarheid van de gebruikte meetinstrumenten. De betrouwbaarheid van de gevalideerde vragenlijst is goed (Nuño Solinís et al., 2013). De antwoorden op de kwalitatieve vragen zullen een individuele afhankelijkheid kennen die kan variëren in tijd.

3.7 Data-analyse

3.7.1 Kwantitatief onderzoek

Aan de hand van de beschrijvende data werden de gemiddelde Likert Scores (1-5) weergegeven per item. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen de respondenten werkzaam binnen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz. Tevens werd een gemiddelde totaalscore berekend. Op basis van de gecontroleerde tendensen bleek MANOVA niet geschikt voor verdere analyse. Box Test toonde een significante waarde, wat wil zeggen dat er geen homogeniteit is van covarianties. Bij nadere analyse bleek Levene's Test ook bij verschillende items significant (Field, 2009). Daardoor werden de assumpties voor MANOVA geschonden, omdat er onvoldoende sprake was van een normaalverdeling van de data. Daarom werd gekozen voor een non-parametrische toets. Mann-Whitney U werd gebruikt om te onderzoeken of de twee onafhankelijke steekproeven – JeugdzorgPlus en jeugd-ggz – met elkaar overeenkwamen.

3.7.2 Kwalitatief onderzoek

De gegevens die tijdens het empirisch onderzoek werden verkregen, zijn systematisch geordend en bewerkt, en wel als volgt:

- Stap 1: het per topic markeren van de fragmenten uit de enquête.
- Stap 2: ordening van de fragmenten door middel van open codering.
- Stap 3: plaatsing van de coderingen binnen het kader van het theoretisch model door ze te rangschikken onder de items 'bestuur', 'gedeelde doelen', 'formalisering' en 'internalisering'.
- Stap 4: het per topic schrijven van een samenvattend verslag (Doorewaard & Kil, 2019).



Foto door meo

RESULTATEN

hoofdstuk 4

4.1 Responsanalyse

Van de achttien jeugd-ggz-instellingen met crisis-opnameafdelingen namen er vijftien deel aan het onderzoek. Dat komt neer op een responspercentage van 83%. Van de twaalf JeugdzorgPlus-instellingen namen er acht deel, een responspercentage van 67%. Enkele instellingen hebben meerdere locaties en binnen instellingen zijn dikwijls meerdere regiebehandelaars werkzaam. In totaal worden 23 van de 30 instellingen vertegenwoordigd door 31 respondenten. Dit komt neer op een totaal responspercentage van 77%. De geografische locaties van de deelnemende instellingen worden weergegeven in Figuur 4.1. Enkele locaties liggen dicht bij elkaar en worden niet separaat weergegeven.

Van de respondenten is 39% werkzaam binnen de JeugdzorgPlus en 61% binnen de jeugd-ggz-organisaties. In Figuur 4.2 is de disciplinemix weergegeven waarbij blijkt dat de overgrote meerderheid van de respondenten werkzaam is als psychiater of als GZ-psycholoog.



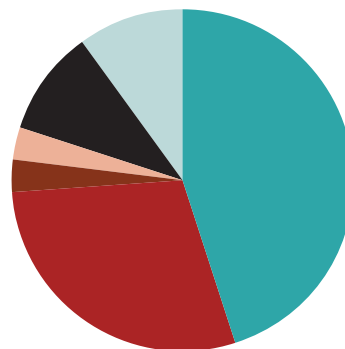
Figuur 4.1 Landelijke verdeling onderzochte instellingen

4.2 Resultaten kwantitatieve data

De gemiddelde totaalscore per item dat een facet van samenwerking beschrijft, varieert rondom een 3-score op een gemeten schaal van 1-5 (Tabel 4.1). Het overkoepelende totaalgemiddelde van alle respondenten over alle items is 3,1. Wanneer dit wordt afgezet tegen het absoluut te scoren gemiddelde – met 3 als neutraal ijkpunt – is 3,1 op deze schaal een negatief resultaat.

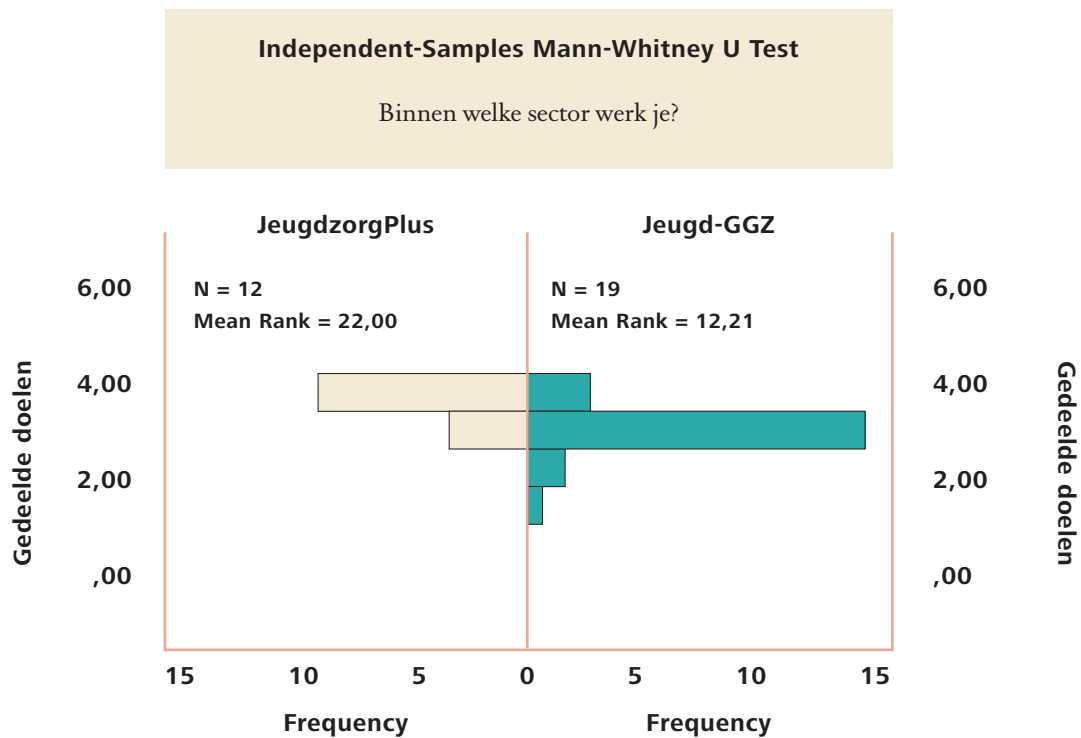
Op basis van de Mann-Whitney U toets (Appendix 4) kan worden gesteld dat behoudens het eerste item 'gedeelde doelen' alle variabelen op dezelfde manier aan elkaar zijn gecorreleerd, en dat er dus geen verschil in score bestaat tussen de steekproef binnen de JeugdzorgPlus en die binnen de jeugd-ggz (Appendix 5).

Op de vraag of er sprake is van gedeelde doelen tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz zijn de gemeten scores van professionals werkzaam binnen de JeugdzorgPlus significant hoger ($p = 0,003$). Er wordt door hen vaker een score 4 gegeven, daar waar de meeste jeugd-ggz-professionals een score 3 laten noteren (Figuur 4.3).



