

# GEÏNTEGREERDE PROFESSIONELE ZORG: STUREN OP GEZAMENLIJK DOEL

Kennisdeling in samenwerking tussen verschillende  
professionals bij Intermetzo



Eline Reitsma  
Utrecht, 2015

# GEÏNTEGREERDE PROFESSIONELE ZORG: STUREN OP GEZAMENLIJK DOEL

Kennisdeling in samenwerking tussen verschillende  
professionals bij Intermetzo



*Samen naar betekenisvol bestaan.”*  
(Intermetzo, 2013)

<b>Auteur</b>	Eline Reitsma
<b>Studentnummer</b>	3681335
<b>Opleiding</b>	Publiek Management
<b>Faculteit</b>	Bestuurs- en Organisationswetenschappen
<b>Onderwijsinstelling</b>	Universiteit Utrecht
<b>Begeleider</b>	prof. dr. M. J. Trappenburg
<b>Tweede lezer</b>	dr. K. Geuijen
<b>Datum</b>	21 augustus 2015



**Universiteit Utrecht**

## VOORWOORD

Klaar! Voor u ligt mijn scriptie waar ik de afgelopen maanden mee bezig ben geweest. Nu is het klaar. Klaar! Niet alleen rond ik met deze scriptie de master Publiek Management af, ook sluit ik hiermee mijn studententijd af en zal een nieuwe periode aanbreken. Tijdens deze studententijd heb ik de bachelor Communicatie- en Informatiewetenschappen gevolgd in Utrecht. Daar kwam ik erachter dat mijn interesse meer bij de bestuurskunde ligt en bij het creatief aanpakken van maatschappelijke vraagstukken; zodoende ben ik terecht gekomen bij Publiek Management.

Observeren en interviews heb ik geleerd om in een organisatie te duiken en in een korte tijd proberen zoveel mogelijk te weten te komen. Dit onderzoek had niet kunnen plaatsvinden zonder de hulp van Thomas Heuschmid, dank voor de tijd en energie die u hierin heeft gestoken. Daarnaast ben ik dankbaar voor het feit dat ik bij het ETC de vrijheid kreeg om te observeren. Dank aan het hele team en in het bijzonder de respondenten die ik heb mogen interviewen. De gesprekken met jullie heb ik als waardevol en boeiend ervaren en waren heel relevant voor het onderzoek. Dank!

Verder wil ik graag mijn begeleider Margo Trappenburg bedanken. Dank voor het geduld. Het was een proces van vallen en opstaan. Dank voor de feedback en uiteindelijk ook het vertrouwen dat het wel goed zou komen. Ook wil ik graag mijn tweede lezer, Karin Geuijen, bedanken. Verder wil ik graag mijn twee groepsgenoten Auke en Jaap bedanken voor de feedback en de fijne gesprekken die we hebben gevoerd als het proces even stroef verliep.

Ook wil ik graag mijn ouders en broer bedanken voor het meedenken over en controleren van mijn scriptie. Jullie input is zeer waardevol geweest. Tot slot wil ik Wouter bedanken voor het continu blijven stimuleren en motiveren, mijn rots in de branding.

Klaar. Op naar een volgende uitdaging!

Eline Reitsma,  
Augustus 2015

## MANAGEMENTSAMENVATTING

Eén kind, één plan. Dat is hoe het zou moeten zijn. Ook voor kinderen die, ondanks de WMO en de Jeugdwet, niet door het eigen netwerk opgevangen kunnen worden. Deze kinderen hebben meervoudige problemen op het gebied van gedrag, opvoeding, ontwikkeling en onderwijs. Voor elk van de problematieken zijn andere professionals betrokken die elk hun eigen expertise hebben. Kinderen met meervoudige problematieken hebben daardoor te maken met verschillende professionals. De professionals kunnen gezamenlijk de meervoudige problematieken van het kind aanpakken en gezamenlijk aan één plan per kind werken.

Binnen dit onderzoek is gekeken naar de interprofessionele samenwerking bij de multi-sectorale jeugdzorginstelling Intermetzo. Het onderzoek heeft zich specifiek gericht op de interprofessionele samenwerking en kennisdeling tussen twee onderdelen van Intermetzo: het Educatief Therapeutisch Centrum (ETC) en de kliniek. Op het ETC worden zorg en onderwijs als dagbehandeling aangeboden en is plek voor 16 kinderen. Op de kliniek verblijven de kinderen: daar krijgen zij behandeling en slapen zij. Vanuit Intermetzo is voor de samenwerking en kennisdeling tussen het ETC en de kliniek gekozen, aangezien er mogelijke verbeterpunten zitten in de samenwerking tussen de professionals. Aan de hand van literatuurstudie, verkennende observatie en interviews is inzicht verkregen in het verloop van de kennisdeling en de interprofessionele samenwerking.

In dit onderzoek is de interprofessionele samenwerking onderzocht. Het blijkt dat de samenwerking zowel indirect als direct plaatsvindt. De indirecte wijze van kennisdelen zit voornamelijk in het delen van informatie via een ICT-systeem en de e-mail. De directe wijze van samenwerken en kennisdelen wordt door de professionals als essentieel ervaren. Elkaar treffen en elkaar in de ogen kunnen kijken, helpt namelijk bij vasthouden van het gezamenlijke doel, het kind beter maken. Tevens blijkt dat zowel formeel als informeel kennis gedeeld wordt.

Verder wordt gekeken naar de invloed van verschillende factoren van het kennisdelen tussen de professionals in de interprofessionele samenwerking. De aard van de kennis, de mogelijkheid om deze kennis te delen en de motivatie om kennis te delen zijn alle drie onderzocht. Het blijkt dat het kennisdelen en de samenwerking an sich niet een probleem is. Er heerst een betrokkenheid en een positieve mentaliteit onder de professionals. Echter, zij ervaren een gebrek aan duidelijke aansturing en interne samenwerking. Wat betreft de aard van de kennis zijn de factoren documentatie, onderlinge afstemming en leren van elkaars expertise naar voren gekomen. Bij de motivatie om kennis te delen werd de positieve mentaliteit van de professionals en de beeldvorming onderling onderscheiden. Bij

mogelijkheid om kennis te delen werd de verschillende aansturinglijnen als verwarrend genoemd. Ook werden de beperkte faciliteiten, werkdruk en continuïteit van zowel de professionals als de manager aangehaald. Wanneer er gestuurd wordt op al deze verschillende factoren, kan de samenwerking en het kennisdelen tussen de verschillende professionals beter tot uiting komen.

Om tot een betere samenwerking te komen, is een eenduidige aansturing van meerwaarde. Zodoende kan er beter vanuit één kind één plan gewerkt worden. Aan de hand van de theoretische en empirische bevindingen zijn de volgende zes aanbevelingen gedaan:

***Focus op aansturing en interne samenwerking van welwillende professionals:***

- Onderlinge afstemming
- Eenheid in beeldvorming
- Eenheid in formatie
- Eenheid in documentatie
- Eenheid in faciliteiten/ ICT
- Delen van elkaars expertise

<b>Voorwoord</b> .....	<b>3</b>
<b>Managementsamenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>Figuren en tabellen</b> .....	<b>8</b>
<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b> .....	<b>9</b>
1.1 Eén kind, één plan.....	9
1.2 Inkadering .....	11
1.3 Probleem-, doel- en vraagstelling.....	13
1.4 Relevantie .....	15
1.5 Leeswijzer.....	16
<b>Hoofdstuk 2: Context</b> .....	<b>18</b>
2.1 Specialistische jeugdzorg .....	18
2.2 Intermetzo.....	19
2.3 De kliniek en het Educatief Therapeutisch Centrum.....	20
<b>Hoofdstuk 3: Theorie</b> .....	<b>25</b>
3.1 Inleiding theorie.....	25
3.2 Interprofessionele samenwerking .....	26
3.3 Kennisdeling in interprofessionele samenwerking.....	28
3.4 Factoren die kennisdeling tussen individuen beïnvloeden.....	31
<b>Hoofdstuk 4: Onderzoeksaanpak</b> .....	<b>35</b>
4.1 Onderzoeksbenadering .....	35
4.2 Onderzoeksmethode .....	35
4.3 Operationalisatie .....	37
4.4 Analysemethoden .....	38
4.5 Selectie respondenten.....	39
4.6 Validiteit & betrouwbaarheid.....	39
<b>Hoofdstuk 5: Resultaten</b> .....	<b>42</b>
5.1 Dag van een kind.....	42
5.2 Interprofessionele samenwerking .....	47
5.3 Kennisdeling in interprofessionele samenwerking.....	48
5.4 Beïnvloedende factoren .....	51

<b>Hoofdstuk 6: Conclusie en aanbevelingen .....</b>	<b>70</b>
6.1 Interprofessionele samenwerking .....	70
6.2 Kennisdeling tussen de kliniek en het ETC.....	70
6.3 Factoren die kennisdeling beïnvloeden.....	71
6.4 Aanbevelingen: optimaliseren van kennisdeling.....	73
<b>Hoofdstuk 7: Discussie.....</b>	<b>76</b>
7.1 Validiteit en betrouwbaarheid .....	76
7.2 Beperkingen .....	77
7.3 Toekomstig onderzoek .....	77
<b>Literatuur.....</b>	<b>79</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>83</b>
Bijlage 1: Afkortingen .....	83
Bijlage 2: Documentanalyse.....	83
Bijlage 3: Topiclijst interviews .....	84
Bijlage 4: Codebomen .....	88

## FIGUREN EN TABELLEN

### FIGUREN

Figuur 1: Ontstaansgeschiedenis Intermetzo	p. 20
Figuur 2: Indeling ETC en Kliniek	p. 21
Figuur 3: Organogram ETC en de kliniek	p. 22
Figuur 4: Factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden	p.25
Figuur 5: Manieren van kennisdelen	p. 29
Figuur 6: Factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden	p. 31
Figuur 7: Resultaat factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden	p. 51
Figuur 8: Opbouw behandelplan van een kind	p. 52
Figuur 9: Codeboom: Aard van de kennis	p. 88
Figuur 10: Codeboom: Mogelijkheid	p. 89
Figuur 11: Codeboom: Motivatie	p. 90

### TABELLEN

Tabel 1: Behandelen empirische deelvragen	p. 37
Tabel 2: Operationalisatie concept, kenmerk en indicator	p. 37
Tabel 3: Lijst met respondenten	p. 39
Tabel 4: Overzicht resultaten per beïnvloedende factor	p. 69
Tabel 5: Afkortingen	p. 83
Tabel 6: Documentanalyse	p. 83



## HOOFDSTUK 1: INLEIDING

*In dit hoofdstuk wordt het onderzoek ingeleid. Vervolgens wordt het onderzoek ingekaderd, worden de probleem-, doel- en vraagstelling genoemd en volgt de relevantie. Tot slot wordt de opbouw van de scriptie uitgelegd aan de hand van een leeswijzer.*

### 1.1 EÉN KIND, ÉÉN PLAN

---

*‘Eén kind, één plan. Dus alle betrokken disciplines, therapeuten, ouders, ouderbegeleiding, groep, school en sportvereniging werken allemaal vanuit hetzelfde plan zeg maar, ieder in zijn eigen discipline van het kind.’* (Pedagogisch Psychiatrisch Hulpverlener)

*‘Kunnen wij nou het verschil maken? Hoe meer we daarin slagen, hoe meer we dat maatwerk kunnen leveren. Dat is gewoon super als dat lukt. Dat vraagt om kwaliteit op alle terreinen. Op professionaliteit, op inhoud, op communicatie, op samenwerking om met elkaar te organiseren en dan krijg je een stuk synergie waardoor je meer gaat betekenen dan de som van losse delen.’* (Locatieleider)

*‘Vaak is het een opeenstapeling van weinig cognitief vermogen, autisten, autistische problematiek en hechtingsproblematiek. Dan heb je helemaal het complete plaatje.’* (Locatieleider)

---

‘Eén kind, één plan, één regisseur’ dat is hoe het zou moeten zijn, ook voor de kinderen met de meest complexe, meevoudige problematiek. De Jeugdwet is geldig sinds 1 maart 2015 en heeft onder andere als doel ‘één kind, één plan, één regisseur’ (Voor de Jeugd, 2014). Er moet gebruik worden gemaakt van de eigen kracht van de kinderen, zodat zij samen met hun eigen omgeving en professionele hulpverleners naar oplossingen kunnen zoeken. De hulp voor de kinderen moet samenhangend zijn en de hulp uit de eigen omgeving zou de regeldruk bij het werk rondom de hulpverleners van de kinderen moeten verminderen. Een ander doel dat in deze Jeugdwet naar voren komt is dat er hulp op maat geboden moet worden voor kwetsbare kinderen (Rijksoverheid, 2015b). Naast de Jeugdwet is in 2015 ook de vernieuwde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht geworden. Het doel van de WMO is om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en te laten deelnemen in de samenleving (Voor de Jeugd, 2015). Er wordt gekeken naar de manier waarop de kinderen samen met hun omgeving, vrienden, familie, bekenden en professionele hulpverleners naar oplossingen kunnen blijven zoeken. Door middel van de Jeugdwet en de vernieuwde WMO wordt de volledige zorg, al dan niet met de inzet van professionals, rondom het kind mogelijk gemaakt.

Er zijn echter ook kinderen waarbij de hulp uit de omgeving niet voldoende blijkt te zijn om tot ontwikkeling te komen. Er zal altijd een groep kwetsbare kinderen zijn met meervoudige en complexe problemen die specialistische zorg nodig heeft. Deze kwetsbare kinderen moeten op deze specialistische zorg kunnen blijven rekenen (Kroneman & Mulder, 2013). Deze kinderen kunnen uit hun omgeving worden geplaatst en intern bij een multi-sectorale jeugdzorginstelling geplaatst worden. Deze kinderen hebben meervoudige complexe problemen. Zo kan er sprake zijn van problemen op het gebied van zowel gedrag, opvoeding, ontwikkeling en onderwijs. Bij de behandeling van deze kinderen wordt op al deze vlakken hulp geboden. De professionals die deze hulp bieden hebben elk hun eigen vakgebied en daarmee hun specialisme. Om een kwetsbaar kind met meervoudige problemen zo goed mogelijk te kunnen behandelen, is het van belang dat zij hun behandeling op elkaar aansluiten om per kind vanuit één plan te werken. Om tot één kind één plan te komen, is het van belang dat de verschillende professionals continu met elkaar in gesprek gaan en blijven overleggen over de behandeling van het kind. Bij het kind komen uiteindelijk alle behandellijnen samen, die gezamenlijk moeten leiden tot positieve ontwikkeling van het kind. Dit vraagt om maatwerk, op alle vlakken (Intermetzo, 2013).

Intermetzo is een multi-sectorale jeugdzorginstelling waar kinderen die op meerdere leefgebieden ernstige problemen ervaren behandeling krijgen. Het doel van deze behandeling is om het kind uiteindelijk op eigen niveau te kunnen laten meedraaien in de samenleving (Intermetzo, 2013). Deze organisatie is voortdurend in beweging om bij te blijven bij de laatste ontwikkelingen. Een van deze ontwikkelingen omvat het combineren van verschillende specialismen ten behoeve van de behandeling van het kind (Intermetzo, 2013). De samenwerking tussen de verschillende professionals is van belang. Dit onderzoek poogt inzicht te krijgen in de samenwerking en kennisdeling tussen verschillende professionals op een specifieke locatie van Intermetzo en de kliniek. De kliniek biedt de kinderen 24 uur per dag verblijf en behandeling. Het Educatief Therapeutisch Centrum (ETC) is een locatie waar jonge kinderen (6-13 jaar) overdag verblijven en waar onderwijs in combinatie met behandeling aangeboden wordt (Intermetzo, 2014d). Het onderwijs en de zorg worden in een kleine setting aangeboden (maximaal acht kinderen per groep) gedurende de dag. Het onderwijs wordt op maat aangeboden, naar behoefte van het kind. Op deze manier sluit het onderwijs goed aan bij het kind om het beste uit het kind te halen.

Hoe kan optimale zorg geboden worden? Het kind staat centraal en er moet vanuit één kind één plan gewerkt worden. De professionals die betrokken zijn bij het de behandeling van het kind moeten goed samenwerken. Wie krijgt welke informatie wel? Wie krijgt welke informatie niet? Wie bepaalt welke informatie wordt overgedragen aan de leidinggevende? Wanneer hebben deze leidinggevenden

voldoende informatie om de situatie te overzien? Dit zijn enkele voorbeeldvragen die centraal staan in dit onderzoek. Er zijn namelijk veel professionals betrokken bij de behandeling van het kind. Het onderzoek is gericht op de kennisdeling in de interprofessionele samenwerking en geeft de factoren die deze kennisdeling beïnvloeden weer.

## 1.2 INKADERING

### 1.2.1 VERANDERINGEN BIJ JEUGDZORG

2015 wordt gezien als het transitiejaar: een jaar waarin een aantal overheidstaken wordt gedecentraliseerd en voortaan uitgevoerd zal worden door de gemeente. Deze taken zijn: het bieden van zorg aan langdurige zieken of ouderen, het bieden van hulp bij het vinden van werk of het verstrekken van een uitkering en de jeugdzorg (Rijksoverheid, 2015a). De WMO stelt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning van mensen die niet zelfredzaam zijn (Invoering WMO, 2013). Het takenpakket van de gemeente wordt hiermee uitgebreid. Deze stelselwijziging heeft als doel om de zorg dichterbij het kind en het gezin te organiseren. De eigen kracht, het sociale netwerk en eerstelijnsvoorzieningen in de gemeenten kunnen op deze wijze beter benut worden. Wanneer eerste- en tweedelijnszorg niet voldoen, kan Intermetzo uitkomst bieden. De Jeugdwet heeft als voornaamste uitgangspunt om in te zetten op preventie en uit te gaan van de eigen mogelijkheden en het sociale netwerk van het kind (Movisie, 2014). Het is van belang dat de nieuwe WMO en de Jeugdwet met elkaar verbonden worden, zodat de beleidsterreinen goed op elkaar blijven aansluiten.

De doelstellingen van het beleid zullen niet veranderen, aangezien de kinderen nog steeds dezelfde ingewikkelde problemen hebben. De voornaamste veranderingen zullen plaatsvinden bij de uitvoering van het beleid (Haan-Kamminga, 2012). De stelselwijziging betreft naast de systeemaanpassing ook vernieuwing in de zorg. De eerstelijnszorg met de eigen kracht van het gezin en het netwerk moet zoveel mogelijk ondersteund en gestimuleerd worden om de opvoeding en groei van het kind zo normaal mogelijk te laten verlopen (Intermetzo, 2014e). Intermetzo heeft hierbij als taak om specialistische hulp te bieden aan kinderen die niet vanuit de eerste en tweede lijn geholpen kunnen worden. Alleen bij deze uitzondering zal specialistische hulp ingeschakeld worden. Intermetzo zal hierdoor aanvullend, intensief en in principe tijdelijk werken. De volgende punten zijn de leidraad voor de veranderingen bij Intermetzo:

- het aantal kinderen in residentiële voorzieningen terug te dringen;
- de verblijfsduur van kinderen in de residentiële zorg te verkorten;

- effectieve zorg- en behandelprogramma's voor de meest kwetsbare kinderen en jongeren vorm te geven;
- de sector verder te professionaliseren door kennisuitwisseling met partners uit alle geledingen van de zorg voor jeugd (Intermetzo, 2014e).

---

### 1.2.2 PROFESSIONALS ONDER DRUK

Intermetzo is een organisatie die specialistische hulp biedt. De professionals die deze hulp aanbieden krijgen indirect met de veranderingen van de jeugdzorg sector te maken. Financieel gezien zijn er veranderingen en ervaart de professional bij jeugdzorg financiële druk. Sinds 1 januari 2015 valt de jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Door deze transitie komen alle jeugdtaken bij de gemeente terecht, aangezien gemeenten volgens het kabinet beter zorg op maat kunnen leveren. In totaal zal er 450 miljoen euro bezuinigd worden tot 2018 op jeugdzorg (Jeugdzorg Nederland, 2012). Naast deze bezuinigingen van de overheid, moet er extra geïnvesteerd worden in de kwaliteit en professionalisering van de jeugdzorg. De professional moet met minder middelen, meer doen (Noordegraaf, 2004). Deze “interventiefuik” maakt het voor de professional lastig om de goede zorg te blijven leveren. Samenwerking zal noodzakelijk zijn om hiermee om te gaan. Op deze manier kan er effectiever, efficiënter en op legitieme wijze gewerkt worden. Echter, een professional heeft autonome ruimte nodig. Wanneer deze autonome ruimte in het geding komt, ziet de professional het samenwerken niet als meerwaarde (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2004).

Daarnaast ervaart de professional bij jeugdzorg een hoge werkdruk. De inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft onderzoek gedaan naar de werkdruk bij verschillende zorginstellingen, waaronder jeugdzorg, van april 2013 tot februari 2014 (Inspectie SZW, 2013). Opvallend is dat voor wat betreft de psychosociale arbeidsbelasting (werkdruk, agressie, werktijden) bij jeugdzorg bij 20% van instellingen voldoende maatregelen zijn aangetroffen wat betreft de werkdruk. Bij maatregelen tegen de werkdruk zijn echter nog bij 80% van de instellingen tekortkomingen aangetoond. De werkdruk is nog steeds in veel van de jeugdzorginstellingen te hoog, maar ten opzichte van 2012 is er in 2013 een afname aangetoond, in 2012 was het percentage van de instellingen met een te hoge werkdruk namelijk 85% en in 2013 was dit 41% (Inspectie SZW, 2013).

De houding van Nederlandse burgers en cliënten is veranderd. Burgers hebben een mening over de gang van zaken bij jeugdzorg en over het handelen van de professionals. Ze zijn tegenwoordig meer individueel ingesteld, ze zijn autonoom, mondiger en veeleisend geworden (Noordegraaf, 2004). Deze

individuen hebben ook over de jeugdzorg hun mening klaar. Helsloot et al. (2014) hebben onderzoek gedaan naar het beeld dat Nederlanders hebben van jeugdzorg. Zij stellen bijvoorbeeld dat de Nederlandse burger onderkent dat incidenten in de jeugdzorg onvermijdelijk zijn en dat veiligheidsmaatregelen om incidenten te voorkomen ook een negatief effect kunnen hebben. Uit dit onderzoek blijkt dat de Nederlandse burger de op veiligheid gerichte bureaucratie in de jeugdzorg wil verminderen, al vergroot dat het risico op incidenten. Aan de andere kant blijkt uit dit onderzoek dat de Nederlandse burger meer waarde hecht aan goede samenwerking tussen (pleeg)ouders of verzorgers en jeugdzorg en zij zouden hen zoveel mogelijk verantwoordelijkheid willen geven om gemotiveerd te werken. Verder toont het onderzoek aan dat er na incidenten met empathie en een goed ongevalsonderzoek opgetreden moet worden om fouten in het vervolg te voorkomen (Helsloot et al., 2014). Deze resultaten zijn tentatief, maar geven de overkoepelende bevindingen van het onderzoek weer.

### 1.3 PROBLEEM-, DOEL- EN VRAAGSTELLING

#### 1.3.1 PROBLEEMSTELLING

In sommige gevallen is de zorg vanuit de sociale omgeving ontoereikend, doordat deze omgeving niet voldoende zorg kan bieden of doordat de problemen van de cliënt te complex zijn. Wanneer een kind meervoudige problemen heeft, is het van belang dat het kind op meerdere gebieden professionele hulp krijgt. Intermetzo is een jeugdzorgorganisatie die deze specialistische zorg op verschillende gebieden aanbiedt en heeft zich de vraag gesteld of de samenwerking en kennisdeling die nodig is om optimale zorg te leveren in voldoende mate aanwezig is. Dit onderzoek richt zich op de hierboven geformuleerde vraag.

De interprofessionele samenwerking en kennisdeling tussen het ETC en de kliniek wordt in kaart gebracht. Zodoende kan er inzicht gegeven worden in de samenwerking en kennisdeling over en weer tussen deze professionals. Optimale kennisdeling tussen professionals is van belang voor de kinderen zelf, aangezien de zorg dan beter aansluit. Ook is het voor de professionals zelf leerzaam om de kennisdeling in kaart te brengen, aangezien het voor hen van belang is om de volledige informatie over het kind te hebben. Ten derde is het in kaart brengen van de kennisdeling interessant voor Intermetzo als organisatie. Binnen Intermetzo wordt voortdurend kennis op specialismen ontwikkeld en voornamelijk over het combineren van deze specialismen bij complexe problemen. Doordat de kennisdeling in kaart gebracht wordt, kunnen de mogelijkheden tot ontwikkeling inzichtelijk gemaakt worden.

---

### 1.3.2 DOELSTELLING

Het onderzoek heeft tot doel het verkrijgen van kennis en inzicht over de interprofessionele samenwerking en de kennisdeling en het formuleren van aanbevelingen om deze mogelijk te verbeteren, tussen de professionals van de kliniek en het ETC in het netwerk rondom het kind bij de jeugdzorginstelling Intermetzo. Deze professionals hebben hun eigen expertise en werken vanuit hun eigen kennisgebied. Door de kennisdeling, als belangrijk aspect van samenwerking, tussen de professionals in kaart te brengen, zullen mogelijke verbeterpunten zichtbaar worden. Doordat de professionals de kennis en informatie delen, kan de meervoudige problematiek van het kind effectief aangepakt worden. Het is van belang dat de professionals hun kennis en kunde over de problemen van de kinderen delen, zowel intern bij Intermetzo als mogelijk met externe organisaties. Dit onderzoek richt zich alleen op het in kaart brengen van het delen van kennis tussen professionals. Nadat de kennisdeling en de beïnvloedende factoren van het kennisdelen tussen de professionals in kaart is gebracht, zullen er aanbevelingen geformuleerd worden voor mogelijke verbeteringen.

---

### 1.3.3 VRAAGSTELLING

Uit de probleem- en doelstelling wordt de volgende hoofdvraag met bijbehorende deelvragen geformuleerd. De vraag die dit onderzoek stelt gaat over het samenwerken en kennisdelen tussen verschillende professionals vanuit onderwijs en zorg bij Intermetzo. De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

- *Hoe verloopt de samenwerking over en weer tussen de professionals van de kliniek en het ETC?*

Om de hoofdvraag gericht te kunnen beantwoorden zijn er een aantal deelvragen opgesteld. De deelvragen zijn opgedeeld in theoretische en empirische deelvragen. De theoretische deelvragen zullen aan de hand van literatuur behandeld worden. De empirische deelvragen zullen aan de hand van de verzamelde data besproken worden.

