

Literatuuronderzoek



# Samenwerken aan het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

**Titel**

Samenwerken aan het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen

**Auteurs**

F. Rutte

F. Pijpers

M. Timmermans

**Een publicatie van**

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)

Churchilllaan 11

3527 GV Utrecht

# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING</b> .....	4
<b>1. THEORETISCHE ACHTERGROND</b> .....	6
<b>2. METHODE</b> .....	14
<b>3. RESULTATEN</b> .....	18
<b>4. CONCLUSIE</b> .....	50
<b>5. AANBEVELINGEN</b> .....	53
<b>6. REFERENTIELIJST</b> .....	56

# INLEIDING

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft het doel om de gezondheid van kinderen van 0 tot 18 jaar te beschermen en te bevorderen door het monitoren van hun fysieke, psychologische en sociale ontwikkeling (Wieringen, 2011). Het gezond en veilig opgroeien van het kind staat hierin centraal. De JGZ kijkt naar het kind vanuit een preventief en integraal perspectief, wat inhoudt dat lichamelijke, psychische en sociale aspecten en het sociale en fysieke leefmilieu van het kind worden meegenomen. Deze integrale werkwijze zorgt ervoor dat JGZ haar taken uitvoert in samenwerking met veel andere organisaties en professionals, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, de jeugdhulpverlening, het onderwijs en wijk- en buurtteams (De Winter et al., 2013).

Al deze partijen kunnen een bijdrage leveren aan het veilig en gezond opgroeien van kinderen. Samenwerking tussen deze partijen kan vroegtijdige interventie mogelijk maken en leiden tot een effectievere ondersteuning (Tracy et al., 2003; Curry en Ham, 2010). Door middel van samenwerking kan samenhang aangebracht worden in de interventies, initiatieven en voorzieningen voor kinderen en gezinnen. Daarnaast kan er verbinding gelegd worden tussen de betrokken partijen, die uiteen kunnen lopen van basisvoorzieningen tot hulpinstellingen en instellingen die specialistische zorg bieden. Het kind en het gezin worden op deze manier meer holistisch benaderd, waardoor er meer grip op de problemen verkregen kan worden en uitgebreide diensten geleverd kunnen worden (Tracy et al., 2003). Volgens Curry en Ham (2010) kan fragmentatie van de zorg juist leiden tot ruis in de communicatie en in de samenwerking, wat weer kan leiden tot gebreken in de tijdigheid, kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van zorg en de mate waarin een patiënt centraal staat in de zorg.

Het is in het belang van het gezond en veilig opgroeien van kinderen dat de samenwerking tussen de instanties die betrokken zijn bij gezinnen en het opgroeien van kinderen verbetert en dit zorgt voor vroegtijdige interventie en meer gezondheidswinst. Samenwerking tussen verschillende organisaties lijkt te leiden tot een verbeterde gezondheid van kinderen. Het is echter nog niet bekend in hoeverre het bewezen is dat samenwerking tussen verschillende instanties hieraan bijdraagt. Daarnaast is het belangrijk om te onderzoeken welke factoren invloed hebben op deze samenwerking, om beleid binnen de JGZ hieraan aan te kunnen passen. Daarom is in dit onderzoek gezocht naar de antwoorden op de volgende twee vragen.

- In hoeverre is bewezen dat samenwerking tussen organisaties effect heeft op het gezond en veilig opgroeien van kinderen?
- Welke factoren beïnvloeden de samenwerking tussen organisaties betrokken bij het gezond en veilig opgroeien van kinderen?

Door middel van een literatuuronderzoek worden deze vragen beantwoord.

# 1. THEORETISCHE ACHTERGROND

In dit onderdeel worden de achtergrondinformatie en de theorieën die nodig zijn voor dit onderzoek verder toegelicht. Het bevat een korte beschrijving van de JGZ en de organisaties die verder nog een rol kunnen spelen in het gezond opgroeien van een kind, wat verstaan wordt onder de gezondheid en het gezond opgroeien van kinderen, welke indicatoren effectiviteit van samenwerken kunnen meten, hoe samenwerking omschreven kan worden en hoe de bewijskracht van onderzoek naar samenwerken bepaald kan worden.

## **JGZ**

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) biedt preventieve gezondheidszorg aan alle kinderen in Nederland van 0 tot 18 jaar. De JGZ volgt de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en geeft informatie aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling van kinderen op al deze gebieden. Daarnaast signaleert de JGZ vroegtijdig mogelijke gezondheidsproblemen zoals groeistoornissen, overgewicht, motoriek- en taal-/spraakstoornissen, problemen met het gehoor en het gezichtsvermogen en ook psychosociale problemen zoals angst, depressie, agressie en contactstoornissen. Waar nodig biedt de jeugdgezondheidszorg adequate ondersteuning of doorverwijzing (JGZ, 2012).

## **Welke organisaties spelen verder nog een rol?**

Verschillende actoren zijn verantwoordelijk voor het gezond opgroeien van kinderen, bijvoorbeeld de ouders, de gemeenschap, de zorgverleners en de overheid. De ouder is eerstverantwoordelijk voor het optimaal laten opgroeien van zijn kind. De gemeenschap waarin het gezin leeft heeft de verantwoordelijkheid om, vooral als kinderen niet adequaat

opgroeien, ondersteuning te verlenen. De familie, buren en professionals op school, sportclubs of andere basisvoorzieningen zijn medeopvoeders. Iedereen speelt een rol.

Dit betekent dat je elkaar moet kennen en dat is meer dan weten wie wie is. Vertrouwen is het sleutelwoord en je moet weten wat iemand kan betekenen voor een gezin, waar ieders meerwaarde ligt. In figuur 1 is gevisualiseerd welke actoren een rol kunnen spelen bij het gezond opgroeien van een kind.



Figuur 1: Actoren betrokken bij het gezond en veilig opgroeien van een kind

## Het gezond en veilig opgroeien van een kind

Tegenwoordig wordt gezondheid niet meer aangeduid als de afwezigheid van ziekte. Ook met een aandoening kan een kind zich gezond voelen. Daarom wordt in dit verslag de definitie van gezondheid van Hubers et al. (2011) als uitgangspunt genomen. Gezondheid is door Hubers et al. (2011) gedefinieerd als 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (ZonMw, 2012).

## **Samenwerken**

Voor samenwerken bestaat geen eenduidige definitie. In de literatuur worden verschillende termen voor samenwerken gebruikt die allemaal ongeveer hetzelfde betekenen. Ook zijn er verschillen in intensiteit van samenwerking. Deze kan lopen van communicatie tussen organisaties tot volledige integratie van organisaties. Dit continuüm van samenwerking is in de literatuur verschillend beschreven. Daarnaast is het ook nog mogelijk om samenwerking op verschillende niveaus binnen een organisatie door te voeren. Dit kan op uitvoerend, management- en bestuurlijk niveau (operationeel-, tactisch- en strategisch niveau). Hieronder wordt beschreven op welke manieren samenwerken en de intensiteit van samenwerken beschreven wordt en op welke niveaus binnen de organisatie samenwerken doorgevoerd kan worden.

## **Termen en omschrijving van samenwerken**

In het artikel van Percy-Smith (2005) zijn verschillende termen voor samenwerking besproken en wordt ook uitgelegd wat deze termen inhouden. In tabel 1 hieronder is aangegeven welke verschillende termen voor samenwerking gebruikt kunnen worden en hoe deze termen gedefinieerd worden.



Tabel 1. Termen gebruikt om samenwerking te omschrijven.

<b>Nederlandse term</b>	<b>Engelse term</b>	<b>Definitie</b>
<b>Multi-agency werken</b>	Multi-agency/ cross-agency working	Twee of meer organisaties werken samen. De organisaties overleggen met elkaar en werken met gebundelde budgetten of middelen.
<b>Gezamenlijk werken</b>	Joint working	Professionals van meer dan een organisatie werken samen aan een project.
<b>Multidisciplinaire teams</b>	Multi-professional/ multi-disciplinary working	Twee of meer organisaties werken op een geplande en formele manier samen.
<b>Integratie</b>	Integration	Organisaties werken samen in één, vaak nieuwe, organisatiestructuur.
<b>Netwerk</b>	Network	Er is informeel contact en informele communicatie tussen individuen of organisaties.
<b>Samenwerking</b>	Collaborative working/ collaboration	Organisaties werken samen op verschillende manieren om gezamenlijke doelen te behalen, maar ook om de eigen doelen van de organisaties na te streven.
<b>Coöperatie</b>	Co-operation	Samenwerking tussen organisaties om de doelen van de organisaties zelf beter te kunnen bereiken.
<b>Partnerschap</b>	Partnership	Twee of meer mensen of organisaties die samenwerken om een bepaald doel te behalen.

## Intensiteit van samenwerken

Samenwerken kan plaatsvinden op verschillende niveaus en met een verschillende intensiteit. Er zijn verschillende manieren waarop de intensiteit van samenwerken ingedeeld kan worden (Atkinson et al., 2007). Townsley et al. (2004) en Fox en Butler (2004) beschrijven drie niveaus van intensiteit van samenwerking:

- **Autonoom werken:** De diensten zijn gescheiden van elkaar, maar individuele professionals van verschillende afdelingen werken samen om specifieke doelen te behalen. Professionals kunnen een training of ondersteuning geven aan personeel van een andere organisatie, maar de focus en financiering van het leveren van diensten blijven bij de eigen organisatie.
- **Gecoördineerd werken:** Professionals van verschillende organisaties bepalen apart van elkaar wat de behoefte van kinderen en families zijn, maar ze bespreken daarna wel gezamenlijk hun bevindingen en doelen. De focus bij de zorglevering ligt op multi-agency werken en coördinatie tussen organisaties. De financiering gebeurt apart of gezamenlijk.
- **Geïntegreerd werken:** De diensten van verschillende organisaties zijn samengesmolten. De benadering van patiënten is meer holistisch en de focus is op de zorggebruiker. De financiering wordt gezamenlijk door de organisaties gedaan en de verschillende professionals werken samen in een team. De verwachting is hierbij dat de rollen zullen vervagen of worden uitgebreid.

Een tweede manier om de intensiteit van samenwerken te beschrijven is die van Horwath en Morrison (2007). Zij beschreven vijf niveaus van samenwerken:

- **Communicatie:** professionals van verschillende disciplines praten met elkaar.
- **Medewerking:** matig gezamenlijk werken per patiënt.

- Coördinatie: meer geformaliseerd samenwerken, maar geen sancties voor het niet nakomen.
- Vereniging: gezamenlijke structuren waardoor een deel van de autonomie opgegeven moet worden.
- Integratie: organisaties smelten samen en creëren een nieuwe gezamenlijke identiteit.

### **Samenwerking op verschillende niveaus in een organisatie**

Visser et al. (2008) beschrijven in hun boek dat samenwerking op drie verschillende niveaus van organisaties een rol speelt, namelijk op het bestuurlijke niveau, het managementniveau en het uitvoerende niveau. Het betrekken van al deze drie niveaus (verticale verbinding) wordt als belangrijk ervaren om samenwerking tot stand te kunnen brengen van het bestuurlijke tot aan het uitvoerende niveau. Onderlinge verbinding op horizontale niveaus is belangrijk om miscommunicatie te vermijden (Werner-King en Bremer, 1991; Berquist et al., 1996).

### **Wanneer is iets bewezen effectief?**

Aan de hand van de 'pyramid of evidence' kan bepaald worden in hoeverre bewezen is of samenwerking tussen organisaties die betrokken zijn bij kinderen effectief is. Een pyramid of evidence laat zien welke typen onderzoek sterk bewijs leveren en welke typen onderzoek minder sterk bewijs geven. Een systematische review die RCT's bevat wordt gezien als de onderzoeksmethode die de meeste bewijskracht levert. De mening van deskundigen wordt gezien als de zwakste bewijskracht. Hieronder zijn de verschillende manieren van onderzoek en mate van bewijskracht weergegeven.

## Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

- A1 Systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang en consistentie.
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld werkgroepleden.