- Psychiater 45%
- GZ-psycholoog 29%
- Klinisch psycholoog 3%
- Verpleegkundig specialist 3%
- Orthopedagoog 10%
- Overig 10%

Figuur 4.2 Disciplines respondenten



Figuur 4.3 Verschillende scores JeugdzorgPlus en jeugd-ggz ten aanzien van item 'gedeelde doelen'

4.3 Resultaten kwalitatieve data

Eén van de respondenten heeft de kwalitatieve vragen niet beantwoord. Daarom is deze geëxcludeerd uit dit deelonderzoek en zijn de resultaten afkomstig van 30 respondenten.

4.3.1 Het belang van samenwerking

Alle respondenten geven aan de samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz belangrijk te vinden. Tien professionals benoemen in hun antwoorden dat er sprake is van een vergelijkbare doelgroep waarbij er een mengbeeld bestaat tussen orthopedagogiek en psychiatrie. Zestien professionals vinden dat een combinatie van zorg belangrijk is voor integrale zorg en een sluitende keten. Vijf respondenten denken dat samenwerking kan bijdragen aan het formaliseren en markeren van verschillende doelstellingen en kaders. Een plaatsingsfunctionaris beschrijft het als volgt:

“Voor de complexe doelgroep die tegenwoordig in de JZ+ geplaatst wordt met een combi van gedragsmatige en psychiatrische problematiek, is het noodzakelijk

dat nauw samengewerkt wordt tussen beide partijen om behandeltraject en perspectief/doorstroom te bevorderen. Gebeurt dit niet dan blijven kinderen eindelijk en perspectiefloos binnen de JZ+ wat niet een gezonde omgeving is voor kinderen om op te groeien. Samenwerking tussen partijen is derhalve noodzaak zodat we samen kunnen werken aan een optimale behandeling en succesvol vervolg terugkeer in de maatschappij.”

4.3.2 Ervaren barrières

Bijna alle respondenten (28) zeggen binnen de samenwerking barrières te ervaren. Eén professional ervaart geen barrières en één professional heeft nog geen ervaring met het andere zorgdomein. Zes respondenten spreken over een andere ontstaanswijze en visie. Zes respondenten benoemen andere wettelijke kaders als barrière: Jeugdwet versus Wet Verplichte ggz versus Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Het verschil tussen in- en exclusiecriteria zorgt volgens zes professionals voor schotten, drie professionals noemen bureaucratische procedures – regels en administratieve processen – als barrière. Capaciteitsproblemen worden door vier respondenten benoemd. Zeven respondenten ervaren financiële barrières, waarover een gedragswetenschapper/social worker het volgende zegt:

Descriptive Statistics

	Binnen welke sector?	Mean	Std. Deviation	N
Gedeelde doelen	JeugdzorgPlus	3,7500	,45227	12
	Jeugd-GGZ	2,9474	,70504	19
	Totaal	3,2581	,72882	31
Patientgerichte aanpak	JeugdzorgPlus	3,7500	,62158	12
	Jeugd-GGZ	3,2105	,63060	19
	Totaal	3,4194	,67202	31
Wederzijdse kennis	JeugdzorgPlus	3,5000	,52223	12
	Jeugd-GGZ	3,0526	,77986	19
	Totaal	3,2258	,71692	31
Wederzijds vertrouwen	JeugdzorgPlus	2,9167	,51493	12
	Jeugd-GGZ	2,9474	,40465	19
	Totaal	2,9355	,44238	31
Steun voor innovatie	JeugdzorgPlus	3,8333	,93744	12
	Jeugd-GGZ	3,5789	,83771	19
	Totaal	3,6774	,87129	31
Fora voor vergadering	JeugdzorgPlus	3,000	,73855	12
	Jeugd-GGZ	3,2632	1,04574	19
	Totaal	3,1613	,93441	31
Informatiesystemen	JeugdzorgPlus	3,0833	,66956	12
	Jeugd-GGZ	2,8421	,83421	19
	Totaal	2,9355	,77182	31
Strategische richtlijnen	JeugdzorgPlus	3,000	,85280	12
	Jeugd-GGZ	2,5263	1,26352	19
	Totaal	2,7097	1,13118	31
Gedeeld leiderschap	JeugdzorgPlus	3,5000	,67420	12
	Jeugd-GGZ	2,6842	1,24956	19
	Totaal	3,000	1,12546	31
Protocollisatie	JeugdzorgPlus	3,0833	,66856	12
	Jeugd-GGZ	2,5789	1,21636	19
	Totaal	2,7742	1,05545	31

Tabel 4.1 Gemiddelde scores Likert scale voor de onderzochte samenwerkingsitems

“Indien een jongere binnen JeugdzorgPlus geplaatst wordt is het opschalen van extra zorg uit bijvoorbeeld de jeugd-ggz vaak zeer ingewikkeld omdat gemeenten hier niet voor willen betalen. In een casus is het gelukt om voor FACT een aparte financiering te krijgen maar dat kost veel tijd en gedoe. We hebben dat in Nederland eigenlijk niet goed op orde, structurele landelijke afspraken voor de kleine doelgroep die deze gecombineerde zorg nodig heeft zijn noodzakelijk wat mij betreft.”

Naast bovengenoemde items worden aangehaald als barrières:

- een verschil in opleidingsniveau (vijf respondenten)
- het delen en verdelen van verantwoordelijkheden (vijf respondenten)
- beperkte kennis van elkaars werkwijze en mogelijkheden (twee respondenten)
- gebrek aan vertrouwen (vier respondenten)
- tijdgebrek (twee respondenten)
- gemis aan korte lijnen (drie respondenten)
- verschillende belangen (drie respondenten).

In Tabel 4.2 zijn de genoemde items geordend in het theoretische model.

4.3.3 Ervaren facilitators

Nagenoeg alle respondenten (28) ervaren stimulerende factoren ten aanzien van samenwerking. Voor twee respondenten is dit niet zo of niet van toepassing. Factoren die genoemd worden, zijn:

- de bereidheid tot samenwerking (vier respondenten)
- consultatiemogelijkheden (vier respondenten)
- gezamenlijke overleggen (vijf respondenten)
- persoonlijke contacten (acht respondenten)
- gedeelde verantwoordelijkheid (twee respondenten)
- gedeelde persoonlijke drijfveren (een respondent)
- gedeelde patiëntenbelangen (vier respondenten).

Ten aanzien van deze gedeelde belangen zegt een gedragswetenschapper/social worker het volgende:

“Experimentele durf van beide partijen, met in ogenschouw nemend dat het experiment voor de beide zorgorganisaties (bijvoorbeeld financieel) schade kan opleveren maar voor de jeugdige van belang is. Op die grond is het gelukt om FACT en JZP samen te laten werken en dat dit uiteindelijk ook gefinancierd werd door betrokken gemeente. De uitgangsbasis was echter dat het voor het kind goed moest zijn en dat we bereid waren daar alles voor te doen. Dat is op individuele basis tussen de verpleegkundig specialist van FACT, twee gedragswetenschappers JZP en de psychiater ontstaan. In mijn optiek is dus in het klein starten (casusniveau) en succes ervaren tussen professionals van verschillende zorgniveaus een stimulerende factor.”