De theoretische deelvragen luiden:

- *Wat is interprofessionele samenwerking?*
- *Hoe wordt kennisdelen vormgegeven in interprofessionele samenwerking?*
- *Wat zijn factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen in interprofessionele samenwerking?*

De empirische deelvragen luiden:

- *Hoe ziet de interprofessionele samenwerking eruit rondom het kind tussen de kliniek en het ETC?*
- *Hoe wordt het kennisdelen vormgegeven in de samenwerking tussen de kliniek en het ETC?*
- *Wat zijn factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen tussen de professionals van de kliniek en de professionals van het ETC?*

## 1.4 RELEVANTIE

### 1.4.1 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Uit onderzoeken is gebleken dat samenwerken tussen organisaties, groepen en professionals steeds belangrijker is geworden. Er is veel onderzoek gedaan naar de wijze waarop deze samenwerking op positieve en negatieve wijze van invloed kan zijn (Provan & Kenis, 2008; D'Amour et al., 2005; San Martin-Rodriquez et al., 2005). Ook is onderzoek verricht naar de complexiteit van de interprofessionele relaties en zijn de kenmerken van succesvolle samenwerking onderzocht (D'Amour et al., 2005; San Martin-Rodriquez et al., 2005; Lawson, 2004). Verder is er onderzoek gedaan naar kennisdeling en is gekeken naar de barrières die kunnen optreden bij het delen van kennis en de factoren die het kennisdelen kunnen beïnvloeden (Riege, 2005; Ipe, 2003). Er is al relatief veel onderzoek gedaan naar kennisdelen tussen groepen en tussen organisaties, over de professional als individu is echter nog niet veel onderzoek verricht. Verder heeft Bruning (2006) onderzoek gedaan naar gegevensuitwisseling in de jeugdzorg. Aangevoerd is dat gegevensuitwisseling een relevant probleem is, wat nader onderzocht dient te worden.

Dit onderzoek probeert een bijdrage te leveren aan het inzicht in mogelijke factoren die van invloed zijn op kennisdeling tussen professionals. Het kan als aanvullend gezien worden op de wetenschappelijke discussie over het kennisdelen tussen professionals. Doordat het onderzoek op een specifieke locatie plaatsvindt, is het mogelijk om verfijnde informatie te krijgen over de kennisdeling binnen jeugdzorg. Daarnaast is het onderzoek een vernieuwende verkenning wat betreft het in kaart brengen van de beïnvloedende factoren van het kennisdelen tussen professionals van de kliniek en het ETC.

---

### 1.4.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Naast de wetenschappelijke relevantie heeft het onderzoek ook maatschappelijke relevantie. Het is in de eerste plaats maatschappelijk gezien relevant aangezien het een actueel thema bevat. Intermetzo

is een multi-sectorale jeugdzorginstelling waar naar integrale specialistische zorg gestreefd wordt. Doordat op deze locatie meerdere lijnen van communicatie samenkomen (de kliniek en het ETC: behandeling en onderwijs), moeten verschillende professionals nauw samenwerking en kennis met elkaar uitwisselen. De praktijk is echter weerbarstig.

Naast het specifieke doel om inzicht te krijgen in de samenwerking en kennisdeling tussen de professionals van de klinieken het ETC, kan deze thematiek ten tweede in een breder kader geplaatst worden. Samenwerken tussen verschillende professionals in netwerken is eveneens een actueel thema. Samenwerking tussen verschillende disciplines in een netwerk, kan voor organisaties van grote waarde zijn (Christensen & Laegreid, 2007; Noordegraaf, 2004).

Ook kennisdeling is een thema dat in de huidige kennismaatschappij een belangrijke rol speelt. De hoeveelheid informatie is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen. Kennismanagement is in de huidige samenleving niet meer weg te denken. Het samenwerken door middel van kennisdelen binnen en tussen organisaties is het onderzoeken waard.

## 1.5 LEESWIJZER

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk twee wordt de organisatie Intermetzo beschreven en wordt expliciet ingegaan op het ETC, waar onderwijs en zorg naast elkaar aangeboden worden, en op de kliniek. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie de theoretische invalshoek van het onderzoek beschreven. Hier wordt beschreven wat interprofessionele samenwerking is en hoe kennisdeling binnen de interprofessionele samenwerking vormgegeven wordt. Aan de hand van het model van Ipe (2003) wordt vervolgens aandacht geschonken aan de factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen tussen verschillende professionals. In dit hoofdstuk wordt tevens antwoord gegeven op de theoretische deelvragen. Na het theoretische hoofdstuk wordt in hoofdstuk vier ingegaan op de onderzoeksaanpak en worden de validiteit en betrouwbaarheid van onderzoek besproken. In hoofdstuk vijf worden de resultaten besproken aan de hand van het model van Ipe (2003). In dit hoofdstuk worden de empirische deelvragen van het onderzoek beantwoord. Allereerst wordt stilgestaan bij de vraag hoe interprofessionele samenwerking plaatsvindt tussen de professionals het ETC en de kliniek. Vervolgens wordt gekeken naar de manier waarop binnen deze interprofessionele samenwerking kennis wordt gedeeld. Als deze beide vragen in kaart zijn gebracht, wordt ingegaan op welke factoren deze kennisdeling tussen de professionals kunnen beïnvloeden. In hoofdstuk zes wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord in de conclusie. Tenslotte wordt in hoofdstuk zeven het onderzoek onder de loep genomen in de discussie en zullen er aanbevelingen geformuleerd worden.



De gebruikte afkortingen zullen de eerste keer dat zij gebruikt worden volledig worden uitgeschreven.  
Vervolgens worden de afkortingen gebruikt, die in bijlage 1 terug te vinden zijn.

## HOOFDSTUK 2: CONTEXT

*In dit hoofdstuk wordt de context besproken van het onderzoek. Allereerst zal er ingegaan worden op specialistische jeugdzorg en jeugd-ggz in het algemeen. Vervolgend wordt Intermetzo, de organisatie waar het onderzoek is uitgevoerd, besproken en specifiek het ETC.*

### 2.1 SPECIALISTISCHE JEUGDZORG

*Is specialistische jeugdzorg in 2040 overbodig?* Over deze vraag hebben onderzoekers van Intermetzo zich gebogen. Het antwoord op de vraag is: nee. Bekeken is of de specialistische zorg wordt teruggedrongen en er een toename is in de eerste lijn jeugdzorg, door de toename van de breder wordende zorg (Kroneman & Mulder, 2013). De kinderen met meervoudige problematiek kampen haast allemaal met gedragsproblemen en er is sprake van gebrek aan motivatie voor vrijwillige behandeling. Daarnaast kan er sprake zijn van psychiatrische stoornissen, problematieken rondom de gezinssituatie en verkeerde vriendengroepen. Gesteld kan worden dat deze kinderen complexe problemen hebben en dat deze specialistische zorg nodig zal blijven. Niet elk kind dat last heeft van deze meervoudige en complexe problemen heeft specialistische zorg nodig. Risicofactoren spelen hierbij een belangrijke rol. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans is dat het kind specialistische hulp nodig heeft.

Er valt echter nog winst te behalen wat betreft de verbetering van de zorg en de preventie. De afgelopen jaren is in specialistische zorg veel expertise ontwikkeld om de jongeren door middel van behandeling weer perspectief te bieden. Zo wordt er bij de intramurale zorg veel en intensief samengewerkt tussen verschillende instellingen om de kwaliteit van de zorg te verhogen, te meten en te waarborgen. De specialistische zorg is in de laatste jaren verbeterd. Zo is er veel expertise opgebouwd en werken instellingen in de intramurale zorg intensief samen. In de begeleiding en de behandeling is nog verbetering te boeken. De afstemming van de professionals rondom een kind kan bijvoorbeeld beter (Kroneman & Mulder, 2013).

---

#### 2.1.1 JEUGD-GGZ

De kinderen met psychiatrische problemen of psychische aandoeningen krijgen behandeling in de jeugd-GGZ (geestelijke gezondheidszorg). De problematiek van deze kinderen kan zo ernstig zijn, dat zij hierdoor in hun ontwikkeling worden bedreigd (Voor de Jeugd, 2015). Veelal is er sprake van hardnekkige en veelvoudige problemen (Jeugdzorg Nederland, 2014). Vaak is de onderwijsmotivatie laag en ontbreekt het aan een goede dagbesteding.

In het nieuwe jeugdstelsel valt alle jeugdhulp onder één wet: de Jeugdwet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de jeugd-GGZ. Zij zijn aansprakelijk voor het sturen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hulp aan de jeugd. Het overhevelen van de jeugd-GGZ wordt als een cruciaal onderdeel van de decentralisatie beschouwd. De integrale hulp voor de kinderen met gedragsproblemen en psychische problemen komt moeilijk op gang vanwege verschillende systemen, verantwoordelijkheden en geldstromen (Van Rijn, 2013). Wanneer de gemeente verantwoordelijk is voor de gehele jeugdhulp, kan de integrale zorg beter aangeboden worden doordat er eenduidige sturing is en samenwerking tussen de partijen verbeterd kan worden.

Het doel van de jeugd-GGZ is om de kinderen uiteindelijk in te laten stromen en te laten participeren in de samenleving. Om dit te kunnen realiseren is arbeids- en of onderwijsparticipatie een belangrijke voorwaarde. Bij jeugd-GGZ dient onderwijs, zorg en behandeling geïntegreerd aangeboden te worden. Hiervoor is een doorlopend onderwijstraject en zorgtraject van groot belang.

## 2.2 INTERMETZO

*Inter – in dialoog in actie*

*met – samen met anderen*

*zo – daadkrachtig en resultaatgericht*

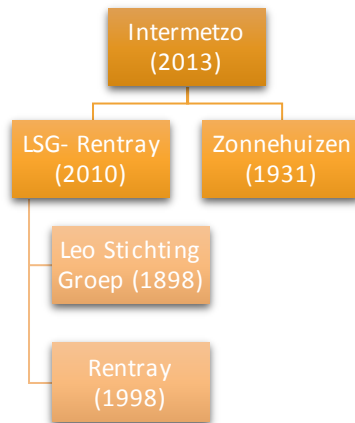
*(Intermetzo, 2013)*

Zoals hierboven is weergegeven, is de naam Intermetzo bewust gekozen. De samenwerking staat centraal, evenals de dialoog, om uiteindelijk samen het kind optimale zorg te bieden. In de naam Intermetzo komen de twee kernthema's van dit onderzoek terug, namelijk de interprofessionele samenwerking (samen met anderen) en het kennisdelen (in dialoog in actie).

De doelstelling van Intermetzo is om op basis van specialistische kennis te werken aan een betekenisvol bestaan voor elk kind. De visie van Intermetzo is gebaseerd op de gedachte dat ieder mens uniek is en zijn eigen kansen, mogelijkheden en uitdagingen heeft: *'het begeleiden van deze kinderen en jongeren tot het bestaansperspectief dat aansluit op de individuele mogelijkheden vereist specifieke opvoeding, zorg behandeling, onderwijs, arbeidstoedeling of dagbesteding'* (Intermetzo, 2013, p. 9).

De intersectorale jeugdzorginstelling Intermetzo is in 2013 ontstaan uit een fusie tussen Zonnehuizen en LSG-Rentray. Zonnehuizen is in 2011 failliet gegaan en het kind en jeugd deel is overgenomen door

LSG-Rentray. LSG-Rentray is voorheen in 2010 ontstaan uit een fusie tussen de Leo Stichting Groep en Rentray (LSG-Rentray 2013). De organisaties LSG-Rentray en Zonnehuizen vormen sinds 2013 gezamenlijk Intermetzo. In figuur 1 is de ontstaansgeschiedenis van Intermetzo weergegeven.



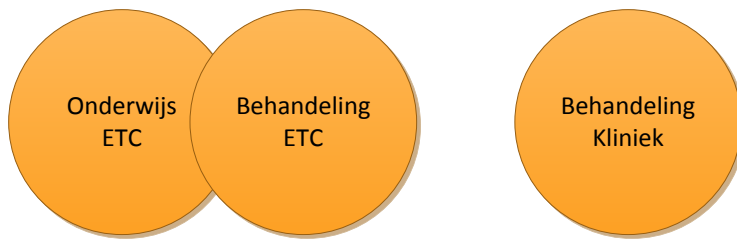
Figuur 1: Ontstaansgeschiedenis Intermetzo

Doordat Intermetzo is ontstaan uit meerdere fusies, is het een grote organisatie in de jeugdzorg geworden. Er werken ruim 2.500 medewerkers (1900 FTE) in de provincies Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland (Intermetzo, 2014b). De kinderen die binnen de doelgroep van Intermetzo vallen zijn tussen de 0 en 23 jaar oud. Het zijn kinderen die op meerdere gebieden problemen ondervinden en er zelf en met hun omgeving niet meer uitkomen. Er kan sprake zijn van een lichte verstandelijke beperking, in combinatie met psychiatrische problematiek en/ of ernstige gedrags- en/ of ontwikkelingsproblemen en ontwikkelingsstoornissen. Om deze kinderen een toekomst te bieden werkt Intermetzo samen met de ouders van het kind, de familie, school, sociale netwerken en collega-instanties.

### 2.3 DE KLINIEK EN HET EDUCATIEF THERAPEUTISCH CENTRUM

Het onderzoek gaat over het kennisdelen en samenwerken tussen verschillende professionals van Intermetzo. Specifiek zal er onderzoek gedaan worden naar het kennisdelen en de interprofessionele samenwerking tussen het ETC en de kliniek.

Om de indeling tussen het ETC en de kliniek inzichtelijk te maken, wordt in figuur 2 de indeling getoond. De kinderen verblijven overdag op het ETC, waar zij onderwijs en behandeling krijgen. Daarbuiten verblijven zij op de kliniek, waar het grootste gedeelte van de behandeling ligt.



Figuur 2: Indeling ETC en Kliniek

---

### 2.3.1 HET ETC

Het ETC is een locatie waar de kinderen overdag behandeling en onderwijs aangeboden krijgen. Binnen het ETC is de behandeling leidend en het onderwijs past zich hierop aan. Deze kinderen zijn tussen de 6-13 jaar oud en hebben een IQ tussen de 70-100. Op het ETC zijn twee behandelklassen van maximaal acht leerlingen per klas. Vanuit deze behandelklassen gaan zij individueel of in kleine groepjes naar de onderwijsklas, waar zij onderwijs op maat krijgen. Dit is meestal een kwartiertje of een half uur per keer. In zowel de behandelklas als de onderwijsklas wordt gewerkt met een individueel rooster per kind en wordt rekening gehouden met de behoeften en mogelijkheden van het kind. Het doel is om optimaal resultaat te krijgen op basis van twee gronden die aan sluiten bij het niveau en de ambitie van de leerling, namelijk: cognitieve mogelijkheden en gedragsvaardigheden (Intermetzo, 2014d).

Voor de vakken muziek, gymnastiek en handwerken komen vakleerkrachten. Daarnaast is er een remedial teacher aanwezig die ondersteuning biedt aan de leerlingen die stagneren in hun cognitieve ontwikkeling. Vanuit onderwijs wordt aan het begin van elk schooljaar een Ontwikkel Perspectief Plan (OPP) per kind opgesteld. Na elke toetsperiode wordt geëvalueerd en wordt bekeken of de doelen die in het OPP staan ook behaald zijn. Vanuit zorg is er elk half jaar een evaluatiebespreking. Hierbij zijn alle betrokken partijen uitgenodigd om over de behandeling en de ontwikkeling van het kind te spreken.

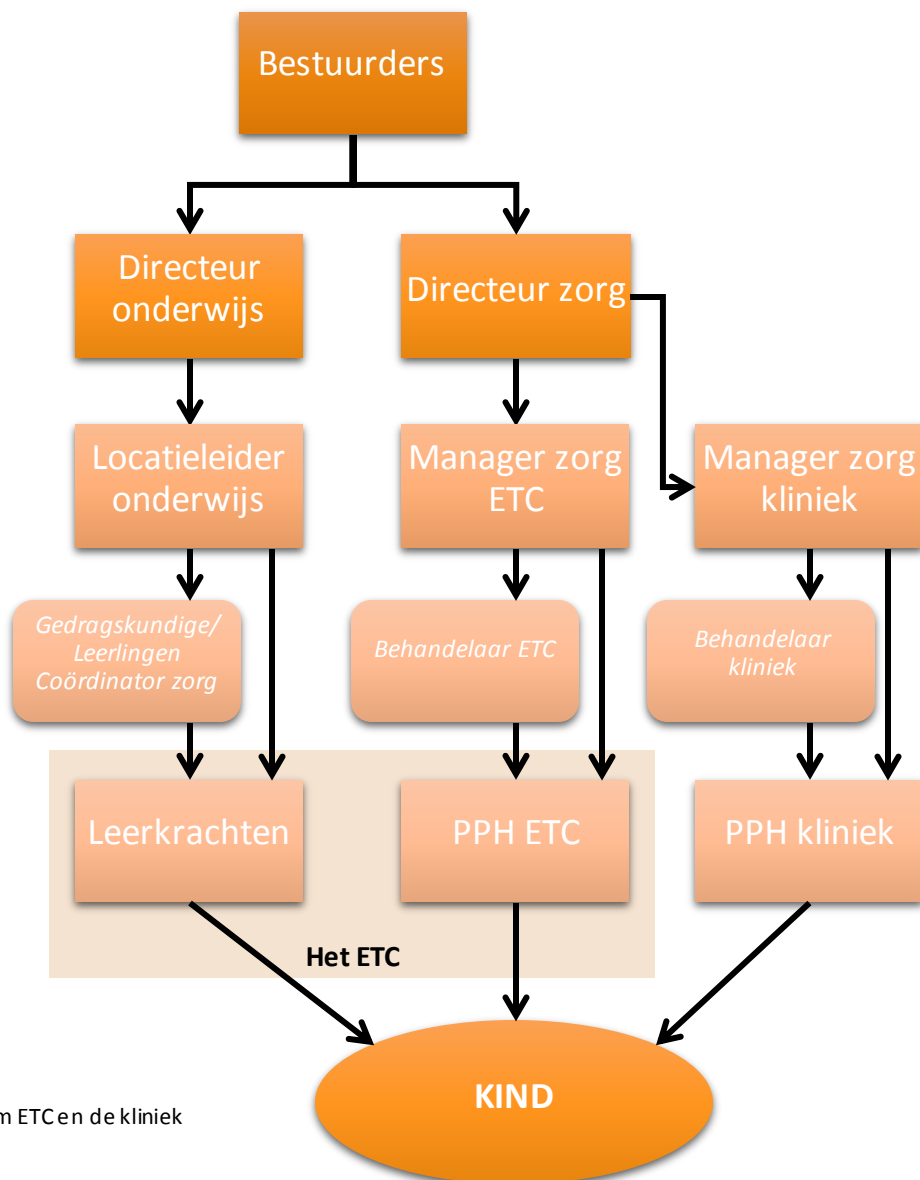
---

### 2.3.2 DE KLINIEK

Deze kinderen verblijven op de kliniek, waar intensief residentiele behandeling geboden wordt. Dit houdt in dat de kinderen een 24-uurs opname hebben in een residentiële setting. De kinderen worden opgenomen, maar er is geen sprake van dwang en drang. De zorg wordt geleverd vanuit een multidisciplinair team (MDT). Vanuit de kliniek worden ouders en de directe leefomgeving van het kind nauw betrokken bij de behandeling (Intermetzo, 2014a). De kliniek bestaat uit verschillende woongroepen waar de kinderen verblijven.

### 2.3.3 AANSTURINGSLIJNEN

In figuur 3 zijn de aansturinglijnen van het ETC en de kliniek weergegeven. In dit organogram is te zien dat al hoog in de organisatie, namelijk op directieniveau, een tweedeling bestaat tussen onderwijs en zorg. De directeur van onderwijs stuurt de locatieleider onderwijs aan. Deze locatieleider onderwijs is vervolgens het aanspreekpunt voor de coördinator leerlingen zorg, de gedragswetenschapper en de leerkrachten. Vanuit zorg stuurt de directeur zorg twee managers aan. De manager Zorg van de kliniek en de manager Zorg van het ETC. De manager van Zorg van de kliniek stuurt de pedagogisch psychiatisch hulpverleners (PPH's) van de kliniek aan en de behandelaar van de kliniek. De manager Zorg van het ETC is verantwoordelijk voor de PPH's op het ETC en de behandelaar van het ETC. Er kan verwarring ontstaan binnen het ETC, aangezien er binnen de eenheid ETC twee directeuren verantwoordelijk zijn. Op alle niveaus in de organisatie zijn er functionele en professionele contacten. Waar op directieniveau al een tweedeling ontstaat tussen onderwijs en zorg, komen de drie aansturinglijnen bij het kind weer samen.



Figuur 3: Organogram ETC en de kliniek

---

#### 2.3.4 PROFESSIONAL BIJ INTERMETZO

*‘De zorg en/of onderwijs wordt vaak vanuit een multidisciplinair team geleverd aan de kinderen en jongeren. Intermetzo vindt dat een team van goed samenwerkende professionals een belangrijke factor is voor het aanbieden en verlenen van adequate zorg en onderwijs. Dit impliceert echter niet dat er gesproken kan worden van teamverantwoordelijkheid; de professionals zijn vanwege hun beroepsgroep te allen tijde individueel verantwoordelijk voor het eigen handelen. Gezien deze verantwoordelijkheid vindt Intermetzo dat de professional voldoende professionele ruimte nodig heeft om zijn werkzaamheden te verrichten’ (Intermetzo, 2014c, p. 3).*

Het bovenstaande citaat komt uit het professioneel statuut van Intermetzo. Hierin wordt duidelijk weergegeven dat er van de professionals samenwerking gevraagd wordt, maar dat zij wel verantwoordelijk blijven voor hun eigen handelen. Voor de professionals zijn bij Intermetzo protocollen, richtlijnen en beleid opgesteld. Dit onderzoek is gericht op de professionals van het onderwijs en de professionals van de zorg.

De onderwijsprofessional en zorgprofessional werken binnen hun eigen professionele grenzen. In het professionaliseringsproces zijn grenzen ontstaan en wordt de professie met grenzen van andere professies geconfronteerd. Deze grenzen kunnen de interprofessionele samenwerking negatief beïnvloeden (San Martin- Rodriguez et al., 2005). Deze grenzen worden bepaald door de expertise en specialisme van de professionals en binnen deze grenzen hebben de professionals eigen kennis, methoden en normen (Nancarrow & Borthwick, 2005).

---

##### 2.3.4.1 ONDERWIJSPROFESSIONAL

Onderwijsprofessionals zijn erop gericht om kennis en vaardigheden over te brengen naar een nieuwe generatie (Van Delden, 2009). De leerkrachten staan hier direct in contact met de leerlingen. Daarnaast zijn er schoolleiders en bestuurders, die verantwoordelijk zijn voor het werkklimaat, de arbeidsvoorwaarden en de medewerkers binnen het onderwijs. Vogels & Bronneman-Helmers (2006) hebben geconcludeerd in hun onderzoek dat de mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid belangrijke factoren zijn om binnen het onderwijs te gaan werken. Verder is de sfeer van belang. Ook de jeugdzorgsector heeft te maken met onderwijsprofessionals.

---

##### 2.3.4.2 ZORGPROFESSIONAL

Er zijn tal van verschillende professionals binnen de zorgsector op te noemen. De zorgsector is door de jaren heen steeds verder opgedeeld in specialismen en vakgebieden (Van Delden, 2009). Ook binnen de jeugdzorg zijn verschillende professies te onderscheiden. Bij het ETC en de kliniek zijn de PPH, orthopedagoog, psycholoog, psychiater en therapeuten betrokken. In 2010 is een Actieplan

Professionalisering Jeugdzorg opgesteld door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI, 2010). Dit plan had als doel het vergroten van de professionaliteit van de beroepskrachten die in de jeugdzorg werkzaam zijn. Professionals in de jeugdzorg dragen namelijk grote verantwoordelijkheid bij de hulpverlening aan jeugdigen en hun ouders. Zij moeten hiervoor optimaal worden opgeleid, toegerust en gefaciliteerd (NJI, 2010). In dit plan werd gepleit voor een landelijk competentieprofiel voor de jeugdzorgmedewerkers. Daarnaast is het voor de jeugdzorgmedewerkers verplicht om zich te registreren sinds de Wet op de jeugdzorg is gewijzigd (NVO, 2014). Verder heeft er kennisopbouw en kennisontwikkeling plaatsgevonden wat betreft de beroepsethiek, codes en tuchtrecht. Het is van belang dat de nieuwe professionals via het onderwijs goed worden voorbereid op het werkveld van jeugdzorg. Daarna moet er ook bij- en nascholing mogelijk zijn.

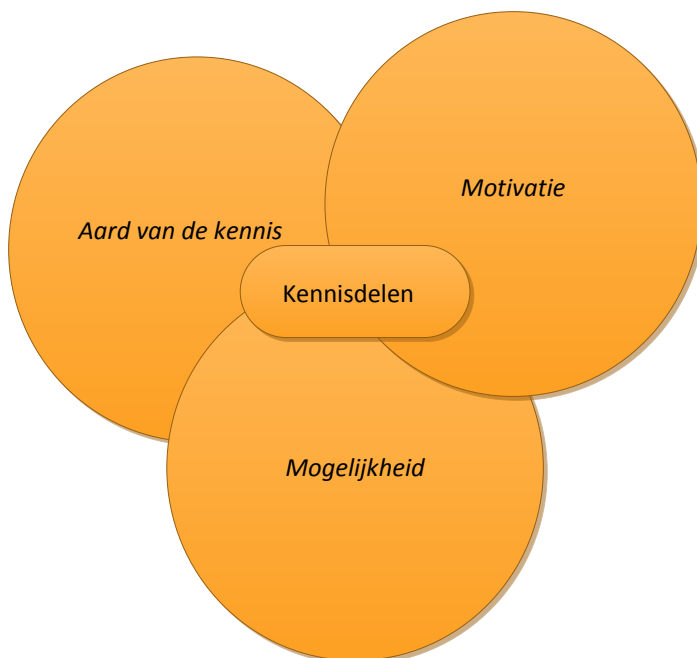


## HOOFDSTUK 3: THEORIE

*In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvragen. Allereerst wordt ingegaan op interprofessionele samenwerking. Vervolgens komt kennisdeling ter sprake en wordt ingegaan op de factoren die het kennisdelen tussen individuen kunnen beïnvloeden.*

### 3.1 INLEIDING THEORIE

Het onderzoek is onder andere gebaseerd op een model van factoren die kennisdeling tussen professionals kunnen beïnvloeden van Ipe (2003). De aard van de kennis, de mogelijkheid om te delen en de motivatie om kennis te delen zijn drie factoren die kennisdelen tussen individuen kunnen beïnvloeden, zoals in figuur 4 weergegeven wordt.