## Hoe kan effectiviteit gemeten worden?

Het meest gewenste resultaat van samenwerking in de zorg voor jeugd zijn positieve effecten op het gezond en veilig opgroeien van een kind. Het is echter lastig om hier onderzoek naar te doen. Daarom kunnen ook andere indicatoren gebruikt worden om de effecten te meten. In het onderzoek van Dowling en collega's (2004) en Ball en collega's (2010) wordt een aantal van deze indicatoren genoemd:

- Verbeteringen in de toegankelijkheid van zorg en sociale diensten. Patiënten ervaren bijvoorbeeld een snellere respons van de zorgprofessionals en vonden de zorglocaties geschikt.
- Meer gelijkheid in de verdeling van zorg. Dit kan horizontale of verticale gelijkheid zijn. Onder horizontale gelijkheid wordt verstaan dat patiënten met dezelfde zorgbehoeften dezelfde zorg krijgen. Onder verticale gelijkheid wordt verstaan dat patiënten met verschillende zorgbehoeften in evenredige mate andere zorg krijgen.
- Verbetering van de efficiëntie, effectiviteit of de kwaliteit van diensten die geleverd worden door de organisaties betrokken in de samenwerking. Dit kan bijvoorbeeld gemeten worden door te kijken naar de impact en standaard van de zorg, in hoeverre

rekening wordt gehouden met de kosten en het verminderen van overlap tussen organisaties.

- Verbetering van de ervaringen van personeel en mantelzorgers, bijvoorbeeld door veranderingen in de werkomstandigheden.
- Verbeteringen van de gezondheidsstatus, kwaliteit van leven of het welzijn van de zorggebruikers of vermindering van verdere achteruitgang in de gezondheid.
- Een systematische verkorting van wachttijden voor diagnose, behandeling en zorg.
- Verbeteringen in het regelen van wachttijden voor intramurale en extramurale zorg.
- Minimalisering van het aantal vermijdbare ziekenhuisbezoeken.
- Minimalisering van opnames in het ziekenhuis.

## 2. METHODE

Het doel van deze studie is om te onderzoeken in hoeverre het bewezen is dat samenwerking tussen organisaties die een rol spelen in het gezond en veilig opgroeien van een kind effectief is. Daarnaast is het doel om te onderzoeken welke factoren barrières kunnen veroorzaken of de samenwerking juist kunnen stimuleren. Dit is gedaan door middel van een literatuuronderzoek. De methode is hieronder beschreven.

### **Literatuuronderzoek**

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Er zijn artikelen geanalyseerd die de effecten van samenwerking tussen organisaties in de zorg voor kinderen beschrijven en artikelen die de factoren beschrijven die samenwerking kunnen stimuleren of belemmeren. Relevante artikelen zijn gezocht in de elektronische databases PubMed, Google Scholar, PiCarta en PsycINFO. In PubMed is gezocht met verschillende MeSH-termen. Er zijn MeSH-termen gebruikt voor het kind, voor samenwerken en voor de organisaties betrokken bij het opgroeien van een kind. De MeSH-termen die gebruikt zijn, zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. MeSH-termen gebruikt in PubMed.

<b>Organisaties betrokken bij het gezond opgroeien van het kind</b>	<b>Samenwerken</b>	<b>Kind</b>
Child Health Services	Cooperative Behavior	Child
School Health Services	Community Networks	Child, Preschool
Child Care	Interdisciplinary Communication	Infant
Health Planning	Interinstitutional Relations	Adolescent
Patient Care Management	Models, Organizational	
Early Intervention	Organizational Innovation	
Social Work	Organizational Affiliation	
Social Support		
Schools		
Community Mental Health Services		
Mental Health Services		
School Nursing		
Health Services Research		
Adolescent Health Services		
Preventive Health Services		

Delivery of Health Care		
Child Guidance		
Primary Prevention		
Continuity of Patient Care		
Infant welfare		
Child welfare		
Social Welfare		

In de andere databases is er gezocht met zoektermen in de titel. De zoektermen die zijn gebruikt zijn: collaboration of cooperation, child of children of youth of adolescent of toddler en care. Verschillende spellingsmogelijkheden en werkwoordvormen zijn gebruikt als dat nodig was (bijvoorbeeld collaboration en collaborating).

Naast de zoektocht op basis van zoekwoorden is ook de snowball-methode gebruikt. Hierbij worden de literatuurlijsten van de geïncludeerde artikelen doorzocht op andere relevante artikelen. Ook is gekeken met behulp van Google Scholar welke andere artikelen refereren aan de geïncludeerde artikelen. Als hier nog andere relevante artikelen tussen stonden, werden deze ook meegenomen.

### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Geschikte artikelen zijn als volgt geselecteerd. Eerst werd de titel gelezen en als deze relevant was, werd het abstract gelezen. Als ook uit het abstract bleek dat het artikel relevant was voor dit onderzoek werd het gehele artikel gelezen en op basis daarvan bepaald of het artikel werd geïncludeerd in dit literatuuronderzoek. Bij het selecteren



van artikelen zijn verschillende inclusie- en exclusiecriteria gebruikt. Die zijn hieronder weergegeven.

Inclusiecriteria:

- Artikelen die gaan over de effectiviteit van samenwerking tussen organisaties betrokken bij het gezond en veilig opgroeien van een kind.
- Artikelen die belemmerende factoren voor samenwerking tussen organisaties beschrijven.
- Artikelen die stimulerende factoren voor samenwerking tussen organisaties beschrijven.
- Artikelen geschreven van 2003 tot nu.

Exclusiecriteria:

- Artikelen die niet in het Engels of Nederlands verkrijgbaar zijn.
- Artikelen die gaan over samenwerken binnen organisaties.
- Artikelen die gaan over de kosteneffectiviteit van samenwerken.

## **Data-analyse**

Na het selecteren van de artikelen zijn de artikelen geanalyseerd. Eerst zijn alle artikelen over de effectiviteit van samenwerking gelezen. Deze zijn samengevat en weergegeven in een tabel die de soort studie, het doel van de studie, de soort samenwerking, de deelnemers en de resultaten van het artikel weergaf. Aan de hand van deze tabel is beschreven in hoeverre de effectiviteit van samenwerking tussen organisaties betrokken bij het gezond opgroeien van een kind is bewezen. Vervolgens zijn de artikelen gelezen die factoren beschreven die samenwerken belemmeren of faciliteren. Deze artikelen zijn op dezelfde manier samengevat in een tabel en daarna is een overzicht gegeven van welke factoren een rol spelen in samenwerking.

### 3. RESULTATEN

Door middel van de beschreven zoekopdrachten zijn er relevante artikelen gevonden over de effectiviteit van samenwerking tussen organisaties in de zorg of de factoren die samenwerking tussen organisaties in de zorg stimuleren of belemmeren. De resultaten zullen aan de hand van de twee onderzoeksvragen besproken worden.

In hoeverre is bewezen dat samenwerking tussen organisaties effect heeft op het gezond en veilig opgroeien van kinderen?

In tabel 3 is de literatuur beschreven aan de hand waarvan onderzoek is gedaan naar de effecten van samenwerking tussen zorgorganisaties op zorggebruikers. Deze tabel is te vinden in de bijlage. In totaal zijn er twintig artikelen geïnccludeerd waarin onderzoek gedaan is naar de effecten van samenwerking in de gezondheids- en sociale zorg. Er is één artikel geïnccludeerd dat een systematische review en meta-analyse beschrijft en één artikel dat een systematische review beschrijft. In allebei deze onderzoeken waren alle leeftijdscategorieën meegenomen. Vijf van de artikelen beschrijven een review. Hiervan waren er vier gericht op alleen kinderen en één op alle zorggebruikers. Daarnaast zijn er zes cohortstudies gevonden die kijken naar de effectiviteit van samenwerking, vijf niet-vergelijkende onderzoeken en twee kwalitatieve onderzoeken die onderzoeken hoe samenwerking tussen zorgorganisaties ervaren wordt door de zorggebruikers.

#### **Systematische reviews en meta-analyses**

Er zijn geen meta-analyses en systematische reviews gevonden die het effect van samenwerken tussen organisaties op de gezondheid en het gezond opgroeien van een kind onderzochten. Daarom is er

ook een aantal artikelen meegenomen dat kijkt naar de effecten op patiënten van alle leeftijden. Er zijn twee artikelen gevonden die een systematische review beschrijven, wat de hoogste mate van bewijskracht levert. Het eerste artikel bevat een systematische review en een meta-analyse. Dit artikel beschrijft een studie naar het collaboratieve chronische zorgmodel (CMM) en het effect op patiënten met een mentale stoornis (Woltmann et al., 2012). In het artikel wordt geconcludeerd dat het CCM kleine tot gemiddelde significante positieve resultaten heeft op de geestelijke en fysieke kwaliteit van leven van de zorggebruikers. Er is vooral veel effect te zien in de toepassingen van het CMM bij depressiestoornissen. In meer complexe stoornissen zoals bipolaire depressie is iets minder effect waargenomen. Het CMM is een model met meerdere componenten en richt zich niet alleen op samenwerking, maar ook op bijvoorbeeld zelfmanagement van een ziekte. Het is daarom lastig te zeggen welk effect precies toe te schrijven is aan samenwerking.

De tweede systematische review is van Hayes en collega's (2012). Het artikel richt zich op gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), gecontroleerde klinische trials (CCT's) en gecontroleerde voor- en na studies (CBA's) en heeft dus een hoge bewijskracht (Hayes, 2011). Hayes en collega's onderzochten het effect van samenwerking tussen organisaties in de zorg op patiënten van alle leeftijden. In dit artikel gaan zes studies over de effecten op van samenwerking op de psychische gezondheid (Bertelsen et al., 2008; Challis et al., 2002; Cooper et al., 1975; Lumley et al., 2006; Melle et al., 2008; Vickrey et al., 2006). Eén onderzoek (Vickrey et al., 2006) laat voordelen voor de gezondheid zien en vier andere onderzoeken laten een bescheiden verbetering zien van de gemeten uitkomsten, maar geven geen duidelijke algemene gezondheidswinst. Eén onderzoek laat geen aanwijzingen voor gezondheidswinst zien. Twee andere studies kijken

naar leefstijlverbeteringen (Kloek et al., 2006; Tucker et al., 2006). Een hiervan geeft geen positieve resultaten voor de interventiegroep en de ander laat meer ongezond gedrag zien in de interventiepopulatie. Drie studies kijken naar de coördinatie van chronische zorg (Hultberg et al., 2005; Brusseze et al., 2006; Young et al., 2005). Geen van de drie laat gezondheidswinst zien.

De onderzoeksmethoden die gebruikt zijn in de twee hierboven beschreven artikelen hebben een hoge bewijskracht. Het onderzoek van Woltmann et al. (2012) laat zien dat er bewijs is dat samenwerken tussen verschillende organisaties in de zorg een positief effect heeft op patiënten met psychische stoornissen. In het onderzoek van Hayes en collega's (2011) werd een beperkt positief effect gevonden op leefstijl en gezondheidswinst door samenwerking binnen de zorg. Hayes gaf aan dat de samenwerking niet altijd volledig geïmplementeerd was, dat het lastig was om genoeg deelnemers te verkrijgen in de onderzoeken en dat sommige studies te kort duurden om de echte resultaten van de interventie te achterhalen. Hierdoor zijn er mogelijk minder goede effecten waargenomen.

Er is dus een gering aantal systematische reviews uitgevoerd. De twee onderzoeken hierboven beschreven laten een positief effect zien van samenwerking tussen organisaties in de zorg.

## **Cohortstudies**

Er zijn vijf cohortstudies gevonden die onderzoek hebben gedaan naar het effect van samenwerking in de zorg voor jeugd. In de onderzoeken worden verschillende definities voor samenwerken gebruikt en worden verschillende soorten samenwerkingsinterventies getest. In twee artikelen wordt gekeken naar samenwerking van jeugdzorgorganisaties en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het effect op

het verkrijgen van psychische zorg (Bai et al., 2009; Chuang et al., 2010). Het onderzoek van Bai et al. (2009) laat zien dat hoe meer soorten verbinding (o.a. gezamenlijke budgettering, cross-traineren van personeel (training in vaardigheden die uitgevoerd worden door de partnerorganisatie), werken met een andere organisatie om patiënten te helpen, overkoepelende overeenkomsten en gezamenlijke beleidsformulering) een jeugdzorgorganisatie heeft met de ggz, hoe groter de toegankelijkheid is van de ggz voor kinderen met psychische problemen. Daarnaast zorgen meer verbindingen voor een betere psychische gezondheid van de kinderen.