Stimulerende factoren die verder nog genoemd werden, zijn:

- een warme overdracht bij overplaatsing (een respondent)
- fusie van de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz (drie respondenten)
- het opdoen van succeservaringen (vijf respondenten)
- het benutten van de kennis en ervaring van professionals werkzaam binnen beide zorgdomeinen (twee respondenten)
- het maken van concrete samenwerkingsafspraken (vier respondenten)
- begrip en waardering voor elkaars werk (een respondent).

De beschreven facilitators zijn weergegeven in Tabel 4.3.

4.3.4 Kansen

In totaal 29 respondenten zien kansen om de samenwerking te bevorderen. Eén van de respondenten heeft deze vraag niet ingevuld.

Respondenten zien genoeg kansen. Een psychiater zegt hier over:

“Er zijn genoeg kansen, we moeten ze vooral pakken.”

Vier respondenten zien kansen in consultaties van elkaar en vier andere respondenten sturen aan op gezamenlijke overleggen. Verder worden genoemd:

- gezamenlijke verantwoordelijkheid voor cases (drie respondenten)
- familiepoli's (een respondent)
- fusie van instellingen en/of verbreding van het zorgaanbod (drie respondenten)
- een lerend klimaat op basis van casuïstiek (twee respondenten).

Vijf respondenten merken op dat het creëren en benutten van kansen centrale en/of financiële facilitering vraagt. Een psychiater zegt hierover:

“Kansen creëren is lastig omdat het veel investering vraagt. Deze investering loont mogelijk niet als er vanuit de landelijke politiek grote verschuivingen doorgevoerd worden in de financiering en structuren zoals bij de decentralisatie.”

Verder worden er nog kansen gezien op het gebied van:

- scholing (2 respondenten)
- het benutten van de kennis en ervaring van professionals werkzaam binnen beide domeinen (een respondent)
- transparantie en vertrouwen (een respondent)
- sturen op samenwerking vanuit de lijn (twee respondenten)
- samenwerkingsafspraken (een respondent)
- kennis van elkaars werkveld en bijbehorende visie/kaders (drie respondenten).

Een overzicht van de kansen is weergegeven in Tabel 4.4.

<p>Bestuur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bureaucratische procedures • Capaciteitsproblemen • Financiering van zorg • Verschil in opleidingsniveau 	<p>Gedeelde doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschillende belangen • Andere ontstaanswijze en visie • In-exclusiecriteria zorgen voor schotten 	<p>Formalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemis korte lijnen binnen netwerken • Andere wettelijke kaders • Delen en verdelen verantwoordelijkheden 	<p>Internalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan vertrouwen • Beperkte kennis van elkaars werkwijze en mogelijkheden • Tijdsgebrek
---	--	--	--

Tabel 4.2 Barrières in de samenwerking tussen JeugdzorgPlus en jeugd-ggz

<p>Bestuur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusie van jeugdzorgPlus en jeugd-ggz 	<p>Gedeelde doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde persoonlijke drijfveren • Gedeelde (patiënten) belangen 	<p>Formalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultatie voor elkaar • Gezamenlijk overleg • Gedeelde verantwoordelijkheid • Warme overdracht bij overplaatsing jongeren • Concrete samenwerkingsafspraken 	<p>Internalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereidwilligheid om samen te werken • Persoonlijke contacten • Succeservaringen • Professionals die binnen beide zorgdomeinen werken • Begrip en waardering voor elkaars werk
--	---	---	---

Tabel 4.3 Facilitators in de samenwerking tussen JeugdzorgPlus en jeugd-ggz

<p>Bestuur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiepoli's • Fusie instellingen • Vanuit de lijn aansturen op samenwerking • Scholing • (centrale)(financiële) facilitering om kansen te benutten 	<p>Gedeelde doelen</p>	<p>Formalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultatie voor elkaar • Gezamenlijk overleg • Gezamenlijke verantwoordelijkheid • Samenwerkingsafspraken • Leren van casuïstiek 	<p>Internalisering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kansen benutten • Kennis van elkaars werkveld en bijbehorende visie / kaders • Transparantie en vertrouwen • Professionals die binnen beide zorgdomeinen werken
--	-------------------------------	---	--

Tabel 4.4 Kansen in de samenwerking tussen JeugdzorgPlus en jeugd-ggz

DEEL- CONCLUSIES

hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de praktische onderzoeksvragen.

1. Wat hebben regiebehandelaars binnen de JeugdzorgPlus en de specialistische jeugd-ggz nodig om tot verbinding te komen?

Op grond van de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekresultaten kan worden gesteld dat alle ondervraagden samenwerking belangrijk vinden, en dat er ook reeds sprake is van (vormen van) samenwerking. De respons laat echter ook zien dat er veel ruimte is voor verbetering. Respondenten geven aan dat bestuurlijke facilitering op zowel het inhoudelijke als het financiële vlak een bijdrage zou kunnen leveren. Tevens liggen er kansen op het gebied van het formaliseren van samenwerking, zoals het organiseren van gezamenlijke overleggen en het concretiseren van afspraken. Gezamenlijk leren van casuïstiek kan eveneens verbindend werken. Diverse professionals zijn van mening dat het vergroten van kennis van elkaars werkveld met bijbehorende visie en kaders kan bijdragen aan een succesvolle(re) samenwerking. In het verlengde hiervan zouden professionals die binnen beide domeinen werken een belangrijke brug kunnen slaan.

2. Wat is nodig om een continue zorgketen voor jeugdigen te borgen met het oog op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid?

Een belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat veel professionals expliciet benoemen dat jeugdigen binnen de JeugdzorgPlus qua problematiek veel overeenkomsten vertonen met de jongeren die opgenomen zijn binnen de jeugd-ggz. In het kader hiervan is samenwerking van groot belang. Omdat er dikwijls sprake is van een combinatie van (forse) gedragsproblematiek en psychiatrische problematiek is het zaak voor deze kwetsbare jongeren een sluitende keten te creëren. Door onvoldoende tegemoet te komen aan beide facetten kunnen jongeren tussen wal en schip belanden. De wijze van financiering wordt gezien als een barrière om passende zorg te leveren. Door ineffektieve zorg zullen de kosten oplopen aangezien de problemen in dat geval blijven bestaan. Kortom, de hypothese is dat een sluitende keten kostenbesparend zal zijn. Respondenten benoemen dat de toegankelijkheid van de specialistische zorgketen een probleem is, wat soms lijkt te resulteren in het afschuiven van problematiek, de zogenaamde 'zero sum competition'. Een sluitende keten waarbij zorgvormen complementair zijn aan elkaar zou hypothetisch de doorstroom en daarmee de toegankelijkheid kunnen vergroten.

3. Op welke wijze kunnen financiers en beleidsmakers waardecreatie faciliteren?

Het creëren van een waardegedreven jeugdzorgstelsel kan worden gefaciliteerd door te sturen op samenwerking en door op het financiële vlak ruimte te creëren voor deze niet-declarabele tijd. Het organiseren van formele en informele gezamenlijke overleggen – zowel regionaal als landelijk – zal aanvankelijk tijd kosten, maar kan op den duur tijdbesparing opleveren vanwege de hierdoor ontstane korte lijnen en persoonlijke contacten. Professionals zien dit als facilitators van samenwerking. Tevens is het aan te bevelen dat financiering de jongere volgt in plaats van andersom. Doorgaans betaalt de gemeente conform de Jeugdwet een zorgverlener voor een contractueel vastgesteld tarief, wat in de basis onvoldoende is om meerdere partijen te laten participeren.