Figuur 4: Factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden (Ipe, 2003, p. 352)

Voordat dit model toegelicht wordt, zal het eerst in een breder kader geplaatst worden. Allereerst zal inzichtelijk gemaakt worden wat interprofessionele samenwerking is en wordt ingegaan op de vraag hoe kennisdelen binnen interprofessionele samenwerking vormgegeven wordt.

De volgende twee paragrafen geven antwoord op eerste twee theoretische deelvragen.

- *Wat is interprofessionele samenwerking?*
- *Hoe wordt kennisdelen vormgegeven in interprofessionele samenwerking?*

### 3.2 INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

In organisaties wordt tegenwoordig veel samengewerkt. Verschillende organisaties, partijen en mensen komen samen en maken deel uit van een netwerk. In netwerken zijn deze organisaties, partijen en mensen verbonden en wordt er vanuit deze samenwerking meerwaarde gecreëerd (Provan & Kenis, 2008). Het werken in netwerken is tegenwoordig een dominante vorm van organiseren geworden (Noordegraaf, 2007). In deze samenwerkingsverbanden werken de partijen aan een gezamenlijk doel en hebben ze elkaar nodig om dat doel te bereiken. Hiervoor is een interpersoonlijke relatie tussen de deelnemers van de samenwerking belangrijk. Er moet een bereidheid zijn om samen te werken en beide partijen moeten elkaar wederzijds vertrouwen. Daarnaast moet er respect zijn voor elkaar en is de communicatie onderling van cruciaal belang. Naast de interpersoonlijke relatie, is ook de context en omgeving waar de organisatie zich in begeeft belangrijk voor de samenwerking. (San Martin-Rodriquez et al., 2005). D'Amour et al. (2005) hebben aangetoond dat het concept *samenwerken* veelal in vijf onderliggende concepten onderverdeeld wordt: delen, partnerschap, macht, inter-afhankelijkheid en het proces. Zij tonen aan dat het concept *delen* verschillende aspecten heeft, zoals het delen van verantwoordelijkheid, waarden, beslissingen nemen en het delen van data. Interprofessionele samenwerking omvat volgens San Martin- Rodriquez et al. (2005) een aantal aspecten in de relatie van professionals in een team. De professionals moeten bereid zijn samen te werken, er moet sprake zijn van wederzijds vertrouwen en respect en communicatie is een belangrijk aspect. De interpersoonlijke relatie is niet alleen van belang bij interprofessionele samenwerking. Ook de organisatorische omstandigheden en de omgeving van de organisatie spelen een rol in de interprofessionele samenwerking.

De werkelijkheid waar de organisaties en professionals zich in bevinden, is een complexe werkelijkheid. In deze werkelijkheid zijn *wicked problems* aanwezig, waar niet makkelijk op te lossen problemen mee bedoeld worden (Head & Alford, 2013). Samenwerken is gewenst om met deze complexe werkelijkheid om te gaan. Doordat de problemen steeds ingewikkelder worden, worden de professionals meer afhankelijk van elkaar en is het van belang dat men elkaar over en weer goed begrijpt (D'Amour et al., 2005). Verschillende auteurs hebben aangegeven dat een succes of mislukking van deze samenwerking afhangt van de mate waarin mensen effectief samenwerken (San Martin-Rodriquez et al., 2005). Gezamenlijk kunnen de verschillende partijen de problemen aanpakken. Dit vraagt wel om geïntegreerde professionele samenwerking tussen de verschillende vakgebieden. (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Er zijn veel verschillende actoren betrokken bij het creëren van een mogelijke oplossing (Noordegraaf et al., 2011). Deze actoren kunnen gezamenlijk hun expertise, kennis en kunde bundelen (Noordegraaf, 2004).

In de literatuur wordt in veel verschillende termen gesproken over samenwerkende professionals. Termen als multidisciplinair, interdisciplinair en interprofessioneel worden vaak door elkaar heen gebruikt. Interprofessioneel samenwerken gaat over het samenwerken tussen verschillende disciplines. Het onderscheidt zich van multidisciplinair samenwerken, omdat de professionals bij interprofessionele samenwerking daadwerkelijk samen op hetzelfde moment zich over dezelfde complexe problemen buigen. Bij multidisciplinaire samenwerking treden de verschillende actoren sequentieel op en is er weinig interactie (Vinicor, 1995). D'Amour et al. (2005) stellen dat multidisciplinair, interdisciplinair en transdisciplinair uitwisselbaar gebruikt worden en dat er nog geen eenduidigheid in definiëring is. Interprofessioneel samenwerken veronderstelt dat er overlegmomenten tussen verschillende professionals zijn waarbij er informatie, ideeën en aanbevelingen uitgewisseld worden. Daarnaast is er een interprofessioneel team, waar de professionals in samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en doelgerichte aanpak ontwikkelen. (Royen, 2009).

Tal van onderzoekers hebben principes van goede samenwerking opgesteld (Lawson, 2004; San Martin-Rodriguez et al., 2005; D'Amour et al., 2005). Wat betreft de zorg is een aantal principes van belang. Van Royen (2009) spreekt over de principes dat de cliënt centraal staat, samenwerking vanuit een gezamenlijke visie moet ontstaan, er een gemeenschappelijke taal moet zijn en instrumenten beschikbaar moeten zijn. Verder is het van belang dat de professionals elkaar aanvullen en respect hebben voor elkaars rol, expertise, kennis en kunde. Daarnaast is het zaak dat de professionals hun eigen grenzen erkennen en ook de zorg en zorgen met elkaar kunnen delen (Van Royen, 2009). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid ziet samenwerking tussen en binnen organisaties als een succesvolle methode voor het behalen van kwaliteit en synergie (WRR, 2004). Ook kan de effectiviteit en de efficiency door samenwerken vergroot worden (Lawson, 2004). Andere voordelen van samenwerken zijn het verkrijgen van meer financiële middelen, aangezien er door samenwerken bijvoorbeeld meer geld vrij komt. Ook wordt de kwaliteit van het werken van het team vergroot, doordat er meer professionals betrokken zijn. Door het samenwerken wordt de legitimiteit vergroot, aangezien onder ander de macht en autoriteit zijn uitgebreid en kan het van voordeel zijn voor sociale ontwikkelingen, aangezien deze ontwikkeling door de samenwerking versneld kan worden (Lawson, 2004). Ook interprofessionele samenwerking heeft een aantal voordelen (Van Royen, 2009). Door interprofessionele samenwerking kan er beter worden omgegaan met complexe situaties en zal er een verbetering zijn van de kwaliteit van de zorg. Ook wordt de deskundigheid verruimd doordat er interactie plaatsvindt. Daardoor ontstaat er een betere en effectievere communicatie tussen de professionals onderling en kan de werklast beter verdeeld worden.

In dit onderzoek wordt het volgende bedoeld met interprofessionele samenwerking: een collectieve actie om tot een gezamenlijk doel te komen (D'Amour et al., 2005). Om dit doel te bereiken moet er samengewerkt worden in een team en wordt de interactie opgezocht tussen verschillende professionals waarbij er uitwisseling van informatie, ideeën en aanbevelingen plaatsvindt (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Interpersoonlijke en sociaal cognitieve vaardigheden zijn van belang om de onderling gedeelde kennis te delen en te gebruiken als team (Van den Bossche, Gijselaers, Segers & Kirschner, 2006).

---

### 3.2.1 CONCLUSIE

- *Wat is interprofessionele samenwerking?*

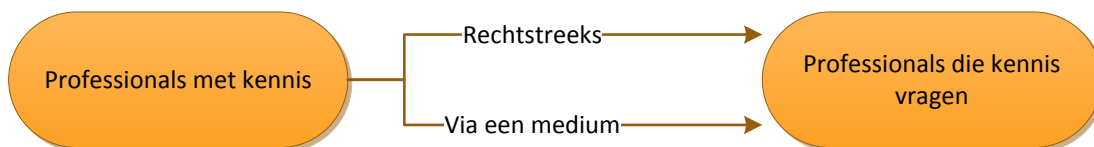
Interprofessionele samenwerking is het samenwerken tussen verschillende professionals die op hetzelfde moment zich over dezelfde complexe problematieken buigen. Het gaat om de collectieve actie van deze verschillende professionals om een gezamenlijk doel te bereiken (D'Amour et al., 2005). In dit onderzoek zal de focus liggen op de samenwerking tussen de verschillende professionals. Deze professionals zoeken de interactie met elkaar op om over de complexe problemen te spreken en hun gezamenlijk doel na te streven. Wat betreft het ETC en de kliniek bij Intermetzo is het gezamenlijk doel de ontwikkeling van het kind zo optimaal mogelijk te ondersteunen.

### 3.3 KENNISDELING IN INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

Communicatie is een belangrijk aspect van samenwerken in organisaties. Tegenwoordig leven we in een informatie- of kennissamenleving waar het belang van informatie en kennis groot is. De verspreiding van deze kennis is door de ICT-ontwikkelingen enorm uitgebreid en versneld. Zo is het tegenwoordig mogelijk om met mensen over de hele wereld gezamenlijk een bespreking houden via videoconferenties. Dit was een aantal jaar geleden nog niet mogelijk en heeft grote impact gehad op de hoeveelheid van kennis en de snelheid van het delen. Ook de hoeveelheid informatie is de laatste decennia enorm toegenomen. Kennis kan tegenwoordig gebruikt worden als competitief voordeel voor een organisatie en is belangrijk voor het succes op lange termijn van organisaties (Stewart 1998; Ipe, 2003; Riege, 2005). Hierdoor is het onderzoek naar kennisdeling toegenomen onder onderzoekers (Riege, 2005). Kennisdelen is eigenlijk niet meer dan het beschikbaar maken van kennis voor anderen in de organisatie. Bij deze kennisdeling wordt kennis van het ene individu overgedragen naar een ander individu op een manier dat het begrepen, geabsorbeerd en gebruikt kan worden (Ipe, 2003). Het delen van de kennis impliceert een relatie tussen tenminste twee partijen waarvan een van de partijen de kennis bezit en de ander de kennis verkrijgt (Hendriks, 1999). Kennisdelen tussen professionals

vergroot de mogelijkheid tot innoveren van een organisatie. De kennis van een individu alleen kan minder bereiken dan van de individuen gezamenlijk (Cohen & Levinthal, 1990; Ipe, 2003).

Kennisdelen kan op twee manieren tussen professionals plaatsvinden: direct of indirect, zoals in figuur 5 naar voren komt (Bertrams, 1999). De directe manier van kennisdelen gaat rechtstreeks van de professional met kennis naar de professionals die kennis vragen of nodig hebben. Bij de rechtstreekse manier van kennisdelen hebben de professionals direct contact met elkaar, veelal via verbale communicatie (Pulakos, Dorsey & Borman, 2003). De indirecte wijze van kennisdelen vindt plaats via een medium (Bertrams, 1999). De professional met kennis verzendt zijn boodschap via een medium naar de professional die de kennis behoeft. De professionals zijn bij deze indirecte manier van kennisdelen niet direct met elkaar in contact. Veelal wordt hierbij gebruik gemaakt van de ICT-mogelijkheden.



Figuur 5: Manieren van kennisdelen (Bertrams, 1999)

Daarnaast kan kennis formeel en informeel tussen professionals gedeeld worden (Ipe, 2003). De formele wijze van kennisdelen vindt gestructureerd plaats en doelgericht. De informele manier om kennis te delen tussen professionals is ongestructureerd en relationeel (Ipe, 2003). In de volgende paragraaf zal er dieper ingegaan worden op deze twee mogelijkheden om kennis te delen.

Het delen van informatie heeft ook negatieve effecten. Het teveel delen van informatie kan leiden tot een *information overload* (overbelasting aan informatie) (Noordegraaf, 2004). Dit betekent dat de hoeveelheid aan informatie die gedeeld wordt en vrijkomt zo overweldigend is, dat het niet mogelijk is om er nog betekenis aan te geven. Het tweede negatieve punt van deze ontwikkeling is *lack of meaning* (gebrek aan betekenis) bij de grote hoeveelheid aan informatie. Het is in dit geval niet duidelijk wat de betekenis is van deze informatie. De verschillende professionals beschikken over verschillende referentiekaders en kunnen de informatie op een andere manier interpreteren. Zelfs onder de beste omstandigheden is kennisdelen in organisaties een veelzijdig en complex proces (Hendriks, 1999).

Daarom is het van belang om effectief te communiceren (Vroemen, 2014). Op verschillende niveaus in de organisatie is kennis aanwezig: op individueel, groeps- en organisatieniveau (De Long & Fahey

2000; Ipe, 2003). Deze kennis moet niet alleen gedeeld worden, maar ook geselecteerd worden, zodat de andere professional niet overspoeld wordt met informatie die niet noodzakelijk is. Iedereen altijd een cc'tje sturen maakt de effectiviteit van de communicatie niet groter. Daarnaast is communicatie van betekenis bij de onderlinge relatie tussen de professionals. Het is van belang dat de professionals naar elkaar uitspreken wat er van de ander verwacht wordt. Dit vraagt om openheid. Door open te zijn en kennis met anderen te delen, vergroot je het wederzijds vertrouwen en zal er meer kennisdeling plaatsvinden (Cabrera & Cabrera, 2005). Om kennis te delen, is openheid nodig en is het van belang dat er feedbackmomenten plaatsvinden. Het geven en ontvangen van feedback in interprofessionele samenwerking blijkt een heikel punt te zijn dat al jaren hoog op de agenda staat (Riege, 2005).

Kennisdelen moet een integraal deel worden van het werk van professionals. De organisatiecultuur moet hiervoor ook open staan. Succesvol kennisdelen hangt volgens Riege (2005) af van de motivatie, aanmoediging en persoonlijke stimulatie van de werknemer. Daarnaast is een platte en open organisatiestructuur van belang om de kennisdeling te faciliteren. Verder is moderne passende technologie van belang om doelgericht de informatie te kunnen delen.

Interprofessioneel samenwerken leer je voornamelijk op de werkplek zelf: persoonlijke leermomenten, werkbeknoptingen, formele leermomenten en toevallige informele leersituaties bij de koffieautomaat. Het doel van het interprofessioneel samenwerken is kwaliteit verbeteren (Van Royen, 2009). Er bestaat geen beste manier om kennis te delen, het verschilt van organisatie tot organisatie wat werkt. Organisaties moeten hierop gericht zijn om er zeker van te zijn dat de juiste informatie bij de juiste persoon terecht komt (Riege, 2005).

---

### 3.3.1 CONCLUSIE

- *Hoe wordt kennisdelen vormgegeven in interprofessionele samenwerking?*

Kennisdeling in interprofessionele samenwerking kan zowel direct als indirect worden vormgegeven (Bertrams, 1999). Bij directe kennisdeling gaat het rechtstreeks van de ene professional naar de andere professional. Bij indirecte kennisdeling betreft het de kennisdeling die via een medium plaatsvindt. Kennisdeling wordt in dit onderzoek op individueel niveau bestudeerd. De kennis wordt van individu naar individu overgedragen. Kennis kan zowel formeel als informeel overgedragen worden (Ipe, 2003). Formeel omvat de gestructureerde, doelgerichte kennisoverdracht. Met informele kennisoverdracht wordt de ongestructureerde, relationele wijze van kennisdelen bedoeld.

### 3.4 FACTOREN DIE KENNISDELING TUSSEN INDIVIDUEN BEÏNVLOEDEN

In de interprofessionele samenwerking delen de professionals onderling kennis. Er zijn verschillende factoren die deze kennisdeling tussen individuen kunnen beïnvloeden. Ipe (2003) onderscheidt drie factoren die het kennisdelen tussen de professionals kunnen beïnvloeden. De aard van de kennis, de mogelijkheid om kennis te delen en de motivatie om kennis te delen zijn de drie factoren, tevens terug te zien in figuur 6.



Figuur 6: Factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden (Ipe, 2003, p. 352)

#### 3.4.1 AARD VAN DE KENNIS

De aard van de kennis is een belangrijk aspect dat het kennisdelen kan beïnvloeden. Dit aspect kan onderverdeeld worden in impliciete kennis, expliciete kennis en de waarde van de kennis (Ipe, 2003). Kennis is een combinatie van *expliciete* en *impliciete* kennis (Nonaka, 1991). Het verschil is volgens Lam (2000) dat het bij expliciete kennis mogelijk is om de kennis te coderen, te verwerven, bijeen te brengen, over te brengen, te verzamelen en te verspreiden. Deze expliciete kennis is gemakkelijk te delen en over te dragen aan anderen in de organisatie. De impliciete kennis gaat daarentegen over de persoonlijke kennis die verankerd zit in de acties van de professional. Deze kennis is niet tastbaar en niet zichtbaar en daardoor lastig over te dragen aan anderen in een organisatie. Het onderscheid tussen de expliciete kennis en impliciete kennis kan verduidelijkt worden met de metafoer van een ijsberg. Het topje van de ijsberg is de expliciete kennis. Dit is zichtbaar en tastbaar voor elke individu. Onder het wateroppervlak ligt het grootste deel van de ijsberg. Dit is niet zichtbaar en tastbaar voor de professional (Jasimuddin et al., 2005). Impliciete kennis kan boven het wateroppervlak komen door het zichtbaar en tastbaar te maken.

Verschillende auteurs geven een andere definitie van kennis (Weggeman, 2000; Ackhoff, 1989; Nonaka & Takeuchi, 1995). Weggeman (2000) stelt dat kennis ervaringen, vaardigheden en attitudes omvat. Ackhof (1989) maakt onderscheid tussen wijsheid, kennis, informatie en data. Onder data wordt onbewerkte gegevens verstaan. Bij informatie wordt aan deze onbewerkte gegevens betekenis toegekend. Wanneer deze informatie in een context wordt geplaatst is er sprake van kennis. Vervolgens kan deze kennis worden toegepast en ontstaat wijsheid. Ook Nonaka & Takeuchi (1995) maken onderscheid tussen kennis en informatie. Zij hebben kenmerken geïdentificeerd waarop kennis en informatie van elkaar onderscheiden worden. Bij kennis gaat het, in tegenstelling tot informatie, om geloof en commitment, om actie en om een context specifieke relatie. Hierdoor krijgt informatie betekenis en kan het kennis worden. Zowel de impliciete als de expliciete kennis zijn van belang bij het delen van kennis tussen professionals in een organisatie.

Naast de expliciete kennis en de impliciete kennis is de waarde van de kennis ook een mogelijk beïnvloedende factor bij het delen van kennis. Kennis levert namelijk een bijdrage aan het doel. Hierbij is het interessant om te kijken met wie, wanneer en hoe er kennis gedeeld moet worden (Ipe, 2003). Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de impliciete kennis, waarbij de expliciete kennis niet geheel buiten beschouwing gelaten wordt.

---

### 3.4.2 MOTIVATIE OM KENNIS TE DELEN

Een tweede factor die van invloed kan zijn op het delen van kennis is de motivatie van de individu. Zonder sterke persoonlijke motivatie delen mensen niet graag hun kennis (Ipe, 2003). Bij de motivatie wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe factoren. De interne factoren worden onderverdeeld in kennis als macht en de wederkerigheid van de kennis. De externe factoren zijn door Ipe (2003) onderscheiden in de relatie met de ontvanger en de beloning voor het delen. Deze zullen hieronder toegelicht worden.

Met de interne factor *kennis als macht* wordt het toenemende belang van kennis in organisaties bedoeld. De personen die over de kennis beschikken, kunnen deze kennis inzetten als voordeel. Als binnen een organisatie blijkt dat het beschikken over specifieke kennis een machtsvoordeel kan zijn, is het waarschijnlijk dat dit leidt tot het afschermen van deze kennis, in plaats van deze kennis te delen. Kennis kan namelijk voor verschillende doeleinden gebruikt worden vanuit het idee dat er een machtsvoordeel uit te halen valt. D'Amour et al. (2005) hebben aangetoond dat macht een van de vijf meest voorkomende kenmerken is van het concept samenwerken. Macht zou in de ideale situatie gedeeld worden door de leden van het team. In deze situatie wordt ieders deel in de macht erkend. Echter, macht is ook afhankelijk van ervaring (D'Amour et al., 2005).



De tweede interne factor is *wederkerigheid*. De wederkerigheid van het geven-en-nemen van kennis kan het delen van de kennis vergemakkelijken. Individuen zijn in dit geval van elkaar afhankelijk in de mate waarin zij hun eigen kennis delen met die van anderen. Daarnaast stimuleert het ontvangen van kennis de individu om kennis terug te geven in ruil daarvoor (Ipe, 2003). De wederzijdse afhankelijkheid tussen de professionals is een belangrijk aspect in de samenwerking (D'Amour et al., 2005). De professionals zijn afhankelijk van een ander, omdat ze een gezamenlijk doel hebben. Zodra de professionals binnen een groep zich bewust worden van de wederzijdse afhankelijkheid en beseffen dat elke expertise van belang is binnen de samenwerking, ontstaat er synergie (D'Amour et al., 2005). Zoals Aristoteles stelde: het geheel is meer dan de som der delen (Hoffman, 2002, p. 119).

De *relatie met de ontvanger* is de eerste externe factor. De relatie tussen de zender en de ontvanger is een belangrijke motivatie om kennis al dan niet te delen. De relatie met de ontvanger heeft twee belangrijke elementen: vertrouwen en de macht/ status van de ontvanger. Bij het ontbreken van vertrouwen zal er minder kennis gedeeld worden (San Martin- Rodriguez et al., 2005). Naast de vertrouwensband speelt ook de macht in de relatie tussen de zender en de ontvanger een rol. Individuen met een lage status en macht delen informatie vaker direct. Individuen met meer status en macht hebben de neiging om meer met gelijken in de organisatie de kennis te delen dan met mensen met minder status en macht.

De tweede externe factor is *het belonen voor het delen* van de kennis (Ipe, 2003). Het belonen en straffen voor het delen en het niet delen van kennis beïnvloedt ook het proces van kennisdelen in een organisatie. De relatie tussen het delen van kennis en belonen is positief en de relatie tussen het delen van kennis en straffen is negatief. Belonen is op zich niet voldoende om het delen van kennis te motiveren onder individuen.

---

### 3.4.3 MOGELIJKHEID OM KENNIS TE DELEN

Naast de aard van de kennis en de motivatie om de kennis te delen, speelt ook de mogelijkheid van het delen van de kennis een belangrijke rol. Er wordt onderscheid gemaakt tussen formele en informele mogelijkheden. Formele mogelijkheden – *doelgerichte leerkanalen* - zijn onder andere de opleidingen, het gestructureerd werken in teams, en de technologieën die het delen van kennis mogelijk maken (Ipe, 2003). Het gaat hierbij om het expliciet verwerven en verspreiden van kennis. Het voordeel van deze expliciete kennis is het snel bereiken van een groot aantal mensen. Dit wordt onder andere gefaciliteerd door de ICT toepassingen. De verschillende vormen van technologie zijn van belang bij interprofessionele samenwerking (Royen, 2009). Riege (2005) heeft onderzoek gedaan naar barrières die kunnen optreden bij kennisdelen. Hij heeft onder andere aangetoond dat er een

aantal technologische barrières kunnen optreden, zoals het gebrek aan integratie van ITC systemen en processen. Ook stelt hij dat technische vernieuwingen goed gecommuniceerd en gedemonstreerd moeten worden en dat de gebruiker hiervoor training moet krijgen. Verder geeft hij aan dat het individu onrealistische verwachtingen kan hebben van de technologische mogelijkheden.

Informele mogelijkheden – *relationele leerkanalen* - om kennis te delen zijn bijvoorbeeld persoonlijke relaties en netwerken van individuen. De meeste kennis wordt gedeeld via de informele kanalen. Deze relationele kanalen als face-to-face communicatie kunnen een vertrouwensband creëren, die een belangrijke motiverende factor is om kennis te delen. Daarnaast is aangetoond dat zelfs wanneer er aangewezen communicatiekanalen zijn om de kennis te delen, de mensen de neiging hebben om de kennis via de informele relatie te delen met elkaar. D'Amour et al. (2005) tonen aan dat samenwerken een dynamisch en interactief proces is. Dit proces is interpersoonlijk. Onderhandeling, compromissen sluiten en beslissingen nemen maken daar deel van uit. In dit proces is het van belang dat de professionele grenzen overstijgd worden en dat elke professional in het team de kwaliteiten en vaardigheden van de andere professionals onderkent en respecteert.

---

#### 3.4.4 CONCLUSIE

- *Wat zijn factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen in interprofessionele samenwerking?*

Ipe (2003) heeft een model opgesteld waarin zij de mogelijke beïnvloedende factoren van het kennisdelen onderscheidt, namelijk: aard van de kennis, mogelijkheid om te delen en motivatie om te delen. Deze drie factoren kunnen invloed hebben op kennisdelen in interprofessionele samenwerking op individueel niveau. De factor aard van de kennis kan onderverdeeld worden in expliciete kennis, impliciete kennis en de waarde van kennis. De motivatie om kennis te delen is onderverdeeld in interne factoren en externe factoren. Onder de interne factoren vallen macht en wederkerigheid. De externe factoren die onderscheiden zijn, zijn relatie met de ontvanger en beloning voor het delen. De mogelijkheid om kennis te delen is te verdelen in de doelgerichte leerkanalen en de relationele leerkanalen.

## HOOFDSTUK 4: ONDERZOEKSAANPAK

*In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak besproken worden. Allereerst wordt ingegaan op de benadering. Daarna wordt de onderzoeksmethoden en analysemethoden besproken. De selectie van de respondenten wordt verantwoord. Tevens komen de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek hier aan bod.*

### 4.1 ONDERZOEKSBENADERING

Tijdens het onderzoek werd een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. Hiermee lag de focus op de ideeën, achtergronden, motieven, weerstanden en beweegredenen van de respondenten. Bij kwalitatieve interpretatieve benadering ligt de nadruk op het beschrijven, begrijpen en verklaren van wat zich afspeelt (Boeije, 2005). Dit staat haaks op de kwantitatieve benadering, waar de probleemstelling op een cijfermatige en statische wijze geanalyseerd wordt.

Dit onderzoek is erop gericht om de kennisdeling tussen de onderwijsprofessional en de zorgprofessional in kaart te brengen en te beschrijven aan de hand van de factoren die het kennisdelen kunnen beïnvloeden. Vervolgens worden aan de hand van deze analyse aanbevelingen geformuleerd wat betreft de kennisdeling. Voor dit onderzoek is bewust gekozen voor de kwalitatieve onderzoeksmethode.