Wells en Chuang (2012) voerden een soortgelijk onderzoek uit en onderzochten of verbindingen tussen jeugdzorgorganisaties en de ggz de woonstabiliteit bevorderen van adolescenten die geholpen worden door beide organisaties. Zij concludeerden dat meer verbinding tussen de organisaties ervoor zorgde dat adolescenten die eerst thuis woonden en later uit huis werden gehaald, geneigd waren om minder vaak te verhuizen. Daarnaast zorgde ook cross-training, een manier van training waarbij de vaardigheden die uitgevoerd worden door de ene organisatie geleerd worden door de professionals in de een andere organisatie, voor een verminderd aantal keer dat de adolescenten verhuisden.

Het onderzoek van Chuang en Wells (2010) laat zien dat het bestaan van meer verbindingen tussen jeugdzorgorganisaties en de kinderscherming geen significant effect had op de toegang tot de ggz. Het delen van administratieve data had wel een positief effect op het verkrijgen van intramurale zorg. Alle drie de studies hadden grote cohorten, wat de bewijskracht bevordert.

Chuang en Lucio (2011) onderzochten hoe regelingen tussen scholen,

de ggz en jeugdzorgorganisaties geassocieerd zijn met het verkrijgen van zorg vanuit school of van de ggz. Het hebben van een zorgcoördinator of een zorgcommissie die tussen de jeugdzorgorganisaties en de scholen werkt, had een positief effect op het verkrijgen van psychische zorg vanuit school. Het cross-traineren van personeel van beide organisaties zorgde ervoor dat kinderen meer extramurale psychische zorg van de ggz ontvingen. Een gezamenlijke locatie voor de jeugdzorg en scholen en het delen van dossiers tussen scholen en jeugdzorg waren negatief geassocieerd met het verkrijgen van psychische zorg, terwijl een gezamenlijke locatie voor de jeugdzorg en de ggz er wel voor zorgde dat meer kinderen psychische zorg ontvingen. Hieruit blijkt dat vooral samenwerking gericht op meer contact tussen professionals met behulp van een zorgcoördinator positief effect heeft, maar ook meer administratieve verbindingen tussen de ggz en de jeugdzorg zorgen voor een positief effect op de kinderen. De laatste cohortstudie kijkt naar het Children's Treatment Netwerk-model. Dit model behelst het hebben van één punt van toegang tot zorg, de toewijzing van een zorgcoördinator en de ontwikkeling van een zorgplan dat opgenomen is in het elektronisch patiëntendossier (epd). Thurston et al. (2010) onderzochten welke effecten de toepassing van dit model had in de zorg voor kinderen met fysieke beperkingen. Zij concludeerden dat het fysieke functioneren van deze kinderen meer verbeterde in teams die dit model toepasten in vergelijking met vergelijkbare kinderen die behandeld werden door teams die dit model niet hadden toegepast. Als teams die dit model hadden toegepast werkten met ouders met een vijandige ouderschapsstijl (minder positief en veel gebruikmaken van straffen), dan was er een grotere verbetering in het fysieke functioneren van het kind na twee jaar. Een team dat dit model niet volledig toepaste en werkte met ouders met een vijandige ouderschapsstijl resulteerde in verslechtering van het fysieke functioneren van het kind na twee jaar.

Meer samenwerking in de zorg voor kinderen laat hier een positief effect zien op kinderen en ouders.

Alle hierboven beschreven cohortstudies laten zien dat verschillende manieren van samenwerking een positief effect hebben op het gezond opgroeien van een kind. Sommige onderzoeken laten voor de ene manier van samenwerken wel een positief resultaat zien, terwijl andere methoden geen effect of een negatief resultaat hadden. Cohortstudies hebben een minder sterke bewijskracht dan systematische reviews, meta-analyses en RCT's. Bijna alle artikelen concluderen dan ook dat samenwerking belangrijk is, maar dat RCT's nodig zijn om meer bewijskracht te kunnen leveren.

## Reviews

Er zijn vijf reviewartikelen gevonden die de effectiviteit van samenwerking beschrijven. In de review van Atkinson en collega's (2007) zijn twee onderzoeken gevonden die iets zeggen over het directe effect op zorggebruikers. Het eerste rapporteert dat samenwerken zorgde voor een verbeterde kwaliteit van leven van gezinnen met gehandicapte kinderen en dat het voor deze kinderen mogelijk was om langer thuis te wonen en naar lokale scholen te gaan. Het andere artikel concludeert dat multidisciplinaire teams binnen onderwijsinstanties het opleidingsniveau van jongeren en de ondersteuning voor de jongeren en hun ouders verbeterden. Atkinson et al. (2007) concluderen dat multi-agency werken behalve een direct effect op kinderen een positief effect heeft op de toegankelijkheid van diensten.

In de review van Oliver en collega's (2010) worden de effecten van geïntegreerd werken in de zorg en op scholen op kinderen en gezinnen beschreven. Zij concluderen dat er weinig bewijs is dat de effecten van samenwerkingsinterventies gericht op het reduceren van

overtredingen en antisociaal gedrag van jeugd toegeschreven kunnen worden aan de integratie van diensten. Ook concluderen zij dat er beperkt bewijs is dat scholen die samenwerken met zorgorganisaties zorgen voor verbeteringen in de opkomst op scholen en het academische niveau van kinderen met problemen. Daarnaast concluderen zij wel dat er een sterk bewijs is dat peuterspeelzalen die geïntegreerd werken met onderwijs bijdragen aan de kwaliteit van de zorg die zij leveren en dat ouders positief zijn over de geïntegreerde voorzieningen.

Het onderzoek van McDonald en Rosier (2011) onderzoekt in de literatuur in hoeverre bewezen is dat samenwerking tussen organisaties op uitvoerend niveau zorgt voor een verbeterde gezondheid van kinderen en gezinnen. Zij concluderen dat er beperkt empirisch bewijs is dat duidelijk aantoont dat samenwerking tussen organisaties voordelen oplevert voor zorggebruikers. Zij concluderen ook dat samenwerking het meest effectief is voor kinderen met meerdere complexe zorgbehoeften, maar dat er ook licht bewijs is dat samenwerking een negatief effect zou kunnen hebben op kinderen met minder complexe behoeften.

Jayarathne et al. (2010) beschrijven in een review 11 Child Health Partnership-interventies (CHP-interventies) en de effecten van deze interventies op de gezondheid van kinderen. Een CHP is een programma waarin meerdere actoren uit verschillende sectoren deelnemen die het gezamenlijke doel hebben om de fysieke en sociale ontwikkeling van het kind goed te laten verlopen. Deze partnerschappen duren minimaal twee jaar. Quasi-experimentele trials, gerandomiseerde trials en triangulatiemethodes worden gebruikt om de programma's te evalueren. Deze methoden leveren hoge bewijskracht. In vijf programma's werd onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van zorg voor kinderen en gezinnen. In vier van deze programma's was deze toegankelijkheid



verbeterd. Vijf onderzoeken keken naar de effecten van de programma's op de gezondheid van het kind. Drie hiervan toonden aan dat er gezondheidswinsten werden behaald, onder andere met betrekking tot cognitie, taal en sociaal-emotionele ontwikkeling. In zes onderzoeken werd gekeken naar de ouderschapsstijl en in vijf daarvan werd geconcludeerd dat het ouderschap verbeterd was. Over het algemeen laten de resultaten zien dat deze soort samenwerking een positief effect heeft op de gezondheidgerelateerde factoren van kinderen en gezinnen.

Er is één review-artikel gevonden dat voorbeelden laat zien van geslaagde samenwerkingsinterventies gericht op het verbeteren van de zorg voor kinderen (Billett et al., 2013). De Physician Hospital Organization (PHO) lanceerde in 2003 op grote schaal een astma-verbeteringsprogramma met daarin onder andere multidisciplinaire leiderschapsteams, het herontwerpen van strategieën voor praktijkketens, geautomatiseerde kennisgeving en bijeenkomsten op praktijkniveau. Dit initiatief liet een positief effect zien op kinderen met astma. 94% van de kinderen met astma ontving uitstekende zorg en het gebruik van de griepvaccinatie was gestegen. Daarnaast hoefden ouders minder vrije dagen te nemen, hadden ouders meer vertrouwen in hun kunnen om de astma van hun kind te hanteren, vonden de ouders en artsen dat de astma beter controleerbaar was en waren er minder bezoeken aan de spoedeisende hulp door de astma. Het California Perinatal Quality Care Collaborative (CPQCC) stelde een panel op voor kwaliteitsverbetering. Dit panel had het doel om de kwaliteit en de gezondheidseffecten van perinatale zorg te verbeteren. Zij deden dat door gegevens te verzamelen en hierin mogelijkheden voor verbetering te ontdekken. Met twee interventies die hieruit voortvloeiden zijn infecties verminderd en is het gebruik van borstvoeding gestegen. Het Ohio's Childrens' Hospital Solutions for Patient Safety is een samenwerking tussen acht kinderziekenhuizen en het bedrijfsleven.

Zij streefden ernaar om Ohio de veiligste plek voor kinderen in de gezondheidszorg te maken. Interventies die voortvloeiden uit deze samenwerking zorgden voor een vermindering van bijwerkingen door medicatie en een vermindering van postoperatieve wondinfecties in de eerste twee jaar van het leven van kinderen. Deze drie voorbeelden laten zien hoe samenwerking tussen zorgorganisaties of tussen zorgorganisaties en andere organisatie kan leiden tot verbeterde zorg en een betere gezondheid van kinderen.

De reviews in dit onderzoek laten allemaal een positief effect zien, direct op het gezond opgroeien van kinderen of indirect door bijvoorbeeld de toegankelijkheid van zorg te verhogen. Alleen het onderzoek van McDonald en Rosier (2011) laat lichte aanwijzingen zien dat samenwerking ook een negatief effect kan hebben, echter dit is in geen van de andere onderzoeken ook teruggevonden.

### **Niet-vergelijkend kwantitatief onderzoek**

Vijf studies onderzochten door middel van niet-vergelijkende onderzoeksmethoden de effecten van samenwerking. Vaak werd er naar een specifieke interventie gekeken en naar de effecten op de patiënten die meededen aan deze interventie. De eerste studie onderzocht in een pilotstudie het effect van de implementatie van het collaboratieve zorgmodel in de eerstelijnszorg voor adolescenten met psychische gezondheidsproblemen (Richardson et al., 2009). De interventie bevatte vier componenten: 1) ontmoetingen met een verpleegkundige die als zorgmanager fungeert; 2) educatie voor patiënten en ouders over de depressie en de behandeling; 3) aanmoediging tot zelfmanagement; 4) supervisie gegeven door een specialist aan de zorgmanager.

De resultaten waren erg positief; de depressiescores en functionele beperkingen waren significant verbeterd. 74% van de deelnemers had meer dan 50% minder depressieve symptomen. Daarnaast waren

de patiënten en hun ouders zeer tevreden over de interventie. In deze interventie beperkt samenwerking zich voornamelijk tot samenwerking tussen de verpleegkundige en een specialist en zorgcoördinator door de verpleegkundige. Daarnaast spelen ook andere componenten in deze interventie een rol.

In de interventie 'Come On Back' werden op een school studenten gekoppeld aan andere studenten, die de deelnemende studenten konden helpen met het afmaken van huiswerk en functioneerden als rolmodel en mentor. De school werkte samen met instellingen in de gemeenschap om naschoolse activiteiten, loopbaanplanning en recreatieve activiteiten voor de scholieren te kunnen realiseren (Mastro et al., 2006). Het effect van de interventie was dat de scholieren verbeterde schoolprestaties hadden, zij meer geneigd waren om op school te blijven en zij meer gemotiveerd waren om deel te nemen aan vrijwilligersprojecten. Ook de leraren noemden dat zij een positieve verandering in de houding van de leerlingen zagen. Ook dit onderzoek laat dus positieve resultaten zien. In deze interventie speelde niet alleen samenwerking tussen organisaties een rol, maar ook samenwerking tussen leerlingen.