DISCUSSIE

hoofdstuk 6

6.1 Methodologische discussie

Er is een verschil in responspercentage vastgesteld – 83% versus 67% – tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz-instellingen. De respondenten zijn primair geworven via (in) formele netwerken door middel van een algemeen verzoek tot deelname per mail. De representerende professionals van de instellingen die aanvankelijk niet reageerden, zijn persoonlijk benaderd. Een mogelijke verklaring voor het verschil in responspercentage zou kunnen zijn dat de onderzoeker zelf werkzaam is binnen de jeugd-ggz, en dat er al persoonlijke contacten bestonden met professionals binnen deze keten. Dit geldt in mindere mate voor het JeugdzorgPlus-netwerk. Mensen zijn klaarblijkelijk meer geneigd inspanningen te verrichten wanneer er sprake is van een persoonlijke connectie.

Het onderzoek is verricht onder 31 professionals die in totaal 23 van de 30 instellingen vertegenwoordigen. Concreet betekent dit dat 77% van alle landelijke JeugdzorgPlus- en residentiële jeugd-ggz-instellingen door een of meerdere professionals zijn vertegenwoordigd.

Voor kwantitatief onderzoek geldt dat bij een kleine onderzoekspopulatie een steekproef nagenoeg de gehele populatie moet omvatten, in het belang van statistische significantie (Sekaran & Bougie, 2020). Analyse door middel van de Mann-Whitney U test laat zien dat negen van de tien onderzochte variabelen op dezelfde manier aan elkaar gecorreleerd zijn, en dat er dus geen verschil bestaat tussen de steekproeven van de JeugdzorgPlus- en de jeugd-ggz-respondenten. Kijkend naar de significantieniveaus van de nulhypothese in Appendix 4 is de verwachting dat een groter aantal respondenten voor de meeste variabelen geen andere uitkomst zou hebben opgeleverd.

Voor kwalitatief onderzoek geldt dat indien bij de laatste vier interviews geen nieuwe antwoorden worden verkregen, er sprake is van datasaturatie (Sekaran & Bougie, 2020). Voor alle kwalitatieve vragen in de enquête geldt dat aan deze vuistregel is voldaan.

De conclusie is dat het onderzoek is verricht binnen een specialistisch deel van de jeugdhulpketen, waarbij op grond van de analyse van de resultaten het responspercentage hoog genoeg wordt geacht om uit de verkregen data conclusies te kunnen trekken.

6.2 Inhoudelijke discussie

Dit is een van de eerste verkennende onderzoeken binnen dit vakgebied en moet daarom worden geïnterpreteerd als een eerste aanzet tot het verkrijgen van wetenschappelijke evidentie. Op basis van het kwalitatieve onderzoek kan worden gesteld dat de score inzake samenwerking tussen

regiebehandelaars binnen de twee zorgdomeinen rond de 3 ligt op een schaal van 1 tot 5. Vertaald naar een schoolcijfer zou dit het cijfer 5 benaderen, wat onvoldoende is met veel ruimte voor groei. Bij deze gemiddelden dient echter een kanttekening te worden geplaatst omdat er ruime standaarddeviaties zijn bij de scores per variabele. In enkele gevallen zijn deze groter dan 1, wat wil zeggen dat er respondenten zijn die de samenwerking beduidend negatiever dan wel positiever beoordelen dan het gemiddelde. Dit suggereert dat er een (grote) regionale verscheidenheid bestaat ten aanzien van de fase van samenwerking, een aanname die wordt bevestigd door zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Deze bevindingen ondersteunen de vooraf gestelde hypothese dat samenwerking zich meestal binnen het continuüm van monodisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking bevindt, en dat er regionale en individuele variaties bestaan. Tevens zijn de data ondersteunend aan de hypothese dat zorgprofessionals binnen de specialistische jeugdhulp zich (mede) verantwoordelijk voelen voor de uitkomsten van patiënten/cliënten.

Alle ondervraagde professionals vinden samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz van belang. Dit betekent dat er in tegenstelling tot de hypothetische verwachting wél breed gedragen commitment is voor samenwerking. De aangehaalde redenen voor dit belang zijn opvallend eenduidig zoals blijkt uit de analyse: er zijn slechts drie coderingen nodig om de antwoorden onder te brengen. Professionals delen veelal de standpunten dat er sprake is van een gezamenlijke doelgroep met een vergelijkbare problematiek, en dat de combinatie van zorg belangrijk is voor integrale zorg en een sluitende keten. Deze uitkomst is bijzonder omdat jeugdigen in de praktijk wél worden geplaatst in fundamenteel andere settings met bijbehorende (juridische) kaders, inhoudelijke richtlijnen en therapeutische mogelijkheden. Het roept de vraag op welke criteria bij de keuze voor een setting richtinggevend en doorslaggevend zijn. Daarnaast roept het de vraag op wat er nodig is om beide milieus dichter bij elkaar te brengen.

Professionals ervaren ten aanzien van interprofessionele samenwerking zowel barrières als facilitators. In tegenstelling tot de hypothetische verwachting worden er meer facilitators dan barrières genoemd. Tevens worden de barrières geherformuleerd tot kansen. Gedeelde patiëntenbelangen, korte lijnen, gezamenlijke overleggen en persoonlijke contacten zijn belangrijke factoren voor het tot stand komen en in stand houden van samenwerkingsrelaties. Dit is in overeenstemming met de bevinding uit de literatuurstudie dat het vrijwel onmogelijk is bij een groep te horen zonder dat daar professionals bij betrokken zijn (Kaats & Van Klaveren, 2005, p.67). Het verbeteren van de samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz lijkt dus een taak die parallel aan bestuurders/beleidsmakers óók gelegd moet worden bij professionals, omdat zij uiteindelijk degenen zijn die inhoudelijke zorgtrajecten vormgeven.

EINDCONCLUSIE

hoofdstuk 7

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de centrale probleemstelling: vergaande specialisatie en een decentrale aansturing hebben via versnippering voor belemmering van interprofessionele samenwerking in het jeugdzorgdomein gezorgd. Het is daarbij onduidelijk welke barrières en facilitators er zijn om interprofessioneel samenwerken te optimaliseren.

Professionals ervaren zowel barrières als facilitators, maar bovenal zien zij kansen. Op basis van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat er al sprake is van samenwerking, maar dat de mate van samenwerking een grote diversiteit kent die wordt bepaald door individuele en regionale verschillen. Tevens kan worden geconcludeerd dat het wenselijk is de samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz te verbeteren, niet alleen op basis van de waarde die aan samenwerking wordt toegekend, maar ook op basis van beoordelingen van de samenwerkingsprocessen.

Barrières, facilitators en kansen zijn onder te verdelen in de categorieën van het hypothetisch model: bestuur, gedeelde doelen, formalisering en internalisering. De barrières, facilitators en kansen kennen daarbij een thematische overlap. Als belangrijke barrières worden in dat verband onder meer genoemd: bureaucratische procedures, financiering van zorg, een verschil in visie met bijbehorende in- en exclusiecriteria, verschillende wettelijke kaders, gemis aan korte lijnen, beperkte kennis van elkaars werkwijze en mogelijkheden en een gebrek aan vertrouwen.