### 4.2 ONDERZOEKSMETHODE

Voor het verzamelen van de data werd een drietal methoden gebruikt. Allereerst vond er documentanalyse plaats en werd er oriënterend geobserveerd bij de overdrachtsmomenten tussen de professionals die betrokken waren bij de cliënten. Vervolgens werden er interviews afgenomen.

---

#### 4.2.1 DOCUMENTANALYSE

Voor de documentanalyse leverde Intermetzo een aantal documenten aan (Bijlage 2). Aan de hand van deze documenten werd de context van Intermetzo en het ETC en de kliniek kaart gebracht. Daarnaast boden deze documenten van Intermetzo, de algemene documenten en de documenten over professionaliteit in jeugdzorg handvatten voor het onderzoek. De kennis uit deze documenten over de verwachte professionele houding en regelgeving omtrent de interprofessionele samenwerking was vooraf vergaard. Verder werd onder andere de documentanalyse gebruikt bij het creëren van de topiclijst voor de interviews.

---

#### 4.2.2 ORIËNTEREND OBSERVEREN

In de aanloop van het onderzoek werd oriënterend geobserveerd tijdens de overdrachtsmomenten tussen de verschillende professionals. Ook werd tijdens vergaderingen tussen verschillende professionals oriënterend geobserveerd. De observaties hadden onder andere als doel om inzicht te krijgen in het alledaags handelen van de professionals die betrokken waren bij de kinderen. Dit gebeurde bijvoorbeeld aan het begin en aan het einde van de dag op het ETC. Ook de overdrachten naar de kliniek en naar de therapie werden geobserveerd. Aan de hand van deze observaties kon de onderzoeker zich een beter beeld vormen van de locatie. Dit werd vervolgens ingezet tijdens het houden van de interviews.

Tijdens de oriënterende observaties werden continu aantekeningen gemaakt. Het was het belangrijk om als observeerder alle opvallende zaken te noteren en niet alleen uit te gaan van de factoren die in de operationalisatie (tabel 2) beschreven zijn. Aangezien het een oriënterende observatie betrof, werden hier geen conclusies aan verbonden.

---

#### 4.2.3 INTERVIEWS

Nadat er op het ETC was geobserveerd, werd gestart met de interviews. Aan de hand van het theoretisch kader werd een topiclijst opgesteld om de interviews semigestructureerd te laten verlopen. Aan de hand van de topiclijst werden onderwerpen aangesneden in het interview. Wel had de geïnterviewde ruimte om, naast deze onderwerpen, ook over de eigen belevingswereld te spreken. Deze topiclijst droeg eveneens bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. In bijlage 3 zijn de topiclijsten voor de professional voor de leidinggevende te vinden. Beide topiclijsten waren aan de hand van dezelfde theorie opgesteld. Ze verschilden vanuit welk perspectief er gekeken werd naar de samenwerking en het kennisdelen. Voor de professionals betrof dit de werkvloer, voor de leidinggevenden betrof dit het leidinggevende niveau.

In tabel 1 wordt weergegeven op welke wijze de empirische deelvragen behandeld zullen worden. Ter verduidelijking zijn hieronder deze deelvragen herhaald.

- *Hoe ziet de interprofessionele samenwerking eruit rondom het kind tussen de kliniek en het ETC?*
- *Hoe wordt het kennisdelen vormgegeven in de samenwerking tussen de kliniek en het ETC?*
- *Wat zijn factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen tussen de professionals van de kliniek en de professionals van het ETC?*

Tabel 1: Behandelen empirische deelvragen

Deelvraag	Documentanalyse	Oriënterend observeren	Interviews
1	X	X	X
2	X	X	X
3		X	X

#### 4.3 OPERATIONALISATIE

Voor het meetbaar maken van de factoren die kennisdelen kunnen beïnvloeden zijn deze centrale factoren geoperationaliseerd. De factoren aard van de kennis, mogelijkheid en motivatie om te delen zijn vervolgens onderverdeeld in kenmerken. Deze kenmerken zijn vervolgens weer verder uitgesplitst in indicatoren. De operationalisatie ziet er als volgt uit:

Tabel 2: Operationalisatie concept, kenmerk en indicator

Concept	Kenmerk	Indicator
Interprofessionele samenwerking	Interactie	Communicatie
	Gezamenlijk doel	Dezelfde focus
	Collectieve actie	Wil om samen te werken
<i>Kennisdelen</i>	Direct	Rechtstreeks, zonder medium
	Indirect	Via een medium
	Formeel	Gestructureerd, doelgericht
	Informeel	Ongestructureerd, relationeel
<i>Factor: Aard van de kennis</i>	Impliciete kennis	Ervaringen, vaardigheden en attitudes
	Expliciete kennis	Data: niet geïnterpreteerde gegevens
		Informatie: Gegevens waar betekenis aan is toegekend
		Kennis: Inzichten, ervaringen en procedures
	Waarde van kennis	Bijdrage aan het doel
<i>Factor: Mogelijkheid om te delen</i>	Doelgerichte mogelijkheid om te delen	Trainingsprogramma's
		Passende technologie/ ICT systemen
		Gestructureerde werkteams
	Relationele mogelijkheid om te delen	Face to face communicatie: vertrouwen

Concept	Kenmerk	Indicator
<i>Factor: Motivatie om te delen</i>	Interne factoren	Macht
		Wederkerigheid: Afhankelijk van andermans kennis
	Externe factoren	Relatie met ontvanger: Afhankelijk van andermans kennis
		Belonen/straffen voor delen

#### 4.4 ANALYSEMETHODEN

*'Analyseren is de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in de categorieën met begrippen, en het aanbrengen en toetsen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleemstelling.'* (Boeije, 2005 p. 63)

De data werden verzameld, geordend en geanalyseerd (Boeije, 2005). Het verzamelen van de data vond plaats door middel van de documentenanalyse, oriënterende observaties en interviews. Vervolgens was het van belang om deze data te ordenen. Het was zaak dat dit nauwkeurig en gestructureerd gebeurde voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. De analyse vond aan de hand van de ordening en de theoretische onderbouwing plaats.

Alle stappen in het onderzoek werden nauwkeurig gedocumenteerd. De data werden secuur uitgewerkt: de interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens werd handmatig gecodeerd. Tijdens de axiale codering kwam naar voren welke thema's vaak de revue passeerden. Bij selectieve codering werden de thema's gekoppeld aan de indeling die in het theoretisch kader naar voren kwam: aard van de kennis, motivatie om te delen en mogelijkheid om te delen. Overkoepelend werd nog naar de interprofessionele samenwerking en het kennisdelen binnen deze samenwerking gekeken. In bijlage 4 zijn de codebomen die uit de coderingen voortkomen, te vinden. Verder werd in deze analysefase nog gekeken naar de opvallendheden die tijdens het observeren aan het licht gekomen waren.

##### 4.4.1 THICK DESCRIPTION

*'Het geven van een adequate beschrijving is in kwalitatief onderzoek bekend geworden onder de term thick description. Onder thick description wordt verstaan dat de onderzoeker rijke en gedetailleerde beschrijving geeft van omstandigheden, situaties, mechanismen enzovoort.'* (Boeije, 2005 p. 131)

Voor het beantwoorden van de deelvragen werd er een thick description gegeven van de context waar het onderzoek had plaatsgevonden. Een dag van een kind werd op deze wijze beschreven om een goede indruk te geven van de locatie.

#### 4.5 SELECTIE RESPONDENTEN

Het onderzoek vond plaats bij het ETC en de kliniek. Aangezien het een relatief kleine locatie met 13 kinderen betrof, was de keus voor de selectie van de respondenten niet heel groot. Van het ETC werden de leerkrachten, de PPH'ers de gedragskundige en de behandelaar van het ETC geïnterviewd. Vanuit de kliniek werd met de PPH'ers en de behandelaar van de kliniek gesproken. Naast het feit dat er met professionals gesproken was, werden ook de leidinggevendenden van alle drie de aansturinglijnen geïnterviewd. Zij kijken vanaf een afstand naar de samenwerking en kennisdeling en zijn degene die de professionals aansturen. De volgende mensen zijn geïnterviewd (tabel 3):

Tabel 3: Lijst met respondenten

<b>Management/leidinggevende</b>
Manager zorg kliniek
Manager zorg ETC
Locatieleider onderwijs
Coördinator leerlingen zorg
<b>Onderwijs ETC</b>
Gedragskundige Onderwijs
2 (vak)leerkrachten
<b>Behandeling ETC</b>
Behandelaar ETC
2 Psychiatrisch pedagogisch hulpverleners ETC
<b>Kliniek</b>
2 Psychiatrisch pedagogisch hulpverleners kliniek

#### 4.6 VALIDITEIT & BETROUWBAARHEID

*“Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit.”*  
(Boeije, 2005, p. 145)

Validiteit is onder te verdelen in interne validiteit en externe validiteit. De interne validiteit omvat de geldigheid van het onderzoek zelf. De externe validiteit betreft de mate van generaliseerbaarheid van de resultaten.

#### *Interne validiteit*

De geldigheid van het onderzoek kon in het geding komen doordat het onderzoek een specifieke locatie van Intermetzo betrof. De onderzoeker heeft op deze locatie oriënterend geobserveerd en heeft hier vervolgens interviews afgenomen. Dit kon mogelijk leiden tot sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten, aangezien er mogelijk angst heeft bestaan dat uitspraken herleidbaar zouden kunnen zijn naar individuen, vanwege het beperkte aantal respondenten. Dit zou mogelijk van invloed kunnen zijn op reacties in de interviews. Om dit te voorkomen was vooraf aan de interviews duidelijk vermeld dat de resultaten geanonimiseerd werden. Verder heeft er triangulatie plaatsgevonden. Triangulatie betekent dat er meerdere metingen worden verricht vanuit verschillende invalshoeken (Boeije, 2005). Het onderzoek werd vanuit drie invalshoeken gedaan: documentanalyse, oriënterende observaties en interviews. Aangezien het onderzoek uitgevoerd werd aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden op verschillende momenten, kon de interne validiteit van het onderzoek toenemen.

#### *Externe validiteit*

De generaliseerbaarheid van het onderzoek is laag. Aangezien het een interpretatief onderzoek is dat ervan uit gaat dat de werkelijkheid niet uitsluitend gezien kan worden als een stelsel van natuurlijk wetmatigheden, is de externe validiteit lager. Het onderzoek is uitgevoerd bij een specifieke locatie. Het onderzoek werd uitgevoerd in de loop van 2015. Dit was het transitiejaar waarin veel veranderd is voor de jeugdzorg. Dit kon van invloed zijn op de resultaten. Wanneer het onderzoek in een andere periode uitgevoerd zou zijn, zouden er mogelijk andere resultaten naar voren komen. Echter, het transitiejaar is niet doorslaggevend. Het onderzoek biedt een brede beschrijving van de kennisdeling tussen de professionals bij het ETC van Intermetzo. Verwacht werd dat er patronen bloot gelegd zullen worden in deze kennisdeling, die mogelijk ook bruikbaar kunnen zijn voor andere interprofessionele samenwerkingsverbanden.

#### *Betrouwbaarheid*

*“Betrouwbaarheid heeft betrekking op beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten.”* (Boeije, 2005, p. 145)



Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten werd gekeken naar de toevallige factoren die het onderzoek konden beïnvloeden. De precisie van de methoden en de dataverzameling en meetinstrumenten waren hierbij onder de loep genomen. Nauwkeurigheid en consistentie waren hierbij van belang. Wanneer het onderzoek herhaald wordt, behoren daar dezelfde resultaten uit te komen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten, werd gebruikt gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden: documentanalyse, oriënterende observaties, interviews. Voor de interviews werd aan de hand van een topiclijst gewerkt, die voortkwam uit de literatuur. Daarnaast werd van de observaties uitgebreid aantekeningen gemaakt en werden de interviews opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens werden alle verkregen data geanalyseerd en gecodeerd.

## HOOFDSTUK 5: RESULTATEN

*In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd aan de hand van de empirische deelvragen. Aan het eind van elke deelvraag volgt een korte conclusie. Ter verduidelijking van de locatie waar het onderzoek is uitgevoerd, zal allereerst een dag van een kind, Anton, fictief beschreven worden. Vervolgens wordt ingegaan op interprofessionele samenwerking, kennisdeling en komen de drie factoren die kennisdelen kunnen beïnvloeden aan bod.*

### 5.1 DAG VAN EEN KIND

Anton is een jongen van tien, hij is licht verstandelijk beperkt en heeft psychische, gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Zijn ouders konden hem geen veilig thuis meer bieden en via verschillende instanties is Anton terecht gekomen bij Intermetzo. De ouders van Anton zijn niet erg betrokken bij de vooruitgang die hij boekt binnen de behandeling en op het ETC. De ouderavonden bezoeken zij niet en ze zoeken nauwelijks contact met het ETC en de kliniek.

*'We hebben ook gesprekken gehad van: ik kan net zo goed tegen de muur praten, die had waarschijnlijk enthousiaster gereageerd. Niet dat ze niet van hun kind houden, maar gewoon het boeit ze niet.'* (PPH'er ETC)

Anton wordt wakker in zijn eigen kamer. Elk kind heeft, net als Anton, een eigen kamer. Sommige kinderen hebben een wekker, maar de meeste kinderen worden door de groepsleiding gewekt. Anton heeft slecht geslapen. Hij heeft een enge droom gehad en kreeg daarna een woede aanval.

De ochtend start met het ochtend ritueel. Na het douchen en aankleden gaat hij samen met de acht andere kinderen van de kliniek ontbijten aan de eettafel. De eettafel staat in de keuken, aangrenzend aan de woonkamer met zitgedeelte. Naast de woonkamer is een kleine stilteruimte, waar de kinderen zich kunnen terugtrekken, als ze daar behoefte aan hebben. In de ochtend zijn er twee PPH'ers op de kliniek aanwezig. De ene is er sinds gisteravond al, die heeft slaapdienst gehad. Als de kinderen naar school of dagbehandeling gaan, bespreken de PPH'ers wat er gebeurd is op de kliniek. Dan gaat de PPH'er die er sinds gisteravond is naar huis, en neemt zijn collega die 's ochtends is begonnen zijn dienst over.

*'Je bent één gezicht als team. Je probeert het zoveel mogelijk zo neer te zetten. Dus wat ik weet, weet mijn collega zo meteen ook.'* (PPH kliniek)

Anton gaat samen met een paar andere kinderen van de kliniek naar het ETC. De andere kinderen gaan naar het Speciaal Basis Onderwijs (SBO), aan de overkant van de grote weg. Anton wordt om vijf voor negen door de groepsleiding naar het ETC gebracht. Hij heeft zijn lunch mee. Als hij op het ETC komt zijn er meerdere kinderen die door hun groepsleiding gebracht worden. Hierdoor moet hij even wachten totdat hij aan de beurt is bij de PPH'ers van het ETC.

Het gebouw waar hij les krijgt is oud en niet handig ingedeeld. Er zijn drie lokalen, twee voor de behandelklassen en een voor het onderwijs. Verder is er vorig jaar verbouwd. In een tussenruimte is een stiltekamer en een televisiekamer gemaakt, waar Anton tot rust kan komen als het nodig is.

*'Als ik kijk naar het gebouw vind ik het niet het meest veilige gebouw. Onderhoud technisch en de vluchtroutes. Ik vind het niet bepaald veilig, helend leefklimaat wat we hier toch eigenlijk neerzetten.'* (PPH kliniek)

In beide behandelklassen is plaats voor acht leerlingen. Per behandelklas zijn twee PPH'ers aanwezig. Op dit moment zijn er in totaal dertien kinderen aanwezig op het ETC. In de ene behandelklas zitten de wat jongere kinderen en lijkt het wat rustiger te zijn. In de andere behandelklas zitten de oudere kinderen en is het wat onrustiger. De afgelopen periode zijn er veel wisselingen geweest in de PPH'ers. Hierdoor moest Anton telkens opnieuw wennen.

*'Er zijn zo veel wisselingen geweest in PPH'ers van het ETC dat het heel moeilijk is, je moet eigenlijk elke keer weer op nieuwe beginnen. Iedere keer weer. En je merkt, dat wij de kinderen zo goed kennen dat bepaalde routines en gebruiken al zo in ons handelen zitten, dat het op school echt nog moet gaan ontwikkelen.'* (PPH kliniek)

*'De formatie is nu op orde, ze hebben nu zelfs meer formatie.'* (Manager zorg ETC)

Aan het eind van de gang is het onderwijslokaal. Hier mag Anton elke dag twee keer een kwartiertje heen. Twee keer een kwartier onderwijs is speciaal voor Anton op maat gemaakt, zodat de leerkracht van het onderwijs kan aansluiten bij de onderwijsbehoefte en mogelijkheden van Anton. Sommige andere kinderen uit de behandelklas gaan ook alleen naar de leerkracht in de onderwijsklas toe, anderen gaan met twee of drie tegelijk.

Als Anton aan de beurt is, vraagt de PPH'er van het ETC hem om zijn jas aan de kapstok op de gang te hangen en geeft hij Anton zijn lunch. De PPH'er van het ETC vraagt aan Anton en de PPH'er van de

kliniek hoe het gaat. De PPH'er van de kliniek geeft Anton ruimte om zelf antwoord te geven. Zodra Anton reageert, verwelkomt de PPH'er van het ETC Anton in de behandelklas, geeft hem een hand en laat hem binnen. Op de gang overleggen de PPH'er van de kliniek en de PPH'er van het ETC kort hoe de avond en de ochtend geweest zijn. Er wordt heel kort stilgestaan bij de nachtmerrie van Anton, mogelijk door de drukte op de gang.

*'In de praktijk is het een inloophmoment tussen vijf voor en vijf over negen. Een aantal kinderen komen zelfstandig, de rest komt met groepsleiding mee. Dan krijgen we bij de deur een korte overdracht van hoe de ochtend is geweest. Dat blijft eigenlijk altijd heel algemeen.'* (PPH'er ETC)

*'Bij de deur staat een kind er gewoon bij, er staan ook andere kinderen bij. Sommige dingen bespreek je daar niet het; is gewoon hectisch in- en uitlopen, er staan meerdere kinderen te wachten en daar ga je niet even rustig uitgebreid vertellen wat Pietjepuk in het weekend heeft gedaan.'* (PPH ETC)

De PPH'er van de kliniek geeft aan dat er over de nachtmerrie is gemaild en dat deze nachtmerrie is gemeld in het online systeem. De PPH'er van het ETC heeft geen mail ontvangen en kan niet in het online rapportage systeem.

*'Dus volgens mij officieel mag het niet. Dat wij op de X schijf alle informatie hebben staan. Maar we kunnen ook niet anders. Je mag ook geen papieren dossier meer hebben of in ieder geval in hele beperkte mate. En je moet het toch ergens kwijt. En wij kunnen niet in het online rapportagesysteem en het mag niet op Sharepoint dus dit is de next best thing. Bij gebrek aan beter.'* (PPH ETC)

De dag in de behandelklas start. In de behandelklas leert Anton voornamelijk om te leren op beheersingsniveau (wat een leerling al kan). Er is elke dag een dagprogramma en elk kind heeft een individueel programma wat uitgeprint voor hen op de tafel ligt. Dit programma is grotendeels van kwartier tot kwartier ingedeeld. Rust en voorspelbaarheid zijn namelijk erg belangrijk voor Anton, hij wil graag weten waar hij aan toe is. Overdag heeft hij behandeling in de behandelklas van de PPH'ers, krijgt hij onderwijs van de leerkracht en gaat hij naar therapie. Verder krijgt Anton in de behandelklassen vaklessen als gym, handwerken en muziek.

Ook gaat hij overdag naar therapie, wat op hetzelfde terrein gegeven wordt. Dit is ook onderdeel van zijn dagprogramma. De PPH'ers van het ETC zien de therapeuten eigenlijk nooit en kunnen ook de

rapportages niet lezen, aangezien ze niet in het rapportagesysteem kunnen. Dit vinden zij jammer, want juist wat Anton in de therapie bereikt kan ook in de behandeling ingezet worden.

*'Het is zo fijn om met een therapeut te kunnen praten over een kind, omdat je dan opeens denkt van 'die dingen kunnen ook hier in de klas'. Als een kind heel onrustig is: dit werkt. Hier werk ik in de therapie aan dat kan je dus ook in de klas doen.'* (PPH ETC)

Aan het eind van de ochtend moet hij een kwartier naar de onderwijsklas. Hier krijgt hij lezen, schrijven en rekenen. In deze kwartiertjes wordt hard gewerkt samen met de leerkracht om de leerdoelen vanuit het onderwijs te halen. De leerkracht heeft geen contact gehad met de PPH'er van de kliniek en is niet op de hoogte van de nachtmerrie van Anton.

*'De groepsleiding zie ik alleen maar als een kind toevallig vanuit de groep direct naar mij toe brengen. maar ik heb geen overdracht bij de deur. En dat zou iets zijn wat ik wel graag wil.'* (Leerkracht)

*'Wij hebben op dit moment geen directe contacten met de groepsleiding. (...) Maar we staan natuurlijk wel met zijn allen rondom het kind, dus ook in mails en dingen als er iets speelt rondom het kind is het wel de bedoeling dat wij daarin worden mee genomen.'* (Leerkracht)

Na het kwartier onderwijs gaat Anton terug naar de behandelklas. In de behandelklas hebben de kinderen twee keer pauze. In de ochtend is een sap en fruit moment. In de middag wordt er geluncht. Een paar kinderen uit de groep lunchen op de kliniek. Anton kan tegenwoordig op het ETC lunchen en blijft ook op het ETC.

Tijdens de lunch krijgt Anton een woedeaanval. De PPH'ers van het ETC proberen hem te kalmeren maar hij rent terug naar de kliniek. Op de kliniek hebben ze geen tijd om Anton op te vangen, daar zijn ze overdag druk met administratieve en huishoudelijke taken. Anton zou namelijk de hele dag op het ETC zitten. De PPH'ers van het ETC hebben al meerdere keren aangegeven dat het geen school is, waar de kinderen de hele dag kunnen blijven. Het is een therapeutisch behandelcentrum, waar de werkdruk hoog is en niet altijd verwacht kan worden dat kinderen het een hele dag volhouden.

*'Onbegrip naar elkaar. Inderdaad verwachten dat school het doet en dat school de verwachting heeft dat wij het doen. Onduidelijkheid wat nou eigenlijk de functie is van beide plekken op bepaalde momenten.'* (PPH kliniek)

*'Sowieso krijg ik erg vaak mee dat er vaak en veel kinderen terugkomen. Dus dat mensen echt niet toe komen aan hun taken. En dat is wel vervelend (...) en de werkdruk die daarmee wel hoog blijft.'* (PPH kliniek)

De groepsleiding heeft Anton weer teruggebracht naar het ETC. Het incident wordt samen met de PPH'er van het ETC en Anton opgelost.

*'Nog steeds heb je momenten dan ben je hier en dan staan de kinderen ineens op de groep. Ja maar ik moet het hier oplossen. nee je gaat het niet hier oplossen je gaat het op school oplossen.'* (PPH kliniek)

*'Er worden weinig situaties op het ETC opgelost maar buiten het ETC (...). Wat ik vorige week ook merkte, is dat je hier een kind weer gestabiliseerd hebt en weer rustig is en dan gaat het op school weer mis. Maar ook omdat het op school niet wordt opgelost, maar wij het oplossen.'* (PPH kliniek)

Anton wordt aan het eind van de dag, om half drie, terug naar de kliniek gebracht. Meestal worden er twee of drie kinderen tegelijk teruggebracht. Niet iedereen komt van dezelfde groep als Anton. Vaak loopt Anton eerst mee naar de groep van een ander kind voordat hij naar zijn eigen groep gebracht wordt. Hier vraagt de PPH'er van de kliniek aan Anton hoe zijn dag is geweest. Anton vertelt kort hoe het was en de PPH'er van het ETC knikt bevestigend.

*'Die overdrachtsmomenten als kinderen worden teruggebracht (...). Allemaal tegelijk, het zijn best wel wat rommelige momenten.'* (PPH kliniek)

In de middag heeft Anton nog een therapie, waar hij vanuit de kliniek zelf heen mag gaan. De PPH'er van de kliniek vraagt hoe het geweest is en Anton reageert kort. De PPH'er van de kliniek spreekt de therapeuten eens per half jaar, tijdens de halfjaarlijkse evaluatie van het kind. Tussendoor is er mailcontact en kan er in het online rapportagesysteem informatie uitgewisseld worden. Nu Anton alleen naar de therapie mag, heeft de PPH'er van de kliniek niet meer structureel contact met de therapeuten.

*'Therapeuten kom ik nu niet zoveel tegen. Dat was een jaar geleden nog anders. Toen brachten we ook nog kinderen naar therapie en haalde we ze op, maar nu doen therapeuten dat zelf. Dus die zie ik niet meer zoveel.'* (PPH kliniek)

's Middags mogen de kinderen in de woonkamer spelen of op hun eigen kamer. Het is voor Anton belangrijk dat hij een plek heeft waar hij mag *zijn*, aangezien zijn ouders hem die plek niet konden geven. Anton helpt mee met de tafel dekken en ze eten met z'n allen. Na het eten mag nog even gespeeld worden en dan wordt Anton met het avond ritueel naar bed gebracht.

## 5.2 INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

In de beschrijving van de dag van Anton komt naar voren dat er veel verschillende professionals betrokken zijn. Al deze professionals zouden moeten samenwerken om het gezamenlijke doel te bereiken (D'Amour et al., 2005). Telkens moet in het achterhoofd gehouden worden: draagt het bij aan het gezamenlijk doel? Het gezamenlijk doel is voor ieder kind een weg naar een betekenisvol bestaan creëren (Intermetzo, 2013).

*'Eén kind, één plan. Dus alle betrokken disciplines, therapeuten, ouders, ouderbegeleiding, groep, school, sportvereniging werken allemaal vanuit hetzelfde plan zeg maar, ieder in zijn eigen discipline van het kind.'* (PPH ETC)

Dit doel wordt bereikt als er samengewerkt wordt in een team en er interactie plaatsvindt (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Het doel om het kind optimale zorg te bieden is bij de professionals duidelijk. Er heerst een positieve mentaliteit en de professionals willen allemaal het beste voor het kind.

*'Met name dat de kinderen hier op zoveel vlakken zeg maar toch ook wel soort van perspectiefloos zijn. Om ze op het gebied van onderwijs dan toch nog stapjes verder te brengen zeg maar. De uitdaging om alles waar de gaten vallen toch nog enigszins op te vullen. En ze daarmee misschien iets op weg te helpen om in de maatschappij van dienst te kunnen zijn straks.'* (Leerkracht)

*'Wat ik bij deze doelgroep heel fijn of heel uitdagend vind is om echt te gaan kijken waar kunnen we in ondersteunen en al zijn het die hele kleine stapjes voor uit. Om te kijken hoe gaan we dat doen. we gaan we dat aanpakken wat werkt het beste voor dit kind.'* (PPH kliniek)

Echter, de samenwerking tussen de verschillende professionals is ondanks de positieve mentaliteit niet optimaal. Er is sprake van een wij-zij cultuur tussen het ETC en de kliniek en er heerst onbegrip naar elkaar.