In het onderzoek van Cohen et al. (2012) werd het effect onderzocht van samenwerking tussen twee lokale ziekenhuizen en een gespecialiseerd zorgcentrum (SickKids) op kinderen met speciale zorgbehoeften. De interventie bestond uit de volgende onderdelen: 1) bemanning van de ziekenhuizen met lokale kinderartsen samen met een gespecialiseerde verpleegkundige; 2) wekelijkse bijeenkomsten met de artsen en verpleegkundige over zorgcoördinatie, ernstige symptomen en doelstellingen; 3) de verpleegkundige maakte een zorgplan samen met de familie, dat beschikbaar werd gesteld voor de families en werd geüpload naar een e-portal. Na de interventie was de kwaliteit

van leven van de ouders niet veranderd, maar de kwaliteit van leven van de kinderen verbeterde wel significant. De ouders vonden dat het programma een positieve verandering in zorg en in de coördinatie van zorg bracht en vonden het erg prettig dat een e-mail of telefoongesprek genoeg was om een afspraak te kunnen maken met de specialist. Ook hoefden gezinnen minder te reizen naar het gespecialiseerde ziekenhuis, omdat er meer opgelost kon worden in de lokale ziekenhuizen. De artsen waren tevreden over het programma en waren erg te spreken over de samenwerking met de verpleegkundige. Zij waren van mening dat dit initiatief de zorg verbeterde en een beter resultaat voor de kinderen opleverde.

Bell et al. (2009) evalueerden het transdisciplinaire model van samenwerking en onderzochten welk effect dit had op kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Het transdisciplinaire team bestond uit verschillende therapeuten, een verpleegkundige, een kinderarts en een psycholoog. Eens in de twee weken hielden zij een bijeenkomst om doorverwijzingen te bespreken, gezamenlijk beslissingen te nemen en te bepalen wie contact opnam met de ouders. Daarnaast werden er relevante zorgorganisaties uitgenodigd tijdens intakegesprekken, zodat deze vroeg betrokken waren bij de zorg. Ouders werden ook betrokken bij het zorgproces. Een ander onderdeel van de interventie was dat er niet alleen individueel therapie gegeven werd, maar ook in groepen met 5 tot 6 kinderen, zodat specialisten meer kinderen vaker kon zien. In de periode van de interventie daalde de wachttijd voor kinderen van gemiddeld 114 dagen naar gemiddeld 35,6 dagen. Daarnaast konden professionals meer kinderen onder hun hoede hebben. Voor de interventie hadden zij 29 kinderen onder hun hoede en dit steeg tot 64 kinderen 4 jaar later. Het transdisciplinaire team zorgde er dus voor dat kinderen sneller geholpen konden worden en professionals meer kinderen tegelijkertijd konden helpen.

Het onderzoek van Zandvoort en collega's (2013) beschrijft een interventie met jeugdartsen die werkzaam zijn bij de GGD en ketencoördinatie uitvoeren. In dit systeem documenteren alle betrokken professionals hun bevindingen, zodat iedereen op de hoogte kan zijn. Wanneer er twee of meer zorgsignalen over een kind worden gedocumenteerd, gaat de ketencoördinator bij de professionals na wat er precies aan de hand is en kijkt of afstemming en overleg met andere professionals moeten plaatsvinden. In overleg met ouders en professionals wordt vervolgens een plan van aanpak opgesteld. De ketencoördinator bewaakt het proces en coördineert overleggen. In de onderzoeksperiode zijn 72 gezinnen opgemerkt door de ketenzorg en zijn hiervan 65 gezinszaken gesloten. Bij 38 gezinnen is het krijgen van zorg niet meer nodig, 18 gezinnen zijn vrijwillig overgedragen aan Bureau Jeugdzorg, bij 3 gezinnen is een zorgmelding gedaan bij Bureau Jeugdzorg en 7 zaken zijn nog niet afgesloten. Bij de andere gezinnen is besloten dat ketencoördinatie op dat moment niet nodig was of de gezinnen zijn verhuisd. Naar beoordeling van de ketencoördinatie is in 29 gezinnen de situatie redelijk tot goed verbeterd. In 12 gezinnen bleef de situatie hetzelfde en in 6 gezinnen is de situatie verslechterd. In de andere gezinnen was niet goed te beoordelen of er verbetering had plaatsgevonden. De professionals waren over het algemeen tevreden over de ketencoördinatie. De auteur van dit artikel beoordeelde de resultaten als een aanwijzing dat ketencoördinatie bijdraagt aan effectievere en efficiëntere samenwerking in de zorg voor jeugdigen. Niet-vergelijkende onderzoeken hebben een zwakkere bewijskracht dan cohortstudies of RCT's, maar ze laten allemaal aanwijzingen zien dat samenwerken binnen de zorg een positief effect heeft op kinderen.

### **Kwalitatief onderzoek**

Er zijn ook twee kwalitatieve studies geïnccludeerd die onderzoek deden naar samenwerking tussen zorgorganisaties. In het onderzoek

van Abbott en collega's (2005) werden professionals, gezinnen met gehandicapte kinderen en gehandicapte adolescenten geïnterviewd in zes zorgorganisaties die samenwerkten met andere (zorg)organisaties. Deze samenwerking kon verschillende componenten bevatten, zoals het toepassen van een model voor multi-agency werken, het delen van middelen zoals geld en personeel, commissies waarin leden van meerdere organisaties zitten of een management waarin meerdere organisaties betrokken zijn. Uit de interviews bleek dat de samenwerkende organisaties voldeden op het gebied van zorg voor gehandicapte kinderen en dat de meeste kinderen thuis konden blijven wonen en naar een lokale school konden gaan. In ander onderzoek (onder andere Mencap, 2001) bleek dat dit vaak lastig is voor kinderen met complexe zorgbehoeften. De ouders behielden wel een aantal moeilijkheden in de zorg. Zo hadden zij nog steeds moeilijkheden met de dagelijkse routine, konden zij niet meer korte pauzes nemen in de zorg voor hun kinderen, ontvingen ze niet meer steun bij het aanvragen van toeslagen ondanks dat de ouders vaak een laag inkomen hadden en hadden zij het gevoel dat ze nergens terecht konden voor emotionele steun. De laatste twee behoeftes kunnen verholpen worden door maatschappelijk werk. De maatschappelijk werkers in dit onderzoek hadden alleen het idee dat zij minder belangrijk waren door de dominante aanwezigheid van de medische sector in de samenwerking. Daarnaast zijn er aanwijzingen gevonden dat het hebben van een zorgcoördinator de kwaliteit van het leven van de ouders iets verbeterde en dat het hielp bij het verkrijgen van toegang tot zorg. Maar de meeste ouders hadden het idee dat zij de zorgcoördinatie nog steeds vooral zelf deden. Ondanks dat de ouders nog steeds te kampen hadden met veel moeilijkheden, gaven zij aan dat het multi-agency werken over het algemeen een positief effect op de kwaliteit van hun leven had en geen gezin noemde dat hun kwaliteit van leven was verslechterd.

Petch et al. (2013) voerden ook een kwalitatief onderzoek uit en onderzochten in hoeverre partnerschappen tussen sociale diensten en gezondheidszorginstellingen zorgden voor zorg die door de zorggebruikers gewenst was en welke eigenschappen van het partnerschap geassocieerd werden met de totstandkoming van deze gewenste zorg. Dit onderzoek richtte zich niet op kinderen maar op alle leeftijdsgroepen. Een partnerschap kon samenwerking tussen individuen zijn, maar ook geformaliseerde gezamenlijke zorglevering en alles wat daartussenin zit. Uit het onderzoek bleek dat de gebruikers het erg prettig vonden dat zij gelijktijdig hulp van sociale diensten en gezondheidszorginstellingen kregen. Vooral de aanwezigheid van multidisciplinair personeel in één gebouw werd gewaardeerd door de zorggebruikers. Dit maakte het voor hen namelijk mogelijk om verschillende zorgverleners op een centrale plek te benaderen en het verbeterde de communicatie tussen hulpverleners. Ook vonden de zorggebruikers het prettig als er één telefoonnummer voor beide instellingen bestond, aangezien zij in het verleden moeite hadden gehad met het verkrijgen van contact met de juiste hulpverlener. De multidisciplinaire teams maakten het mogelijk om gepaste zorg te leveren aan verstandelijk gehandicapten. De gebruikers van deze zorg vertelden dat zij op een holistische manier geholpen waren, wat erg gewenst was door de patiënten. De gebruikers ervoeren dat de professionals in een partnerschap minder geneigd waren om hen te behandelen op een discriminerende manier, in tegenstelling tot de professionals in standaardzorginstellingen. De gebruikers vonden dat gezondheidszorginstellingen en sociale zorginstellingen die ook andere sectoren betrokken, zoals huisvesting en de vrijwilligerssector, de zorg verbeterden. Deze manier van werken zorgde voor een verbeterde communicatie met andere instellingen, wat mogelijkheden opleverde voor de zorggebruikers.

Ook in deze twee kwalitatieve onderzoeken komt naar voren dat samenwerking in de zorg positieve resultaten kan opleveren. Ook al zijn dit niet-vergelijkende onderzoeken en is daardoor de kracht van het bewijs minder sterk, deze resultaten laten vooral zien dat de tevredenheid van de gezinnen en zorggebruikers over de zorg omhoogging.

### **Welke factoren beïnvloeden de samenwerking tussen organisaties bij het gezond en veilig opgroeien van kinderen?**

Naast de artikelen naar de effecten van samenwerken tussen organisaties betrokken bij het gezond en veilig opgroeien van kinderen, zijn er in totaal 19 artikelen geïnccludeerd die belemmerende en stimulerende factoren van samenwerking beschrijven. Deze artikelen zijn samengevat in tabel 4 in de bijlage. Dit onderdeel van de resultaten laat zien welke factoren belangrijk zijn om samenwerking goed te laten verlopen en welke factoren belemmerend kunnen werken.

### **Noodzaak om samen te werken**

Het is alleen nuttig om een samenwerking te ontwikkelen als hier behoefte aan of een noodzaak voor is en met het vooruitzicht dat het mogelijk is om de samenwerking op te zetten in het gewenste tijds kader. Als op korte termijn resultaten behaald moeten worden, is een partnerschap mogelijk geen goed middel (Percy-Smit et al., 2006). Voordat organisaties kunnen samenwerken, moet het dus duidelijk zijn waarom het noodzakelijk is om dit te gaan doen. De besturen van de organisaties die meedoen in de samenwerking moeten beargumenteren waarom samenwerken nodig is om draagvlak te creëren binnen de organisaties (Dowling et al., 2004; Edwards, 2004). De behoefte aan samenwerken is vaak afhankelijk van de mogelijke winsten die het opbrengt en de tijd en het geld die erin gestoken moeten worden.



Daarnaast kan ook ongerustheid een belangrijke reden zijn voor samenwerking. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen in de kinderbescherming, waar organisaties vaak niet alleen verantwoordelijk willen zijn voor kinderen die gebruikmaken van de diensten van de kinderbescherming (Horwath en Morrison, 2007). Ook politieke ondersteuning kan de noodzaak om samen te werken vergroten, bijvoorbeeld als dit wettelijk vereist wordt. Er moet wel rekening mee gehouden worden dat een wettelijke vereiste alleen niet zorgt voor meer bereidheid van de organisaties om te gaan samenwerken. De verplichting kan er ook juist voor zorgen dat deelnemers onwillig zijn in de samenwerking, omdat zij bijvoorbeeld het gevoel hebben dat ze hierdoor hun marktpositie verliezen of hun autonomie wordt aangetast (Horwath en Morrison, 2007).