Als bestaande facilitators worden onder meer aangegeven: fusie van de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz, gedeelde belangen en drijfveren, gezamenlijke overlegvormen, consultatie, samenwerkingsafspraken, persoonlijke contacten en het benutten van de kennis en ervaring van professionals werkzaam binnen beide zorgdomeinen.

De genoemde kansen komen voort uit ervaren barrières en facilitators waarbij expliciet worden benoemd: fusie van instellingen, bestuurlijk stimuleren/faciliteren van samenwerking ook op basis van financiering, scholing, consultatie, gezamenlijke overleggen, samenwerkingsafspraken, een gezamenlijke leercyclus, (uitwisseling van) kennis, transparantie en vertrouwen.

AANBEVELINGEN

hoofdstuk 8

1. Stuur aan op samenwerking

Stuur als beleidsmakers en bestuurders aan op samenwerking tussen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz. Creëer financiële ruimte zodat professionals tijd hebben om elkaar te ontmoeten. Neem deze doelstelling op in bijvoorbeeld een beleidsdocument als de hervormingsagenda. Onderzoek laat zien dat jeugdigen binnen de JeugdzorgPlus en de jeugd-ggz qua problematiek overeenkomsten vertonen. Voor herstel en re-integratie is het van belang dat tegemoet wordt gekomen aan zowel de orthopedagogisch als de psychiatrische zorgvragen.

2. Maak samenwerkingsafspraken

Maak als bestuurders en professionals samenwerkingsafspraken met ketenpartners binnen de regio, maar ook landelijk. Onderzoek laat zien dat er momenteel grote regionale verschillen bestaan. Voorkom postcodezorg en creëer een landelijke standaard die als basis kan dienen.

3. Flexibele financiering

Laat budgetten de jeugdige volgen in plaats van andersom. Maak het mogelijk voor een eerlijk tarief meerdere partijen te laten participeren wanneer dit inhoudelijk gezien wenselijk is.

4. Creëer een leercyclus

Vier samen de successen en leer van minder succesvolle situaties. Doe dit in de regio maar ook landelijk, zodat het niet nodig is steeds opnieuw het wiel uit te vinden.

5. Positioneer regiebehandelaars

Dit zijn de mensen die met de voeten in de klei staan en beleid voeren op inhoudsniveau. Betrek hen vanuit een gesloten partnerschap bij beleidsmatige overlegstructuren en probeer te faciliteren wat zij nodig hebben. Goede zorg voor professionals leidt tot een goede zorg voor de jongeren.

LITERATUURLIJST

- Addink, A., & van der Veldt, M.-C. (2021, juni). Kijk op JeugdzorgPlus: 10 jaar onderzoek Longitudinale Effectmonitor JeugdzorgPlus. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd 15 juli 2021 van <https://www.nji.nl/publicaties/kijk-op-jeugdzorgplus>
- Barnhoorn, P. C., Dijken, P. J., Van Dijken, P. J., & Geurts, J. (2021). Professionaliteit in de Zorg. Bohn Stafleu van Loghum.
- Beweging van o. (2021). Op de groei. Geraadpleegd 30 Juli 2021 van https://static.squarespace.com/static/60c75c1049365c64301986fe/t/60d989873baeb9498c366e26/1624869259791/Op_de_groei_boek_Beweging_van_nul.pdf
- Crosby, B. C., & Bryson, J. M. (2010). Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations. *The Leadership Quarterly*, 21(2), 211–230. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.01.003>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Doorewaard, H., & Kil, A. (2019). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek* (2de editie). Boom Lemma.
- Dozy, M. (2011). Interorganisatieel samenwerken. In G. van den Brink & M. Bruinsma (Eds.) *De aanhouder wint. Samenwerken aan veilige krachtwijken*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. P. 13-23.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications.
- Frankel, M. S. (1989). Professional codes: Why, how, and with what impact? *Journal of Business Ethics*, 8(2–3), 109–115. <https://doi.org/10.1007/bf00382575>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Friele RD, Bruning MR, Bastiaanssen, et al. Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie. (2018). Geraadpleegd 3 Juli 2021 van https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/Evaluatie_Regelgeving/evaluatie_jeugdwet_webversie_2.pdf
- Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. *Uitspraak*. Rechtspraak.nl; 2022. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHARL:2022:2464>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188–196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hordijk, L. (2021, 5 maart). Hoe Hugo de Jonge op kousenvoeten jeugdzorg verliet. *Follow The Money*. Geraadpleegd 10 maart 2021 van <https://www.ftm.nl/artikelen/hugo-de-jonge-roemloos-afscheid-jeugdzorg>
- Kaats, E., & Van Klaveren, P. (2005). *Organiseren tussen organisaties* (1^{ste} editie). Scriptum.
- Kelley, T. & J. Littman. (2005) *The ten faces of Innovation: IDEO's strategies for defeating the devil's advocate and driving creativity throughout your organization*, New York: Currency/Doubleday
- Michigan State University (2007). Wat is the "T"? Geraadpleegd 25 November 2021 van <https://tsummit.org/t/>
- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>

- Nuño Solinís, R., Berraondo Zabalegui, I., Sauto Arce, R., San Martín Rodríguez, L., & Toro Polanco, N. (2013). Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*, 13(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.984>
- Oskam, I. (2009, maart). Op weg naar innovatiekracht. Lectorale rede van ir. Geraadpleegd 25 November 2021 van https://www.hva.nl/binaries/content/assets/hva/assets_8/ol22-091203-oskam.pdf
- Pelzer, A., & Van den Bogaard, M. (2022). JeugdzorgPlus en jeugd-GGZ moeten meer samenwerken. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21(2), 13–15. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-0704-x>
- Pelzer, A., De Bock, L., & Van Dalen, K. (2022). De balans is zoek in Jeugdzorgland. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21(2), 34–36. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-0697-5>
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>
- Rijksoverheid. Memorie van toelichting bij de Jeugdwet. (2013). Geraadpleegd 15 Juli 2021 van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet.pdf>
- Rijksoverheid. (2021). Ruim 1,3 miljard extra naar gemeenten voor tekorten jeugdzorg 2022. Geraadpleegd 15 januari 2022 van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/06/03/ruim-13-miljard-extra-naar-gemeenten-voor-tekorten-jeugdzorg-in-2022>
- Scanlon, L. (2011). "Becoming" a Professional. Springer Publishing
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2019). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schruijer, S. G. L. (2011). De betekenis van interorganisatieel leiderschap. *Management & Organisatie*, 4, 76–90. Geraadpleegd 15 juli 2021 van <https://www.managementexecutive.nl/artikel/12327/De-betekenis-van-interorganisatieel-leiderschap>
- Sociaal Economische Raad [SER]. (2021). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen*. Geraadpleegd 24 maart 2022 van <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/van-systemen-naar-mensen.pdf>
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2020). *Research Methods For Business 8th* (8ste editie). Wiley.
- Stuurgroep Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet. (2021, 8 april). *Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet* [Rapport]. Geraadpleegd 20 juli 2021 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/04/08/maatregelen-financiele-beheersbaarheid-jeugdwet>
- Van Delden, P., & Van Delden, P. (2009). *Sterke netwerken / druk 1*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Zaalen, Y., & Deckers, S. (2018). *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn* (1ste editie). Coutinho.
- Verheijden, E., & Lange, M. de (2017). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Vrijzen E. Kinderen van de rekening. *EW magazine*. (2021). 77(24):10–19. Geraadpleegd 15 juli 2021 van <https://www.ewmagazine.nl/nederland/achtergrond/2021/06/kinderen-van-de-rekening-238304w/>
- Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn* (1^{ste} editie). Garant.
- Weggeman, M. (2015). *Essenties van leidinggeven aan professionals* (1^{ste} ed.). Scriptum.

APPENDIX 1:

ORIGINELE VRAGENLIJST INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING ENGELS

Questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels

<p>1. SHARED GOALS.</p> <p>The existence of explicit shared goals facilitates collaboration and coordination between primary and specialised care. Please rate the current situation in your organisation with respect to the other level of care on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Lack of shared goals</p>	<p>2</p> <p>Few shared goals</p>
<p>2. PATIENT-CENTRED APPROACH.</p> <p>Explicitly giving priority to the interests and preferences of patients in the interaction between levels of care favours collaboration and coordination between professionals working in the different levels. Please rate the current situation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>In the interaction between levels of care, the interests and preferences of patients are sometimes taken into account</p>	<p>2</p> <p>In the interaction between levels of care, the interests and preferences of patients are sometimes taken into account</p>
<p>3. MUTUAL KNOWLEDGE.</p> <p>Knowledge between professionals of each other's values, specific competences and focus with respect to care, as well as of the environment in which each other work, has an impact on the development of team spirit and collaborative work. Knowing colleagues personally is also helpful. Please rate the current situation in your organisation with respect to the other level of care on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Lack of knowledge of the other level of care</p>	<p>2</p> <p>Little knowledge of the other level of care</p>
<p>4. TRUST.</p> <p>Mutual trust makes interprofessional collaboration possible, reduces uncertainty and contributes to the formation of networks of multidisciplinary professionals focused on the needs of patients. Please rate the current situation in your organisation with respect to the other level of care on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Lack of trust</p>	<p>2</p> <p>Low level of trust</p>

3 Some shared goals	4 A considerable number of shared goals	5 All aspects of care are covered by shared and consensual goals
3 In the interaction between levels of care, the interests and preferences of patients are sometimes taken into account	4 In the interaction between levels of care, the interests and preferences of patients are often taken into account	5 In the interaction between levels of care, the interests and preferences of patients are always taken into account
3 Moderate knowledge of the other level of care	4 Good knowledge of the other level of care	5 Excellent knowledge of the other level of care
3 Moderate level of trust	4 High level of trust	5 Very high level of trust

<p>5. STRATEGIC GUIDELINES.</p> <p>The existence of guidelines, issued by the corresponding Health Authority, that promote collaborative work between professionals from different levels of care, influences on the coordination and collaboration between professionals of both care levels. Please rate the current situation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Lack of guidelines related to collaboration between levels of care</p>	<p>2</p> <p>Few guidelines related to collaboration between levels of care</p>
<p>6. SHARED LEADERSHIP.</p> <p>Shared leadership between managers and clinicians at a local level allows for the development of collaboration between professionals and organisations. Please rate the current situation in your organisation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>No shared leadership</p>	<p>2</p> <p>Leadership is shared in few areas</p>
<p>7. SUPPORT FOR INNOVATION.</p> <p>Collaboration requires changes in clinical practice and in the distribution of responsibilities for both primary and specialised care professionals. Such changes require innovation that may or may not be supported by your organisation. Please rate the current situation in your organisation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>No support for innovation</p>	<p>2</p> <p>Little support for innovation</p>
<p>8. FORUMS FOR MEETING.</p> <p>For professionals of primary and specialised care to collaborate, they need forums, channels of communication and activities that enable them to come into contact with one another, discuss shared issues and establish links and agreements. Please rate the current situation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Professionals are isolated and there are no forums for meeting</p>	<p>2</p> <p>Few forums for meeting</p>
<p>9. PROTOCOLISATION.</p> <p>The preparation and establishment of protocols clarifies and makes it possible to negotiate how to share the responsibilities of each professional. Indeed, there are many mechanisms to formalise agreements and understandings between professionals in the two levels: care pathways, information systems, agreements between organisations or units, etc., as well as protocols. Please rate the current use of such mechanisms on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Lack of mechanisms in place</p>	<p>2</p> <p>Few mechanisms in place</p>
<p>10. INFORMATION SYSTEMS.</p> <p>The effective exchange of high quality information between professionals is an element that facilitates collaboration and makes it possible to provide better care to patients. Please rate the current situation in your organisation on a scale of 1 to 5:</p>	<p>1</p> <p>Relevant information from the other level of care is not available</p>	<p>2</p> <p>Little relevant information from the other level of care is available</p>

3 Some guidelines related to collaboration between levels of care	4 A considerable number of guidelines related to collaboration between levels of care	5 Explicit guidelines and strategies promote collaboration in all areas
3 Leadership is shared in some areas	4 Leadership is shared in a considerable number of areas	5 Leadership is extensively shared and promotes collaboration in all areas
3 Some support for innovation	4 A considerable level of support for innovation	5 Strong support for innovation
3 Some forums for meeting	4 A considerable number of forums for meeting	5 Many forums for meeting
3 Some mechanisms in place	4 A considerable number of mechanisms in place	5 A systematic process is in place for establishing agreements
3 Some relevant information from the other level of care is available	4 A considerable amount of relevant information from the other level of care is available	5 All the relevant information from the other level of care is available

APPENDIX 2:

KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE ENQUÊTE

Vragenlijst om interprofessionele samenwerking tussen jeugdzorgPlus en jeugd-GGZ te beoordelen.

1. GEDEELDE DOELEN Het bestaan van expliciete gedeelde doelen vergemakkelijkt samenwerking en coördinatie tussen primaire en gespecialiseerde zorg. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie ten opzichte van het andere zorgniveau op een schaal van 1 tot 5:	1 Gebrek aan gedeelde doelen	2 Weinig gedeelde doelen
2. PATIËNTGERICHTE AANPAK Expliciet voorrang geven aan de interesses en voorkeuren van patiënten in de interactie tussen zorgniveaus bevordert samenwerking en coördinatie tussen professionals die werkzaam zijn in de verschillende niveaus. Gelieve de huidige situatie op een schaal van 1 tot 5 te beoordelen:	1 In de interactie tussen zorgniveaus wordt er geen rekening gehouden met de belangen en voorkeuren van patiënten.	2 In de interactie tussen zorgniveaus wordt in enkele gevallen rekening gehouden met de belangen en voorkeuren van patiënten.
3. WEDERZIJDSE KENNIS Kennis tussen professionals van elkaars waarden, specifieke competenties en focus met respect voor de zorg, evenals voor de omgeving waarin eenieder werkt, heeft een impact op de ontwikkeling van teamspirit en samenwerking. Collega's persoonlijk kennen is ook helpend. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie met betrekking tot het andere zorgniveau op een schaal van 1 tot 5:	1 Gebrek aan kennis van het andere zorgniveau	2 Weinig kennis van het andere zorgniveau
4. VERTROUWEN Wederzijds vertrouwen maakt interprofessionele samenwerking mogelijk, vermindert onzekerheid en draagt bij aan de vorming van netwerken van multidisciplinaire professionals gericht op de behoeften van de patiënten. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie ten opzichte van het overige zorgniveau op een schaal van 1 tot 5:	1 Gebrek aan vertrouwen	2 Laag niveau van vertrouwen

3 Sommige gedeelde doelen	4 Een aanzienlijk aantal gedeelde doelen	5 Alle aspecten van de zorg zijn gedekt door gedeelde en consensuele doelen
3 In de interactie tussen zorgniveaus wordt soms rekening gehouden met de belangen en voorkeuren van patiënten.	4 In de interactie tussen zorgniveaus wordt vaak rekening gehouden met de belangen en voorkeuren van patiënten.	5 In de interactie tussen zorgniveaus wordt altijd rekening gehouden met de belangen en voorkeuren van patiënten.
3 Gematigde kennis van het andere zorgniveau	4 Goede kennis van het andere zorgniveau	5 Uitstekende kennis van het andere zorgniveau
3 Matig niveau van vertrouwen	4 Hoog niveau van vertrouwen	5 Zeer hoog niveau van vertrouwen

<p>5. STRATEGISCHE RICHTLIJNEN</p> <p>Het bestaan van richtlijnen, afgegeven door de overeenkomstige gezondheidsautoriteit, welke samenwerking tussen professionals van verschillende zorgniveaus promoot, beïnvloed de coördinatie en samenwerking tussen professionals van beide zorgniveaus. Beoordeel de huidige situatie op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Gebrek aan richtlijnen gerelateerd aan samenwerking tussen zorgniveaus</p>	<p>2</p> <p>Weinig richtlijnen gerelateerd aan samenwerking tussen zorgniveaus</p>
<p>6. GEDEELD LEIDERSCHAP</p> <p>Gedeeld leiderschap tussen managers en clinici op lokaal niveau zorgen voor de ontwikkeling van samenwerking tussen professionals en organisaties. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Geen gedeeld leiderschap</p>	<p>2</p> <p>Leiderschap is gedeeld op een paar gebieden</p>
<p>7. STEUN VOOR INNOVATIE</p> <p>Samenwerking vereist veranderingen in de klinische praktijk en in de verdeling van verantwoordelijkheden voor zowel eerstelijns- als gespecialiseerde zorg professionals. Dergelijke veranderingen vereisen innovatie die kan of kan niet ondersteund worden door uw organisatie. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Geen ondersteuning voor innovatie</p>	<p>2</p> <p>Weinig ondersteuning voor innovatie</p>
<p>8. FORA VOOR VERGADERING</p> <p>Professionals van primaire engespecialiseerde zorg hebben fora en kanalen nodig om samen te werken. Communicatie en activiteiten die hen in staat stellen om in contact met elkaar te komen en gedeelde kwesties te bespreken. Beoordeel de huidige situatie op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Professionals zijn geïsoleerd en er zijn geen fora voor vergadering</p>	<p>2</p> <p>Weinig fora voor vergadering</p>
<p>9. PROTOCOLLISATIE</p> <p>De voorbereiding en oprichting van protocollen verduidelijkt en maakt het mogelijk om te onderhandelen hoe de verantwoordelijkheden van elke professional verdeeld zijn. Er zijn veel mechanismen om overeenkomsten en afspraken te formaliseren tussen professionals in de twee niveaus: zorgpaden, informatiesystemen, overeenkomsten tussen organisaties of eenheden, enz., Evenals protocollen. Beoordeel het huidige gebruik van dergelijke mechanismen op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Gebrek aan mechanismen</p>	<p>2</p> <p>Weinig mechanismen</p>
<p>10. INFORMATIESYSTEMEN</p> <p>De effectieve uitwisseling van hoogwaardige informatie tussen professionals is een element dat samenwerking faciliteert betere zorg aan patiënten mogelijk maakt. Beoordeel de huidige situatie in uw organisatie op een schaal van 1 tot 5:</p>	<p>1</p> <p>Relevante informatie van het andere niveau van zorg is niet beschikbaar</p>	<p>2</p> <p>Weinig relevante informatie van het andere zorgniveau is beschikbaar</p>

3 Sommige richtlijnen gerelateerd aan samenwerking tussen zorgniveaus	4 Een aanzienlijk aantal richtlijnen gerelateerd aan samenwerking tussen zorgniveaus	5 Expliciete richtlijnen en strategieën bevorderen samenwerking op alle gebieden
3 Leiderschap is gedeeld op sommige gebieden	4 Leiderschap is gedeeld op een aanzienlijk aantal gebieden	5 Leiderschap is uitgebreid gedeeld en samenwerking wordt gepromoot op alle gebieden
3 Enige ondersteuning voor innovatie	4 Een aanzienlijk niveau van ondersteuning voor innovatie	5 Sterke ondersteuning voor innovatie
3 Enkele fora voor vergadering	4 Een aanzienlijke aantal fora voor vergadering	5 Veel fora voor vergadering
3 Enkele mechanismen	4 Een aanzienlijk aantal mechanismen	5 Een systematisch proces is aanwezig voor het bereiken van overeenkomsten
3 Enkele relevante informatie van het andere zorgniveau is beschikbaar	4 Een aanzienlijke hoeveelheid relevante informatie van de ander zorgniveau is beschikbaar	5 Alle relevante informatie van het andere zorgniveau is beschikbaar

11. Kun je aangeven of je samenwerking tussen jeugdzorgPlus en jeugd-GGZ belangrijk vindt en waarom?
12. Indien je belemmeringen ervaart in de samenwerking tussen jeugdzorgPlus en jeugd-GGZ, want zijn deze barrières dan?
13. Indien je stimulerende factoren ervaart in de samenwerking tussen jeugdzorgPlus en jeugd-GGZ wat zijn deze facilitators dan?
14. Zijn er kansen (binnen en/of buiten je organisatie) om samenwerking te bevorderen en/of te ondersteunen?

APPENDIX 3:

BETROUWBAARHEID KWALITATIEVE VRAGENLIJST

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	13	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	13	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,812	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Gedeelde doelen	29,0769	28,577	,254	,816
Patientgerichte aanpak	28,7692	26,359	,620	,789
Wederzijdse kennis	29,2308	27,692	,334	,810
Wederzijds vertrouwen	29,5385	29,769	,305	,815
Strategische richtlijnen	29,6154	22,923	,597	,783
Gedeeld leiderschap	29,4615	20,269	,816	,749
Steun voor innovatie	28,6923	26,231	,388	,807
Fora voor vergadering	28,9231	24,244	,587	,785
Protocollisatie	29,3846	23,423	,475	,804
Informatiesystemen	29,4615	24,936	,634	,782

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	31	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	31	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,775	,773	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Gedeelde doelen	3,2581	,72882	31
Patientgerichte aanpak	3,4194	,67202	31
Wederzijdse kennis	3,2258	,71692	31
Wederzijds vertrouwen	2,9355	,44238	31
Strategische richtlijnen	2,7097	1,13118	31
Gedeeld leiderschap	3,0000	1,12546	31
Steun voor innovatie	3,6774	,87129	31
Fora voor vergadering	3,1613	,93441	31
Protocollisatie	2,7742	1,05545	31
Informatiesystemen	2,9355	,77182	31

APPENDIX 4:

NUL HYPOTHESE MANN-WHITNEY U TEST

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Gedeelde doelen is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,003 ^c	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Patientgerichte aanpak is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,059 ^c	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Wederzijdse kennis is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,152 ^c	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Wederzijds vertrouwen is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,889 ^c	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Strategische richtlijnen is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,236 ^c	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Gedeeld leiderschap is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,071 ^c	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Steun voor innovatie is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,412 ^c	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Fora voor vergadering is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,509 ^c	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Protocollisatie is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,152 ^c	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Informatiesystemen is the same across categories of Binnen welke sector werk je?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,412 ^c	Retain the null hypothesis.

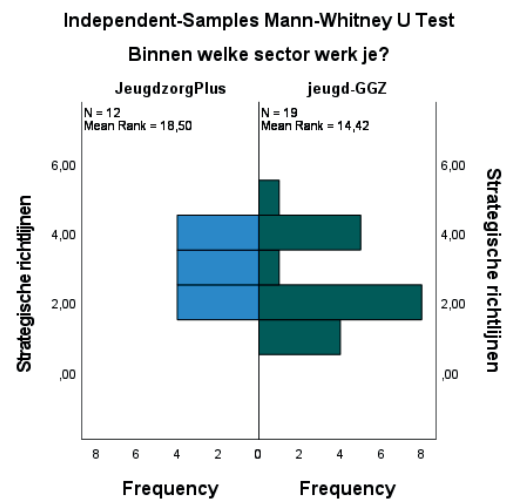
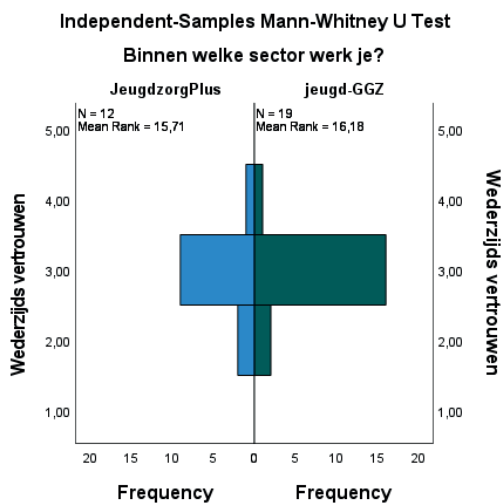
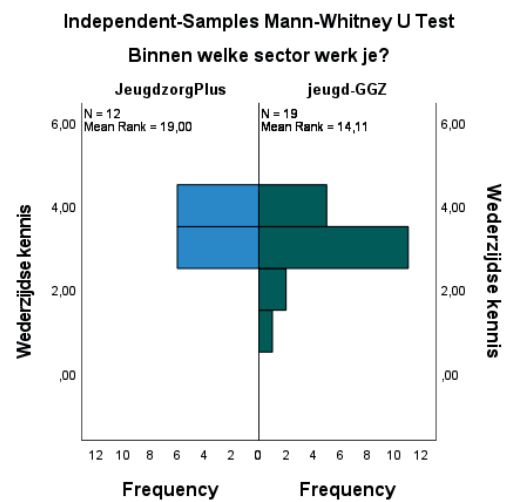
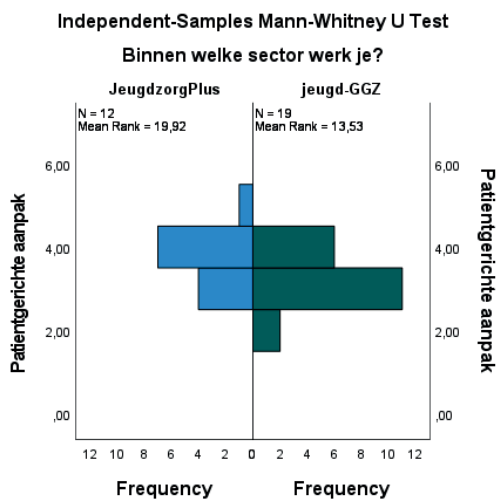
a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

c. Exact significance is displayed for this test.

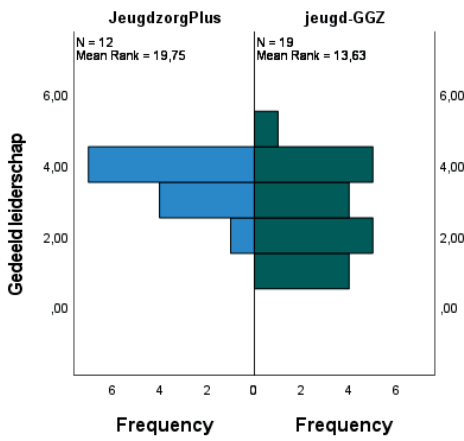
APPENDIX 5:

NIET SIGNIFICANTE VARIATIES JEUGDZORGPLUS EN JEUGD-GGZ PER VARIABELE



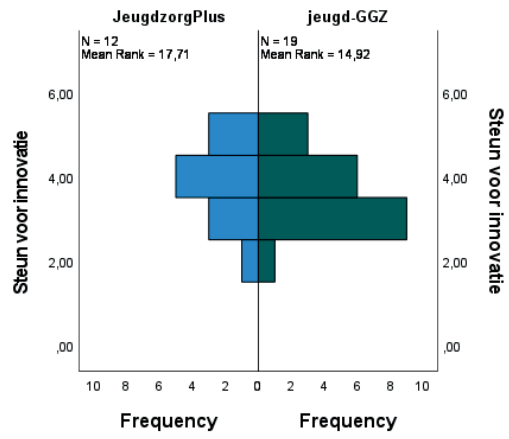
Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Binnen welke sector werk je?



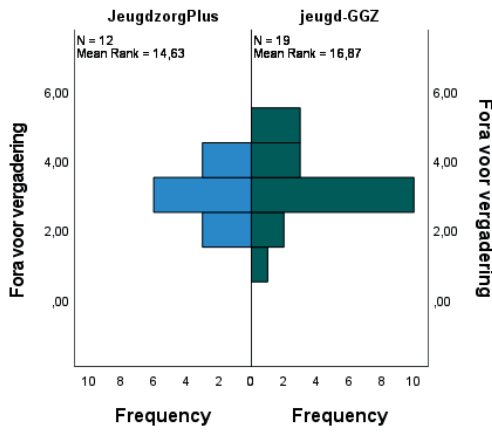
Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Binnen welke sector werk je?



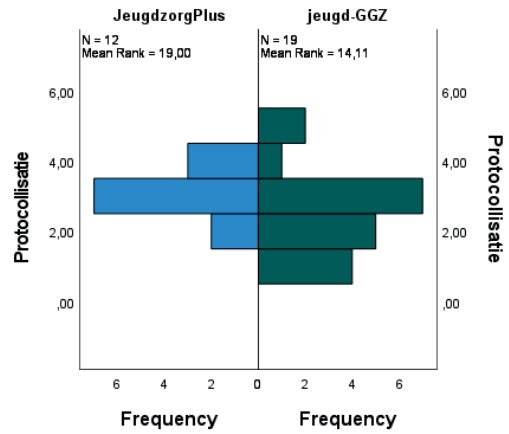
Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Binnen welke sector werk je?



Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Binnen welke sector werk je?



Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Binnen welke sector werk je?