*'Onbegrip naar elkaar. Inderdaad verwachten dat school het doet en dat school de verwachting heeft dat wij het doen. Onduidelijkheid wat nou eigenlijk de functie is van beide plekken op bepaalde momenten.'* (PPH ETC)

In de interprofessionele samenwerking is de interactie tussen de verschillende professionals van belang. De professionals geven aan dat zij het belangrijk vinden om elkaar te treffen en met elkaar te kunnen sparren.

*'Dat je elkaar ook in de ogen kan kijken af en toe. Hebben we het nou over hetzelfde of niet en (...). maar ik denk wel dat soms nu je elkaar een beetje verliest in de mail of het bellen of afstand en ja zodra je met mensen weer om de tafel zit denk je ja we hebbe het over hetzelfde.'*  
(Gedragswetenschapper)

---

#### 5.2.1 CONCLUSIE

- *Hoe ziet de interprofessionele samenwerking eruit rondom het kind tussen de kliniek en het ETC?*

In de interprofessionele samenwerking staat een gezamenlijk doel voorop. Het doel van de professionals rondom de kinderen is een betekenisvol bestaan creëren voor elk kind. Dit doel kan bereikt worden als alle professionals die rondom dit kind staan goed samenwerken. Voor de professionals van de kliniek en het ETC is het doel duidelijk. De professionals werken stuk voor stuk hard en hebben goede bedoelingen. Echter, het doel om per kind één plan te realiseren, lijkt niet van de grond te komen.

In de volgende paragrafen wordt verder ingegaan op het vraagstuk waarom de samenwerking en het kennisdelen tussen de professionals niet van de grond lijkt te komen. De factoren die het kennisdelen en samenwerken in deze interprofessionele samenwerking beïnvloeden, worden om beurten besproken.

#### 5.3 KENNISDELING IN INTERPROFESSIELE SAMENWERKING

De interprofessionele samenwerking moet georganiseerd zijn om een gezamenlijk doel te bereiken. Het gezamenlijk doel van de professionals op het ETC en de kliniek is om het kind optimale zorg te bieden. Tsakitzidis & Van Royen (2012) hebben aangetoond dat er interactie moet plaatsvinden om het gezamenlijke doel te bereiken. Daarbij is het belangrijk dat de kennis die gedeeld wordt, ook moet aansluiten bij het gezamenlijke doel.



Zoals in de dagbeschrijving van Anton naar voren komt, hebben de professionals op verschillende momenten contact. Tussen de kliniek en het ETC is er in de ochtend en in de middag een overdrachtsmoment. 's Ochtends worden de kinderen door de PPH'ers van de kliniek naar het ETC gebracht. Aan het eind van de dag worden de kinderen door de PPH'ers van het ETC terug naar de kliniek gebracht. Verder heeft elk kind op zowel de kliniek als het ETC een persoonlijk begeleider (PB'er). Zij hebben regelmatig onderling contact over de kinderen. Verder is er een half jaarlijks evaluatie moment waar alle betrokkenen rondom het kind uitgenodigd zijn. Het ETC kan hier alleen niet aanwezig zijn, aangezien het overdag gepland wordt. Het contact tussen de kliniek en het ETC vindt vaak informeel plaats in de wandelgang.

Op het ETC begint elke dag met een dagopening. Hier zijn de leerkrachten en PPH'ers van het ETC aanwezig. Op maandagochtend zijn de leerlingen coördinator en de gedragskundige ook aanwezig. Verder vindt er elke maandag een inhoudelijke vergadering plaats op het ETC, waar alle professionals van het ETC aanwezig zijn. Elke week staan twee kinderen centraal: de kinderen komen dus om de zes weken aan de beurt. Op donderdag vindt in dezelfde samenstelling een praktische vergadering plaats. Wat opvalt in deze vergadering is dat er niet doelgericht vergaderd wordt, dat er niets vastgelegd wordt en dat er geen notulen gemaakt worden. Specifiek valt op dat de informatie uit deze vergaderingen binnen het ETC niet structureel gedeeld wordt met de kliniek.

*'Nee, in de praktijk denk ik dat het vooral zo is dat dat uiteindelijk via de PB'er weer bij de groep terecht komt.'* (PPH ETC)

Op de kliniek is er altijd een overdracht als een collega met zijn dienst start. Daarnaast maken de professionals op de kliniek gebruik van een online rapportage systeem waar zij verslagen over de kinderen in kunnen plaatsen en incidenten kunnen rapporteren.

De meeste professionals ervaren de contactmomenten tussen het ETC en de kliniek als informeel. Er wordt vaak niet vastgelegd wat er besproken is. Zo worden de overdrachtsmomenten als de kinderen naar het ETC gebracht worden door de PPH'ers van de kliniek als informeel ervaren. Dit geldt ook voor de momenten dat de kinderen door de PPH'ers van het ETC weer terug naar de kliniek worden gebracht. Dit zijn vaak korte momenten op de gang waar algemeen wordt verteld hoe het met kinderen is.

De PPH'ers hechten waarde aan dit moment, omdat zij het belangrijk vinden dat ze op de hoogte zijn van wat er zich heeft afgespeeld op de kliniek en op het ETC. Ook als er niets bijzonders gebeurd is, vinden zij het belangrijk om de tijd te nemen om elkaar op de hoogte te stellen.

*'Ik kies er altijd heel bewust voor om echt even te blijven staan en echt even te vertellen hoe een dag ging en ik probeer daarin het kind zelf ook de ruimte te geven om te vertellen hoe het ging. Als je dat niet doet dan kun je ze eigenlijk gewoon afgeven en weer gaan. Dat is ook een van de mogelijkheden.'* (PPH'er kliniek)

De kennis over de kinderen wordt op een informele wijze en via verschillende kanalen gedeeld. De kennis kan, zoals in het theoretisch hoofdstuk naar voren is gekomen, direct en indirect gedeeld worden. Directe kennisdeling betreft de overdrachten, vergaderingen, wandelgangmomenten en evaluaties. Dit zijn allemaal momenten die face to face plaatsvinden. Veel respondenten hebben aangegeven dat ze het belangrijk vinden om elkaar te treffen.

*'Ik vind het ook wel belangrijk dat je daar ook wel echt tijd voor inplant en dat die informele momenten eigenlijk als het ware ook extra zijn. Dat het niet alleen afhangt van informele momenten. Dat vooral. Dat ik echt even de tijd neem als er wat is met een leerling om tijd daarvoor in te plannen en niet even tussen neus en lippen bij het ochtendbegin door.'*  
(Gedragswetenschapper)

Daarnaast wordt kennis gedeeld via verschillende media. Er wordt veel over en weer gemaïld. Verder is er een ICT systeem voor onderwijs en een ICT systeem voor zorg. Deze twee systemen zijn niet op elkaar aangesloten en de leerkrachten zijn niet geautoriseerd om in het zorgsysteem te kijken. De PPH'ers hebben ook geen zicht op wat er in het onderwijssysteem vermeld staat. Naast het feit dat het twee verschillende systemen zijn, zijn de PPH'ers van het ETC niet geautoriseerd om het in ICT systeem van zorg te kunnen. Hierdoor kunnen zij niet direct meldingen van incidenten plaatsen en kunnen zij niet teruglezen wat gerapporteerd en gedocumenteerd is over deze kinderen.

---

### 5.3.1 CONCLUSIE

- *Hoe wordt het kennisdelen vormgegeven in de samenwerking tussen de kliniek en het ETC?*

Overdrachtsmomenten tussen PPH'ers ETC en PPH'ers kliniek, lijken meer op een soort toevallig ontmoetingsmoment. Er is geen gestructureerde overdracht als de kinderen van de kliniek naar het ETC gebracht worden. Verder hebben de vergaderingen intern bij het ETC een vrijblijvend karakter,

aangezien er weinig tot geen structuur is en er niets wordt vastgelegd en gerapporteerd wordt in het online rapportagesysteem. Hierdoor komt het kennisdelen ongestructureerd over en gebeurt het ad hoc. Er is onvoldoende duidelijkheid welke kennis vastgelegd en gedeeld moet worden om tot één kind één plan te komen.

Het kennisdelen tussen de professionals vindt zowel indirect via verschillende kanalen als direct face to face plaats. Door de professionals wordt ervaren dat het belangrijk is om elkaar te treffen en om elkaar in de ogen te kunnen kijken. Het meeste contact tussen de professionals is informeel van aard en wordt niet geregistreerd.

#### 5.4 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

De drie factoren die van invloed kunnen zijn op het kennisdelen tussen professionals, komen alle drie in verschillende mate naar voren. De vraag rijst of deze adhocratie veroorzaakt wordt door te weinig sturing of door inadequaat gebruik van de aanwezige communicatiemiddelen. In bijlage 4 is per factor een codeboom opgesteld, waar de belangrijkste bevindingen overzichtelijk in weergegeven staan. In figuur 7 zijn de belangrijkste resultaten gekoppeld en geplaatst in het model van Ipe (2003). Deze drie factoren zullen achtereenvolgens besproken.



Figuur 7: Resultaten factoren die kennisdelen tussen individuen in een organisatie kunnen beïnvloeden

##### 5.4.1 AARD VAN KENNIS: EENHEID IN DOCUMENTATIE EN ONDERLINGE AFSTEMMING

In de beschrijving van een dag uit het leven van Anton komt naar voren dat er door de verschillende professionals niet eenduidig en op dezelfde informatie wordt gedocumenteerd. Er wordt door de

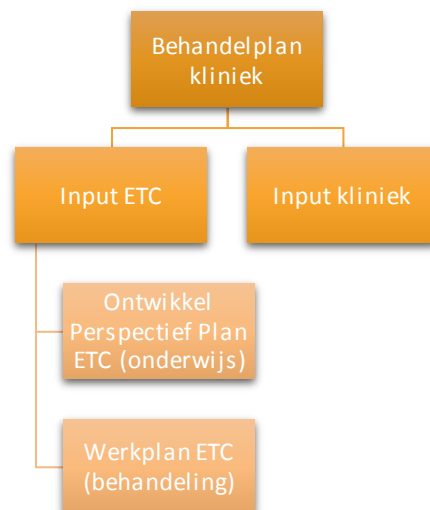
professionals op verschillende plaatsen gedocumenteerd en is er geen plaats waar alle informatie van het kind terug te vinden is. waardoor er geen samenhang ontstaat. Daarnaast ervaren de professionals dat er niet altijd onderlinge afstemming is. Het is van belang dat zij het over hetzelfde hebben en hetzelfde doel voor ogen houden. Verder blijkt dat de professionals van elkaars expertise kunnen leren, maar dat dat in praktijk niet altijd gebeurt.

---

## DOCUMENTATIE

In de beschrijving van de dag van Anton, is ook te zien dat er veel professionals betrokken zijn bij zijn behandeling. Al deze professionals rapporteren al dan niet individueel over de ontwikkeling die Anton doormaakt.

Vanuit het gedachtegoed één kind één plan stelt de hoofdbehandelaar het behandelplan op. Dit behandelplan wordt naar het ETC gestuurd en samen met de gegevens van de oude school wordt het OPP vastgesteld. Dit OPP is leidend in de onderwijsklas. In de behandelklas wordt een werkplan per kind opgesteld met daarin doelen die worden nagestreefd in de behandelklas. Het behandelplan van de kliniek is uitgesplitst in deelplannen. De rapportage en registratie van elk deelplan gebeurt in een apart systeem. Er is geen centraal punt waar alle informatie samenkomt. In figuur 8 worden de onderdelen en de opbouw van het behandelplan weergegeven hoe het uiteindelijk in de praktijk gebracht zou moeten worden.



Figuur 8: Opbouw behandelplan van een kind

De behandelaar van de kliniek geeft aan dat er nog niet vanuit één kind één plan gewerkt wordt. Daarnaast worden er door de professionals twijfels geuit over hoe het behandelplan in de praktijk tot uiting komt.

*'Officieel hebben we ooit wel één kind één plan document besproken en doorgenomen en allemaal ja tegen gezegd.'* (Behandelaar kliniek)

*'Bijvoorbeeld zo een behandelplan. Is dat echt goed aangesloten bij wat we op school doen? Een deel is natuurlijk: staat het goed op papier. Deel twee: wat gebeurt er in de praktijk?'*  
(Behandelaar kliniek)

De professionals uiten daarnaast ook zorgen over het gegeven dat er niet op een centrale plek gerapporteerd wordt over de cliënten. Zij geven aan dat het van meerwaarde is als er op een centrale plek gerapporteerd wordt over de kinderen. De professionals ervaren het als waardevol, aangezien zij dan gemakkelijk informatie over de kinderen terug kunnen vinden en geen informatie meer mislopen.

*'En als je dat soort dingen wel gewoon kan lezen, of je merkt er is iets met een kind en je kunt het even opzoeken of dat ook een reden heeft, zou kunnen hebben of niet, dat zijn wel hele waardevolle dingen. Los van het feit dat incidenten die bij ons zijn ook makkelijk aan iedereen medegedeeld kunnen worden zeg maar.'* (Leerkracht)

Doordat de professionals nu op verschillende plekken rapporteren, is het van belang om alle betrokkenen op de hoogte te houden. De kans is aanwezig dat professionals informatie mislopen. Om alle betrokkenen op de hoogte te houden, wordt er op dit moment veel werk dubbel gedaan. Een aantal professionals geeft aan dat ze dezelfde informatie op meerdere plekken moeten opslaan. Dit ervaren zij als onoverzichtelijk.

*'Ik probeer wat in een evaluatie heeft geklonken of waar dan ook in steekwoorden in het online rapportagesysteem te schrijven en dan kopieer ik het of ik het zet in de mail en het kopieer ik het naar het online rapportagesysteem. Dus ik probeer altijd dat het op alle beide plekken staat. Dan mail ik wel naar de collega's van: lees het online rapportagesysteem even. Dus ik probeer wel op die manier zoveel mogelijk via verschillende kanalen te communiceren zodat iedereen het ook wel weet.'* (Behandelaar kliniek)

De professionals geven aan dat er op verschillende plekken wordt geregistreerd en er werk dubbel gedaan wordt. Dit heeft tot gevolg dat informatie niet beschikbaar is voor andere professionals en dat er informatie over de kinderen verloren kan gaan. Ook is dit van invloed op de vergaderingen. Aangezien er op verschillende plaatsen gerapporteerd wordt, kan er ook niet altijd teruggekoppeld en teruggeblikt worden naar eerdere registraties en verslagen.

*'Ik merk wel dat werkt twee kanten op. Als ik iets vertel en je kan het nergens even opschrijven dat het dan ook de kans dat het verwatert heel groot is en dat merk ik ook met informatie die ik dan, als ik een kind terug breng van de groep krijg. Dan denk ik opeens een week later, o ja, dat had ik of zo.'* (PPH ETC)

Sinds kort wordt er tijdens vergaderingen genotuleerd. Dit is echter nog geen vanzelfsprekendheid en zou volgens de meeste professionals structureel moeten gebeuren, aangezien de besproken zaken dan ook op te vragen zijn voor professionals die niet aanwezig waren.

*'Dat is nog niet zo heel lang dat ze dat zo goed vastleggen. Volgens mij. Ik zie dat niet standaard. Misschien wordt het op een centrale plek opgeslagen dat is wel interessant dan weer als je het hebt over kennisdelen of hoe zorg je dat je echt goed op de hoogte blijft ook al ben je er niet bij.'*  
(Behandelaar kliniek)

---

#### ONDERLINGE AFSTEMMING

Er zijn veel professionals betrokken bij de behandeling van het kind. Aangezien het om meervoudige problemen gaat, is het belangrijk dat elk van deze professionals hetzelfde doel voor ogen houdt en onderling afstemt. Elke professional werkt individueel hard aan zijn of haar eigen deel van de behandeling, maar er is te weinig afstemming tussen deze professionals. Terugblikkend op de dag van Anton is te zien dat de verschillende professionals zoals de therapeut, de leerkracht en de PPH'er hun behandeling niet op elkaar afstemmen.

*'Ik denk dat we met heel veel mensen hard werken maar dat het niet altijd afgestemd is en dat je dus daardoor dan denkt van doen we dan echt het goede voor dit kind.'* (Behandelaar kliniek)

*'Iedereen werkt hard en dan is de vraag werkt iedereen hard aan het goede? En, wat is het goede? Daar moeten we van elkaar dus hetzelfde beeld over hebben dat is misschien het hele gesprek in een notendop.'* (Gedragswetenschapper)

De professionals geven aan dat het belangrijk is dat ze onderling afstemmen en weten waar de ander mee bezig is. Gezien het gegeven dat er op verschillende plaatsen gerapporteerd wordt over de kinderen en deze rapportages niet toegankelijk zijn voor iedereen, ervaren zij het als moeilijk om deze afstemming te vinden.

*'Als je daar echt een goede samenwerking krijgt dat je het ook allemaal over hetzelfde hebt. Dat je dezelfde taal spreekt dat je begrijpt van elkaar wat je bedoelt. Iedereen voert zijn eigen*

*stuk uit en heeft zijn eigen expertise maar dat je elkaar snapt en ook aan hetzelfde plan dus werkt. En ik heb nu het idee dat dat niet altijd zo is. Dat onderwijs niet altijd de behandeldoelen snapt of pakt of meeneemt of mee kan nemen en andersom dat behandeling niet altijd snapt van waar, welke plek heeft onderwijs daar dan in en hoe belangrijk is het.'* (Gedragswetenschapper)

Het is van belang dat de professionals de lijn aanhouden zoals die is opgesteld in het behandelplan. Daarnaast is het van belang dat het ETC en de kliniek onderling afspreken op welke manier de kinderen bejegend moeten worden. Daarbij is het ook belangrijk dat de professionals overeenstemming vinden.

*'Heel veel kinderen vragen ook: mag ik een geheimpje vertellen? Dan ben ik wel altijd heel straight en eerlijk van: nou, je mag mij dingen vertellen maar ik ga geen geheimen bewaren. Daar zijn wij niet voor. Je bent een gezicht als team. Je probeert het zoveel mogelijk neer te zetten. Dus wat ik weet, weten mijn collega's zo meteen ook.'* (PPH kliniek)

*'Want als ik met een kind afsprek dat hij zijn schoenen voortaan binnen of buiten de deur moet zetten, moeten mijn collega's dat wel allemaal weten. En dat kan alleen maar als je er over communiceert je moet het op een briefje schrijven, je moet het in het online rapportagesysteem zetten of je moet het vertellen.'* (Behandelaar kliniek)

De professionals hebben gezamenlijk als doel het kind optimale behandeling aan te bieden. De doelen van het kind moeten voorop staan, en vervolgens wordt er gekeken hoe dit gerealiseerd kan worden. Op dit moment geeft een aantal professionals aan dat het soms andersom ingezet wordt. Dan wordt er eerst gekeken naar de mogelijkheden en vervolgens naar de doelen van het kind.

*'Ik denk dat als je vanuit het kind gaat denken en als je dan kijkt van wat is er dan nodig om dat te realiseren. Ik denk dat er nu eerder gedacht wordt in wat is er mogelijk en dat dan het kind dan pas daarna komt. (...) Dat er meer belang moet worden gehecht aan echt het kind centraal en dat al die randvoorwaarden, die ga je dan met elkaar voor elkaar krijgen. Ja nu wordt er eerder andersom gedacht als dit en dit en dit op orde is dan kunnen we eindelijk het kind centraal stellen.'* (Manager zorg kliniek)

*'Ik denk dat dat ook de conclusie is, wil je echt samenwerken dan moet je ook samen aan hetzelfde werken of het idee hebben dat je aan hetzelfde werkt.'* (Gedragswetenschapper)

---

## LEREN VAN ELKAARS EXPERTISE

De professionals hebben elk hun eigen expertise, die zij kunnen inzetten om een bepaald deel van de problematieken van het kind te kunnen behandelen. In de beschrijving van de dag van Anton krijgt hij didactisch onderwijs van de leerkracht, leert hij op beheersingsniveau in de behandelklas van de PPH'er van het ETC en krijgt behandeling op de kliniek van de PPH'ers van de kliniek. Daarnaast gaat hij naar therapie.

Een aantal PPH'ers van het ETC geeft aan dat zij behoefte hebben om naast hun pedagogische kennis ook didactische kennis in te kunnen zetten in de behandelklas. De leerkrachten geven aan dat zij al een aantal keer geprobeerd hebben om aan de PPH'ers uit te leggen hoe zij de lessen in de behandelklas meer didactisch kunnen invullen. Echter, dit is niet van de grond gekomen en gebeurt niet voldoende.

*'Ik merk binnen de setting van Het ETC dat ik wel heel graag iets met een onderwijsbevoegdheid zou willen doen. Juist binnen zo een schoolse setting heb ik het idee dat ik in ieder geval meer uit de behandelklas kan halen, of uit kinderen kan halen op het moment dat ik meer een didactische achtergrond kan hebben.'* (PPH ETC)

Een aantal PPH'ers van de kliniek heeft een educatieve achtergrond. Bij het ETC hebben de leerkrachten en de PPH'ers veelal dezelfde opleiding genoten. De twee leerkrachten die vast voor de klas staan, hebben beiden de opleiding SPH (Sociaal Pedagogisch Hulpverlener) gevolgd. Beiden hebben eerst op de kliniek gewerkt als PPH'er en hebben zich later omgeschoold tot leerkracht. Een aantal van de PPH'ers op de onderwijs-behandellocatie heeft ook een achtergrond in het onderwijs. Bij uitval van een van de PPH'ers bij het ETC wordt van de leerkrachten verwacht dat zij dit overnemen. Zij beschikken over genoeg kennis om in de behandelklas de taken over te nemen. Wanneer dit gebeurt, valt het onderwijs weg, omdat de leerkracht de taken in de behandelklas overneemt. Andersom wordt het onderwijs niet opgevangen als een leerkracht ziek is. Hieruit blijkt ook dat zorg leidend is en dat onderwijs daardoor zich moet schikken naar de zorg.

*'En met (naam) merk ik, dat is wel echt een schoolmeester. Dat brengt ook wel een andere kwaliteit en energie in de klas waar ik zelf heel prettig bij aansluit. En daar ik ook nog wel veel van kan leren, zijn manier, zijn enthousiasme en energie die hij mee brengt. Dus ik vind het heel prettig de samenwerking zoals hij nu is.'* (PPH ETC)

*'We zijn wel een team, maar we doen wel daadwerkelijk andere dingen, dus als wij continu andere dingen aan het oplossen zijn dan valt wel een heel essentieel deel weg. En dat is dan het hele educatieve wat dan wegvalt.'* (Leerkracht)



Daarnaast geven de PPH'ers van het ETC en de PPH'ers van de kliniek aan dat het belangrijk is dat zij bij elkaar gaan kijken en kennis over de kinderen kunnen uitwisselen. Zo kunnen zij samen dezelfde bejegening en behandeling hanteren en kunnen ze de behandeling van het ETC en van de kliniek nog beter op elkaar laten aansluiten.

*'Ik heb toen ook wel eens tegen (naam manager) gezegd: het zou niet verkeerd zijn als wij af en toe gaan ondersteunen op school om daar de docenten ook te laten zien hoe wij met onze kinderen omgaan. Dat je echt heel nauw samenwerkt.'* (PPH kliniek)

*'Ik kom er niet uit. Laat een PB'er hier een keer een ochtendje meekijken. Ga bij elkaar observeren. Dat wij ook meer naar de groep toe moeten. Ga daar eens kijken. Hoe doen ze het daar. Wat valt je op. O ja goh. En leer daar van. En dan creëer je automatisch ook meteen meer samenwerking, meer kennisoverdracht zeg maar in de zin van dat je ervaring kan uitwisselen met elkaar en dat je kan kijken naar wat werkt.'* (PPH ETC)

De psychiater geeft tijdens het inhoudelijke overleg op maandag soms inhoudelijke informatie over de problematieken van het kind. Deze informatie is soms teveel in een collegevorm. Dit maakt het voor de professionals soms moeilijk te volgen.

*'Omdat die behandelbesprekingen die wij dus organiseren als het ETC zijnde zo ongestructureerd verlopen komt daar wel eens, wordt het een soort warrel gesprek of gaat de psychiater op zijn doecer stoel zitten en gaat een heel college geven. Maar dat is ook omdat de ruimte ervoor is. en dan denk je dit is nu informatie die ik of al drie keer gehad heb of waar ik niet meteen concreet iets mee kan in de onderwijssetting of in de de ETC-setting. Maar dat komt ook omdat je creëert ook die ruimte door dat niet goed gestructureerd neer te zetten heel vaak gaan mensen gewoon, o ja we gaan het vandaag over die hebben eens even kijken nou hoe gaat het er de laatste tijd mee. Dan zetten ze best een mooi beeld neer van het kind, maar het ontstaat daar ter plekke.'* (Coördinator leerlingen zorg)

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de leerkrachten en de PPH'ers van het ETC nauwelijks tot geen contact hebben met de therapeuten. Dit wordt als een gemiste kans gezien, aangezien zij ook van de kennis van de therapeuten kunnen leren in de wijze waarop zij de kinderen behandelen.

*'Dat is Eye Movement Therapie, een soort kortstondige therapie die werkt trauma verwerking is het eigenlijk. Vier of vijf keer. En daarin worden wel heftige situaties van een kind besproken wat daar nou zijn werking heeft als het goed is. maar ook daarin vind ik dat als je daar van op de hoogte bent, je hoeft niet van de komma en de punt te weten maar wel van waar zijn ze mee*

*bezig. Dat je daarook op in kan spelen naar het kind toe. Dat soort dingen vind ik ook wel zonde.'*  
(PPH ETC)

*'Nou ja ik vind het, de gemiste kans is dat je niet behoorlijk met zijn allen om de tafel kan zitten. Want ik heb wel eens vragen bij therapieën waarvan ik denk: ik zie en dit en hoe gaan we dat dan invullen of dat we een lijn uitzetten.'* (PPH ETC)

---

#### 5.4.2 MOTIVATIE OM KENNIS TE DELEN: EENHEID IN DIVERSITEIT PROFESSIONALS

Wat betreft de motivatie om kennis te delen is uit de literatuur naar voren gekomen dat er interne en externe factoren van invloed kunnen zijn (Ipe, 2003). In het voorbeeld van Anton komt naar voren dat er de professionals die gedurende de dag met hem werken, positief ingesteld zijn. Zij geven hem de ruimte om zichzelf te ontwikkelen en willen samen met hem het beste in hem naar boven halen. Desondanks blijkt dat, ondanks deze positieve mentaliteit, er toch nog een wij-zij cultuur heerst tussen het ETC en de kliniek. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in de overdrachtsmomenten en het beeld dat zij over elkaar hebben.

---

#### POSITIEVE MENTALITEIT

Alle professionals die betrokken zijn bij de behandeling van het kind hebben een positieve instelling. Zij zijn zich bewust van de ingewikkelde doelgroep waar zij mee te maken hebben. Zij ervaren het als een uitdaging om juist bij deze ingewikkelde doelgroep vooruitgang te boeken. Het zijn vaak kleine stapjes vooruit. Deze kleine stapjes vooruit zijn voor de professionals belangrijk.

*'Wat ik bij deze doelgroep heel fijn of heel uitdagend vind is om echt te gaan kijken waar kunnen we in ondersteunen en als zijn het die hele kleine stapjes vooruit. Om te kijken hoe gaan we dat doen. we gaan we dat aanpakken wat werkt het beste voor dit kind.'* (PPH kliniek)

Dat de professionals zich blijven inzetten voor de kinderen, komt duidelijk naar voren uit het volgende citaat. De coördinator leerlingen zorg geeft aan dat de professionals, ondanks dat ze weten dat het paasontbijt een grote chaos gaat worden, dit ontbijt vol inzet blijven organiseren.

*'Ook de vanzelfsprekendheid waarop ze toch weer helemaal bezig zijn om een paasontbijt te organiseren terwijl ik dan al zal denken, maar waar blijven al die eieren van welke plafond moeten we die straks weer af gaan plukken. Maar ze blijven die inzet hebben en ze blijven zoeken en ze blijven staan voor die kinderen en ze blijven elkaar dragen.'* (Coördinator leerlingen zorg)

Veel professionals geven ook aan dat zij bewust voor deze ingewikkelde doelgroep hebben gekozen. Een aantal professionals geeft aan dat juist energie krijgen doordat zij werken met deze doelgroep en ze met kleine stapjes vooruit kunnen helpen.

*'Juist kinderen met hechtingsproblematiek, dat vind ik hele interessante kinderen om mee te werken juist ook omdat het heel veel van jou vraagt van jouw begeleiding.'* (PPH kliniek)

---

#### WIJ-ZIJ CULTUUR/ BEELDVORMING

Ondanks de positieve mentaliteit onder de professionals van het ETC en de kliniek is er geen sprake van eenheid. Tussen het ETC en de kliniek heerst een wij-zij cultuur. Het ETC is drie jaar geleden opgezet. Tot 2012 was het een Speciaal Basisonderwijs (SBO), maar aangezien de kinderen het niet aankonden om de hele dag op het SBO te verblijven, is het de zorg-onderwijs combinatie opgezet in de vorm van het ETC.

*'Het was eigenlijk begonnen een aantal jaar geleden als plek waar kinderen overdag naar toe konden gaan die uitvielen op school en dus de hele dag op de groep waren, maar waar geen groepsprogramma voor was. Dus daar hebben we een centrale plek voor gecreëerd.'* (Manager zorg kliniek)

Voorheen was het ETC een onderwijsplek. Nu het een zorg-onderwijs combinatie is, is zorg leidend. Er is nog geen duidelijkheid over de plek die het ETC inneemt in de organisatie. De professionals en managers weten allemaal dat het een zorg-onderwijs constructie is, maar de specifieke plek die het in de organisatie inneemt is voor hen ook nog niet duidelijk.

*'Het is altijd een beetje de discussie, niet zozeer een discussie, maar wel van: hoort het nou bij onderwijs hoort het nou bij zorg of hoort het bij de dagbehandeling. En dat is een zoektocht die nog niet helemaal uitgekristalliseerd is.'* (Manager zorg kliniek)

*'Ik zie het als educatief centrum waarin onderwijs een onderdeel is. Waar een kind het grootste gedeelte in een zorgklas ondergebracht wordt maar het educatieve daarin in verband met leerplicht ook aangeboden wordt. Dus ik zie het echt als een soort van mengeling van onderwijs en zorg.'* (Leerkracht)

Aangezien het ook bij de managers nog niet duidelijk is, krijgen de professionals van het ETC en de kliniek ook geen goed beeld vanuit de managers over de plek die het ETC inneemt. Hierdoor sluiten de verwachtingen die zij van elkaar hebben niet op elkaar aan. De kliniek verwacht van het ETC dat de

kinderen de hele dag daar verblijven. Het ETC is namelijk opgericht als onderwijs en behandelcombinatiegedurende de schooldag. Echter, het ETC kan dit niet altijd waarmaken, aangezien een aantal kinderen het niet aan kan om de hele dag op het ETC te verblijven.

*'Bij ons is het nog altijd school gebleven en eigenlijk het beseft denk ik dat we het niet meer moeten zien als school maar een behandeling is iets wat denk ik veel duidelijker gecommuniceerd had mogen worden.'* (PPH kliniek)

Doordat de verwachtingen van elkaar niet helder uitgesproken en gecommuniceerd zijn, ontstaat er wederzijdse onbegrip tussen de professionals en de managers.

*'Onbegrip naar elkaar. Inderdaad verwachten dat school het doet en dat school de verwachting heeft dat wij het doen. Onduidelijkheid wat nou eigenlijk de functie is van beide plekken op bepaalde momenten. En ik denk dat als je veel meer met elkaar in gesprek zou zijn dat je die onduidelijkheid al een heel stuk weg zou nemen. En dat je dan al van elkaar kan accepteren oké, jullie hebben inderdaad niet meer dan dit om in te zetten in plaats van nou zie je daar gaan we weer. (...) Echt collega's die nergens aan toe kwamen en daardoor krijg je wel een hele negatieve spiraal.'* (PPH kliniek)

De professionals ervaren niet dat er veel gestuurd wordt om dit verschil in verwachtingen te overbruggen. Het wij-zij gevoel tussen het ETC en de kliniek blijft hierdoor aanwezig. De gezamenlijke aansturing vanuit onderwijs en vanuit zorg is van belang om eensgezindheid te creëren op de werkvloer tussen het ETC en de kliniek.

*'Ik denk dat als de directie er zo in gaat zitten van wacht eens even, beste managers jullie zitten teveel op je eigen stoel en maken de beweging niet, kom eens op met elkaar, kom eens aan tafel, hoe gaan we dat doen? Die sturing. Dat begint er al bij dat die directie niet diezelfde positie in gaat nemen. Dat ze zeggen, ik moet vanuit de zorg er zo naar kijken en jij beste collega vanuit het onderwijs.'* (Locatieleider)

*'Dat wordt bijna soms een strijd om of je dan wel of niet iets moet doen. Ja maar hoor eens even daar kan je ons niet aanspreken wij zijn maar een ETC. Of, wij hebben daar iets over te zeggen want wij zijn een ETC. En andersom doet de zorg dat net zo goed naar hen. Want dan vinden we het ineens dat zij het moeten kunnen en dan zeggen ze ja daar zijn we niet van en omgekeerd.'* (Behandelaar kliniek)

Naast het gegeven dat de aansturing vanuit het management niet voldoende gericht is op de overbrugging van de wij-zij cultuur, vinden de professionals op de werkvloer de onderlinge relatie wel van belang. Veel professionals die op het ETC werken hebben al op andere functies binnen Internetzo gewerkt. Hierdoor kennen zij al een aantal collega's van de kliniek. Dit maakt het samenwerken en kennisdelen tussen het ETC en de kliniek wel makkelijker. Aan de andere kant is het juist van belang om met collega's die je nog niet kent, een band op te bouwen.

*'Dat maakt het ook makkelijker omdat je elkaar goed kent om in het voorbijgaan even van 'o ja'. (...) en iemand anders, met wie je wat minder zo'n soort band hebt zal je eerder even een afspraak maken van het is goed om even te gaan zitten en dan bespreek je.'* (PPH ETC)

*'Maar juist mensen die die band niet hebben die hebben juist die overdracht nodig. Dus eigenlijk zou er gewoon een standaard iets moeten zijn, die je overdraagt zodat het niet uit maakt wie er op de groep staat.'* (Leerkracht)

---

#### 5.4.3 MOGELIJKHEID OM KENNIS TE DELEN: EENHEID IN AANSTURING

In de beschrijving van de dag van Anton komen een aantal obstakels naar voren die met de mogelijkheid van het kennisdelen en samenwerken te maken hebben. De behandeling van Anton kan mogelijk minder voorspoedig verlopen, door de verschillende aansturinglijnen. Ook ziet hij dat de PPH'ers en de leerkrachten altijd hard moeten werken en heeft hij de laatste tijd vaak moeten kennis maken met en telkens weer wennen aan nieuwe PPH'ers, aangezien er veel wisselingen geweest zijn in de samenstelling van het team.

---

#### AANSTURING

Om als manager goede samenwerking en kennisdeling tussen de professionals te verwezenlijken, is aansturing van deze professionals een belangrijk onderdeel. Echter, zowel bij het ETC intern als bij de kliniek zijn verschillende aansturinglijnen die voor verwarring zorgen, zo stellen de professionals. Het ETC heeft twee aansturinglijnen, een voor het onderwijs en een voor de behandelklas. Daarnaast heeft de behandeling op de kliniek weer een andere aansturinglijn. In hoofdstuk 2 is deze aansturing in het organogram inzichtelijk gemaakt in figuur 3.

*'En als je een drie milieuvoorziening (onderwijs, zorg, wonen) wilt zijn die goed op elkaar in ingespeeld, één kind één plan, dan moet je zorgen voor die informatievoorziening.'* (Leerlingen coördinator zorg)

De verantwoordelijkheid voor de kinderen is ook gedeeld. De managers moeten echter wel een gezamenlijke visie behouden, zodat zij hetzelfde doel nastreven. De professionals ervaren dat er nog geen eenheid is in de aansturing van het ETC en de kliniek.

*'Als de leidinggevenden een soort van gezamenlijke visie zouden ontwikkelen wat willen wij nu eigenlijk echt bij het ETC bewerkstelligen en wat willen we die kinderen meegeven en dat je dan van daar uit naar beide kanten ieder de eigen verantwoordelijkheid neemt voor de aansturing van de mensen die dat op de werkvloer moeten uitvoeren en de ondersteuning natuurlijk.'*  
(Coördinator Leerlingen Zorg)

*'En als wij met zijn allen willen dat we een zijn zorg en onderwijs, dan moet dan misschien beginnen op de management laag. Want zolang je daar tweestrijd, tweedeling houdt dan kan je niet verwachten dat er een volledige samensmelting komt denk ik.'* (Leerkracht)

Op het ETC is zorg leidend. Dit betekent dat de doelen van onderwijs de behandeldoelen vanuit de zorg moeten volgen. De gedragswetenschapper stelt dat *'onderwijs nooit los van zorg'* is.

*'Ze moeten wel ook onderwijs aangeboden krijgen, maar over invulling daarvan hebben we niks te zeggen. Want dat bepaalt zorg. Want zorg is leidend. En dat vind ik gewoon een moeilijke constructie.'* (Leerkracht)

Ook is de plek die het ETC inneemt in Intermetzo als multi-sectorale jeugdzorginstelling niet duidelijk voor zowel de professionals als de managers. De Manager zorg kliniek is verantwoordelijk voor de groepen waar de kinderen wonen en behandeling krijgen. Vanuit deze groepen gaan de kinderen gedurende de dag naar het ETC.

*'Ik doe dit samen met een collega en wij hebben ieder vier teams. Het ETC ja, het hoort er wel en het hoort er wel en het niet bij zeg maar.'* (Manager zorg kliniek)

Verder zitten het ETC en de kliniek op hetzelfde terrein. Het is belangrijk voor de PPH'ers dat de manager zorg ETC en de locatieleider regelmatig aanwezig zijn op de locatie. Dit gaat twee kanten op. Aan de ene kant is de aanwezigheid van de leidinggevende van belang voor de professionals om vragen aan te kunnen stellen. Anderzijds is het voor de leidinggevende ook een manier om op de hoogte te blijven van wat er speelt.

*'Dagelijkse aanwezigheid is de olie in de radertjes.'* (PPH kliniek)

*'Omdat je gewoon als je hier een dag zit krijg je veel meer mee dan als je alleen in de vergaderingen komt. En is het voor ons ook makkelijker om even te zeggen dit speelt of dit.'*  
(PPH Kliniek)

De professionals van het ETC geven aan dat zij zichtbaarder willen zijn in de organisatie. Het ETC is meerdere malen vergeten in het grotere geheel van Intermetzo. Zo werden zij niet meegenomen bij trainingen en werden zij vergeten bij het invoeren van het nieuwe piepersysteem.

*'Wij worden heel vaak niet meegenomen. In wat dan ook. Wij werden ook niet mee genomen in de NVR-training, daar word je later in bijschreven. De piepers ook: o ja het ETC. Ja dat is vaker.'* (Leerkracht)

Daarnaast heeft het onderwijs het gevoel dat zij ondergesneeuwd worden binnen het ETC. De locatieleider geeft zelf ook aan dat de locatie klein en kwetsbaar is. De leerkrachten ervaren de afwezigheid van de locatieleider op het ETC als een gemis.

*'Nou, ik heb heel veel verschillende keren aan de bel getrokken van goh we hebben jou hier ook nodig, we worden onder gesneeuwd, we zijn maar met zijn tweeën hier tegen tien man zorg, als je wilt dat onderwijs hier blijft staan dan moeten we het op een andere manier gaan aanpakken.'* (Leerkracht)

*'Nou ja, dat vind ik wel heel erg. We zijn een soort van stuurloos geheel. En daar zijn we zelf wel al best wel hele krachtige mensen die het op zich niet heel erg vinden om stuurloos te zijn. Maar je bent ook van niemand. En dat voelt ook wel eens letterlijk zo.'* (Leerkracht)

Een ander precair punt in de onderwijs-behandeling constructie is de omvang. Het is een kleine locatie, waar veel professionals op staan. Doordat de locatie zo klein is, is het kwetsbaar. Ze kunnen bijvoorbeeld niet terugvallen op een grote groep collega's en ze zijn minder zichtbaar in de organisatie.

*'Ik denk dat het qua omgang allemaal super goed zou werken en iedereen zou maximaal met elkaar samenwerken, dan kan het met deze kleine omvang wat worden, maar ik denk dat de omvang te klein is. Te klein, te kwetsbaar in expertise, te kwetsbaar in mens, in draagkracht te kwetsbaar.'* (Locatieleider)

Wat vergaderingen betreft geven de professionals aan dat er nog geen sprake is van een duidelijke structuur. Op maandagmiddag hebben de PPH'ers en leerkrachten van het ETC de kind besprekingen.

Elke maandag staan er twee kinderen op het programma. Deze kindbesprekingen hebben een rommelig karakter. Deze vergaderingen hebben nog geen duidelijke structuur en er worden niet consequent doelen gesteld en geëvalueerd of deze doelen zijn behaald.

*'Ik bedoel meer de invulling van de vergadering an sich is vooral rommelig. (...) Wij hebben onze dingen gewoon op orde en eigenlijk wil ik gewoon even vertellen wat onze doelen zijn of ze behaald zijn en zo niet wat ik er dan aan ga doen, maar omdat zorg iedere keer nog geen behandelingsplannen had...'* (Leerkracht)

*'Het doel van deze vergadering moet zijn om het kind verder te helpen en dat kan niet als je geen doelen hebt en die niet evalueert.'* (Leerkracht)

Of de bezuinigingen direct invloed hebben op het samenwerken tussen de professionals is niet direct onderzocht. Het werd echter door een aantal professionals genoemd.

---

#### FACILITEITEN

Zowel de managers als de professionals hebben allemaal de beperkte faciliteiten benoemd. Ten eerste kwam naar voren dat niet iedereen toegang heeft tot de ICT systemen en dat de verschillende ICT systemen niet op elkaar aansluiten. Het ETC heeft bijvoorbeeld geen toegang tot het online rapportagesysteem waar de kliniek gebruik van maakt. Hierdoor krijgen zij niet alle informatie over de kinderen, aangezien zij niet de rapportages van de kliniek, behandelaar en therapeuten kunnen lezen. Ook hebben zij op dit moment niet de mogelijkheid om een incident te rapporteren, aangezien deze meldingen in hetzelfde online rapportagesysteem gedaan moeten worden.

*'Dat is een heel erg groot manco als het dan gaat over de voorwaarden en kennisdelen. Dan kan je het online rapportagesysteem helemaal bovenaan zetten.'* (Behandelaar kliniek)

*'Ik denk niet dat dat een oorzaak is maar ik denk dat dat het niet makkelijk maakt. Het maakt het niet makkelijker, je kan soms nog later op de hoogte zijn dat je, je wil een behandelplan en een behandelaar zet ja staat in het online rapportagesysteem. Ja kunnen we niet bij. Het blijft een soort van ge-emmer daar om heen. Zij zeggen; zorg dan dat je er bij kunt.'* (Coördinator leerlingen zorg)

Naast het feit dat niet iedereen geautoriseerd is voor het online rapportagesysteem van de kliniek, sluiten de systemen niet op elkaar aan. Er is een ICT systeem voor onderwijs en een ICT systeem voor



zorg. Beiden zijn nog niet in de hele organisatie doordrongen. Dat is voor een organisatie die zorg én onderwijs aanbiedt lastig, aangezien zij niet in elkaars rapportages kunnen.

*'Nou ja, die samenwerking zit hem dus ook al in dat soort systemen. Die systemen werken al niet samen, dus die inhoud kan je daarin moeilijk op een simpele manier op elkaar afstemmen. Af en toe blijft het dan nog een beetje houtje touwtje en is het knippen en plakken.'*  
(Gedragswetenschapper)

Naast de beperkte mogelijkheden wat betreft de ICT, is ook het gebouw waar het ETC gevestigd is aangehaald. In dit gebouw zijn twee behandelklassen en een onderwijsklas aanwezig. Daarnaast zijn er kortgeleden twee kleine ruimtes bijgebouwd, die voor extra rust moeten zorgen op het ETC.

*'Dan zie je een gebouw waar je je kont niet kan keren. Wat oud is. Wat smerig is. Daar is geen aandacht aan besteed, dat zie je aan alles. Het is verwaarloosd en verwaarlozend in mijn opzicht, in mijn optiek. Ik denk dan, de ergste kinderen moeten daar de hele dag zo'n beetje zitten. Wat een treurnis. Nauwelijks ruimtes om even apart te zitten met een kind. Ik heb iets bij laten bouwen, een kamertje zodat dat wel kan. Maar ja, het blijft gewoon niet een goede en inspirerende omgeving.'* (Manager ETC zorg)

De professionals geven aan dat het gebouw niet alleen oud en vies is, maar dat het ook onpraktisch is ingedeeld. Het kantoor voor de leidinggevende van het ETC is niet direct onderdeel van het ETC. Verder zijn de overige werkplekken verdeeld over het terrein. Er is letterlijk een afstand tussen de werkplekken van de leidinggevendenden.

*'Ik denk dat wat wij als leidinggevende ook kunnen doen is in de samenwerking investeren met de nieuwe leidinggevende van het ETC. Dat we elkaar goed weten te vinden en dat je niet wacht totdat het mis gaat of dat er veel incidenten zijn.'* (Manager zorg kliniek)

---

## WERKDruk

Zowel op het ETC als bij de kliniek is de term werkdruk vaak naar voren gekomen. De werkdruk binnen het ETC is hoog, aangezien ze werken met een hele complexe doelgroep. Deze kinderen kunnen het niet allemaal aan om de hele dag op het ETC mee te draaien en gaan regelmatig terug naar de kliniek. Doordat de kinderen gedurende de dag terug gaan naar de kliniek, wordt daar de werkdruk ook verhoogd. De PPH'ers van de kliniek geven aan dan niet aan hun administratieve en huishoudelijke taken toe te komen, aangezien ze dan de verantwoordelijkheid hebben voor het kind dat terug komt op de kliniek. In principe is er op elke groep een PPH'er aanwezig op de kliniek.

*'Maar je moet ook zorgen dat je zelf overeind blijft staan en je niet allemaal zo druk maakt over dingen dat het je boven de pet groeit terwijl je toch merkt dat je daar geen invloed op hebt.'*  
(Leerkracht)

*'Sowieso krijg ik erg vaak mee dat er vaak en veel kinderen terugkomen. Dus dat mensen echt niet toe komen aan hun taken. En dat is wel vervelend (...), de werkdruk die daarmee wel hoog blijft.'* (PPH kliniek)

Ondanks dat de werkdruk hoog is, vinden de professionals het belangrijk om bij elkaar langs te gaan en tijd te maken voor elkaar. Elkaar treffen als betrokkenen rondom de behandeling van het kind vinden de professionals belangrijk. Echter, door de hoge werkdruk kan hier niet altijd tijd voor vrij gemaakt worden.

*'Want het gaat altijd wel om die ontmoeting en elkaar echt even in de ogen kijken en vertellen. (...) Daar denk ik, daar moet de klemtoon blijven liggen.'* (Behandelaar kliniek)

*'Als die mensen voldoende elkaar kunnen spreken en dingen kunnen uitwisselen rondom de kinderen dan heb je daar de grootste winst.'* (Behandelaar kliniek)

De professionals geven aan wel waarde te hechten aan deze ontmoeting. Het onderlinge contact is belangrijk voor hen en zij zijn zich er bewust van dat ze tijd moeten maken voor bijvoorbeeld een overdracht in de ochtend.

*'Omdat je juist hier te maken hebt met kinderen die zelf heel moeilijk kunnen aangeven als ze ergens last van hebben. Als ze zich niet fijn voelen en op het moment dat je dat eigenlijk kan overdragen dan valt een bepaalde last bij het kind weg.'* (PPH kliniek)

Niet alleen het treffen, ook het aanwezig zijn op het ETC is belangrijk om de samenwerking en het kennisdelen onderling tussen de professionals te organiseren. De locatieleider van het ETC geeft aan dat de betrokkenheid van de behandelaren op de locatie van meerwaarde is.

*'Ja, maar dat vraagt wel dat er gedragskundigen, dus mensen als (naam) en (naam), meer zouden moeten zijn op locatie. Meer meekijken, meer in de klassen, meer de coaching en meer die betrokkenheid en ook de behandelaren vanuit de groep zouden er veel meer echt inhoudelijk op moeten sturen.'* (Locatieleider)

*'Ik ben natuurlijk bij de inhoudelijke vergadering en ik probeer daarna dan ook ruimte te hebben om even rond te lopen om even te kletsen, daar gebeurt naar mijn idee het grootste deel van het werk. Niet alleen in de ingeplande afspraken, maar ook gewoon dat de deur open is dat er iemand even wat kan vragen even een kop thee drinken ja, dat soort momenten.'*  
(Gedragswetenschapper)

Het lukt echter niet altijd om aanwezig te zijn bij de halfjaarlijkse evaluatievergaderingen van het kind. Aangezien de kinderen 24 uur per dag behandeling krijgen, is het niet mogelijk om alle betrokkenen rondom de tafel te krijgen. De evaluatie vindt altijd overdag plaats. Overdag zijn de kinderen op het ETC en zijn de leerkrachten en PPH'ers niet in de gelegenheid om naar de evaluatie te gaan. Dit wordt door zowel de leidinggevenden als de professionals van het ETC als een groot gemis gezien.

*'Het probleem is continu, zodra zij kunnen hebben wij de kinderen en andersom.'* (Leerkracht)

*'Als er een evaluatiebespreking is, zelden dat er ook een medewerker van school bij aanwezig kan zijn. Dat heeft alles te maken en dat zullen ze vanuit school andersom weer zeggen met het tijdstip waarop dat soort evaluaties gepland wordt. Dat is ook een soort van ingewikkelde keuze die we nooit helemaal goed krijgen want het gaat often koste van de medewerker van de groep waar de kinderen toch heel veel zijn en die kunnen dan niet om drie uur half vier nog eens aanschuiven want dan is het juist volle bak.'* (Behandelaar kliniek)

*'Behalve de school. En zeker, een school die los staat van de zorg kan je dat nog snappen. maar zeker een ETC waar juist als educatief therapeutisch centrum die zorg samengaat met onderwijs, kan het gewoon niet.'* (Behandelaar kliniek)

---

## CONTINUÏTEIT

De formatie van de professionals op het ETC staat pas sinds een aantal weken. Tot voor kort waren er veel wisselingen in de formatie. Hierdoor hadden de PPH'ers van de kliniek niet altijd duidelijk wie er op het ETC werkten en welke mentor verantwoordelijk is voor welk kind.

*'Ik kom daar niet. Ik weet het niet. Ik ken die medewerkers die daar werken maar inmiddels ook niet meer allemaal meer, want er zijn ook wel wisselingen geweest met mensen van buitenaf of elders uit de organisatie dus ik ken niet alle medewerkers.'* (Manager zorg kliniek)

*'Wat ik al aangeef, er zijn zo veel wisselingen geweest in docenten dat het heel moeilijk is. Je moet eigenlijk elke keer weer opnieuw beginnen. Iedere keer weer. Je merkt dat wij de kinderen*

*zo goed kennen, dat bepaalde routines en gebruiken al zo in ons handelen zitten en dat het op school echt nog moet gaan ontwikkelen.'* (PPH kliniek)

Ook op het niveau van leidinggevenden zijn wisselingen geweest. In de periode dat dit onderzoek is uitgevoerd, heeft de manager zorg ETC haar interim periode afgerond en maakte plaats voor een nieuwe manager zorg ETC. Daarnaast is de directeur onderwijs ook ad interim aangesteld en heeft de directeur zorg aangegeven binnenkort te vertrekken. Verder vertelde de Manager zorg kliniek dat haar functie sinds oktober 2013 bestaat. Al met al geven deze wisselingen in managers en directeuren aan dat er eveneens geen continuïteit is in leiding.

*'Er zijn ook veel wisselingen in leidinggevende. Dus degene, de functie waar ik nu in werk bestaat sinds 1 oktober 2013 en degene die daar toen in startte die is uitgevallen en vervangen door (naam), die wordt volgende week vervangen door iemand anders. Je moet iedere keer opnieuw met elkaar praten over wat is het doel van het ETC. Waar is het ETC uit voort gekomen. We komen nog niet zo heel veel verder dat het echt nou een hele duidelijke plek of een heel duidelijk, het blijft heel veel aandacht nodig hebben.'* (Manager zorg kliniek)

Het gemis aan continuïteit wordt op beide niveaus als een probleem ervaren. Doordat er telkens nieuwe gezichten op de werkvloer zijn, moet telkens opnieuw het contact gelegd worden. Er zit geen vanzelfsprekendheid in de contacten tussen de professionals onderling en de leidinggevenden onderling. Aangezien er geen vaste afspraken zijn over communicatiestructuren, betekent het ook dat na elke verandering het wiel opnieuw uitgevonden wordt.

---

#### 5.4.4 CONCLUSIE

- *Wat zijn factoren die invloed kunnen hebben op het kennisdelen tussen de professionals van de kliniek en het ETC?*

Uit de resultaten komt naar voren dat alle drie de factoren van invloed zijn. Wat betreft de aard van de kennis is naar voren gekomen dat documentatie, het onderling afstemmen en leren van elkaars expertise belangrijke punten zijn in de kennisdeling en het samenwerken tussen professionals. Bij de factor motivatie zijn twee belangrijke punten naar voren gekomen, namelijk de positieve mentaliteit en de beeldvorming die onderling bestaat tussen het ETC en de kliniek. Aangaande de factor mogelijkheid om kennis te delen is gebleken dat er in de aansturing een groot knelpunt zit. Ook de faciliteiten, waaronder het gebouw en de ICT zijn belangrijke knelpunten, evenals de werkdruk en het gemis aan continuïteit van zowel de professionals als de managers.

In tabel is overzichtelijk aan de hand van een plus, een plus-min of een min weergegeven hoe de subonderdelen van de drie mogelijk beïnvloedende factoren invloed hebben op de interprofessionele samenwerking.

Tabel 4: Overzicht resultaten per beïnvloedende factor

Aard van de kennis	Motivatie	Mogelijkheid
<b>Documentatie</b> +/-	<b>Positieve mentaliteit</b> +	<b>Aansturing</b> -
<b>Onderlinge afstemming</b> -	<b>Wij-zij cultuur</b> -	<b>Faciliteiten</b> -
<b>Leren van elkaars expertise</b> +/-		<b>Werkdruk</b> -
		<b>Continuïteit</b> -

## HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

*In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de hoofdvraag. Vervolgens zullen er aanbevelingen geformuleerd worden die voortvloeien uit de conclusie.*

Kinderen met meervoudige problematieken worden door verschillende professionals behandeld. Het is van belang dat deze professionals onderling kennisdelen en samenwerken, om zodoende het kind optimale zorg te geven. De resultaten zullen gekoppeld worden aan het theoretisch kader om vervolgens antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van het onderzoek:

- *Hoe verloopt de samenwerking over en weer tussen de professionals van de kliniek en het ETC?*

Allereerst wordt ingegaan op de samenwerking tussen de professionals van het ETC en de kliniek. Vervolgens zal de kennisdeling in deze samenwerking toegelicht worden. Tot slot wordt aan de hand van de drie factoren die het kennisdelen mogelijk beïnvloeden, weergegeven welke aspecten bij dit onderzoek aan het licht gekomen zijn.

### 6.1 INTERPROFESSIELE SAMENWERKING

De interprofessionele samenwerking tussen de professionals van het ETC en de kliniek wordt vormgegeven doordat zij hetzelfde doel voor ogen houden: ze willen allemaal dat het kind de optimale zorg krijgt. Helaas gebeurt het dat er eerst naar de mogelijkheden in de organisatie gekeken wordt en vervolgens naar het kind. Dat is niet wenselijk. De professionals hebben elk voor zich het doel helder, alleen gezamenlijk komt het niet van de grond. Er is een behandelplan, maar dat leeft niet voor de professionals. Op dat gebied is er geen gezamenlijk doel. Dit heeft verschillende oorzaken, die in paragraaf 6.3 aan bod komen.

### 6.2 KENNISDELING TUSSEN DE KLINIEK EN HET ETC

De professionals hebben allemaal hetzelfde doel voor ogen: het kind zo optimaal mogelijk helpen. Hiervoor is interactie tussen de professionals van belang (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Deze interactie vindt zowel direct als indirect plaats. Veelal werd aangegeven dat er veel contact in de wandelgang is. Het meeste contact is informeel van aard en wordt nauwelijks vastgelegd. De professionals vinden het belangrijk dat ze elkaar treffen en in de ogen kunnen kijken, zodat zij beter de doelen op elkaar kunnen afstemmen. DE ICT-systemen en het over en weer ge-mail wordt ook als onderdeel van het kennisdelen gezien, maar om daadwerkelijk tot één plan per kind te komen, is de

face to face communicatie van belang. In paragraaf 6.3 wordt ingegaan op de factoren die het kennisdelen kunnen beïnvloeden.

### 6.3 FACTOREN DIE KENNISDELING BEÏNVLOEDEN

Onderzocht is of de factoren die het kennisdelen tussen professionals kunnen beïnvloeden, ook daadwerkelijk invloed hebben op het kennisdelen tussen de professionals van het ETC en de kliniek. Geconcludeerd kan worden dat deze factoren inderdaad van invloed zijn. Wat betreft de mogelijkheid om kennis te delen, zijn er duidelijk obstakels naar voren gekomen. Het grootste knelpunt zit niet in het samenwerken en kennisdelen an sich, maar in de sturing op het gezamenlijk doel van de behandeling. De professionals op het ETC geven aan dat ze zich een 'stuurloos geheel' voelen en ook de professionals op de kliniek ervaren geen duidelijke sturing. Bij de aard van de kennis zit het grootste frictiepunt in de documentatie (verschillende ICT-systemen) en de onderlinge afstemming. Opvallend is de positieve mentaliteit die bij de motivatie om kennis te delen naar voren komt. Zonder duidelijke sturing kan er echter niet gericht op het gezamenlijke doel gestuurd worden. Ondanks dat is gebleken dat er een wij-zij cultuur heerst tussen het ETC en de kliniek, komt naar voren dat iedere professional en leidinggevende altijd het beste uit het kind wilt halen en positief staat tegenover deze samenwerking.

---

#### 6.3.1 AARD VAN DE KENNIS: EENHEID IN SYSTEMEN

Wat betreft de aard van de kennis is een aantal factoren naar voren gekomen dat invloed heeft op het kennisdelen en de samenwerking onderling tussen de professionals:

- Documentatie
- Onderlinge afstemming
- Leren van elkaars expertise

De documentatie en rapportage gebeurt op dit moment op teveel verschillende plekken. Er is geen centraal dossier waar alle gegevens van het kind in vastgelegd worden en op te vragen zijn. De professionals ervaren dit als onhandig, aangezien er veel werk dubbel gedaan wordt en er informatie verloren kan gaan. Terugkomend op Ackhof (1989), is er sprake van veel geregistreerde data. Deze data kunnen lokaal tot informatie omgezet worden, maar door de verschillende systemen en onduidelijke afspraken, wordt het moeilijk om deze informatie om te zetten naar kennis en wijsheid. Verder zouden de professionals onderling en met de managers goed moeten afstemmen. Echter, er is niet voldoende afstemming tussen professionals en managers onderling en op beide niveaus. Ook in de lijn naar de kinderen toe is afstemming nodig. Deze afstemming komt eveneens naar voren in het

hebben van een gemeenschappelijk doel op basis van het gezamenlijk afgesproken plan: het kind optimale zorg bieden. Tot slot is leren van elkaars expertise een belangrijk aspect. De opleiding die de professionals genoten hebben, komt grotendeels overeen. Een aantal professionals geeft aan dat zij graag meer didactische kennis zouden willen hebben in de behandelklas. De professionals geven aan dat zij het belangrijk vinden om bij elkaar te kijken om van elkaar te kunnen leren in bijvoorbeeld de bejegening naar een kind. Leren van elkaars expertise komt tevens naar voren in de inhoudelijke vergaderingen op maandag op het ETC. In deze vergadering heeft de psychiater de ruimte om uitleg te geven over de problematieken van het kind aan de leerkrachten en de PPH'ers, maar ook daar lukt het niet voor elke professional goed om de kennis over te brengen op een passende manier.

---

### 6.3.2 MOTIVATIE: EENHEID IN DIVERSITEIT PROFESSIONALS

Wat betreft de motivatie om kennis te delen zijn twee aspecten naar voren gekomen die van invloed zijn op het kennisdelen en samenwerken tussen de professionals:

- Positieve mentaliteit
- Wij/zij cultuur; Beeldvorming

Er heerst een positieve mentaliteit onder de professionals om gezamenlijk het kind optimale zorg te bieden. Deze positieve mentaliteit uit zich ook in de inzet en in het streven naar de kleine stapjes vooruitgang bij deze ingewikkelde doelgroepen en het feit dat zij bewust hebben gekozen om met deze ingewikkelde doelgroep te werken. Er is sprake van welwillendheid onder de professionals om samen te werken en kennis te delen, echter ook van onbegrip tussen de kliniek en het ETC. Dit verschil komt bijvoorbeeld naar voren in de opzet van het ETC. Dit is niet helder naar de professionals gecommuniceerd.

Het ETC is in 2012 opgericht als plaats waar behandeling en onderwijs gezamenlijk aangeboden worden. Voorheen was het een SBO. Veel kinderen kunnen door hun problematiek niet de hele dag op het ETC zijn. Bij deze gevallen is de organisatie nog niet optimaal ingericht om deze kinderen ten alle tijden goed op te kunnen vangen en zijn de afspraken niet duidelijk. Hierdoor komen de kinderen regelmatig terug op de kliniek en ontstaat er een cultuur van 'op het ETC kunnen ze het niet'. De wij-zij cultuur wordt hiermee gevoed, terwijl het beeld van wat het ETC volgens de kliniek moet doen, niet overeenkomt met wat het aan kan. Daarnaast is de plek die het ETC inneemt in de gehele organisatie niet helder voor de professionals. Hierdoor ontstaan er verschillende verwachtingen van elkaar die niet allemaal waargemaakt kunnen worden. De onderlinge relatie is een belangrijk aspect om kennis optimaal uit te wisselen.



---

### 6.3.3 MOGELIJKHEDEN: EENHEID IN AANSTURING

Betreffende de mogelijkheid om kennis te delen is een viertal aspecten naar voren gekomen:

- Aansturing
- Faciliteiten
- Werkdruk
- Continuïteit

Er zijn veel verschillende aansturinglijnen die bij de professionals voor verwarring zorgen. Er zijn drie verschillende managers die elk deels verantwoordelijk zijn. Doordat er geen duidelijke aansturing is, hebben de professionals geen goede handvatten om goed samen te werken en kennis te delen. Daarnaast moeten deze verschillende managers hetzelfde doel nastreven, wat op dit moment niet voldoende gebeurt. Door deze verwarring heeft het ETC nog geen duidelijke plek gekregen binnen Intermetzo en wordt zij nogal eens vergeten. Ook zijn er nauwelijks leidinggevendenden aanwezig, waardoor de professionals van het ETC zich stuurloos voelen. Wat betreft de faciliteiten zijn er eveneens winstpunten te behalen. Het gebouw is onpraktisch ingedeeld, het is niet veilig en er is achterstallig onderhoud. De ICT faciliteiten zijn niet voor iedereen toegankelijk, waardoor niet iedereen kan rapporteren en andermans rapportages in kan zien. Verder zijn er verschillende ICT systemen, die niet op elkaar aangesloten kunnen worden. Hierdoor kunnen de professionals niet alle informatie van de kinderen inzien. Ook de werkdruk werd door zowel de professionals als de managers genoemd als een meespelende factor. De professionals hebben te maken met een van de ingewikkeldste doelgroepen van de organisatie, wat veel van ze vraagt. Verder is een ander probleem dat zich voordoet de continuïteit van de medewerkers. Het verloop is bij zowel de professionals als de managers groot. Dit betekent dat er telkens opnieuw een band opgebouwd moet worden.

### 6.4 AANBEVELINGEN: OPTIMALISEREN VAN KENNISDELING

Naar aanleiding van dit onderzoek zullen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden om de kennisdeling en samenwerking tussen de kliniek en het ETC te optimaliseren. Geconcludeerd is dat er wat betreft de aansturing van de professionals winstpunten te behalen zijn, om vervolgens het gezamenlijke doel – één kind één plan – te kunnen realiseren. Vanuit deze gedachte zijn de aanbevelingen geformuleerd.

#### **Focus op aansturing en interne samenwerking van welwillende professionals**

Om het gezamenlijke doel te bereiken, is een eenduidige aansturing nodig. De aansturing op dit moment is niet helder, aangezien er drie leidinggevendenden betrokken zijn bij de kinderen en die niet

altijd op een lijn zitten. Nu gebeurt het regelmatig dat er eerst naar de mogelijkheden voor de organisatie gekeken wordt en vervolgens naar het kind. Het kind moet, in elke keuze die er gemaakt wordt, voorop staan. Daarom is het belangrijk dat de leidinggevendenden op een lijn zitten en deze lijn helder doorzetten naar de professionals. Deze professionals hebben een positieve mentaliteit en willen allemaal het beste uit de kinderen halen. Om het beste uit te kinderen te halen, is een duidelijke, heldere aansturing nodig om de interne samenwerking tussen de professionals te verbeteren.

Het advies om te focussen op aansturing van de interne samenwerking van deze positieve professionals zal aan de hand de volgende vijf adviezen handvatten krijgen.

- **Onderlinge afstemming**

Aansturen op onderlinge afstemming. Goede onderlinge afstemming is een belangrijk aspect van kennisdeling en samenwerking. Zowel voor de professionals als de managers is het van belang om onderling af te stemmen. Het is belangrijk dat de professionals elk het gemeenschappelijk doel voor ogen hebben en gezamenlijk dit doel nastreven. Ook is het aan te raden om afstemming te hebben in de bejegening van de kinderen.

- **Eenheid in beeldvorming**

Aansturen op eenheid in beeldvorming. Op dit moment is er sprake van een wij-zij cultuur en is de opzet van het ETC niet helder voor alle professionals. De verwachtingen die het ETC en de kliniek van elkaar hebben, komen niet overeen met de werkelijkheid. Het is voor het kennisdelen en de samenwerking onderling belangrijk dat de verwachtingen naar elkaar worden uitgesproken en dat er wordt aangestuurd op een eenduidige beeldvorming en op een wij-wij cultuur. Door de taken en functies van de verschillende onderdelen van Intermetzo helder te hebben, is het duidelijk voor iedereen binnen de organisatie wat wanneer van wie verwacht wordt.

- **Eenheid in formatie**

Aansturen op eenheid in formatie. De afgelopen periode hebben er veel wisselingen plaatsgevonden onder zowel de professionals als de managers. Hierdoor was het lastig om een stabiele basis te creëren voor de collega's en met name voor de kinderen. Het is belangrijk dat de formatie stevig staat en dat er een band opgebouwd kan worden tussen de professionals onderling en tussen de professionals van het ETC en de kliniek. De voorwaarde hiervoor is dat er duidelijkheid is in de verwachtingen van de taken en de functies.

- **Eenheid in documentatie**

Aansturen op eenheid in documentatie en er voor zorgen dat alle informatie ten alle tijden voor iedereen beschikbaar is, in één centraal dossier. Er moet een inventarisatie gedaan worden naar alle informatie die nodig is om de goede zorg te kunnen verlenen. Hierbij moet gekeken worden waar deze informatie op dit moment te vinden is en moet een systeem opgezet worden waarbij de toegankelijkheid en autorisatie gewaarborgd zijn. Hiermee wordt voorkomen dat werk dubbel gedaan wordt en is alle informatie en kennis over de kinderen gemakkelijk te vinden. Ook is het van belang dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over wat er waar gedocumenteerd wordt, zodat er niet dubbel gedocumenteerd wordt en er geen informatie over de kinderen verloren zal gaan. Het behandelplan dat wordt opgesteld door de kliniek is leidend en moet door alle professionals als leidraad gezien worden.

- **Eenheid in faciliteiten/ICT**

Aansturen op eenheid in faciliteiten. Een ondersteunende factor die het kennisdelen en samenwerken kan verbeteren zijn de ICT mogelijkheden. Op dit moment zijn niet alle professionals geautoriseerd, waardoor niet iedereen toegang heeft tot de informatie die over de kinderen wordt gerapporteerd. Daarnaast wordt er op dit moment in verschillende systemen gerapporteerd, wat het onoverzichtelijk maakt. Eenheid in ICT wat betreft autorisatie en verschillende systemen, kan mogelijk dit praktische bezwaar wegnemen. Naast de ICT, zijn ook de faciliteiten van het ETC beperkt. Het gebouw is niet veilig en onpraktisch ingedeeld. Een veilig gebouw waar zowel de professionals als de kinderen zich prettig voelen, is belangrijk.

- **Delen van elkaars expertise**

Gebruik maken van elkaars expertise en daarop sturen, zodat het een vast onderdeel van de dagelijkse praktijk wordt. Leren van elkaar is een belangrijk aspect als het gaat om kennisdelen. Elke professional heeft zijn eigen expertise. Het is belangrijk dat de professionals bij elkaar mee kunnen kijken en van elkaar kunnen leren over bijvoorbeeld de bejegening van een kind. Doordat de professionals kennis van elkaar kunnen gebruiken, zal het gezamenlijk overeengekomen doel optimaal tot uiting kunnen komen.

## HOOFDSTUK 7: DISCUSSIE

*In dit hoofdstuk wordt de interne en externe validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken. Hierna worden een aantal beperkingen van het onderzoek beschreven en ten slotte worden er suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.*

### 7.1 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

Het onderzoek is opgezet om inzichtelijk te maken hoe de samenwerking en het kennisdelen tussen de kliniek en het ETC vormgegeven wordt bij Intermetzo. Gebleken is dat niet het kennisdelen of de samenwerking op zichzelf het grootste probleem is, maar dat in de aansturing van het ETC en de kliniek nog een wereld te winnen is.

De interne validiteit van het onderzoek is gewaarborgd gebleven, aangezien er voorafgaand aan de interviews eerst oriënterend is geobserveerd en documenten bestudeerd zijn. De interviews zijn semigestructureerd afgenomen aan de hand van een topiclijst die gebaseerd is op een operationalisatie vanuit de literatuur. Deze operationalisatie stond vervolgens bij het coderen en analyseren van de data centraal. Voorafgaand aan de interviews is met de respondenten afgesproken dat de gegevens geanonimiseerd worden. Hierdoor is de mogelijkheid tot sociaal-wenselijk antwoorden ondervangen. Doordat er al oriënterend geobserveerd was in de periode voor de interviews, waren respondent en onderzoeker al bekend met elkaar en konden de respondenten mogelijk open en onbevangen vertellen.

De externe validiteit is lastig te waarborgen bij dit onderzoek. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het transitiejaar waarin veel veranderingen hebben plaatsgevonden voor jeugd.org. Tevens is het op een zeer specifieke locatie uitgevoerd, waar het ook onrustig was. De resultaten zijn niet een op een te leggen op andere variaties van de jeugd-GGZ.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd gebleven doordat de interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en nauwkeurig zijn gecodeerd en geanalyseerd. Dit is voor elk interview op dezelfde wijze gedaan. Herhaling van het onderzoek zal echter niet per definitie tot dezelfde resultaten leiden, aangezien het onderzoek in een roerige periode van maatschappelijke veranderingen en op een specifieke locatie in een onrustige periode bij Intermetzo.

## 7.2 BEPERKINGEN

De beperkingen van het onderzoek betreffen voornamelijk de kleinschaligheid van de locatie en de uniekheid van de locatie. Doordat het onderzoek op een specifieke locatie heeft plaatsgevonden, en er een op deze locatie een gering aantal mensen werkzaam is, kon er geen invloed uitgeoefend worden op de samenstelling van de respondenten. Daarnaast zijn twee interviews halverwege onderbroken, aangezien de pieper van de respondent afging en de respondent moest bijspringen bij een incident op het terrein. Na de onderbrekingen zijn beide interviews weer hervat. Dit hoeft niet direct van invloed te zijn op de resultaten. Verder zijn de managers en professionals geïnterviewd. Het had mogelijk verdiepende resultaten opgeleverd als ook op directieniveau interviews gehouden waren.

Het doen van oriënterende observaties en houden van interviews hebben ook beperkingen. De resultaten uit de interviews zijn subjectief en komen voort uit het blikveld van de respondent. Elke respondent spreekt vanuit zijn eigen ervaring. Het zou kunnen zijn dat een andere respondent anders over de samenwerking en het kennisdelen gesproken zou hebben.

In de interviews is gebruik gemaakt van de concepten die in het theoretisch hoofdstuk belangrijk zijn geacht. Hierdoor kan de valkuil ontstaan dat er tijdens de interviews teveel gefocust wordt op de resultaten die binnen deze concepten vallen. Tijdens het interviewen en coderen bestaat het gevaar dat er teveel op de concepten wordt gericht en dat de opvallendheden die niet in de literatuur aan de orde zijn geweest, over het hoofd gezien worden.

## 7.3 TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Dit onderzoek is op een zeer specifieke locatie gedaan in een roerige tijd. Er waren wisselingen geweest in professionals en gedurende het onderzoek is er een wisseling geweest in bij de managers. Daarom is het van belang dat de conclusies uit dit onderzoek geverifieerd worden. Het blijft een momentopname, maar aangezien de formatie nu stabiel lijkt te zijn is het interessant om te onderzoeken of als de adviezen opgepakt zijn, het dan tot verbetering heeft geleid. Vervolgonderzoek kan zich, bij het vinden van dezelfde resultaten, voor deze locatie richten op de invulling van gerichte aansturing van de professionals.

Verder is voor dit onderzoek een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. Om de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek te vergroten, is het van belang dat aan de hand van andere onderzoeksmethodes gekeken wordt naar de samenwerking en het kennisdelen tussen de verschillende professionals. Er kan bijvoorbeeld aan de hand van een kwantitatief onderzoek op

grotere schaal gekeken worden naar samenwerking en kennisdelen tussen professionals binnen jeugdzorg algemeen. Tot slot kan er onder andere gekeken worden naar het samenwerken en kennisdelen tussen andere afdelingen binnen de (jeugd)GGZ.

## LITERATUUR

- Ackhof, R. L. (1989). From data to wisdom. *Journal of Applied System Analysis*, 16, 3-9.
- Bertrams, J. (1999). *De Kennisdelende Organisatie: Kunst & praktijk van het hergebruik van kennis*. Schiedam: Scriptum.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Bruijn, de H. & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus managers. De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde*, 3, 6-19.
- Bruning, M. R. (2006). *Over sommige kinderen moet je praten: Gegevensuitwisseling in de jeugdzorg* (Oratie). Geraadpleegd via <https://openaccess.leidenuniv.nl> (10 februari 2015)
- Cabrera, A. & Cabrera, E. F. (2002). Knowledge sharing dilemmas. *Organization studies*, 25, 678-710.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67 (6), 1059-1066.
- Cohen, W. M. & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly* 35 (1), 128-152.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriquez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 1, 116-131.
- De Long, D. W. & Fahey, L. (2000). Diagnosing Cultural Barriers to Knowledge Management. *Academy of Management Executive*, 14 (4), 113-127.
- Delden, P. P. van. (2009). *Samenwerken in de publieke dienstverlening* (Proefschrift). Verkregen via <https://pure.uvt.nl/portal/> (15 maart 2015)
- Haan- Kamminga, A. (2012). Decentralisatie jeugdzorg: hoe kunnen gemeenten sturen op de aanbieders van zorg? In A. T. Marseille, & H. B. Winter (Eds.), *In wetenschap voor de praktijk: Liber Amicorum Michiel Herweijer* (pp. 69-77). Nijmegen: Wolf Legal Publisher.
- Head, B. W. & Alford, J. (2013). Wicked Problems. Implications for Public Policy and Management. *Administration and Society*, 29 (1), 1-29.
- Helsloot, I., Scholtens, A. & Melssen, N. (2014). *Risico's en incidenten in de jeugdzorg. Hoe kijken burgers daar tegenaan?* Renswoude: Crisislab.
- Hendriks, P. H. J. (1999). Why share knowledge? The influence of ICT on the motivation for knowledge sharing. *Knowledge and Process Management*, 6 (2), 91-100.

Hoffman, E. (2002). *Interculturele gespreksvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW). (2013). *Hollen en stilstaan bij werkdruk: dát maakt zorg beter*. Den Haag: Sdu.

Intermetzo. (2013). *Strategische Koers 2013 en verder. Samen naar een betekenisvol bestaan*. Verkregen op 16-2-2015 via: [www.intermetzo.nl/documenten](http://www.intermetzo.nl/documenten)

Intermetzo. (2014a) *Intensieve residentiele behandeling*. Verkregen via <http://www.intermetzo.nl/wat-bieden-wij-intensief-residentieel> (16 februari 2015)

Intermetzo. (2014b) *Intermetzo, speciaal voor meervoudige complexe vraagstukken. Onvoorwaardelijk, ook in uw regio*. Verkregen op 16-2-2015 via [www.intermetzo.nl/documenten](http://www.intermetzo.nl/documenten)

Intermetzo. (2014c). *Professioneel Statuut*. Geraadpleegd via [www.intermetzo.nl/documenten](http://www.intermetzo.nl/documenten) (16 februari 2015)

Intermetzo. (2014d). *Schoolgids SO Noorderlicht en Horizon 2014*. Eefde/ Zeist: Intermetzo.

Intermetzo. (2014e). *Transitie*. Geraadpleegd via <http://www.intermetzo.nl/transitie> (23 juli 2015)

Intermetzo (2015). *Integrale zorg voor de jeugd. Hoe helpt Intermetzo?* Eefde/ Zeist: Intermetzo.

Invoering WMO (2013). *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Geraadpleegd via <http://www.invoeringwmo.nl/actueel/nieuws/hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst> (13 april 2015)

Ipe, M. (2003). Knowledge sharing in Organizations: A conceptual framework. *Human Resource Development Review*, 2 (4), 337-359.

Jasimuddin, S. M., Klein, J. H. & Connel, C. (2005). The paradox of using tacit and explicit knowledge. *Management Decision*, 43 (1), 102-112.

Jeugdzorg Nederland (2012, 3 december). *Kortingen strippen jeugdzorg kaal: zorg voor kwetsbare kinderen onder druk*. Geraadpleegd via <http://www.jeugdzorgnederland.nl/nieuws/nieuws/kortingen-strippen-jeugdzorg-kaal--zorg-voor-kwetsbare-kinderen-onder-druk/>(13 april 2015)

Kroneman, L. & Mulder, E. (2013). *Is specialistische jeugdzorg in 2040 overbodig?* Eefde/ Zeist: Intermetzo.

Lam, A. (2000). Tacit knowledge, organizational learning and societal institutions: an integrated framework. *Organization Studies*, 21 (3), 487-513.

Lawson, H, A. (2004). The logic of collaboration in education and human services. *Journal of interprofessional care*, 18 (3), 225-237.



LSG-Rentray (2013). *Zo: eenmalige uitgave over de doorstart van Zonnehuizen*. Geraadpleegd via [www.lsg-rentray.nl](http://www.lsg-rentray.nl) (26 juni 2015)

Movisie (2014). *De nieuwe Jeugdwet en Wmo: hoe maken we slimme verbindingen?* Geraadpleegd via <https://www.movisie.nl/artikel/nieuwe-jeugdwet-wmo-hoe-maken-we-slimme-verbindingen> (13 april 2015)

Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*, 27 (7), 897-919.

Nederlands Jeugdinstituut (2010). *Actieplan Professionalisering jeugdzorg*. Utrecht: NJI.

Nederlands Jeugdinstituut (2014). *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 105*. Verkregen via <http://www.nji.nl/nl/Jeugdwet-publicatie-Staatsblad-14-3-2014.pdf> (13 april 2015)

Nonaka, I. (1991). The Knowledge Creating Company. *Harvard Business Review*. 79-104.

Nonaka, I & Takeuchi, H. (1995) *The knowledge Creating Company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford: Oxford University Press.

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein: issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Coutinho.

Noordegraaf, M., Geuijen, K. & Meijer, A. (Eds.). (2011). *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). (2014). *Professionalisering Jeugdzorg*. Geraadpleegd via [http://www.nvo.nl/dossiers/jeugdzorg/professionalisering\\_jeugdzorg.aspx](http://www.nvo.nl/dossiers/jeugdzorg/professionalisering_jeugdzorg.aspx) (30 maart 2015)

Provan, K. G. & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theorie*, 18, 229-252.

Pulakos, E. D., Dorsey, D. W., & Borman, W. C. (2003). Hiring for knowledge-based competition. In S. E. Jackson, M. A. Hitt & A.S. Denisi (Eds.), *Managing knowledge for sustained competitive advantage: Designing strategies for effective human resource management*. San Francisco: Jossey-Bass.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: RMO.

Riege, A. (2005). Three –dozen knowledge sharing barriers managers must consider. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 18-35.

Rijksoverheid (2015a). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten> (10 februari 2015)

Rijksoverheid (2015b). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten> (10 februari 2015)

Rijn, M. van. (2013). *Kamerbrief over overheveling van de jeugd GGZ*. Den Haag: VWS.

Royen, P. van. (2009). Interprofessionele samenwerken transmurale en interprofessionele zorg. *Bijblijven*, 25 (3), 31-36.

San Martin- Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 132-147.

Stewart, T.A. (1998). Intellectual capital: the new wealth of organizations. *Performance Improvement*, 37 (7), 56-59. New York: Doubleday Currency.

Tsakitzidis, G. & van Royen, P. (2008) *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Van den Bossche, P., Gijselaers, W.H., Segers, M. & Kirschner, P. A. (2006). Social and Cognitive Factors Driving Teamwork in Collaborative Learning Environments. *Small Group Research*, 37 (5), 490-521.

Vogels, H. M. G. & Bronneman-Helmers, R. (2006) *Wie werken er in het onderwijs? Op zoek naar het 'eigene' van de onderwijsprofessional*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Vinitor, F. (1995) Interdisciplinary and intersectoral approach: a challenge for integrated care. *Patiënt Education and Counseling*, 26, 267-272.

Voor de Jeugd. (2014). *Factsheet Jeugdweg. Naar goede jeugdhulp die bij ons past*. Geraadpleegd via <https://www.voordejeugd.nl/ondersteuning/downloads/factsheets> (13 april 2015)

Voor de Jeugd. (2015). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)*. Geraadpleegd via <https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/aanpalende-beleidsterreinen/wmo> (13 april 2015)

Vroemen, M. (2014). *Team op vleugels. Gids voor geïnspireerd samenwerken*. Deventer: Kluwer.

Weggeman, M. (2000). *Kennismanagement; de praktijk*. Schiedam: Scriptum

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

## BIJLAGEN

### BIJLAGE 1: AFKORTINGEN

Tabel 5: Afkortingen

<b>ETC</b>	Educatief Therapeutisch Centrum
<b>GGZ</b>	Geestelijke gezondheidszorg
<b>MDT</b>	Multi Disciplinair Team
<b>OPP</b>	Ontwikkel Perspectief Plan
<b>PB</b>	Persoonlijk Begeleider
<b>PPH</b>	Pedagogisch Psychiatrisch Hulpverlener
<b>SPH</b>	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
<b>WMO</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

### BIJLAGE 2: DOCUMENTANALYSE

Tabel 6: Documentanalyse

<b>Intermetzo</b>	Zo: eenmalige uitgave over de doorstart van Zonnehuizen 2013 <i>Fusie LSG-Rentrayen Zonnehuizen</i>
	Strategische Koers 2013 <i>Beschrijving van de missie, visie en kerndoelstellingen van Intermetzo</i>
	Professioneel Statuut 2014 <i>Beschrijving van professioneel handelen voor medewerkers die direct betrokken zijn bij het primair proces en beroepsmatig zorg verlenen/onderwijs geven</i>
	Schoolgids SO Noorderlicht en Horizon 2014 <i>Beschrijving van missie en onderwijs op beide locaties</i>
<b>Professionals</b>	Actieplan professionalisering jeugdzorg 2010 <i>Beschrijving van plan om professionaliteit van beroepskrachten die in de jeugdzorg werkzaam zijn te vergroten</i>

TOPICLIJST INTERVIEW ZORGPROFESSIONAL/ ONDERWIJSPROFESSIONAL/ BEHANDELAREN

**Start**

- *Voorstellen*
- *Doel van onderzoek: in kaart brengen van hoe kennis gedeeld wordt*
- *Toestemming voor opname? (Anonimiseren)*
- *Verloop van gesprek: drie kwartier tot een uur, semigestructureerd/ open gesprek, benieuwd naar voorbeelden.*

**Loopbaan**

- Welke functie heb je bij Intermetzo? Hoelang werk je al bij Intermetzo?
- Wat heb je hiervoor voor baan gedaan?
  - o studie/ achtergrond
  - o Waarom ben je gaan werken als onderwijs/ zorgprofessional?
- Wat vind je het belangrijkste/ leukste in je beroep? Waar ben je trots op?

**Opleiding**

Op welke wijze gebruik je kennis uit je opleiding in je werk?

Wat voor type bijscholing is er mogelijk bij Intermetzo? Vind je dit nodig om up to date te blijven?

Heb je dezelfde opleiding gedaan als collega's in dezelfde functie? Merkt je verschil in informatie/ opleiding / achtergrond met anderen?

Zou je jezelf een professional noemen? Kan de collega van zorg/onderwijs ook jouw baan doen en andersom? Waarom wel, waarom niet?

**Dag beschrijven**

- Globaal beschrijven van een dag/week werken
    - o Met wie werk je allemaalsamen? Met wie heb je het meest contact op een werkdag?
- Aan wie moet je verantwoording afleggen?

**Interprofessionele samenwerking**

Wat gebeurt er in die samenwerking?

Wat komt er allemaal aan de orde?

Zijn er wel eens dingen die je niet begrijpt of waarvan je het idee hebt dat je niet begrepen wordt?

Komen er misverstanden voor?

Wanneer overleggen jullie over de cliënten?

Formele momenten?

Informele momenten?

Wie komen er dan samen?

Zijn deze vergaderingen altijd vooraf gepland?

Hoe ziet de structuur van een vergadering eruit? Verschilt dat per keer?

Hoe wordt het vastgelegd? Waar? Vaste afspraken?

Neem jij contact op met collega's of andersom?

Hoe belangrijk is overleg plegen en het delen van informatie in jouw baan?

Op wat voor momenten heb je je collega echt nodig?

Speelt de persoonlijke relatie met de ontvanger van de kennis een rol bij het delen? Waarom? Wat voor rol?

Ben je afhankelijk van de kennis van de ander? Leer je ook van de kennis van de ander? Bewust van ander perspectief van de ander?

Heb je met sommige collega's meer overleg dan met anderen?

Levert het overleg altijd wat op?

Lid van beroepsvereniging? Zo ja, heb je daar profijt van?

Is er een beroepscode? Wat krijg je van uit deze code mee wat betreft informatiedeling?

### **Factoren die informatiedeling beïnvloeden**

#### *Aard van de informatie*

Welke informatie wordt er gedeeld?

Zijn er voorschriften/richtlijnen welke informatie gedeeld moet worden?

Is het voor iedereen duidelijk welke informatie gedeeld wordt? Is daar een format voor?

Heb je beroepsgeheim? Met wie je de informatie wel/ niet mag delen? Ten opzichte van bijvoorbeeld ouders of andere professionals? Twijfel je wel eens of je bepaalde informatie wel of niet mag delen? Zo ja, hoe ga je ermee om? Incidenten?

Met wie deel je welke informatie wel/niet?

Zou er meer/ minder informatie gedeeld moeten worden volgens u?

Zijn er wel eens dingen waarvan je denkt: dit deel ik niet. Waarom is dat?

Voel je je op je vrij om alles te overleggen wat je aan bod wilt laten komen?

#### ***Mogelijkheden***

Is het professionele contact met uw collega's vaak formeel (via mail/ vergadering) of informeel (koffieautomaat)?

Via welke kanalen deel je deze informatie?

- Komen jullie samen? Wordt het digitaal gedeeld? Face-to-face, telefoon, sharepoint, vergadering, e-mail?

Zijn er ook belemmeringen waardoor de kennis niet gedeeld kan worden?

#### ***Motivatie***

Heb je het idee wat je veel vrijheid hebt in de uitvoering van je werk?

Heb je het idee dat je vrijheid hebt in de communicatie met collega's?

Wie beslist wat er intercollegiaal gedeeld moet worden en wat niet? Wie beslist wat er wel en niet gedeeld wordt met de leidinggevende? Hoe beslis je wat je vertelt en wat niet?

Is het voor jou duidelijk waar je beslissingsbevoegdheid ligt bij behandeling van een kind? Is die ruimte groot genoeg?

Wat levert het samenwerken voor de behandeling op voor het kind/ de behandeling?

Waarom zou je informatie delen?

- Krijg je er wat voor terug?
- Wat gebeurt er als je essentiële informatie niet deelt?
- Wordt het informatiedelen gevolgd door de leidinggevende?

Speelt vertrouwen een belangrijke rol bij het delen van informatie?

Is het wel eens gebeurd dat er bepaalde informatie niet gedeeld kon worden? Kunt je daar een voorbeeld van geven?

heb je het idee dat collega's wel eens informatie achterhouden? Voorbeelden?

#### ***Cultuur van werkomgeving***

Hoe vind je het om te werken voor Intermetzo?

Hoe ervaar je de sfeer op deze locatie?

Hoe zou je Intermetzo als organisatie beschrijven? Hoe komt dit naar voren?

Zijn deze waarden van invloed op het delen van informatie?

#### **Afsluiting**

*Wat is voor jou de ideale manier van kennisdelen?*

Zijn er nog dingen die je wilt toevoegen?

Bedankt voor uw tijd!

---

## TOPICLIJST INTERVIEW LEIDINGGEVENDE/ MANAGERS

### **Start**

- Voorstellen
- Doel van onderzoek: in kaart brengen van hoe kennis gedeeld wordt
- Toestemming voor opname? (Anonimiseren)
- Verloop van gesprek: drie kwartier tot een uur, semigestructureerd/ open gesprek, benieuwd naar voorbeelden.

### **Loopbaan**

- Welke functie heb je bij Intermetzo? Hoelang werk je al bij Intermetzo?
- Wat heb je hiervoor voor baan gedaan?
  - o studie/ achtergrondWaarom ben je gaan werken als leidinggevende/ manager?  
Wat vind je het belangrijkste/ leukste in je beroep? Waar ben je trots op?

### **Dag beschrijven**

- Globaal beschrijven van een dag/week werken
  - o Met wie werk je allemaalsamen? Met wie heb je het meest contact op een werkdag?

### **Interprofessionele samenwerking**

Wanneer overleggen jullie over de cliënten? Wie komen er dan samen?

Formele overleggen?

Informele overleggen?

Hoe ziet de structuur van een vergadering eruit? Verschilt dat per keer?

Zijn deze vergaderingen altijd vooraf gepland?

Dossiers: Hoe wordt het vastgelegd? Waar? Vaste afspraken? Hoe houdt je hier controle op?

Hoe word je op de hoogte gehouden van vergaderingen waar je niet aanwezig bent?

Heb je voldoende zicht in de samenwerking tussen de professionals onderling?

Hoe weet je dat je genoeg informatie heeft verkregen? Wie beslist welke informatie je wel krijgt en welke informatie je niet krijgt?

Wie leggen er verantwoording af aan u?

Hoe blijft je op de hoogte van de ontwikkelingen?

Hoe weet je dat je genoeg informatie hebt?

Hoe wordt deze informatie gefilterd?

Wie bepaalt welke informatie je wel en niet krijgt?

Levert het overleg altijd wat op?

Hoe belangrijk is overleggen en het delen van informatie in jouw baan?

### **Factoren die informatiedelen beïnvloeden**

#### ***Aard van de informatie***

Welke informatie wordt er gedeeld?

Zijn er voorschriften/richtlijnen welke informatie gedeeld moet worden?

Is het voor iedereen duidelijk welke informatie gedeeld wordt? Is daar een format voor? Hoe ziet je daarop toe?

Zou er meer/ minder informatie gedeeld moeten worden volgens u?

Zijn er wel eens dingen waarvan je denkt: dit deel ik niet. Waarom is dat?

Zou je de mensen die je leidinggeeft professionals noemen? Maakt je daar nog onderscheid in?

#### ***Mogelijkheden***

Is het professionele contact met uw collega's vaak formeel (via mail/ vergadering) of informeel (koffieautomaat)?

Via welke kanalen deel je deze informatie?

- Komen jullie samen? Wordt het digitaal gedeeld? Face-to-face, telefoon, sharepoint, vergadering, e-mail?

Zijn er ook belemmeringen waardoor de kennis niet gedeeld kan worden?

Hoe organiseert/faciliteert je deze samenwerking?

Hoe weet je dat de samenwerking goed verloopt?

Kunt je een vergelijking maken met andere teams die je leiding geeft? Gaat het er daar anders aan toe?

### **Motivatie**

Wat levert het samenwerken tussen de professionals over de cliënten op voor het kind?

Waarom zou u informatie delen?

- Zijn er sancties op het niet delen van informatie?
- Hoe volgt u het informatiedelen tussen de professionals? En hoe stuurt u daarin?

Speelt vertrouwen een belangrijke rol bij het delen van informatie?

Is het wel eens gebeurd dat er bepaalde informatie niet gedeeld kon worden? Kunt u daar een voorbeeld van geven?

Heb je het idee dat collega's wel eens teveel informatie geven of informatie achterhouden?

### **Cultuur van werkomgeving**

Hoe ervaart u de sfeer op deze locatie? Vergeleken met andere locaties?

Wat zijn kernwaarden van de organisatie Intermetzo? Hoe komt dit naar voren?

Zijn deze waarden van invloed op het delen van informatie? Hebben andere leidinggevenden andere kernwaarden?

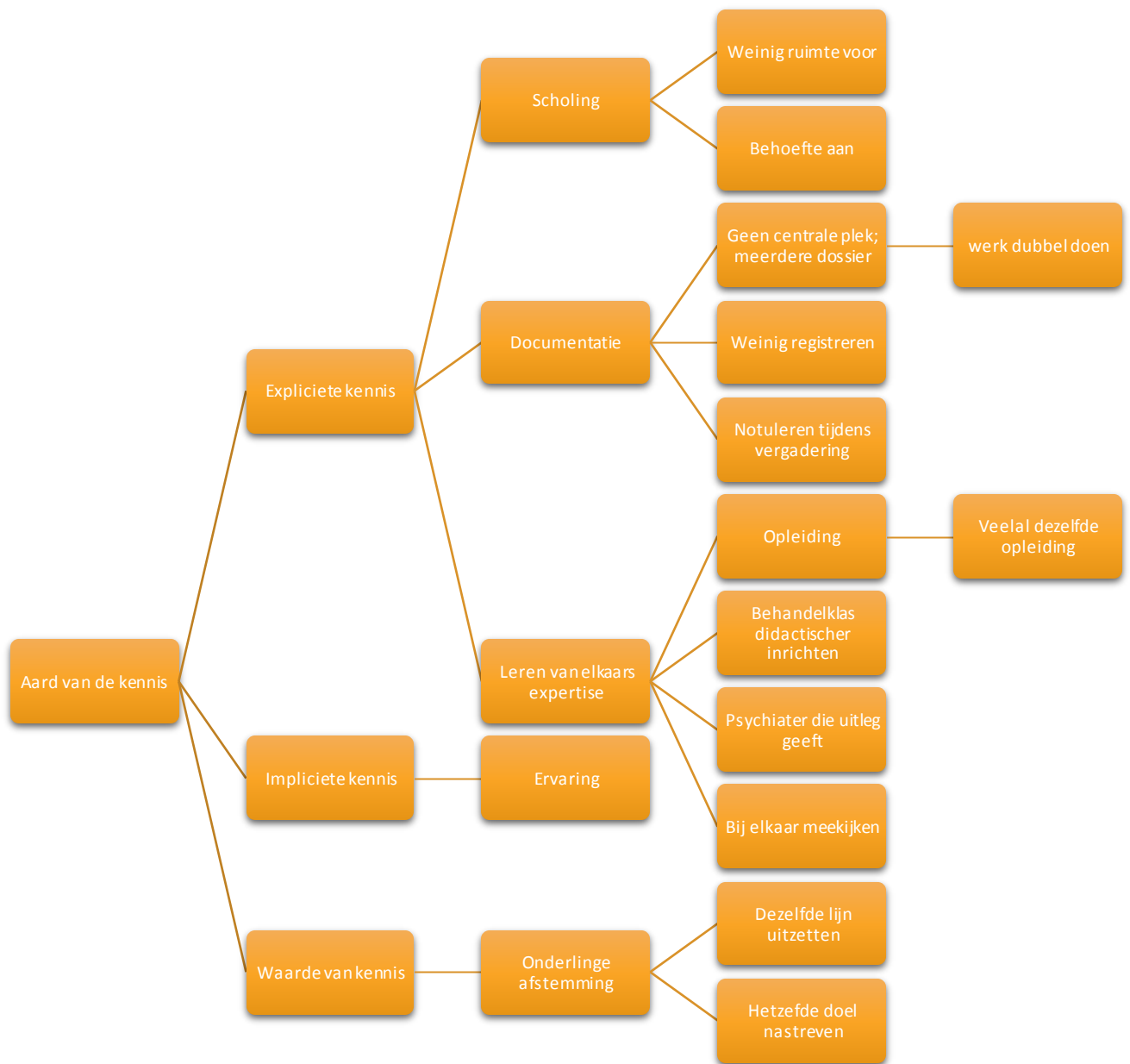
Welke waarde hecht u aan het delen van de informatie tussen professionals?

### **Afsluiting**

*Wat is voor jou de ideale manier van kennisdelen?*

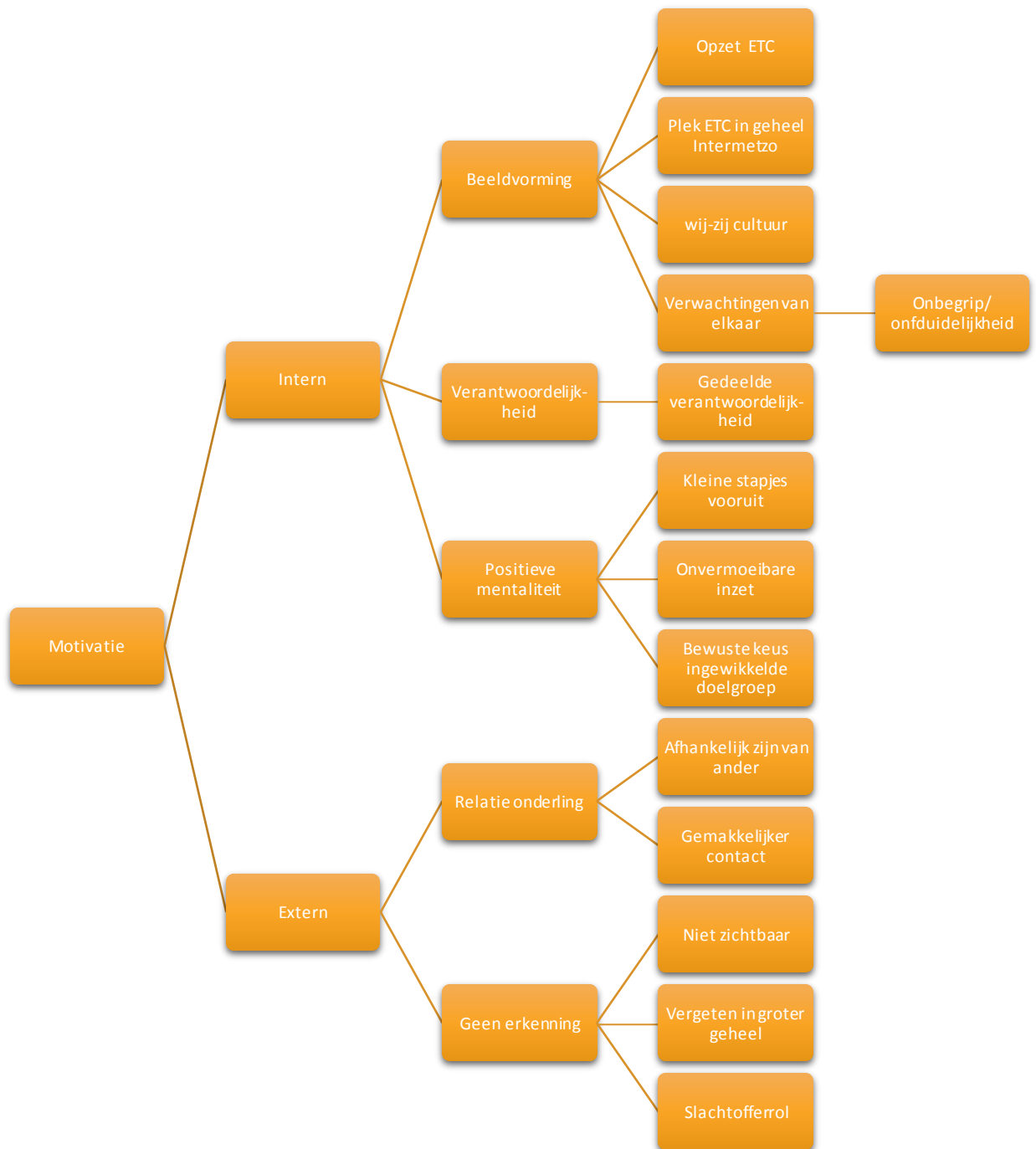
Zijn er nog dingen die u wilt toevoegen?

Bedankt voor uw tijd!

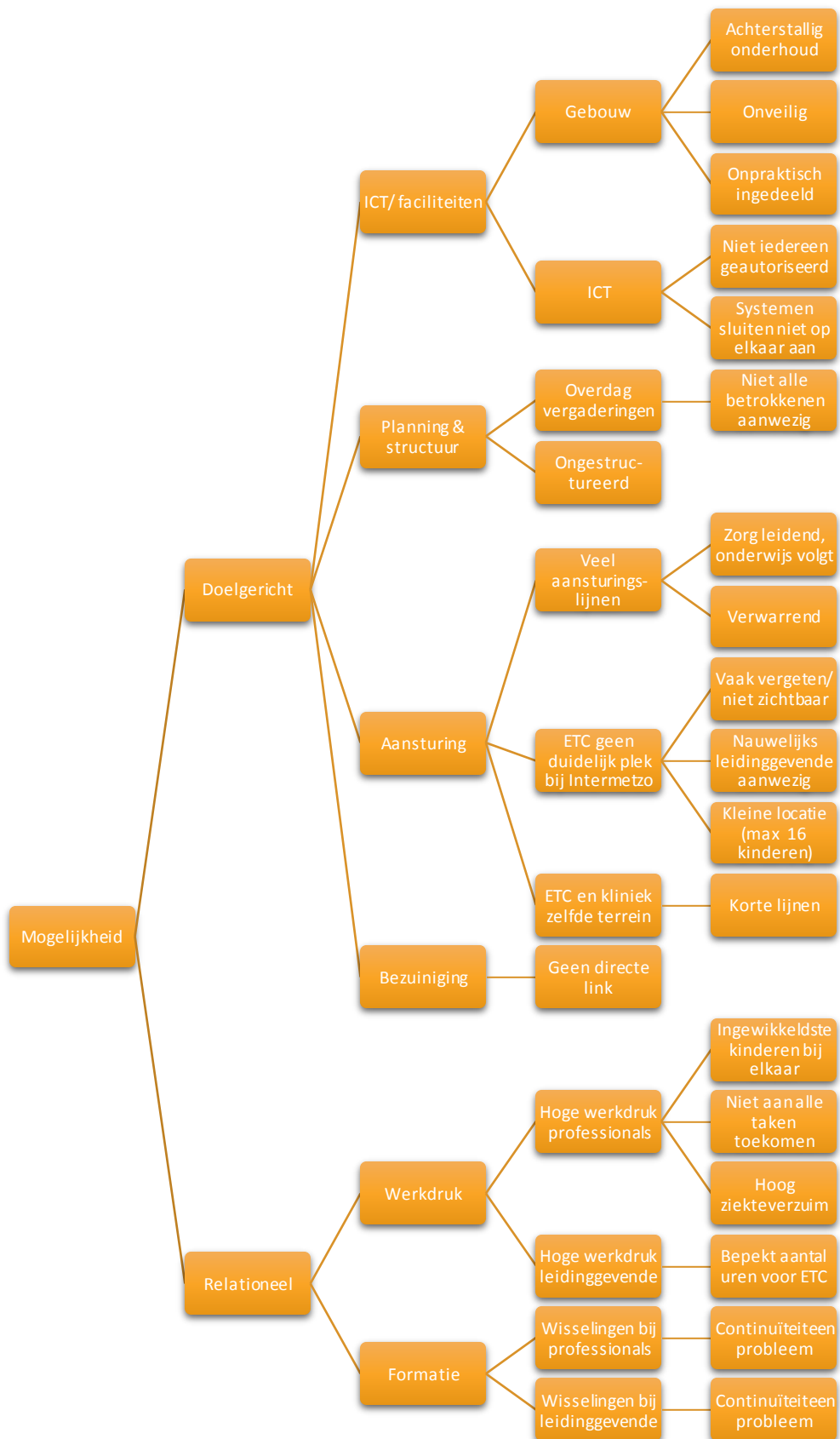


Figuur 9: Codeboom Aard van kennis





Figuur 10: Codeboom motivatie



Figuur 11: Codeboom mogelijkheid