### **Randvoorwaarden en betrokken organisaties**

Nadat bepaald is dat er behoefte is om samen te gaan werken met verschillende organisaties moet er een analyse worden gemaakt van wat nodig is voor samenwerken: de benodigdheden, welke voorzieningen er al aanwezig zijn voor de samenwerking en de capaciteiten van de organisaties (Percy-Smith, 2006; Horwath en Morrison, 2007). Hiermee worden de randvoorwaarden bedoeld die nodig zijn om samenwerking tot stand te brengen, maar ook in hoeverre organisaties veranderingen kunnen doorvoeren om de samenwerking te bewerkstelligen. Onderschatting van de capaciteiten kan resulteren in alleen marginale samenwerkingstaken en overschatting kan resulteren in onrealistische verwachtingen (Horwath en Morrison, 2007). Daarnaast moet bepaald worden wat de grenzen zijn voor samenwerking op het gebied van geografie en administratie (Percy-Smith, 2006). Ten eerste is er financiering nodig om samenwerking te implementeren en te handhaven. Daarnaast kost het bewerkstelligen van samenwerking tijd en energie van professionals, vooral in grote organisaties, waar flexibiliteit minder vanzelfsprekend is. Om samenwerking te laten slagen moeten

de werknemers tijd krijgen om te investeren in samenwerking (Edwards, 2004). Soms kan het een middel zijn om professionals met de juiste ervaringen en kennis te verwerven om de samenwerking te bemiddelen. Bijvoorbeeld een werknemer die zelf al in meerdere organisaties heeft gewerkt (Sloper, 2004). De middelen moeten door beide organisaties opgebracht worden om de samenwerking te laten slagen. In een onderzoek waarin gevraagd werd wat de professionals voor middelen nodig hebben voor samenwerken werd genoemd dat de werknemers extra tijd nodig hebben voor conferenties met de andere organisaties en om nieuwe vaardigheden aan te leren. Daarnaast werden genoemd: extra administratieve ondersteuning, betere kantoorfaciliteiten, toegang tot informatietechnologie en meer toegang tot vervoer (Darlington en Feeney, 2008). Ook andere onderzoeken (Moran et al., 2007; Atkinson et al., 2007; Gillen, 2011) noemen dat het belangrijk is dat er voldoende tijd genomen wordt voor het bewerkstelligen van samenwerken, dat de samenwerking gefinancierd moet worden door beide organisaties en dat extra administratieve ondersteuning nodig is.

Het is in een samenwerking belangrijk dat de juiste organisaties meedoen (Cameron et al., 2012). Er moet afgewogen worden of het belangrijker is dat alle organisaties die samen willen werken worden betrokken in de samenwerking of dat het belangrijker is om de doelen van een samenwerking zo effectief mogelijk te bereiken (Percy-Smith, 2006). Dit kan een uitdaging zijn op meer bestuurlijk niveau, waar mogelijk meerdere organisaties op zoek zijn naar vertegenwoordiging, voornamelijk in de private sector. Ook kunnen er meningsverschillen zijn over de manier van samenwerking. De ene organisatie kan de samenwerking zien als de kern van haar werk, terwijl een andere organisatie de samenwerking ziet als een bijzaak. Daarom is het belangrijk dat organisaties afspraken maken over de manier en intensiteit van samenwerken (Percy-Smith, 2006; Horwath en Morrison, 2007).

## Doelen/visie

Als blijkt dat samenwerking noodzakelijk is, is het belangrijk dat deze behoefte zich vertaalt naar zinvolle gezamenlijke doelen of een gezamenlijke visie (Carter et al., 2007; Horwath en Morrison, 2007; Atkinson et al., 2007; Percy-Smith, 2006; Prince en Austin, 2005). Deze gezamenlijke doelen helpen om richting te geven aan de samenwerking en geven ook de mogelijkheid om de effectiviteit van de samenwerking te meten. Het is belangrijk dat de doelen begrepen worden door alle deelnemende organisaties en ook realistisch zijn (Sloper, 2004). Als de doelen van een partnerschap overeenkomen met de wettelijke verplichtingen en kerntaken van de organisaties die meedoen aan de samenwerking, zijn deze gemakkelijker te bepalen. Vaak is het vaststellen van deze doelen echter lastig omdat verschillende organisaties verschillend jargon gebruiken en andere procedures en een andere cultuur hebben (Dowling et al., 2004; Edwards, 2004).

Bij het opstellen van de doelen moet rekening gehouden worden met de omvang hiervan, maar ook met de waardes van de verschillende organisaties. De doelen moeten inspirerend zijn voor de werknemers in een organisatie. De ontwikkeling van deze doelen en visie is vaak een proces wat ook kan helpen bij het verkrijgen van meer respect en openheid naar elkaar toe (Percy-Smith, 2006). Potito et al. (2009) beschrijven dat er vaak vanuit wordt gegaan dat gedeelde doelen een vereiste zijn voordat er samengewerkt kan worden. Alleen zijn ze lastig te bepalen doordat de organisaties zelf verschillende doelen hebben en daardoor vaak ook verschillende verwachtingen van de samenwerking. Zij beschrijven dat er met een breed begindoel begonnen kan worden en dat tijdens het samenwerkingsproces dit doel constant aangescherpt moet worden. Het hebben van conflicten is een normaal onderdeel van het samenwerkingsproces en helpt om uiteindelijk tot meer overeenstemming te komen (Potito et al., 2009)

## **Vertrouwen/respect**

Vertrouwen, het geloven en het verwachten dat anderen wenselijke acties uitvoeren, is de basis voor een nauwe langdurige en succesvolle samenwerking (Edwards, 2004; Spath et al., 2008). Het is belangrijk om onder andere netwerkrelaties op te bouwen en om conflicten te verminderen. Vaak wordt er te weinig tijd ingeruimd voor het opbouwen van voldoende vertrouwen (Horwath en Morrison, 2007). Professionals moeten vertrouwen krijgen in de input die professionals van andere organisaties leveren. In een onderzoek wordt genoemd dat als professionals meer voor elkaar openstaan en een positieve houding hebben er een betere vertrouwensband opgebouwd kan worden (Atkinson et al., 2007). Het eerste contact hierin is erg belangrijk (Altshuler, 2003; Lee et al., 2012). Lee et al. (2012) beschrijven bijvoorbeeld dat het schrijven van een introducerende brief naar de samenwerkingspartners helpt bij het opbouwen van een relatie. Daarna is het belangrijk om te blijven bouwen aan de werkrelaties. Dit kan gedaan worden door te onderhandelen, compromitteren, helpen, het ontwikkelen van contact en door vriendelijk te zijn. Vertrouwen hebben in elkaars unieke vaardigheden en inzichten, zonder alle antwoorden te verwachten. Open en respectvol zijn, ideeën delen en conflicten en verschillen van mening omhelzen (Darlington en Feeney, 2008).

Voordat professionals elkaar kunnen vertrouwen zullen de organisaties moeten laten zien dat zij vertrouwd kunnen worden. Het helpt hierbij als zij duidelijk zijn over hun rollen en wat van hen verwacht kan worden, als zij hun taken uitvoeren en afspraken nakomen en zij verschillen tussen professionals respecteren en laten zien dat ze oprecht geïnteresseerd zijn (Spath et al., 2008; Lee et al., 2012).

Potito et al. (2009) beschrijven dat vertrouwen nog niet aanwezig hoeft te zijn aan het begin van het opbouwen van een samenwerking,

maar dat dit zich ontwikkelt tijdens het proces. Doordat organisaties steeds weer doen wat van hen verwacht wordt tijdens een samenwerking, groeit het vertrouwen in elkaar. Als er vanuit wordt gegaan dat organisaties elkaar direct al moeten vertrouwen, terwijl dit vertrouwen er eigenlijk nog niet is, dan zal dit aanvoelen als het nemen van een risico. Het is daarom beter om te beginnen met activiteiten die een laag risico hebben en, als dat goed gaat, de samenwerking uit te breiden tot grotere, risicovollere projecten. Hierbij is het wel belangrijk dat de organisaties duidelijk maken wat ze van elkaar kunnen verwachten. Er moeten dus op bestuurlijk niveau duidelijke afspraken worden gemaakt over het doel van de samenwerking, het regelen van de machtsverdeling, hoe winsten verdeeld zullen worden en over het leiderschap. Begrip hebben voor de situatie van een organisatie en overeenstemming over de verwachtingen kunnen een goede basis vormen voor een vertrouwensband (Potito et al., 2009).

### **Rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen**

Het is belangrijk dat alle betrokken partijen weten wat er van hen verwacht wordt en wat zij van anderen kunnen verwachten in een samenwerking. Rollen en verantwoordelijkheden van de organisaties en professionals in de organisaties moeten dus duidelijk gedefinieerd zijn (Sloper, 2004; Percy-Smit et al., 2006; Atkinson et al., 2007; Carter et al., 2007; Darlington en Feeney, 2008). Dit is belangrijk op alle niveaus in een organisatie. Op bestuurlijk niveau moet bepaald worden wat de omvang van de gezamenlijke verantwoordelijkheden zijn en welke verantwoordelijkheden welke organisatie precies heeft. Dit kunnen bijvoorbeeld verantwoordelijkheden zijn over het beheren van het budget, de administratie en de coördinatie van materiële middelen (Cameron et al., 2012). Hiervoor moet duidelijk beleid ontwikkeld worden (Horwath en Morrison, 2007).

De professionals in de organisatie moeten weten wat de rollen zijn van de andere organisaties en de professionals in deze organisaties, maar ook wat de grenzen van de rollen zijn en zij moeten erkennen dat er verschillen zijn tussen professionals. Ook moeten de professionals zich bewust zijn van wat de andere organisaties kunnen bijdragen, maar ook de verschillende contexten en perspectieven van partners respecteren (Atkinson et al., 2007). Het management van een organisatie moet dit ook ondersteunen (Moran et al., 2007).

Door samenwerken integreren verschillende diensten vaak in een bepaalde mate met elkaar. Rollen kunnen daardoor ook minder sterk afgebakend worden en expertises kunnen door elkaar gaan lopen, wat de expertise van een afzonderlijke professional niet altijd ten goede doet. Het is daarom belangrijk bij het verdelen van rollen dat de autonomie van de professionals behouden blijft, dat ze werken vanuit hun eigen expertise (Patel et al., 2008) en zij ook de vrijheid krijgen om te innoveren binnen hun eigen expertise (Carter et al., 2007).

## **Leiderschap en management**

Leiderschap en management zijn belangrijk om mensen in een zorgorganisatie te motiveren om te gaan samenwerken en hen te ondersteunen tijdens het samenwerken. Als er een samenwerkingsverband aangegaan wordt, moeten bepaalde diensten van deelnemende organisaties herontworpen worden en de organisaties moeten samen nieuwe programma's ontwikkelen die voor betere uitkomsten zorgen. Hiervoor moeten de organisaties de manier waarop zij altijd hun taken uitvoerden herzien, wat een ingewikkeld proces is. Het kan wel vijf tot tien jaar kan duren voordat dit goed geïmplementeerd is (Potito et al., 2009). Goed leiderschap is belangrijk bij het bewerkstelligen en handhaven van samenwerken (Sloper, 2004; Gillen, 2011). Leiderschap moet ervoor zorgen dat de professionals in de organisatie overtuigd

worden van de noodzaak van samenwerken. Dit moet gedaan worden door werknemers met de juiste vaardigheden, ervaringen en chemie om een verandering in gang te brengen. Deze leiders kunnen zich op alle niveaus van een organisatie bevinden. Zij kunnen situaties goed inschatten, problemen sturen, anderen inspireren en motiveren om een bepaalde visie te krijgen ondanks de mogelijke uitdagingen die daarbij komen kijken en staan open voor ideeën van anderen. Ook is goed leiderschap belangrijk om het personeel vertrouwen te geven in hun nieuwe samenwerkingsrol (Horwath en Morrison, 2007; Spath et al., 2008; Potito et al., 2009).

Om de samenwerking te ondersteunen en aan te drijven kan het helpen om professionals van de verschillende betrokken partijen te betrekken bij het management van de samenwerking (Atkinson et al., 2007; Cameron et al., 2012).

### **Planning, structuren en procedures**

Een duidelijke planning en duidelijke structuren en procedures voor de samenwerking zijn van groot belang om gezamenlijke doelen te vertalen in haalbare uitkomsten (Atkinson et al., 2007; Cameron et al., 2012). Een slechte planning van interventies kan leiden tot frustratie tussen de deelnemende organisaties die tijd en moeite in de samenwerking steken zonder dat ze resultaten zien. Het is daarom belangrijk om de samenwerking planmatig stapsgewijs door te voeren in de organisaties (Sloper, 2004).

Samenwerken moet dus gesteund worden door structuren, processen en procedures in de organisaties. Dit kan helpen om het gewenste samenwerkingsgedrag van de professionals van de deelnemende organisaties te verzekeren (Edwards, 2004; Horwath en Morrison, 2007). Als de organisaties onduidelijk zijn over de structuur van de samenwerking, dan is voor de professionals ook niet duidelijk waar

de verantwoordelijkheden liggen en is het lastiger om samen te werken (Horwath en Morrison, 2007). Het opzetten van een centraal bestuur voor de samenwerking helpt om deze structuren en procedures op te stellen, door onder andere goede verantwoordelijkheids-overeenkomsten vast te stellen en een geschikte manier te ontwikkelen om de samenwerking te controleren, monitoren en evalueren (Dowling et al., 2004; Prince en Austin, 2005; Atkinson et al., 2007; Moran et al., 2007). Dit bestuur kan dan efficiënt en effectief besluiten nemen die consistent zijn met de gestelde doelen om de samenwerking te verbeteren of te handhaven (Percy-Smit et al., 2006).

Werkrelaties tussen de professionals van verschillende organisaties moeten ondersteund worden door structuren en processen. Er moeten richtlijnen en protocollen worden ontwikkeld voor het betrekken van professionals van andere sectoren of organisaties in de zorg voor jeugd (Prince en Austin, 2005; Darlington en Feeney, 2008). Een belangrijke procedure is het delen van informatie. Dit zal later nog uitgebreider aan bod komen.

## **Communicatie**

Effectieve communicatie versterkt samenwerking en is daarom erg belangrijk (Patel et al., 2008). Communicatie kan versterkt worden door regelmatige gestructureerde bijeenkomsten en het delen van informatie (Altshuler, 2003; Spath et al., 2008). In de communicatie worden toegankelijkheid, openheid, flexibiliteit en wederzijdsheid erg gewaardeerd (Carter et al., 2007; Spath et al., 2008). Daarnaast moeten de professionals in de samenwerking toegankelijk en responsief zijn. Professionals moeten elkaar bijvoorbeeld op elk moment kunnen bellen of binnen redelijke tijd teruggebeld worden (Spath et al., 2008). Relevante Informatie over een kind moet voor iedere professional die betrokken is bij het kind beschikbaar zijn, zodat ouders niet telkens deze informatie hoeven te herhalen (Carter et al., 2007).



Ruis in de communicatie werkt de samenwerking tegen en heeft vaak complexe oorzaken, zoals het gebrek aan begrip van elkaars rollen of het wantrouwen in de perspectieven van de professionals van de partnerorganisatie. Praktische en technische middelen kunnen helpen dit te verbeteren, maar ook psychologische en interactiefactoren moeten aangepakt worden. De emotionele betekenis van elk soort communicatie moet begrepen worden voordat deze goed werkt (Potito et al., 2009).

### **Richtlijnen delen informatie**

Het delen van informatie is erg belangrijk in samenwerkingsverbanden in de zorg. Daarom is het essentieel dat hier duidelijke richtlijnen voor ontwikkeld worden en ook duidelijke regels over wanneer dit niet kan (Altshuler, 2003). Er moeten effectieve mechanismes ontwikkeld worden om informatie te kunnen delen. Deze mechanismes kunnen samenwerking stimuleren doordat informatie daardoor sneller en op het juiste moment wordt gedeeld (Sloper, 2004). Informatie die bijvoorbeeld gedeeld kan worden zijn bestaande zorgplannen van kinderen en updates over de vooruitgang en therapietrouw van een patiënt. Uit onderzoek van Darlington en Feeney (2008) blijkt dat er spanningen ontstonden tussen organisaties als er door een organisatie verwacht werd dat informatie gedeeld zou worden, maar dit niet gedaan werd. Het is dus van belang dat er duidelijke afspraken en procedures worden gemaakt over wanneer en hoe welke informatie wordt gedeeld (Atkinson et al., 2007; Gillen, 2011).

Vertrouwelijkheid in de zorg is erg belangrijk. Daarom is het voor organisaties lastig om informatie over patiënten uit te wisselen. Het is belangrijk om duidelijk te maken wat de vertrouwelijkheidvereisten zijn om organisatorische en wetgevende belemmeringen van het delen van informatie te verminderen en te verzekeren dat de rechten van

cliënten over vertrouwelijkheid in acht zijn genomen. In protocollen kan duidelijk gemaakt worden wat de omvang en grenzen zijn van deze vertrouwelijkheid. Darlington en Feeney (2008) beschrijven dat professionals het vervelend vonden als informatie niet uitgewisseld kon worden door vertrouwelijkheidsvereisten. Het is dus een uitdaging om belemmeringen in het uitwisselen van informatie zo veel mogelijk te verminderen, maar daarbij nog steeds te denken aan de vertrouwelijkheid voor patiënten. Een oplossing hiervoor kan zijn om bijeenkomsten te houden met alle relevante betrokkenen en daarin vertrouwelijke informatie te delen, waarbij elke deelnemer de vertrouwelijkheidsvereisten van de andere organisatie respecteert (Darlington en Feeney, 2008).

### **Betrokkenheid professionals en zorggebruikers**

Om samenwerking goed te laten verlopen is het belangrijk om professionals op alle niveaus te betrekken bij het bewerkstelligen van de samenwerking. Het kan motiverend werken voor de professionals als zij betrokken worden bij het maken van het beleid voor de samenwerking (Sloper, 2004; Atkinson et al., 2007; Patel et al., 2008; Gillen, 2011). Het betrekken van de professionals is ook belangrijk om hun behoeften en mogelijke problemen met samenwerking duidelijk te krijgen en hoe zij zich de samenwerking voorstellen. Dit zorgt ervoor dat er meer draagvlak wordt gecreëerd bij de professionals voor het samenwerken (Percy-Smith, 2006).

Daarnaast kan het ook nuttig zijn om gezinnen te betrekken in de beleidsvorming voor samenwerken. Het begrijpen van de ervaringen en verwachtingen van de zorggebruikers is van groot belang in het ontwikkelen van een juiste dienstverlening (Horwath en Morrison, 2007). Als het gaat om het gezond laten opgroeien van kinderen kunnen ouders en kinderen of adolescenten betrokken worden die

zorg krijgen van een organisatie die samenwerkt met een andere organisatie.

### **Vaardigheden en attitudes van de professionals**

De professionals moeten bepaalde vaardigheden hebben om samenwerking tot stand te kunnen brengen. Zo moeten zij duidelijk maken wat hun eigen expertise en verantwoordelijkheden zijn, zodat de andere partijen weten waarvoor ze bij wie terecht kunnen. Daarnaast moeten de professionals deze verantwoordelijkheid ook nemen (Edwards, 2004; Lee et al., 2012). Ook moeten ze op de hoogte zijn van de procedures en inhoud van de partnerorganisaties en snel kunnen reageren op de partners om de samenwerking efficiënt te laten verlopen. Verder moeten ze zichtbaar zijn voor de professionals van andere organisaties en ook voor hen toegankelijk zijn. Ze moeten laten zien dat ze goed kunnen communiceren, kunnen samenwerken en informatie willen delen. Ook het geven van complimenten geven aan samenwerkingspartners, een goed gevoel voor humor, begripvol zijn, ondersteunend, geduldig en positief zijn, zijn aspecten die helpen bij het opbouwen van werkrelaties en de samenwerking (Darlington en Feeney, 2008; Lee et al., 2012)

Effectief samenwerken vereist ook procedurele kennis en begrip van de verschillende sectoren waarin de partnerorganisaties zich bevinden. Niet alle professionals hoeven experts te zijn op alle gebieden, maar ze moeten wel voldoende kennis hebben om juist te kunnen doorverwijzen, relevante veranderingen in het functioneren van ouders of het welzijn van kinderen kunnen observeren en begrijpen op basis van waarvan keuzen worden gemaakt door andere organisaties.

De professionals moeten ook weten welke middelen er aanwezig zijn voor hen en de cliënten en hoe zij hier toegang toe hebben.

Bijvoorbeeld met wie je contact moet opnemen, hoe je zorgen over

een kind bekend moet maken en de rollen, wettelijke kaders en praktijken van elke organisatie (Darlington en Feeney, 2008). Soms is het voor de professionals ook van belang om meer inhoudelijke kennis te hebben over de expertise van de partner. Dit helpt om beter te begrijpen wat zij voor elkaar kunnen betekenen (Darlington en Feeney, 2008).

Het opdoen van deze kennis en samenwerken met een andere organisatie vergroten de eigen expertise in plaats van dat professionals hun eigen expertise kwijtraken en veranderen in een allround professional (Edwards, 2004). Een laatste vaardigheid die genoemd wordt is dat professionals de talen van de organisaties in een samenwerking kennen. In veel organisaties wordt een eigen taal gesproken. Professionals in het veld moeten kennis hebben van de talen van de organisaties die bij de samenwerking betrokken zijn (Edwards, 2004).

## **Proces**

Samenwerking is een proces en kan niet van de een op de andere dag bewerkstelligd worden. De ontwikkeling van de samenwerking vormt onderdeel van dat proces en het bewerkstelligen ervan zorgt ervoor dat partners elkaars rollen meer gaan begrijpen en ook beter met elkaar gaan communiceren (Moran et al., 2007). Is de samenwerking eenmaal ontwikkeld, dan kan het nodig te zijn om met een nieuwe blik naar de samenwerking te kijken. Vragen die dan gesteld kunnen worden, zijn: moet de organisatiestructuur veranderd worden, zijn veranderingen in de samenstelling van de organisaties die meedoen aan de samenwerking nodig, hebben de partnerorganisaties voldoende besluitvormingsmacht, zijn er voldoende effectieve processen voor gezamenlijke budgettering, het gezamenlijk aanvragen van opdrachten, de geïntegreerde levering van diensten, het delen van informatie, monitoring en de evaluatie van vooruitgang, zijn de verantwoordings-

systemen geschikt en werkzaam, wordt er voldaan aan de behoefte van ondersteuning (Percy-Smith, 2006)? Deze vragen helpen om de samenwerkingsprocessen te evalueren en eventueel aanpassingen te maken, bijvoorbeeld omdat de omstandigheden veranderd zijn of omdat er nieuwe kennis is opgedaan. Het is belangrijk om ook de uitvoerende werknemers te betrekken als beleid voor samenwerking wordt aangepast. Kortom, het ontwikkelen van samenwerking is een continu proces wat ook continu gemanaged en geëvalueerd moet worden (Sloper, 2004; Moran et al., 2007).

### **Uitkomsten**

Het is dus belangrijk om een samenwerking goed op te zetten en de processen te evalueren. Daarnaast moet gekeken worden wat de uitkomsten van de samenwerking zijn. Het is van belang dat er een evaluatiekader wordt opgesteld om het effect van de samenwerking op kinderen te meten (Percy-Smit, 2006). Duidelijke doelen en daarbij passende indicatoren helpen om te zien wat de samenwerking oplevert (Moran et al., 2007). Als de samenwerking positieve resultaten laat zien, kan dit helpen om de werknemers te motiveren om door te gaan met de samenwerking. Bovendien brengt evaluatie nieuwe kennis en inzichten naar voren (Atkinson et al, 2007). Gepaste indicatoren zijn vaak lastig te vinden. In het onderzoek van Moran et al. (2007) werd bijvoorbeeld gekeken naar het aantal patiënten dat de professionals onder hun hoede hadden. Een van de samenwerkingspartners was echter niet altijd bereid een casefile te openen en daarom werden niet alle patiënten geteld en gaf dit geen goed beeld van de resultaten van de samenwerking.

Horwath en Morrison (2007) benoemen in hun review dat het zich richten op kwalitatieve uitkomsten van samenwerken organisaties kan stimuleren om meer samen te gaan werken. Positieve kwalitatieve

uitkomsten kunnen organisaties naar elkaar toe trekken en energie geven om meer te investeren in de samenwerking. Deze uitkomsten moeten duidelijk, positief, kwalitatief en meetbaar over tijd zijn. De samenwerking zal alleen versterken als beide organisaties in een samenwerking verantwoordelijk zijn voor het definiëren en behalen van deze uitkomsten.

### **Trainingen en bijeenkomsten**

In de artikelen werden trainingen en bijeenkomsten vaak genoemd als middelen om samenwerken te bevorderen. Het begrijpen van de verschillende rollen van de partnerorganisaties en de organisatiecultuur en het opbouwen van werkrelaties kunnen bevorderd worden door het gebruik van cross-training of gezamenlijke training over de samenwerking. In deze training kunnen bijvoorbeeld de rollen van de andere organisaties aan bod komen, de nieuwe procedures en systemen aangeleerd worden en kunnen de professionals van de organisaties elkaar leren kennen. Daarnaast wordt het in sommige artikelen als een stimulerende factor gezien als de professionals van elkaars expertises leren in trainingen, zodat ze beter weten hoe ze kunnen samenwerken met de andere organisaties, dit wordt cross-training genoemd (Gillen, 2011).

Om de communicatie tussen de organisaties te versterken wordt het regelmatig houden van bijeenkomsten met de deelnemende organisaties genoemd, bijvoorbeeld bijeenkomsten met de uitvoerende krachten. Deze bijeenkomsten kunnen nuttig zijn om patiënten te bespreken en informatie uit te wisselen. Ook kunnen bijeenkomsten nuttig zijn om werkrelaties op te bouwen, om een gemeenschappelijk doel te vormen, het overkomen van professionele verschillen en het bouwen van vertrouwen tussen de verschillende organisaties (Jacobs et al., 2007; Cameron et al., 2012). Het kan ook nuttig zijn om bijeenkomsten

te houden met het management van de samenwerkende organisaties, om problemen in de samenwerking op te kunnen lossen. Het hebben van een sleutelfiguur die een aanspreekpunt is voor kwesties over de samenwerking en regelmatig contact heeft met de organisaties kan ook helpen in het samenwerkingsproces (Darlington en Feeney, 2008).

### **Andere stimulerende factoren**

De context van een organisatie is ook belangrijk bij samenwerking. Als een organisatie ervaringen heeft met goede samenwerkingsverbanden, is de kans groter dat een nieuwe samenwerking ook zal slagen (Cameron et al., 2012; Lee et al., 2012; Sloper, 2004), terwijl negatieve ervaringen met samenwerking het laten lukken van een samenwerking kunnen bemoeilijken (Horwath en Morrison, 2007).

Een gezamenlijke vestiging werd ook gezien als een succesfactor voor samenwerken, aangezien het kan zorgen voor meer informeel contact en meer wederzijds begrip (Sloper, 2004; Moran et al., 2007). De studie van Cameron en collega's (2012) laat een negatievere kant zien van het hebben van een gezamenlijke locatie. Dit kan namelijk ook de informaliteit vergroten, waardoor de professionaliteit minder wordt (Cameron et al., 2012).

De samenwerkingspartners moeten mogelijke verschillen in waarden en filosofieën respecteren en erkennen dat samenwerking op bestuurlijk niveau de verschillende organisatieculturen moet mengen tot een alliantie, terwijl gelijktijdig de individuele culturen blijven bestaan. Een stimulerende factor hierin zou multidisciplinaire training kunnen zijn voor uitvoerend personeel en management (Horwath en Morrison, 2007).

Daarnaast is ook beschreven dat het belangrijk is dat de samenwerking binnen een organisatie goed geregeld is voordat het voor een organisatie

mogelijk is om goed samen te werken met andere organisaties.

## **Barrières**

Barrières voor samenwerken zijn vaak factoren die het tegenovergestelde zijn van stimulerende factoren of het gebrek daaraan. Bijvoorbeeld onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden, verschillen in organisatiedoelen, gebrek aan consensus, onvoldoende betrokkenheid, geen goed leiderschap, slechte communicatie, slecht delen van informatie, inadequate informatiesystemen, onvoldoende middelen, gebrek aan gezamenlijk budget, gebrek aan training, gebrek aan tijd voor samenwerken, negatieve professionele stereotypen en gebrek aan vertrouwen en begrip (Darlington et al., 2005; Atkinson et al., 2007; Gillen, 2011). Daarnaast is er ook een aantal ander soort barrières, zoals ongelijkheid in macht, constante reorganisatie en het wegvallen van identiteit van professionals.

In een ideale situatie hebben alle partijen evenveel macht. Door een ongelijke machtsverdeling kunnen organisaties met minder macht hun eigen manier van werken verliezen, omdat de organisaties met meer macht een grotere rol spelen in de bepaling van de manier van werken in een samenwerking. De machtsverhouding kan ook verschuiven tijdens het proces van de samenwerking. Het erkennen van wie op welk moment hoeveel macht heeft en erkennen dat een organisatie met minder macht kwetsbaar is, zijn belangrijk voor de voortzetting van de samenwerking (Atkinson et al., 2007; Potito et al., 2009).

Continue veranderingen in personeel of een gebrek aan gekwalificeerd personeel kunnen ook de samenwerking bemoeilijken (Spath et al., 2008). En constante reorganisatie maakt het moeilijk voor de professionals om zich te richten op samenwerken (Darlington et al., 2005; Gillen, 2011).



De laatste barrière is het verliezen van identiteit. Identiteit is erg belangrijk voor de professionals. Het aanvallen van de grenzen die onderdeel uitmaken van de professionele identiteit kan resulteren in een verminderde bereidheid van de professionals om mee te doen aan de samenwerking. Zij willen immers hun professionele identiteit behouden. Voortdurende gezamenlijke training en oefenen met samenwerking door pilotprogramma's en speciaal gefinancierde projecten kunnen juiste en flexibele grenzen vaststellen, inter-agency mythes verminderen en negatieve stereotypen van de ander bijstellen (Darlington et al., 2005; Prince en Austin, 2005).

## 4. CONCLUSIE

Samenwerking tussen organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen staat hoog aangeschreven en de professionals die in deze organisaties werken, staan vaak erg positief tegenover samenwerking. Het effect van samenwerking tussen organisaties op kinderen is echter nog niet uitgebreid beschreven. Er zijn nog geen meta-analyses of systematische reviews gedaan die het effect van samenwerken in de zorg testen. Ook zijn er in dit onderzoek geen RCT's gevonden die kijken naar het effect van samenwerking op het gezond opgroeien van kinderen. Wel is er een meta-analyse gedaan naar samenwerking in de psychische zorg. Deze laat positieve effecten zien en dus is er voorzichtig bewijs dat samenwerking in deze discipline effectief is. Een systematische review naar samenwerking in de zorg laat erg licht bewijs zien voor de positieve invloed van samenwerken. De cohortstudies die gevonden zijn laten allemaal een positief effect zien van samenwerking tussen organisaties betrokken bij het gezond opgroeien van kinderen en ook de niet-vergelijkende onderzoeken, reviews en kwalitatieve onderzoeken zijn allemaal positief over het effect van samenwerken in de zorg voor kinderen. Het bewijs dat samenwerken tussen organisaties betrokken bij het gezond opgroeien van kinderen effectief is, heeft dus een bewijskracht van categorie B en C in de 'pyramid of evidence'. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat er aanwijzingen zijn en dat het waarschijnlijk is dat samenwerken in de zorg voor kinderen effectief is.

De factoren die samenwerking kunnen stimuleren zijn: een duidelijke behoefte aan of noodzaak voor samenwerken, de juiste samenstelling van organisaties, de juiste randvoorwaarden om de samenwerking tot stand te kunnen brengen, gedeelde doelen en een gedeelde visie,

duidelijke rollen voor alle partijen, goed management en leiderschap, goede planning, procedures en protocollen voor samenwerken, goede communicatie, duidelijke richtlijnen voor het delen van informatie, vertrouwen en respect, betrokkenheid van professionals en zorggebruikers, de juiste vaardigheden en houdingen van de professionals, een proces waar continu aan gewerkt wordt en duidelijke en kwalitatieve indicatoren die het effect van de samenwerking meten. Trainingen en bijeenkomsten zijn vaak genoemd om deze stimulerende factoren te ondersteunen. De barrières zijn vaak factoren die het tegenovergestelde zijn van de stimulerende factoren.

In de literatuur is veel geschreven over hoe samenwerking tot stand kan komen, zoals methoden om samenwerkingsrelaties te ontwikkelen, wat werkt en wat niet werkt, maar empirisch bewijs voor de effecten op onder andere de gezondheid en ontwikkeling van kinderen is beperkt (Dowling, Powell et al. 2004; Atkinson, Jones et al. 2007; McDonald en Rosier 2011; Jayarante et al. 2010; Thurston et al. 2010; Sloper, 2004; Oliver et al. 2010). Veel literatuur impliceert dan ook dat onderzoek naar de uitkomsten van samenwerken tussen organisaties in de zorg nodig is (Cameron et al., 2012). Onderzoek doen naar het effect van samenwerking is ingewikkeld. Het kan lang duren voordat samenwerking effect heeft op de professionals binnen een organisatie en nog langer voordat dit effect heeft op de cliënten. Dat maakt het lastig om de effecten ook werkelijk toe te schrijven aan samenwerking. Met andere woorden, het is lastig te bepalen of gevonden uitkomsten werkelijk een effect zijn van samenwerking of van andere activiteiten (Dowling, Powell et al., 2004; McDonald en Rosier, 2011; Petch et al., 2013). Daarnaast is het lastig om de verschillende factoren die de effectiviteit van samenwerken beïnvloeden te bepalen en om te bepalen wat voor soort samenwerking werkt voor welk soort patiënt en onder welke omstandigheden. Een evaluatiestudie kan bijvoorbeeld

gedaan worden op het macro-, meso- of microniveau en binnen verschillende tijdbestekken (Dowling, Powell et al., 2004; Petch et al., 2013). Behalve dat samenwerkingsinterventies vaak complex zijn, zijn ook de gemeenschappen waarin deze interventies uitgevoerd worden vaak complex en is het haast onmogelijk om gelijke interventies uit te voeren op verschillende locaties (Jayarante et al., 2010). Het beschrijven van een procesevaluatie is daarom een stuk pragmatischer en wordt gezien als tweede beste. Onderzoek naar de effectiviteit van samenwerken is dus lastig. Het is ook lastig om samenwerken te definiëren. In de verschillende onderzoeken is samenwerken op verschillende manieren, niveaus en intensiteit toegepast. Welke manier van samenwerken in welke situatie het best toegepast kan worden, is nog onvoldoende onderzocht.

Al met al kan geconcludeerd worden dat er aanwijzingen zijn dat samenwerken tussen organisaties kan helpen voor het gezond en veilig opgroeien van kinderen en dat door een juiste afstemming tussen de organisaties, vertrouwen, de juiste vaardigheden van de professionals, goede communicatie en informatie-uitwisseling, de juiste structuren en leiderschap de samenwerking het best tot stand kan komen.

## 5. AANBEVELINGEN

### **Meer onderzoek nodig naar effectiviteit**

Op basis van dit literatuuronderzoek kunnen verschillende aanbevelingen gedaan worden. Ten eerste is het belangrijk dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van samenwerking en naar factoren die de effectiviteit beïnvloeden. Het liefst door onderzoek met een hoge bewijskracht. In Nederland ontbreekt dit soort onderzoek. RCT's op het gebied van samenwerking tussen organisaties betrokken bij het gezond opgroeien van kinderen is de volgende stap. Zoals hierboven aangegeven is dit een uitdaging, aangezien er voor een interventiegroep en een controlegroep dezelfde omstandigheden gecreëerd moeten worden, er rekening gehouden moet worden met de complexiteit van de gemeenschappen en de interventie lang genoeg moet duren om er zeker van te zijn dat de samenwerking volledig geïmplementeerd is en uitgevoerd wordt en dat de mogelijke effecten merkbaar kunnen zijn.

### **Slaagfactoren**

Er is een aantal factoren die belangrijk zijn om samenwerking tussen organisaties te laten slagen. Een aantal zaken moet afgestemd worden voordat er begonnen kan worden met samenwerken. Het is belangrijk om de samenwerking te zien als een proces. Er moet een duidelijke noodzaak zijn om te gaan samenwerken. De samenwerking moet voor alle betrokken partijen iets opleveren om de professionals binnen de organisaties te kunnen motiveren om met de samenwerking aan de slag te gaan. In de samenwerking moeten de juiste organisaties betrokken worden. Een organisatie met geheel andere doelen of visies kan de samenwerking te veel belemmeren en het is daarom niet efficiënt om met deze organisatie een samenwerkingsverband aan te gaan. Daarnaast zijn bepaalde randvoorwaarden nodig. De professionals moeten de

juiste kennis en ervaring hebben om goed te kunnen samenwerken en de samenwerking moet als een regulier onderdeel van het primaire proces worden gezien en dus gefinancierd worden, de professionals moeten de tijd en energie hebben om aandacht te besteden aan samenwerken.

Als besloten is dat samenwerking nodig is, de juiste randvoorwaarden beschikbaar zijn en bepaald is met wie er het beste samengewerkt kan worden, moeten de doelen van de samenwerking worden vastgesteld en wie welke verantwoordelijkheid heeft. Op deze manier weten alle betrokkenen welke kant de neuzen op staan en weet men wat men van elkaar kan verwachten. Dit zal ondersteund moeten worden in de organisaties met de juiste systemen en procedures en met leiderschap.

Als dit alles goed geregeld is en samenwerking wordt ondersteund, moet er vertrouwen tussen de verschillende professionals en organisaties worden opgebouwd. Zonder vertrouwen zullen de organisaties en professionals niet met elkaar samenwerken. Vertrouwen kan opgebouwd worden door te laten zien aan elkaar wat je kunt bijdragen en dat er nagekomen wordt wat men van elkaar verwacht. Als dit steeds gebeurt, groeit het vertrouwen en zal de samenwerking soepeler verlopen. Ook moet er duidelijk gecommuniceerd worden naar elkaar. De organisaties moeten op de hoogte blijven van elkaar en van de kinderen en gezinnen die zij onder hun hoede hebben. Zo kan er beter afgestemd worden wat de beste zorg is en kan er, wanneer dit nodig is, bijgesprongen worden door andere organisaties in de samenwerking. De samenwerking kan ondersteund worden door systemen die het delen van informatie gemakkelijk maken. Hierin is het belangrijk dat de vertrouwelijkheid van de informatie gewaarborgd wordt. De vaardigheden en attitudes van de professionals zijn belangrijk. Zij moeten de juiste expertise hebben en open en positief tegenover de partnerorganisaties staan.

Als de samenwerking geïmplementeerd is, moet er constant aandacht aan besteed worden en waar nodig moet de samenwerking aangescherpt worden. Gezinnen, jongeren en uitvoerende krachten kunnen betrokken worden in de beleidsontwikkeling van samenwerking om ook hun ervaringen, meningen en behoeftes te betrekken. Daarnaast is het nuttig om de samenwerking te evalueren. Hiervoor moeten kwalitatieve indicatoren worden gebruikt die meetbaar zijn. Positieve resultaten kunnen weer nieuwe energie opleveren voor de organisaties om de samenwerking nog beter te laten verlopen. Ook positieve ervaringen met eerdere samenwerkingen kunnen een nieuwe samenwerking stimuleren.

## 6. REFERENTIELIJST

- Abbott, D., et al. (2005). The proof of the pudding: What difference does multi-agency working make to families with disabled children with complex health care needs? *Child & Family Social Work* 10(3): 229-238.
- Altshuler, S. J. (2003). From barriers to successful collaboration: Public schools and child welfare working together. *Social Work*, 48(1), 52-63.
- Atkinson, M., et al. (2007). Multi-agency working and its implications for practice. Reading: CfBT Education Trust.
- Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M. M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child abuse & neglect*, 33(6), 372-381.
- Ball, R., Forbes, T., Parris, M., & Forsyth, L. (2010). The evaluation of partnership working in the delivery of health and social care. *Public Policy and Administration*, 25(4), 387-407.
- Bell, A., et al. (2010). Collaborative transdisciplinary intervention in early years—putting theory into practice. *Child: Care, Health and Development* 36(1): 142-148.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschlaeger, J., le Quach, P., et al. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs. standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Archives of General Psychiatry*, 65(7): 71.
- Berquist, W., Betwee, J., & Meuel, D. (1995). *Building Strategic Relationships: How to Extend Your Organization's Reach through Partnerships, Alliances and Joint Ventures*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Billett, A. L., Colletti, R. B., Mandel, K. E., Miller, M., Muething, S. E., Sharek, P. J., & Lannon, C. M. (2013). Exemplar pediatric collaborative improvement networks: achieving results. *Pediatrics*, 131(4), S196-S203.
- Bruzzese, J., Evans, D., Wiesemann, S., Pinkett-Heller, M., Levison, M., Du, Y., et al. (2006). Using school staff to establish a preventive network of care to improve elementary school students' control of asthma. *Journal of School Health*, 76(6):307–12.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. *Research Briefing*, 41.
- Carter, B., et al. (2007). An exploration of best practice in multi-agency working and the experiences of families of children with complex health needs. What works well and what needs to be done to improve practice for the future? *Journal of clinical nursing* 16(3): 527-539.
- Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P., Chesterman, J., & Hughes, J. (2002). Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4):315–25.



- Chuang, E. and R. Wells (2010). The role of inter-agency collaboration in facilitating receipt of behavioral health services for youth involved with child welfare and juvenile justice. *Children and youth services review* 32(12): 1814-1822.
- Chuang, E. and R. Lucio (2011). Interagency collaboration between child welfare agencies, schools, and mental health providers and children's mental health service receipt. *Advances in School Mental Health Promotion* 4(2): 4-15.
- Cohen, E., et al. (2012). Integrated complex care coordination for children with medical complexity: A mixed-methods evaluation of tertiary care-community collaboration. *BMC health services research* 12(1): 366.
- Cooper, B., Harwin, B. G., Depla, C., & Shepherd, M. (1975). Mental health care in the community: an evaluative study. *Mental health care in the community: an evaluative study*, 5(4):372-80.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The Kings Fund.
- Darlington, Y., et al. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child abuse & neglect* 29(10): 1085-1098.
- Darlington, Y. and J. A. Feeney (2008). Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practice. *Children and youth services review* 30(2): 187-198.
- De Winter, et al. (2013). Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.
- Dowling, B., et al. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health & Social Care in the Community* 12(4): 309-317.
- Drabble, L. (2007). Pathways to collaboration: Exploring values and collaborative practice between child welfare and substance abuse treatment fields. *Child Maltreatment* 12(1): 31-42.
- Edwards, A. (2004). The new multi-agency working: collaborating to prevent the social exclusion of children and families. *Journal of Integrated Care*, 12(5), 3-9.
- Gillen, A. (2011). Multi-agency working with children and families: a focus on facilitators and using activity theory principles to explore this topic area.
- Hayes, S. L., et al. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in(10).
- Hodges, S., et al. (2003). A developmental framework for collaboration in child-serving agencies. *Journal of Child and Family Studies* 12(3): 291-305.
- Horwath, J. and T. Morrison (2007). Collaboration, integration and change in children's services: critical issues and key ingredients. *Child abuse & neglect* 31(1): 55-69.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *Bmj*, 343.
- Hultberg, E., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2005). Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and

social services in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorder: Effects on self-rated health and physical performance. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2):115–24.

Jayaratne, K., et al. (2010). Child Health Partnerships: a review of program characteristics, outcomes and their relationship. *BMC health services research* 10(1): 172.

Jeugdgezondheidszorg (2012). Factsheet Jeugdgezondheidszorg 2012.

Kloek, G.C., van Lenthe, F.J., van Nierop, P.W., Koelen, M.A., & Mackenbach, J.P. (2006). Impact evaluation of a Dutch community intervention to improve health-related behaviour in deprived neighbourhoods. *Health & Place*, 12(4): 665–77.

Lee, M. Y., Greene, G. J., Hsu, K. S., Solovey, A., Grove, D., Fraser, J. S., ... & Teater, B. (2009). Utilizing family strengths and resilience: Integrative family and systems treatment with children and adolescents with severe emotional and behavioral problems. *Family process*, 48(3), 395-416.

Lee, M. Y., Teater, B., Greene, G. J., Solovey, A. D., Grove, D., Fraser, J. S., ... & Hsu, K. S. (2012). Key processes, Ingredients and Components of Successful Systems Collaboration: Working with Severely Emotionally or Behaviorally Disturbed Children and Their Families. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 394-405.

Lumley, J., Small, R., Brown, S., Watson, L., Gunn, J., Mitchell, C., & Dawson, W. (2003). PRISM (Program of Resources, Information

and Support for Mothers) Protocol for a community-randomised trial [ISRCTN03464021]. *BMC Public Health*, 3(1), 36.

Mastro, E., et al. (2006). Come on back: enhancing youth development through school/community collaboration. *Journal of Public Health Management and Practice* 12: S60-S64.

McDonald, M. and K. Rosier (2011). Interagency Collaboration: Does collaboration benefit children and Families? Exploring the evidence.

Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., et al. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65(6):634–40.

Mencap (2001). Don't Count Me Out: The Exclusion of Children with a Learning Disability from Education Because of Health Needs . Mencap, London.

Moran, P., et al. (2007). Multi-agency working: Implications for an early-intervention social work team. *Child & Family Social Work* 12(2): 143-151.

Nadeem, E., et al. (2013). Understanding the components of quality improvement collaboratives: A systematic literature review. *Milbank Quarterly* 91(2): 354-394

Oliver, C., Mooney, A., & Statham, J. (2010). Integrated working: a review of the evidence.

Patel, D. R., Pratt, H. D., & Patel, N. D. (2008). Team processes and team care for children with developmental disabilities.

- Pediatric Clinics of North America, 55(6), 1375-1390.
- Percy-Smith, J. (2005). Definitions and Models: What works in strategic partnerships for children.
- Percy-Smith, J. (2006). What works in strategic partnerships for children: a research review. *Children & Society* 20(4): 313-323.
- Petch, A., et al. (2013). Partnership working and outcomes: do health and social care partnerships deliver for users and carers? *Health & Social Care in the Community*.
- Potito, C., Day, A., Carson, E., & O'Leary, P. (2009). Domestic violence and child protection: Partnerships and collaboration. *Australian social work*, 62(3), 369-387.
- Prince, J., & Austin, M. J. (2005). Inter-agency collaboration in child welfare and child mental health systems. *Social Work in Mental Health*, 4(1), 1-16.
- Richardson, L., McCauley, E., & Katon, W. (2009). Collaborative care for adolescent depression: a pilot study. *General Hospital Psychiatry*, 31(1), 36-45.
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health and Development*, 30(6): 571-580.
- Spath, R., Werrbach, G. B., & Pine, B. A. (2008). Sharing the baton, not passing it: Collaboration between public and private child welfare agencies to reunify families. *Journal of community practice*, 16(4), 481-507.
- Thurston, S., Paul, L., Ye, C., Loney, P., Browne, D., Browne, G., ... & Rosenbaum, P. (2010). System integration and its influence on the quality of life of children with complex needs. *International Journal of Pediatrics*.
- Tracy, E. M., et al. (2003). Intersystem collaboration: a statewide initiative to support families. *Journal of Family Strengths* 7(1): 8.
- Tucker, J.S., Fitzmaurice, A.E., Imamura, M., Penfold, S., Penney, G.C., Teijlingen, E., et al. (2007). The effect of the national demonstration project Healthy Respect on teenage sexual health behaviour. *European Journal of Public Health*, 17(1):33-41
- Vickrey, B. G., Mittman, B.S., Connor, K.I., Pearson, M.L., la Penna, R. D., Ganiats, T. G., et al. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(10):713-26
- Visser, R. A., van Gemerden, E., & Roon, R. C. J. (2008). *Sturing en samenwerking in handhavingsprojecten*. Amsterdam University Press.
- Watson, D., et al. (2002). Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families. *Journal of clinical nursing* 11(3): 367-375.
- Wells, R. and E. Chuang (2012). Does formal integration between child welfare and behavioral health agencies result in improved placement stability for adolescents engaged with both systems? *Child welfare* 91(1): 79.
- Werner-King, J., & Bremer, J. (1991). Hard lessons in cooperative research. *Issues in Science and Technology*, 7(3), 44-49

Wieringen, J. C. M. (2011). Wat is jeugdgezondheidszorg? Verkregen 7 juni 2012, van <http://www.nationaalkompas.nl>

Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A. M., & Bauer, M. S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(8), 790-804.

Young, J. B., Robinson, M., Chell, S., Sanderson, D., Chaplin, S., Burns, E., & Fear, J. (2005). A whole system study of intermediate care services for older people. *Age and Ageing*, 34(6), 577-583.

Zandvoort, S. W. H., de Goede, J., Kroesbergen, H. T., & van de Goor, L. A. M. (2013). Ketencoördinatie door de jeugdgezondheidszorg: sleutel voor effectievere samenwerking? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(1), 44-51.

ZonMw (2012). Begrip gezondheid. Verkregen 11 november 2013, van <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/begrip-gezondheid/>.



**Nederlands Centrum Jeugdgezondheid**

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

[www.ncj.nl](http://www.ncj.nl)



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid