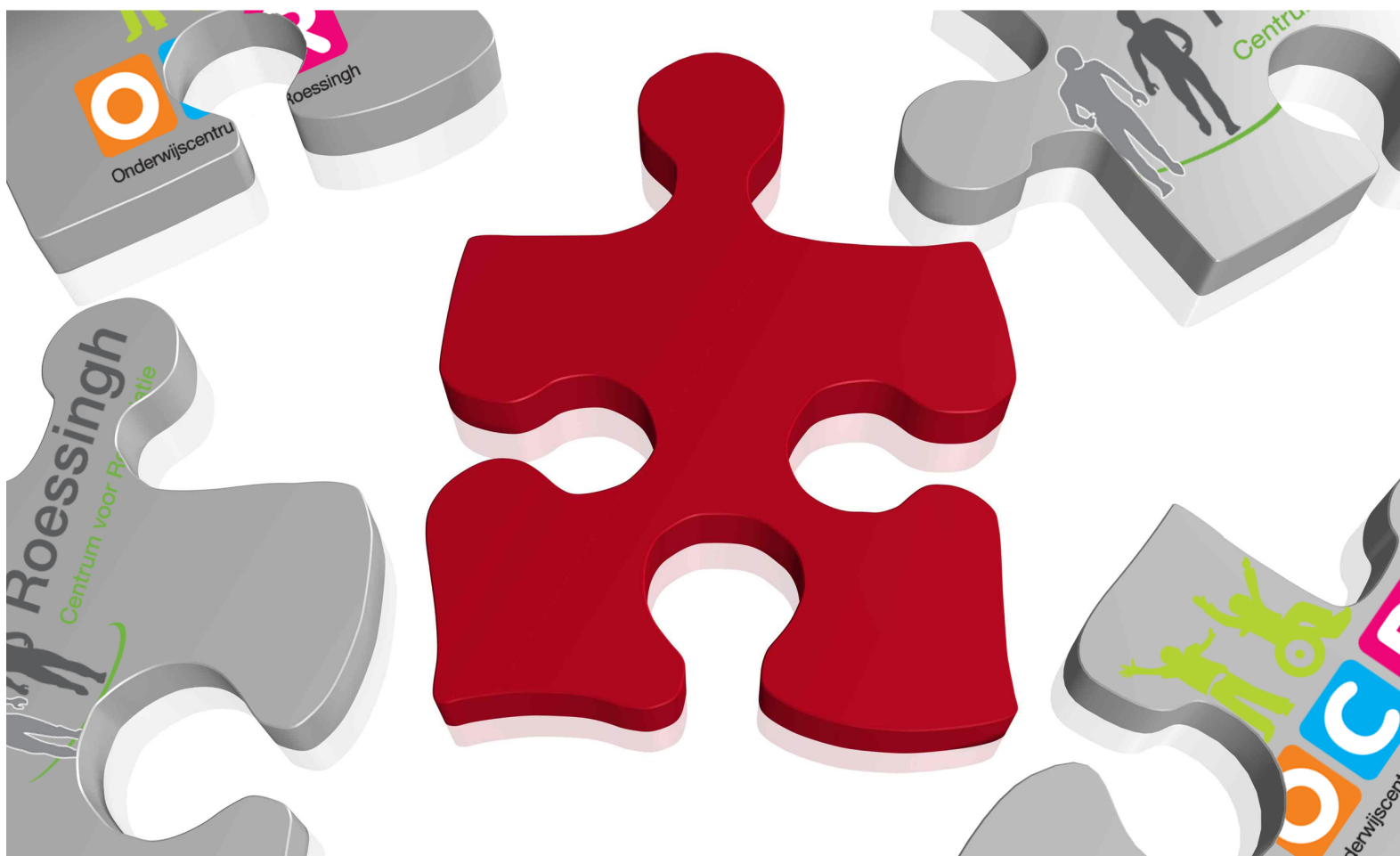


HET KIND CENTRAAL

Verbeterde samenwerking tussen
Roessingh centrum voor revalidatie en
Onderwijscentrum het Roessingh



Anneke Maaskant

2 december 2013

MASTER SCRIPTIE
BEDRIJFSKUNDE

Het kind centraal

Verbeterde samenwerking tussen Roessingh centrum voor revalidatie
en Onderwijscentrum het Roessingh

Auteur:

Anneke Maaskant, BSc

Begeleiders:

Prof. dr. C.P.M. Wilderom

dr. T. De Schryver

Opdrachtgever/Begeleider:

P. Bosma MBA

1	Introductie	1
2	Relevante theorie	5
2.1	Multi-Agencies	5
2.2	Gradaties in samenwerking	10
2.3	Factoren die multi-agencies positief beïnvloeden	11
2.4	Factoren die multi-agencies negatief beïnvloeden	15
2.5	Boundary Objects	17
3	Methodologie	19
4	Achtergrond	25
4.1	Kinderrevalidatie	25
4.2	Onderwijs	29
5	Case	33
5.1	Roessingh Centrum voor Revalidatie	33
5.2	Kinderrevalidatie in Roessingh centrum voor revalidatie	34
5.3	Onderwijscentrum het Roessingh	35
6	Resultaten	37
6.1	Algemeen	37
6.2	Eerdere projecten	38
6.3	Planning	40
6.4	Spertijden	41
6.5	Financiering	41
6.6	Uitval	43
6.7	Goede punten van de samenwerking	43
6.8	Knelpunten in de samenwerking	45
6.9	Mogelijke oplossingen	49
6.10	Conclusie	52
7	Conclusie en Discussie	59
7.1	Algemeen	59
7.2	Hoe ziet de huidige situatie rondom Onderwijscentrum het Roessingh en Roessingh centrum voor revalidatie er uit?	59
7.3	Hoe kan de samenwerking tussen Onderwijscentrum het Roessingh en Roessingh centrum voor revalidatie verbeterd worden, dusdanig dat het kind centraal staat?	62
7.4	Aanbevelingen gericht aan OCR en RCR	66
7.5	Aanbevelingen gericht op verder onderzoek	71
7.6	Beperkingen van dit onderzoek	72
	Bibliografie	74
A	Organisatiestructuur RCR	77

INHOUDSOPGAVE

B	Overzicht gehouden interviews	79
C	Overzicht overige gesprekken	81
D	Vragenlijsten	83

Aanleiding

Roessingh centrum voor revalidatie biedt mensen met een ziekte of een beperking specialistische behandeling. Naast volwassenen worden ook kinderen behandeld in Roessingh centrum voor revalidatie.

Speciaal aan kinderen is dat zij niet alleen behandeling nodig hebben, maar ook leerplichtig zijn, en dus naar school moeten. Onderwijscentrum het Roessingh is een school speciaal voor kinderen met een (meervoudige) handicap.

Roessingh centrum voor revalidatie en Onderwijscentrum het Roessingh zijn beide in Enschede gelegen. Zij liggen op hetzelfde terrein, en staan in verbinding met elkaar.

Hoewel OCR en RCR fysiek aan elkaar verbonden zijn, zijn het twee verschillende instellingen. Ze hebben ieder hun eigen directie, en ze worden ieder door verschillende instanties gefinancierd. Het OCR wordt per kind gefinancierd door de Overheid, het RCR krijgt per diagnose behandel combinatie (DBC) betaald door de zorgverzekeraars. Ondanks dat OCR en RCR onafhankelijke instellingen zijn, streven zij naar een nauwe samenwerking om tot een zo optimaal mogelijke afstemming te komen van medische therapieën en onderwijskundige zorg [Spies, 2013]. Behandelingen worden ingezet ter ondersteuning van het leerproces. Behandeling vindt plaats onder schooltijd, daardoor is het onderwijsprogramma en het revalidatieprogramma een geïntegreerd geheel [Spies, 2013].

Samenwerking tussen school en revalidatiecentrum is nodig om tot een optimale behandeling voor het kind te komen [Meihuizen-de Regt, 2003]. Onderwijs en revalidatie zijn onlosmakelijk verbonden in onderwijs voor lichamelijk en meervoudig gehandicapte kinderen. Idealiter zijn behandelingen en acties vanuit het onderwijs en behandelcentrum er beiden op gericht om de opgestelde doelstellingen voor het kind te halen [Meihuizen-de Regt, 2003]. Het kind moet centraal staan.

Ondanks dat de missie vanuit de kinderrevalidatie is dat onderwijs en centrum samen moeten werken om de doelstellingen voor het kind op te stellen en te halen, blijkt dat dit in de praktijk te wensen overlaat. Behandelingen zijn lastig in te plannen, en er worden veel behandelingen afgezegd. Onderwijs moet soms wijken voor behandeling, waardoor het lastig is om voldoende onderwijs te geven. Daarnaast is er geen gedeelde doelstelling voor het kind die gehaald zou moeten worden. Het komt er op neer dat beide instellingen individueel proberen het beste voor het kind te doen, maar er wordt voorbijgegaan aan dat juist het kind centraal zou moeten staan, en daarmee aan de visie zoals de kinderrevalidatie die bedoeld heeft.

Introductie

Binnen Roessingh centrum voor revalidatie zijn Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE) 1 en 2 verantwoordelijk voor de kinderen. De meeste kinderen die op het OCR zitten, vallen onder RVE 2. Behandelingen vinden normaliter onder schooltijd plaats. Dit levert knelpunten op met betrekking tot samenwerken. Daarnaast levert dit vraagstukken op zoals wat heeft voorrang, school of revalidatie? Na het inplannen van de medewerkers van RCR ontstaan veel planningsmutaties. Dit levert veel verlies op qua inzet en middelen.

In het verleden zijn verschillende ideeën, projecten en pogingen ondernomen om de samenwerking tussen OCR en RCR beter te laten verlopen. Dit heeft tot op heden niet echt resultaat opgeleverd. Het management van RVE 1 en 2 heeft de wens, en ziet de noodzaak de bestaande situatie te analyseren en met verbeter voorstellen te komen. Voorstellen die kunnen liggen op het niveau van bedrijfsvoering, organisatie en inhoud. De noodzaak van de analyse die het management van voornamelijk RVE 2 nodig acht, kan worden omgezet in een onderzoek met concrete doelen.

Doel 1; het in kaart brengen van de huidige situatie en knelpunten rondom de samenwerking tussen OCR en RCR.

Doel 2; het optimaliseren en concretiseren van de samenwerking tussen OCR en RCR waarbij de leer- en revalidatie doelstellingen van kinderen centraal staan en aan deze doelstellingen wordt voldaan.

Doel 3; het verbeteren van de inzet van mensen en middelen vanuit het revalidatiecentrum.

Niet alleen RCR wil graag de samenwerking met OCR verbeteren. Ook het OCR ziet het belang van een verbeterde samenwerking.

Binnen RVE 2 was geen capaciteit en tijd om een dergelijke analyse uit te voeren. Procesmanager RVE 2 Peter Bosma heeft besloten dat een dergelijke analyse door een externe partij zal moeten worden uitgevoerd.

Vraagstelling

Uit de te bereiken doelen (komende uit RCR) kunnen vervolgens twee centrale onderzoeksvragen worden opgesteld:

Hoe ziet de huidige situatie met betrekking tot de samenwerking tussen OCR en RCR er uit?

Hoe kan deze samenwerking verbeterd worden dusdanig dat het kind centraal staat?

Doordat er twee centrale vragen geformuleerd zijn zal het onderzoek tweeledig zijn. De (huidige) situatie rondom de samenwerking tussen OCR en RCR zal in kaart worden gebracht. Daarnaast zal gekeken worden hoe de samenwerking tussen OCR en RCR verbeterd kan worden.

Deelvragen passen bij de eerste centrale vraag van dit onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- *Hoe is de gang van zaken rondom een kind dat zowel naar school gaat als in behandeling is?*
- *Welke eerdere pogingen zijn er ondernomen om de samenwerking te verbeteren?*
- *Waarom zijn deze eerdere pogingen mislukt?*
- *Hoe wordt de planning van behandeling gemaakt?*
- *Hoeveel tijd wordt er gesperd door OCR en hoeveel tijd blijft er over om behandeling te plannen?*

- *Hoe zit de financiering van behandelingen in elkaar?*
- *Hoe groot is de uitval van behandeling en daarmee inkomstenverlies?*
- *Wat zijn goede punten in de samenwerking?*
- *Wat zijn knelpunten in de samenwerking?*

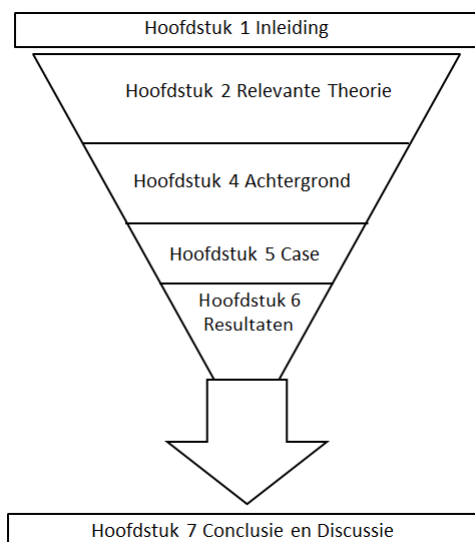
Deelvragen passend bij de tweede centrale vraag zijn als volgt geformuleerd:

- *Welke ideeën hebben de medewerkers bij een mogelijke oplossing?*
- *Hoe kunnen OCR en RCR het theoretisch kader gebruiken als oplossing?*
- *Welke concrete oplossingen kunnen OCR en RCR implementeren om de samenwerking te verbeteren?*

Het antwoord op de centrale onderzoeksvragen zullen helpen om de drie doelen die het RCR graag zou bereiken ook te bereiken.

Type onderzoek

Dit onderzoek de vorm hebben van een casestudy. Een casestudy leent zich uitermate voor het doen van onderzoek binnen een organisatie waarin het de verwachting is dat veel data verzameld zal worden bij de medewerkers in de organisatie. De informatie die nodig is om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden zal op verschillende manieren verkregen worden. Enerzijds zal de in de organisaties aanwezige documentatie en data gebruikt worden, anderzijds zal de kennis en informatie aanwezig bij de medewerkers gebruikt worden. Om de kennis en informatie aanwezig bij de medewerkers te verkrijgen zullen interviews en gesprekken worden gehouden met werknemers. De verkregen informatie zal worden vastgelegd in verslagen, die vervolgens geschikt zijn als data bron.



Figuur 1.1: Schematische weergave van de opbouw van dit onderzoek

Leeswijzer

Om tot een antwoord te komen zal naar een steeds verder kleiner wordend niveau worden ingezoomd. Figuur 1.1 illustreert hoe dit onderzoek is opgebouwd. Deze scriptie zal beginnen met een theoretisch hoofdstuk, hoofdstuk 2. Het theoretisch kader beschrijft de noodzaak van samenwerken op het niveau van medische, service verlenende organisaties. Dit is nog een heel breed gebied. In hoofdstuk 3, methodologie zal worden uitgelegd hoe dit onderzoek zal worden uitgevoerd. In hoofdstuk 4, achtergrond zal worden ingezoomd op het gebied van de kinderrevalidatie en het onderwijs. Op dit niveau komt de noodzaak tot samenwerken naar voren. Vervolgens zal in hoofdstuk 5, case nog verder worden ingezoomd, namelijk op de twee organisaties waarbinnen dit onderzoek zal plaatsvinden. Daarna zal in hoofdstuk 6, resultaten, ingezoomd worden op het kleinste niveau en daarmee het niveau van het daadwerkelijke onderzoek. In het eerste deel van hoofdstuk 7, conclusie, zal een antwoord op de centrale vraagstelling worden gegeven. In de volgende sectie van hoofdstuk 7 zullen de beperkingen van dit onderzoek worden besproken en tot slot zullen in de laatste sectie van hoofdstuk 7 de aanbevelingen aan de organisaties en aanbevelingen met betrekking tot dit onderzoek worden besproken.

2.1 Multi-Agencies

Inleiding

Het huidige zorgbeleid in de meeste westerse landen vraagt om steeds effectievere levering van toegankelijke, continue en uitgebreide zorg [D'Amour *et al.*, 2008]. Dit fenomeen is sterk verbonden met de nieuwe trend binnen het vormgeven van de organisatie van gezondheidszorg. Geïntegreerde zorg, gezondheidsnetwerken en programmamanagement zijn voorbeelden van deze nieuwe trend. Voor alle drie deze voorbeelden geldt dat samenwerking tussen de zorg leverende organisaties noodzakelijk is [D'Amour *et al.*, 2008].

Samenwerking kan worden omschreven als het samenkomen van organisaties met gedeelde problemen of organisaties die, mogelijke, dezelfde doelen na streven [Simkins & Garrick, 2012]. Samenwerken volgens multi-agencies wordt aangeraden of is zelfs een vereiste om om te gaan met deze nieuwe trend [Salmon, 2004, Salmon & Faris, 2006]. Samenwerking in multi-agencies zorgt er voor dat kinderen het middelpunt worden van hun zorg. Dit geldt zeker voor het leveren van gecoördineerde zorg, met name aan gehandicapte kinderen, kinderen met psychische problemen of kinderen die op een andere manier als “speciaal” kunnen worden aangemerkt [Salmon, 2004].

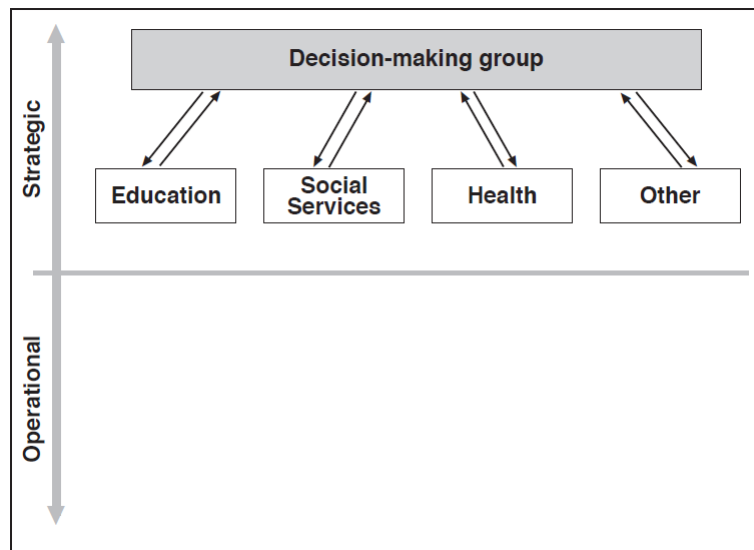
Ondanks dat er vele stemmen opgaan dat multi-agency samenwerking zou moeten stijgen, blijkt het uitvoeren in de praktijk nog niet zo eenvoudig. Er zijn verschillende redenen waarom dit zo is. Werken volgens multi-agency vraagt om verandering op individueel niveau, binnen organisaties en op het niveau van meerdere organisaties. Veel mensen houden niet van verandering, het stelt hun huidige werk op de proef, ze kunnen defensief worden en ze zullen redenen proberen te vinden waarom de verandering toch niet zal werken, nog voor deze verandering geprobeerd is [Sloper, 2004].

Vormen van Multi-Agencies

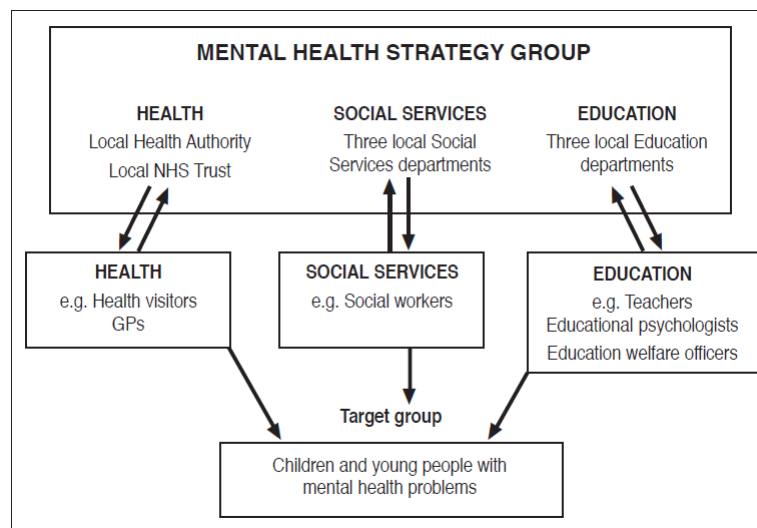
Atkinson *et al.* (2001) beschrijft vijf verschillende modellen voor de verschillende vormen van multi-agency samenwerken; “*decision-making groups*”, “*consultation and training*”, “*centre-based delivery*”, “*coordinated delivery*”, “*operational-team delivery*”.

Decision-making groups

Het belangrijkste concept in deze vorm van multi-agency is dat er gefaciliteerd wordt in een forum



Figuur 2.1: Schematische weergave van een decision-making group multi-agency

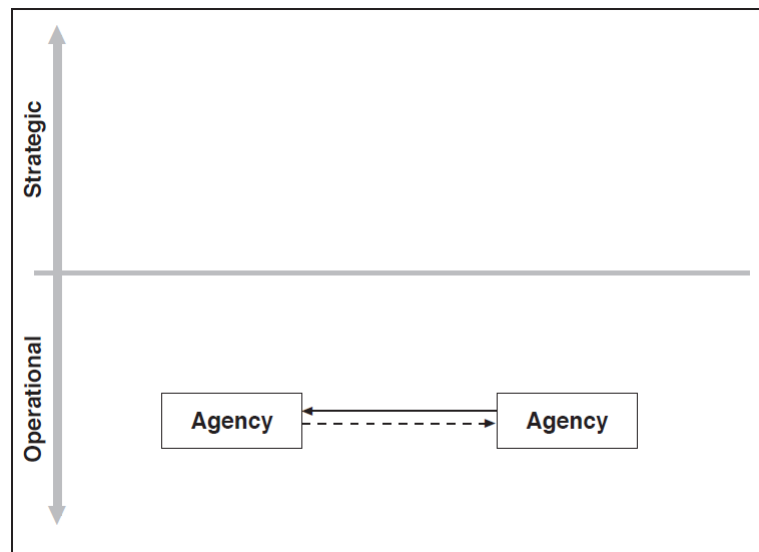


Figuur 2.2: Praktijkvoorbeeld van een decision-making group multi-agency

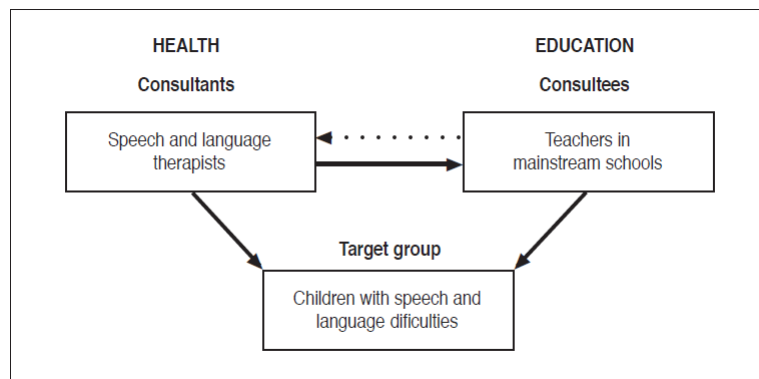
waarin de professionals van de verschillende organisaties bij elkaar komen om te discussiëren en beslissingen te nemen. Het beslissingen nemen gebeurt op het strategische level, maar heeft indirect invloed op het operationele level. Figuur 2.1 geeft een schematische weergave van de decision-making groep multi-agency. Wanneer de beslissingen genomen zijn, neemt iedere professional deze mee naar zijn eigen organisatie om daar op operationeel niveau naar te handelen. Een praktijkvoorbeeld van een decision-making groep multi-agency is geïllustreerd in Figuur 2.2 [Atkinson *et al.*, 2001].

Consultation and Training

Het belangrijkste doel in het multi-agency model consultation and training is het uitwisselen van expertise. Professionals van de ene organisatie wisselen hun expertise uit met professionals van de



Figuur 2.3: Schematische weergave van een consultation and training multi-agency

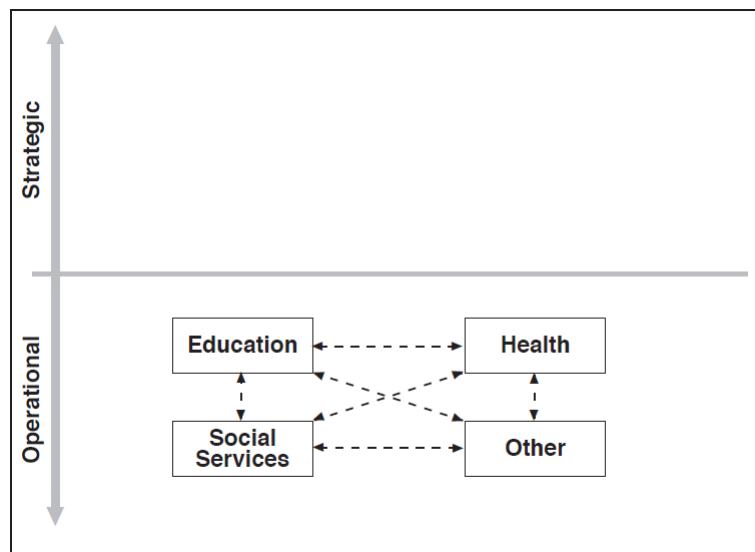


Figuur 2.4: Praktijkvoorbeeld van een consultation and training multi-agency

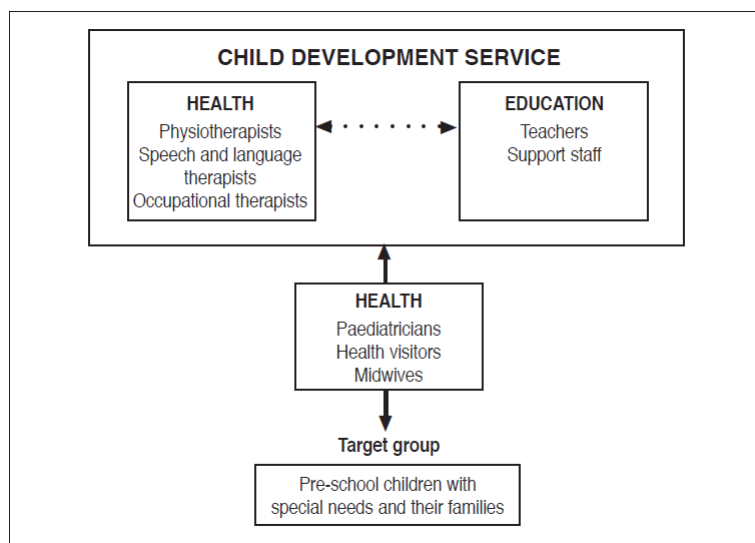
andere organisatie door met hen te overleggen of door hen training te geven. Dit gebeurt normaal gesproken op operationeel niveau. Figuur 2.3 geeft een schematische weergave van dit type multi-agency. Hoewel er in dit type multi-agency een tweezijdige uitwisseling van kennis en begrip is, is één organisatie de leverancier en de andere organisatie de ontvanger. Figuur 2.4 illustreert een praktijkvoorbeeld van een consultation and training multi-agency [Atkinson *et al.*, 2001].

Centre-based delivery

Het doel van centre-based delivery multi-agencies is om expertise te verzamelen op één plek, om een beter gecoördineerde en uitgebreidere zorg te kunnen leveren. Figuur 2.5 geeft een schematisch weergave van een centre-based delivery multi-agency. Door professionals van de verschillende organisaties te centreren, terwijl zij niet gemeenschappelijk de service verlenen aan cliënten, kan wel informatie worden uitgewisseld, en kunnen ideeën uitgewisseld worden en discussies plaatsvinden tussen de verschillende organisaties. Hierdoor zijn de professionals zich beter bewust van de rol van de ander en kan een beter gecoördineerde zorg worden geleverd. Een voorbeeld van hoe dit er in de



Figuur 2.5: Schematische weergave van een centre-based delivery multi-agency

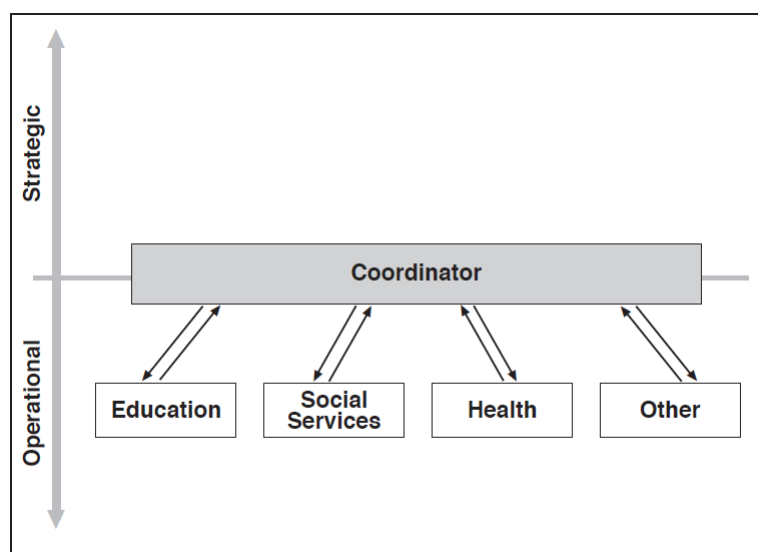


Figuur 2.6: Praktijkvoorbeeld van een centre-based delivery multi-agency

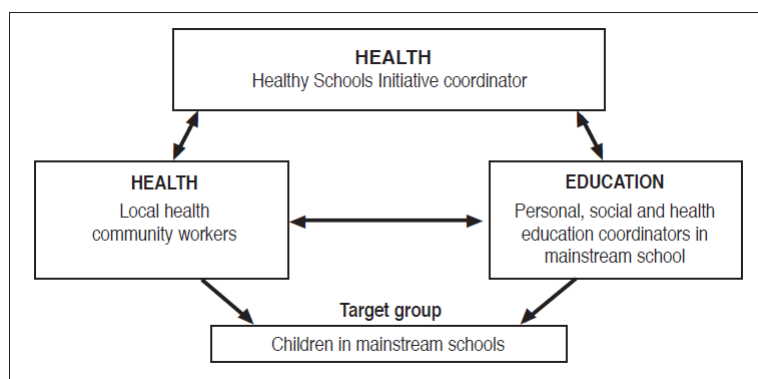
praktijk uit zou kunnen zien is geïllustreerd in Figuur 2.6 [Atkinson *et al.*, 2001].

Coordinated delivery

Net als bij een centre-based multi-agency is het doel van een coordinated delivery multi-agency het leveren van een meer gecoördineerde en uitgebreidere zorg. Echter gebeurt dit op een andere manier. In een coordinated delivery multi-agency heeft een coördinator het overzicht over de betrokken organisaties. Deze coördinator heeft de verantwoordelijkheid om de eerder gescheiden organisaties bij elkaar te brengen. Een schematische weergave van een coordinated delivery multi-agency is weergegeven in Figuur 2.7. De coördinator werkt tussen het strategische en het operationele niveau. De daadwerkelijke levering van service door de professionals vindt plaats op het operationele niveau.



Figuur 2.7: Schematische weergave van een coordinated delivery multi-agency

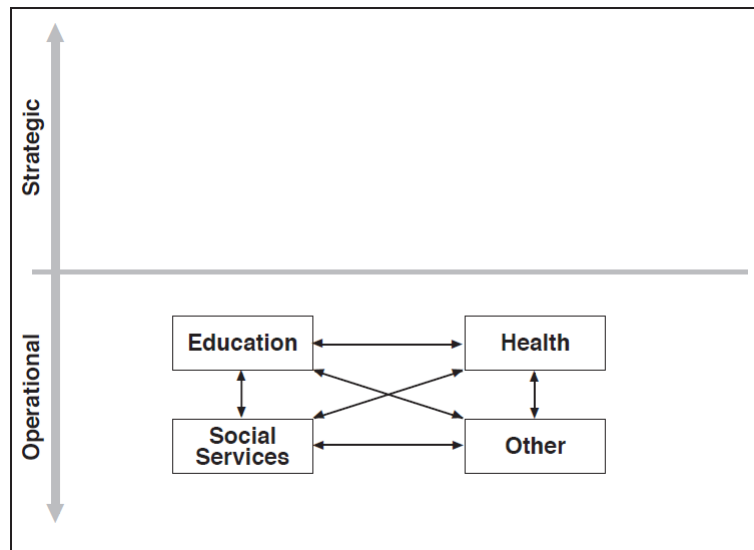


Figuur 2.8: Praktijkvoorbeeld van een coordinated delivery multi-agency

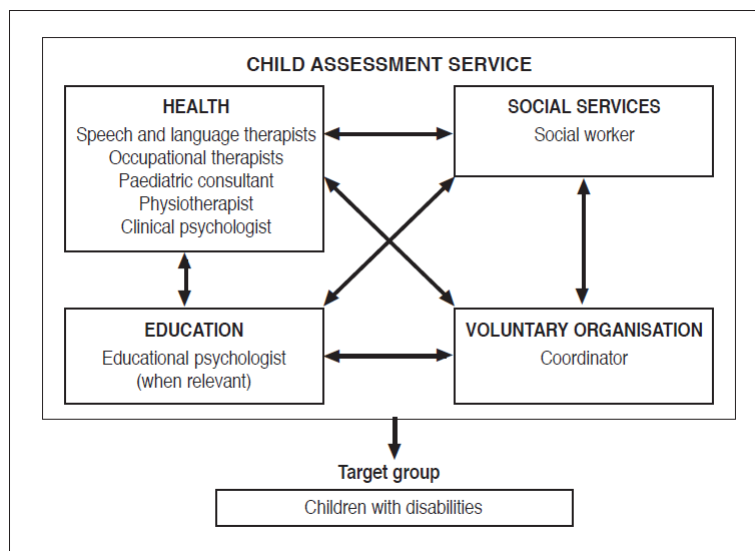
In dit model hebben de professionals van de verschillende organisaties beperkt contact met elkaar. Zij krijgen hun informatie via de coördinator. Een voorbeeld van hoe dit er in de praktijk uit zou kunnen zien is weergegeven in Figuur 2.8 [Atkinson *et al.*, 2001].

Operational-team delivery

Het doel van operational-team delivery is dat professionals samenwerken op een dagelijkse basis om een samenhangend multi-agency team te vormen dat service verleent aan de cliënt. Professionals in een operational-team delivery multi-agency werken in elkaars nabijheid en ze werken samen om service te leveren aan de cliënt. Figuur 2.9 is een schematische weergave van een operational-team delivery multi-agency. Er is een tweezijdige uitwisseling van ideeën, kennis en vaardigheden. Rollen en verantwoordelijkheden zijn minder strikt dan in andere modellen. Een voorbeeld van hoe een operational-team delivery multi-agency er in de praktijk uit kan zien is weergegeven in Figuur 2.10 [Atkinson *et al.*, 2001].



Figuur 2.9: Schematische weergave van een operational-team delivery multi-agency



Figuur 2.10: Praktijkvoorbeeld van een operational-team delivery multi-agency

2.2 Gradaties in samenwerking

De focus binnen samenwerken zal in deze thesis liggen op het multidisciplinair samenwerken. Er zijn verschillende gradaties te onderscheiden in samenwerking. Van alle mogelijke termen die gebruikt worden valt een continuïteit te onderscheiden die loopt van medewerking, naar samenwerking, naar coördinatie, naar fusie/integratie. Partnerschap vormt de rode draad door deze vormen van samenwerking [Frost, 2005].

- Level 0: *Ongecoördineerde, op zichzelf staande organisaties*
- Level 1: *Medewerking* - organisaties werken samen naar consistente en aanvullende services, terwijl ze hun onafhankelijkheid in acht houden. Medewerking is gebaseerd op communicatie tussen organisaties maar gaat verder dan alleen communiceren. Medewerking houdt in dat organisaties' doelen en doelstellingen samenkomen in dialogen om protocollen te formuleren over hoe service geleverd zal worden, terwijl hun onafhankelijkheid in acht genomen wordt. Medewerking is een waardevolle vorm van samenwerking, maar het is sporadisch en informeel [Frost, 2005].
- Level 2: *Samenwerking* - organisaties plannen samen, en richten kwesties als overlapping, duplicaties en gaten in het verlenen van service tot dezelfde uitkomsten. Samenwerking verwijst naar werkrelaties tussen verschillende teams of units in losse afdelingen en naar professionals van verschillende disciplines of instellingen die werken met een gedeelde focus [Frost, 2005].
- Level 3: *Coördinatie* - organisaties werken samen op een geplande en structurele manier. Ze werken toe naar gedeelde en afgesproken doelen. Coördinatie is een sterker concept dan medewerking of samenwerking. Coördinatie is niet synoniem aan medewerking maar het onderscheidt zich door factoren zoals de aanwezigheid van beslissingsregels, de mate van aanwezige formaliteiten, de nadruk op gezamenlijke doelen en het potentiële grotere gevaar van autoriteit. Het formuleren van gedeelde doelen, regels en activiteiten leidt tot een zakelijke strategie om de afgesproken gemeenschappelijke doelen te halen [Frost, 2005].
- Level 4: *Fusie/Integratie* - Verschillende organisaties worden één organisatie om het leveren van service te vergroten. De nadruk verschuift van partnerschap tussen organisaties naar problemen van samenwerken binnen een los team en organisaties [Frost, 2005].

2.3 Factoren die multi-agencies positief beïnvloeden

In de literatuur zijn verschillende factoren beschreven die helpen bij het faciliteren van multi-agencies. Hieronder volgt beschrijving van de belangrijkste factoren.

Gemeenschappelijke doelen en visies

Één van de “core concepts” van samenwerken is het hebben van een gemeenschappelijk doel of visie [Atkinson *et al.*, 2001, Salmon & Faris, 2006, D'Amour *et al.*, 2008, D'Amour *et al.*, 2005, Salmon, 2004]. Het identificeren en delen van gemeenschappelijke doelen is een belangrijk startpunt van samenwerking [D'Amour *et al.*, 2008]. Wanneer dieper wordt ingezoomd op wat gemeenschappelijke visie en doelen precies inhoudt, blijkt dat er verschillende interpretaties bestaan van wat verstaan wordt onder een gemeenschappelijk doel of visie. Het wordt omschreven als een verenigende factor of een gemeenschappelijke basis. Soms wordt er verder gegaan en wordt dit fenomeen beschreven als de noodzaak voor ‘gelijkgestemde’ medewerkers of als een ‘tot elkaar komende mindsetting’ [Atkinson *et al.*, 2001].

Communicatie/ Informatiedelen

Communicatie en het delen van informatie zijn van belang bij samenwerken [Atkinson *et al.*, 2001, D'Amour *et al.*, 2008, D'Amour *et al.*, 2005, Sloper, 2004, Salmon & Faris, 2006, Salmon, 2004]. Het uitwisselen van informatie refereert naar het bestaan van een geschikte vorm van informatie-infrastructuren. Deze infrastructuren moeten geschikt zijn voor snelle en complexe uitwisseling van informatie tussen professionals. Professionals gebruiken deze informatiesystemen om onzekerheid over hun relaties met partners te reduceren. Feedback geeft professionals de informatie die ze nodig hebben om patiënten goed te kunnen volgen, maar ook de informatie die nodig is voor het evalueren van collega's [D'Amour *et al.*, 2008, Frost, 2005]. Het delen van informatie is een noodzakelijke conditie voor verbeterde vennootschap maar is ook één van de resultaten. Informatie delen is niet zo eenvoudig als het lijkt. Dit komt doordat de houding ten opzichte van informatie delen en vertrouwelijkheid van informatie vaak diep geworteld is in de professionele cultuur van een organisatie [Frost, 2005]. Volgens Atkinson *et al.* (2001), zijn er drie 'key factors' rondom communicatie. *Voorzien in mogelijkheden voor dialogen*; Het is belangrijk om de communicatielijnen open te houden en te voorzien in communicatielijnen met andere organisaties. Mensen hebben de behoefte om problemen te bediscussiëren met anderen. De beste manier om dit te doen, is door met de betrokken mensen te praten. Zulke discussies faciliteren een beter begrip van hoe de andere organisatie functioneert [Atkinson *et al.*, 2001, Frost, 2005]. *Communicatievaardigheden* staan hoog in de lijst van vaardigheden die een professional nodig heeft om goed te kunnen samenwerken. Ook luistervaardigheden, onderhandelingsvaardigheden en stellen van compromisvaardigheden en het opbouwen van persoonlijke relaties horen hierbij. Deze vaardigheden dragen allen bij aan het vergroten van het begrip van het standpunt van de andere organisatie [Atkinson *et al.*, 2001]. *Verbreiding van informatie*; volgens Atkinson *et al.* (2001) bevat het delen van informatie de volgende kernpunten: Verbeteren van communicatieprocedures, verbeteren van communicatiesystemen en communiceren met andere professionals op menselijk niveau (informele communicatie).

Gemeenschappelijke taal

Het wel of niet hebben van een gemeenschappelijke taal beïnvloedt de samenwerking tussen organisaties [Salmon & Faris, 2006]. Het is belangrijk op te letten welke taal gebruikt wordt wanneer verschillende organisaties deelnemen aan een vergadering. Niet alle deelnemers zijn bekend met elk vakjargon. Vakjargon kan gebruikt worden om machtsverschillen te versterken en om andere te buiten te sluiten [Frost, 2005].

Een belangrijke factor die invloed heeft op multi-agency samenwerking is de verschillen die er bestaan tussen de organisaties. Deze verschillen kunnen zich manifesteren op verschillende manieren; verschillende grenzen en organisatie van autoriteit, verschillen in werkcondities en verwachtingen, rivaliteit binnen de organisatie, verschillende gezichtspunten en prioriteiten en verschillende methodes en rollen. Deze verschillen benadrukken het belang van een gemeenschappelijke taal [Atkinson *et al.*, 2001].

Commitment

Bereidwilligheid ook wel commitment genoemd blijkt cruciaal te zijn op strategisch niveau [Atkinson *et al.*, 2001, Salmon, 2004]. Commitment is een breed begrip, het zegt iets over de bereidwilligheid van medewerkers, hoe graag willen ze samenwerken en in hoeverre geloven mensen in de samenwerking. Niet alleen moet er commitment bestaan voor de samenwerking, ook is het belangrijk dat medewerkers bereid zijn om hun nieuwe rol te accepteren [Moran *et al.*, 2007]. Op management niveau is commitment ook belangrijk. Zowel senior als frontline staf moeten samenwerking ondersteunen [Sloper, 2004].

Begrijpen van rollen en verantwoordelijkheden

Één van de uitdagingen die komt kijken bij samenwerken is het veranderen van rollen en verantwoordelijkheden [Frost, 2005]. Rollen kunnen vaag, verwarrend en flexibel worden. Professionals hebben te maken met twee identiteiten; de identiteit die ze hadden voor de samenwerking, de voor hen bekende en vertrouwde identiteit en de identiteit die ze gekregen hebben na de samenwerking, een voor hen nieuwe en onbekende identiteit. Sommige zullen hun oude identiteit en skills willen behouden, terwijl anderen juist willen veranderen en hun skills willen verleggen [Frost, 2005]. Wanneer rollen en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn vastgelegd voor iedereen is het zeer eenvoudig voor organisaties om te werken in verschillende agenda's, aan te nemen dat een deel van het werk de verantwoordelijkheid van iemand anders is, misvattingen te ontwikkelen, conflicten te laten ontstaan over zogenoemde “duo” rollen of cliënten van tegenstrijdige informatie te voorzien. [Atkinson *et al.*, 2001]. Naast dat rollen en verantwoordelijkheden duidelijk moeten zijn, moet er ook respect zijn voor de rol en de verantwoordelijkheid van de ander. Zonder professioneel respect is samenwerken een zogenoemde ‘non-starter’. Inlevingsvermogen in het werk van de ander kan dit respect vergroten [Atkinson *et al.*, 2001].

Leiderschap

Succesvolle samenwerking wordt bevorderd door sterk leiderschap en samenwerkingssturing of een management groep [Sloper, 2004].

Leiderschap bestaat uit twee belangrijke aspecten: Leiderschap als een strategisch middel en als kracht om obstakels te overwinnen.

Betrokkenheid van centrale autoriteiten is belangrijk. Zij moeten zorgen voor een duidelijke en expliciete richting van hoe er naar een samenwerking toe gewerkt zal worden. Lokaal leiderschap is nodig voor het ontwikkelen van interlokale of interprofessionele samenwerking. Het is van belang dat niet één van de partners in de samenwerking de macht heeft. Alle partners moeten hun mening kunnen geven en moeten kunnen mee beslissen over beslissingen die genomen moeten worden. Samenwerking gaat altijd gepaard met innovaties, samenwerkingen leiden namelijk tot nieuwe activiteiten en veranderende verantwoordelijkheden tussen professionals en organisaties [D'Amour *et al.*, 2008]. Het tweede belangrijke aspect van leiderschap is leiderschap als een strategische visie dat het team dat een verandering moet gaan doormaken bij elkaar kan brengen [Atkinson *et al.*, 2001]. Dit tweede aspect hangt nauw samen met de eerder beschreven gemeenschappelijke doel en

visie. Wanneer de visie van het management geen gedeelde visie is, zullen medewerkers minder snel geneigd zijn deze visie te volgen [Atkinson *et al.*, 2001].

Financiering/middelen

Volgens Frost (2005) en Atkinson *et al.* (2001) zijn middelen en het toewijzen van middelen een potentiële barrière voor samenwerking. De schaarsheid van human resources is een primaire barrière. Toegepast op onderwijs en maatschappelijkwerkafdelingen resulteert deze schaarste in een gelimiteerd face-to-face contact en gebrek aan formele en informele multidisciplinaire meetings, niet up-to-date verslagen, late kennisgeving van cases en niet op tijd ingediende dossiers [Frost, 2005]. Het delen van middelen zou een oplossing kunnen zijn voor bovengenoemd probleem [Atkinson *et al.*, 2001]. Atkinson *et al.* (2001) noemen drie strategieën die gebruikt kunnen worden om het delen van middelen te realiseren:

- *Samenvoegen van budgetten*: Één of meerdere organisaties voldoen een gedeelte of alle kosten geassocieerd met personeel van andere organisaties, of verstrekken in natura.
- *Gezamenlijke financiering*: Middelen worden verstrekt door alle betrokkenen bij een initiatief, vaak op een gelijke verhoudingsgewijze basis.
- De identificatie en het gebruik van alternatieve of aanvullende inkomsten om multi-agency services te verhogen.

Het onderscheid tussen het bij elkaar doen van budgetten en gezamenlijke financiering zit hem in delegatie en controle. Gezamenlijke budgetten bevatten een mate van delegatie, het stelt een organisatie instaat om een vorm van controle te houden over waar het voor gebruikt wordt. Het bij elkaar doen van budgetten houdt in dat middelen worden verdeeld over budgetten met als gevolg dat het management van de bijdragende organisaties minder controle houdt over de middelen [Atkinson *et al.*, 2001].

Goede werkrelaties

Volgens D'amour *et al.* (2008) en Salmon (2004) kan een goede samenwerking alleen plaatsvinden wanneer er een basis is van vertrouwen. Vertrouwen reduceert onzekerheid. Wanneer er geen of weinig vertrouwen is, blijkt dat professionals veel meer geneigd zijn de verantwoordelijkheid over een cliënt volledig in eigen hand te houden, en op deze manier samenwerking tegen te houden zolang als mogelijk is [D'Amour *et al.*, 2008]. Wanneer professionals elkaar leren kennen, zowel persoonlijk als professioneel, draagt dit bij aan de vergemakkelijking van samenwerking. Het kennen van elkaar houdt in dat professionals op de hoogte zijn van elkaars kunnen en kennis. Het is nodig om sociale condities te creëren die samenwerking bevorderen [D'Amour *et al.*, 2005]. Goede werkrelaties kenmerken zich doordat zij authentiek en constructief zijn, zij vragen open en eerlijke communicatie, en wederzijds vertrouwen en respect [D'Amour *et al.*, 2008].

2.4 Factoren die multi-agencies negatief beïnvloeden

Veel van de factoren die multi-agency-werken negatief beïnvloeden, ook wel barrières genoemd, zijn een gebrek aan of het tegenovergestelde van de factoren die multi-agency-werken positief beïnvloeden. Hieronder volgt een beschrijving van de belangrijkste barrières.

Financiële middelen

Financiële onzekerheid is een belangrijke barrière. Financiële onzekerheid kan zich op verschillende manieren manifesteren. Het is niet altijd duidelijk of en hoe de multi-agencies gefinancierd gaan worden [Sloper, 2004]. Deze onzekerheden kunnen zowel binnen één organisatie bestaan als tussen de betrokken organisaties. Verschil in grote van budget en waar gaat het geld naar toe zijn kwesties waarmee men mee te maken heeft [Atkinson *et al.*, 2001]. Naast de problemen rondom de verdeling van budget, kan het ook zijn dat er überhaupt geen financiering is om een multi-agency op te starten. Een derde probleem rondom financiële middelen is de duurzaamheid van multi-agencies. Niet iedereen is ervan overtuigd dat multi-agencies duurzaam zijn, wat als risico met zich mee brengt dat de stekker er weer uitgetrokken wordt, en de investeringen voor niets zijn geweest [Atkinson *et al.*, 2001].

Niet-financiële middelen

Niet alleen financiële middelen, maar ook niet-financiële middelen vormen een barrière voor multi-agency-werken. Tijd, personeel en accommodatie zijn aspecten die hierbij komen kijken [Atkinson *et al.*, 2001]. Niet iedere organisatie heeft dezelfde mening over hoeveel tijd waarvoor nodig is [Salmon, 2004, Atkinson *et al.*, 2001]. Naast dat er over de verdeling van tijd meningsverschillen bestaan, komt het ook voor dat er in het geheel eigenlijk geen tijd wordt vrij gemaakt voor de overgang naar multi-agency-werken [Atkinson *et al.*, 2001]. Niet alleen op organisatieniveau is tijd belangrijk, ook op het niveau van de individuele medewerker. Samenwerken kost tijd. Er moet kennis vergaard worden van de rol, verantwoordelijkheden en taal van de ander [Atkinson *et al.*, 2001]. Naast tijd is personeel ook een belangrijke kwestie. Personeel moet niet alleen bekwaam zijn in het eigen werk, maar moet ook kunnen samenwerking met anderen [Atkinson *et al.*, 2001, Sloper, 2004]. Ook accommodatie is een belangrijke zaak. De accommodatie moet geschikt zijn voor beide betrokken partijen [Atkinson *et al.*, 2001].

Rollen en verantwoordelijkheden

De barrière van rollen en verantwoordelijkheden is op te delen in drie verschillende sub gebieden [Atkinson *et al.*, 2001]. *Begrijpen van de rol van de ander.* Mensen zijn geneigd om hun oude rol mee te nemen naar de nieuwe situatie. Dit kan leiden tot het gevoel van “meerdere petjes ophebben”. Men weet niet welke rol hij/zij heeft, en welke “pet” hij/zij wanneer op moet zetten. *Conflicten over verantwoordelijkheidsgebieden,* het is niet altijd duidelijk wie in de nieuwe situatie verantwoordelijk is voor wat [Salmon, 2004]. Verantwoordelijkheid hangt in dit geval nauw samen met de rolverdeling. Het gebeurt makkelijk dat men er van uitgaat dat de ander verantwoordelijk is voor een

Relevante theorie

bepaald aspect van de service [Atkinson *et al.*, 2001]. *Noodzaak om verder te gaan dan de bestaande rollen*, het is niet alleen nodig om de bestaande rollen en verantwoordelijkheden te begrijpen en te respecteren, maar nieuwe werksituaties vragen ook om nieuwe rollen en verantwoordelijkheden. Het inzichtelijk maken van deze nieuwe rollen en verantwoordelijkheden vraagt om reflectie en zelfkritiek van de medewerkers. Dit is niet voor iedereen even eenvoudig [Atkinson *et al.*, 2001].

Concurrerende prioriteiten

Het kan zo zijn dat de prioriteiten van de organisaties verschillend zijn [Salmon, 2004]. Verschillende prioriteiten kan leiden tot verschillen in wat de organisaties willen bereiken, verschillende doelen. Verschillen in wat men wil bereiken bemoeilijkt de implementatie van multi-agency-werken [Atkinson *et al.*, 2001].

Communicatie

Communicatieproblemen kunnen zowel binnen één organisatie als tussen de organisaties voorkomen [Atkinson *et al.*, 2001, Salmon, 2004]. Dit kan incidentele communicatie zijn over bijvoorbeeld het initiatief zelf, of meer frequente communicatie, zoals die dagelijks plaatsvindt. Communicatieproblemen hangen nauw samen met andere barrières. Zo zijn niet altijd de middelen aanwezig, of het ontbreekt aan tijd om met elkaar te communiceren [Atkinson *et al.*, 2001].

Culturen

Iedere organisatie brengt zijn eigen cultuur, en dit kan tot problemen leiden wanneer er samengewerkt moet gaan worden [Atkinson *et al.*, 2001, Salmon, 2004]. De manier van werken, met elkaar omgaan, gebruikte protocollen etc. kunnen wisselen van organisatie tot organisatie [Frost, 2005, Sloper, 2004]. Mensen zijn vaak lang gewend om in een bepaalde cultuur te werken, en vinden het dan moeilijk om te accepteren dat er ook andere manieren van werken zijn [Frost, 2005]. Fundamentele verschillen in principes en filosofie kunnen problemen opleveren. Verschillen in de basis van welk werk gedaan moet worden kan leiden tot onrealistische verwachtingen van de ander [Atkinson *et al.*, 2001].

Management

Management heeft een belangrijke rol in het realiseren van een multi-agency. Organisaties hebben hun eigen manier van organiseren van hun eigen organisatie [Salmon, 2004]. De managementteams van de verschillende organisaties moeten op één lijn zitten wil een multi-agency succesvol zijn [Atkinson *et al.*, 2001].

2.5 Boundary Objects

Volgens Star en Griesemer (1989) kunnen twee of meer sociale en culturele [Spee & Jarzabkowski, 2009] werelden gekoppeld worden door middel van het concept “boundary objects”. Boundary objects hebben de capaciteit om te fungeren als een brug tussen verschillende werelden [Spee & Jarzabkowski, 2009]. Ze zijn verankerd in, en dus betekenisvol voor, deze werelden. Ze creëren de omstandigheden voor samenwerking terwijl ze, door hun interpretatieflexibiliteit, geen ‘deep sharing’ vereisen.

Boundary objects zijn objecten die plastisch genoeg zijn om de lokale behoeften en de beperkingen van de verschillende partijen die met deze behoeften werken aan te passen en ze zijn robuust genoeg om een gedeelde identiteit te bewerkstelligen tussen de verschillende werelden [Star & Griesemer, 1989]. Volgens Spee en Jarzabkowski (2009) en Nicoli et al. (2012) zijn boundary objects gedefinieerd als flexibele epistemische artefacten die verschillende kruisende werelden omvatten, en die de informatie-eisen van iedere wereld ondersteunen.

Een object is iets waarmee en in welke richting mensen handelen [Star, 2010]. Boundary objects kunnen abstract en concreet zijn [Star & Griesemer, 1989], ze zijn n-dimensionaal [Star, 2010]. Ze hebben verschillende betekenissen in verschillende werelden, echter is hun structuur voor de verschillende werelden gelijk genoeg om hen herkenbaar te maken als een overbruggend object [Star & Griesemer, 1989].

De creatie en het management van boundary objects is een ‘key process’ in de ontwikkeling en het behoud van samenhang tussen kruisende werelden [Star & Griesemer, 1989]. Heel veel verschillende objecten kunnen gezien worden als boundary objects; verzamelbakken, gestandaardiseerde formulieren, sketches en tekeningen, workflow matrices, fysieke en IT objecten, prototypes, en meer abstracte vormen zoals metaforen, verhalen of processen en methodes [Nicolini *et al.*, 2012]. Echter, wanneer alle objecten boundary objects zouden zijn, wordt de kracht van de theorie ondermijnd [Nicolini *et al.*, 2012]. Boundary objects kernmerken zich doordat zij een betekenis hebben en bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk van verschillende werelden, en doordat ze een gemeenschappelijke identiteit tussen de verschillende werelden creëren [Spee & Jarzabkowski, 2009].

Boundary objects zijn op te delen in vier verschillende categorieën [Star & Griesemer, 1989].

1. *Verzamelbakken*. Dit zijn geordende stapels, geïndexeerd op een gestandaardiseerde manier. Bijvoorbeeld een bibliotheek. Mensen uit verschillende ‘werelden’ kunnen dezelfde boeken lenen van de stapel zonder dat zij het zelfde doel hebben, of hoeven onderhandelen over dit doel [Star & Griesemer, 1989].
2. *Ideale type*. Dit is een object zoals een diagram, atlas of kaart of een andere beschrijving die niet accuraat details beschrijft van een plaats of ding. Het is tamelijk vaag en abstract gemaakt voor alle domeinen. Toch is het aanpasbaar voor de lokale wereld omdat het tamelijk vaag is. Het fungeert als een symbolische betekenis van communicatie en samenwerking. Een ‘good enough’ kaart voor alle partijen. Een voorbeeld van een ideaal type is uit de biologie een ‘soort’ (species). Deze kan beschreven staan in een boek, ondanks dat een species geen concrete en theoretische data bevat (specimen), is de informatie voor meerdere partijen bruikbaar. Het gaat om de mate van abstractie tussen de werelden. Specimen is de abstracte beschrijving/voorbeeld van een soort (species), terwijl met species de soort zelf bedoeld wordt, het daadwerkelijke beest in kwestie. Wanneer men de species in een boek beschrijft is dit voor meerdere partijen bruikbaar, echter blijft het een

beschrijving van de soort, en niet van één specifiek geval. [Star & Griesemer, 1989].

3. *Samenvallende grenzen*. Dit zijn gemeenschappelijke objecten met dezelfde grenzen, maar met verschillende inhoud [Star & Griesemer, 1989]. Een voorbeeld hiervan is een land maken tot een boundary object. Zowel amateurs als wetenschappers gebruiken hun eigen kaarten van dat land voor hun specifieke doelen. De grenzen, het land, zijn gelijk. De inhoud, wat staat er op de kaart? zijn verschillend voor de verschillende werelden.

4. *Gestandaardiseerde vormen*. Deze vorm van boundary objects is bedacht als methode voor gelijke vormen van communicatie tussen verspreide werelden. Wanneer werk plaatsvindt op verschillende plaatsen door verschillende mensen, zijn gestandaardiseerde methoden noodzakelijk [Star & Griesemer, 1989].

In het artikel van Star en Griesemer (1989) wordt het spreken van een gemeenschappelijke taal genoemd als een belangrijk functie van een boundary object bij de samenwerking tussen verschillende werelden. Ook Nicolini et al. (2012) spreken van een gemeenschappelijke taal als één van de functies van een boundary object. Deze taal zorgt er voor dat persoonlijke kennis kan worden gerepresenteerd in een structuur die begrijpelijk is voor de andere kant van de grens [Nicolini *et al.*, 2012]. Deze gemeenschappelijke taal kan bereikt worden door vaktermen te vertalen naar gemeenschappelijke taal, die voor iedereen te begrijpen is. Daarnaast is het volgens Star en Griesemer (1989) belangrijk dat de verschillende werelden duidelijke protocollen en een zelfde werkwijze te hanteren.

Om de implementatie van één of meerdere boundary objects succesvol te laten zijn, is het belangrijk dat men het concept van een gedeeld doel in ogenschouw neemt. Dit doel of deze doelen zijn in dusdanig in één lijn dat het werk iedereen voldoening geeft. Een gemeenschappelijk doel creëren kan men doen door verschillende mensen in de organisatie mee te laten denken over dat doel en samen tot een hoofddoel te komen.

3

Methodologie

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek heeft het design van een casestudy. Het onderzoeksgebied bestaat uit twee organisaties die op twee verschillende wijzen werken. Deze twee organisaties hebben de wens hun samenwerking te verbeteren. Een casestudy is geschikt om een breed beeld te krijgen van de zaken die spelen rondom een “case”. De casestudy moet duidelijkheid creëren over de huidige stand van zaken, en de mogelijke knelpunten die er bestaan in de samenwerking tussen het OCR en het RCR. Het tweede deel van de studie zal bestaan uit mogelijke oplossingen, gebaseerd op de gevonden huidige stand van zaken en knelpunten.

Deze casestudy is uitgevoerd door middel van een documentatiestudie, gesprekken en interviews en analyse van specifieke data. Binnen het RCR is een documentatie gevonden die heeft geholpen bij het in kaart brengen van de huidige situatie, in deze documentatie was ook te vinden hoe dingen in het verleden geregeld waren.

Er zijn interviews gehouden. Kennis en informatie die bij de betrokken medewerkers aanwezig is, is waardevolle informatie om een beeld te krijgen van de situatie. Naast interviews met medewerkers zijn ook verschillende gesprekken gehouden met medewerkers wanneer specifieke informatie nodig was.

Sampling

Interviews

Om een zo breed en objectief mogelijk beeld te krijgen van de huidige situatie, ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen, zijn medewerkers van zowel OCR en RCR geïnterviewd. Van beide organisaties zijn medewerkers geïnterviewd op het gebied van alle betrokken disciplines. In totaal zijn 18 medewerkers geïnterviewd. In het OCR zijn 10 medewerkers geïnterviewd. Een logopedist, een teamleider, drie leerkrachten van verschillende afdelingen, vier klassenassistenten van verschillende afdelingen en een orthopedagoog. In het RCR zijn 8 medewerkers geïnterviewd. De interviews hebben plaatsgevonden volgens eenzelfde vragenlijst. In het begin van het onderzoek zijn gesprekken gevoerd met vier revalidatieartsen. Ondanks dat deze gesprekken dezelfde strekking hadden als de interviews, is er voor gekozen deze niet onder de interviews op te nemen, maar onder overige

Methodologie

gesprekken. Dit omdat niet dezelfde vragen gesteld zijn, volgens de structuur van de vragenlijst. Dit maakt dat vergelijken van deze gesprekken met de interviews lastig is. De interviews in het RCR zijn gehouden onder twee kinderfysiotherapeuten/ zorgcoördinatoren, twee ergotherapeuten, twee psychologen, een maatschappelijk werker en een bewegingsagoog. Een overzicht van welke medewerker wanneer geïnterviewd is, is te vinden in Bijlage B.

Aanvullende gesprekken

In het begin van deze studie zijn een aantal oriënterende gesprekken gehouden met de revalidatieartsen. Verder zijn, wanneer aanvullende informatie nodig was, de personen gecontacteerd die mogelijk deze informatie hadden. Een overzicht van deze gehouden gesprekken met overige personen, is, voor zover mogelijk, opgenomen in Bijlage C.

Documentatie

Samen met de managementassistent is in eerste instantie de documentatie uitgezocht die potentieel relevant zou kunnen zijn. Daarna zijn alle documenten stuk voor stuk doorgenomen en beoordeeld op relevantie. Niet alleen documentatie is bekeken. Wanneer expliciete data nodig was, bijvoorbeeld over No-shows, is deze informatie opgevraagd bij de projectmanager van RCR. Ruwe data is vervolgens verwerkt tot tabellen geschikt voor dit verslag.

Metingen

Interviews

In de interviews is gevraagd naar welke dingen goed gaan in de samenwerking met de andere partij. Er is gevraagd naar knelpunten in de samenwerking ervaren door de geïnterviewde. Daarnaast is er gevraagd of de geïnterviewde ideeën heeft voor mogelijke oplossingen, en aan welke eisen deze mogelijke oplossingen moeten voldoen en waaraan juist niet. Met het oog op eventueel gebruik van ouders in dit onderzoek is gevraagd naar contactgegevens van ouders. Uiteindelijk bleek dat er geen tijd was om daadwerkelijk interviews te houden met ouders, en de uitkomsten van deze interviews mee te nemen in dit onderzoek.

Onderscheid moet gemaakt worden in de interviewvragen voor medewerkers van OCR en RCR. Medewerkers van RCR is nog een aantal specifiekere vragen gesteld met betrekking tot behandelingen en specialisatie van behandelingen. Deze informatie is van belang met het oog op een mogelijke oplossing. De exacte vragenlijsten van de verschillende interviews zijn te vinden in Bijlage D. De vragen van de interviews waren slechts een leidraad voor de interviews. De interviews waren zogenoemde open-ended interviews. Dit betekent dat ieder interview anders verliep, en dat naast de hoofdvragen per interview andere informatie werd verkregen. Afhankelijk van de antwoorden van de geïnterviewde is op relevantie informatie verder doorgevraagd. De interviews zijn niet opgenomen door middel van opname apparatuur, maar relevante antwoorden op de gestelde vragen zijn ter plekke door de interviewer genoteerd. Na het interview is van deze aantekeningen een verslag

gemaakt. Dit verslag is vervolgens ter verificatie naar de geïnterviewde gestuurd, om te voorkomen dat foutieve informatie in de interviewverslagen of het verslag terecht zou komen.

Overige gesprekken

Voor de overige gesprekken is niet één vragenlijst gebruikt. Dit omdat de rede van het gesprek zeer uiteenlopend is geweest. Afhankelijk van welke informatie nodig was, is een specifiek persoon een specifieke vraag gesteld. Soms kon het antwoord ter plekke gegeven worden, soms was even tijd nodig om de gevraagde informatie te verzamelen. Wanneer zeer specifieke data nodig was, heeft de onderzoeker de specifieke vraag opgeschreven voor en uitgelegd aan de persoon die de data voor de onderzoeker zou verzamelen. Voornamelijk ging dit om data met betrekking tot aantallen gegeven therapieën, afzeggingen en dergelijke. De gekregen informatie is uitgewerkt tot een lopend verhaal, en vervolgens ter verificatie aan de persoon gestuurd die de informatie gegeven had, waarna het in het verslag is opgenomen.

Documentatie

In de documentatie is voornamelijk onderzoek gegaan naar informatie over mogelijke knelpunten en problemen in de samenwerking en naar eerdere pogingen om deze samenwerking te verbeteren. Tevens is gezocht in de documentatie naar redenen waarom eerdere pogingen om de samenwerking te verbeteren mislukt zijn.

Data verzameling

Interviews

Interviews zijn gebruikt om relevante informatie te verkrijgen. De personen genoemd in sectie sampling zijn geïnterviewd. Gedetailleerde informatie over de geïnterviewde medewerkers en wanneer de interviews plaatsvonden is te vinden in Bijlage B.

Overige gesprekken

Specifieke informatie is bij de volgende personen verzameld: de procesmanager RVE 2, de managementassistenten van het RCR, de planner van RVE 1 en RVE 2, de projectmanager, beleidsmedewerker en tevens oud procesmanager RVE 2, juridisch beleidsmedewerker, de directeur van het OCR, de coördinator Leerlingenzorg van het OCR, de Operationeel manager van taxi Brookhuis en een manager bij revalidatie kliniek Groot Klimmendaal in Arnhem. Gedetailleerde informatie over welke overige gesprekken wanneer plaatsvonden is te vinden in Bijlage C.

Documentatie

Om een selectie te maken wat relevante documentatie zou kunnen zijn is met de managementassistent van RVE 2 bekeken welke documentatie linkt aan het onderwerp van deze thesis. RCR heeft op haar netwerkschijven mappen staan die direct gerelateerd zijn aan samenwerking met het OCR. In deze mappen is gezocht naar documentatie die in de naam OCR, RCR of samenwerking OCR/RCR bevatte. Deze documentatie is vervolgens gelezen en daarna is beoordeeld of deze documentatie daadwerkelijk relevante documentatie was. Wanneer de documentatie daadwerkelijk relevant bleek te zijn, is deze naar een eigen map van de onderzoeker gekopieerd, zodat relevante documentatie eenvoudig beschikbaar was.

In enkele overige gesprekken is ook documentatie ter sprake gekomen. Deze documentatie is ook doorgenomen op mogelijk relevantie.

Na verdieping in de documentatie bleek dat veel zaken uit het verleden niet of zeer summier gedocumenteerd zijn. Aan de hand van de gevonden documentatie is het niet duidelijk wat zich precies heeft afgespeeld in het verleden, of hoe zaken toen geregeld waren en nu geregeld zijn. Voornamelijk de documentatie over waarom eerdere pogingen om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren ontbreekt. Daarnaast is de beschrijving van deze pogingen zeer summier, wat het erg lastig maakt om deze eerdere pogingen te beoordelen.

Data analyse

Interviews

De analyse van de gehouden interviews is op de volgende manier gebeurd. Tijdens de interviews zijn aantekeningen gemaakt. Deze aantekeningen zijn na het interview uitgewerkt tot een verslag. Deze verslagen zijn vervolgens ter controle opgestuurd naar de betreffende geïnterviewde. De geïnterviewde is om een akkoord gevraagd, en indien deze niet akkoord ging is er gevraagd wat er veranderd moest worden zodat de geïnterviewde wel akkoord zou gaan. Wanneer de geïnterviewde akkoord ging met het verslag is deze gebruikt in dit onderzoek. Met betrekking tot anonimiteit is er voor gekozen niet de precieze functie van de geïnterviewde te noemen, maar slechts de functiegroep waartoe de geïnterviewde behoort. De organisaties en de hoeveelheid geïnterviewden zijn dusdanig klein dat wanneer de exacte functie zou zijn opgenomen in dit verslag, terug te leiden is wie dit geweest is. Daarmee zou meewerken aan het interview niet anoniem geweest zijn.

De verschillende antwoorden, zijn gerangschikt naar vraag. Na het rangschikken van alle mogelijke antwoorden per vraag, is een score bijgehouden hoe vaak een bepaald antwoord gegeven is. Deze score zegt iets over de sterkte van het gegeven antwoord. Een antwoord dat door nagenoeg alle geïnterviewde gegeven werd, is een aannemelijker antwoord dan een antwoord dat slechts door één geïnterviewde is gegeven.

Aan de hand van de gegeven antwoorden op de interviewvragen is een reconstructie gemaakt van de huidige situatie, van de knelpunten en problemen ervaren door de geïnterviewden, en zijn mogelijke oplossingen beschreven.

Overige gesprekken

De overige gesprekken zijn niet op de manier als de interviews te analyseren. De overige gesprekken waren veelal gericht op zeer specifieke informatievoorziening. De stukken geschreven aan de hand van de verkregen informatie in de overige gesprekken, zijn ter controle op juiste weergave wel naar de betreffende persoon gestuurd alvorens deze in dit verslag zijn opgenomen.

Documentatie

De analyse van de documentatie berust op de relevante inhoud. Veel documentatie is verouderd. Dit maakt dat weinig documentatie echt geschikt was om te gebruiken in dit onderzoek. Daarnaast is weinig feitelijke informatie vastgelegd.

In de documentatie van het RCR is voornamelijk opzoek gegaan naar informatie die betrekking heeft op pogingen die in het verleden zijn gedaan om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren en de uitkomst hiervan. Is het gelukt of niet? En waarom niet. De meeste feitelijke informatie die gevonden is in de documentatie is gedateerd, en niet toepaselijk meer voor de huidige situatie. Data is aangeleverd in Excel sheets. Door middel van draaitabellen is de hoeveelheid data overzichtelijk geordend zodat de informatie verkregen kon worden die nodig was om de deelvragen met betrekking op deze data te kunnen beantwoorden.

4

Achtergrond

4.1 Kinderrevalidatie

Inleiding

Kinderrevalidatie is een aparte tak van sport binnen de revalidatie. Kinderrevalidatie richt zich op kinderen met een lichamelijke handicap. Aan de handicap kunnen een verscheidenheid aan ziektes, ongevallen en aandoeningen ten grondslag liggen. Dit resulteert vaak in problemen op fysiek, psychisch, communicatief en sociaal gebied. De problematiek treft niet alleen het kind zelf, maar ook de hele leefomgeving van het kind. Adequate hulp voor zowel kind als ouders en gezin is erg belangrijk. Naast dat de problematiek van deze kinderen veelomvattend is, is de problematiek van deze kinderen ook variabel: zelfs binnen één diagnosegroep kan de ernst en het functioneren in de samenleving per kind erg verschillen. Bovendien verandert de problematiek door de groei en ontwikkeling van het kind zelf en door de reactie hierop uit de leefomgeving. [Meihuizen-de Regt, 2003]

De ontwikkelingen in de verschillende periodes tot 2000 hebben invloed gehad op de kinderrevalidatie in zijn huidige vorm. Kinderrevalidatie wordt, in zijn huidige vorm, als volgt omschreven:

“Kinderrevalidatie is een specialisatie in de geneeskunde die zich richt op lichamelijk gehandicapte kinderen die in hun ontwikkeling worden bedreigd door de gevolgen van een ziekte of een aangeboren of verworven aandoening. Kinderrevalidatie beoogt herstel van de (potentieel) verstoorde interactie met de omgeving en het bereiken van een optimale graad van autonomie en maatschappelijke participatie. Het onderzoek en de behandeling vinden plaats in een pedagogisch kader en richten zich zowel op de ontwikkeling van het kind als op de gevolgen voor het gezin” [Meihuizen-de Regt, 2003].

Ontwikkeling

In de ontwikkeling van de kinderrevalidatie kunnen vier verschillende periodes onderscheiden worden: tot 1950, van 1950 tot 1970, van 1970 tot 1990 en van 1990 tot 2000.

Periode tot 1950

De speciale aandacht voor het zieke en gehandicapte kind is ontstaan in de negentiende eeuw, als direct gevolg van nieuwe medische technieken. Door de komst van nieuwe behandelmethoden en medicatie bleef een groter aantal kinderen in leven. Door de groeiende economie ontstonden

meer mogelijkheden om het gehandicapte kind te kunnen opvangen. In Nederland kwam dit tot uitdrukking in de oprichting van verschillende kindertehuizen. De behandeling in deze tehuizen was vooral gericht op verpleging en arbeidsscholing. Er was nog geen sprake van toereikende sociale wetgeving. Pas na de Tweede Wereldoorlog werden sociale grondrechten voor burgers erkend en in wetgeving vast gelegd. Deze wetgeving garandeerde ook voor lichamelijk gehandicapten het bestaansminimum [Meihuizen-de Regt, 2003].

Periode van 1950 tot 1970

Vanaf 1950 groeide het besef dat “gebrekkige” zorg geen particuliere aangelegenheid was, maar een taak van de overheid. Vanaf 1950 werden er verschillende nieuwe revalidatiecentra gesticht, waarvan enkelen specifiek voor kinderen. Het psychologische proces kreeg steeds meer aandacht in het revalidatieproces, en de centra gingen langzaam over op een meer multidisciplinaire behandeling. Er kwam een verschuiving naar het meer kindgericht denken. Hierbij wordt breder gekeken dan alleen het ziektebeeld. In aansluiting op de oprichting van kinderrevalidatiecentra, ontwikkelde in de jaren zestig ook het Mytyl- en – Tytyl onderwijs, een vorm van gespecialiseerd onderwijs voor lichamelijk en meervoudig gehandicapte kinderen [Meihuizen-de Regt, 2003].

Periode van 1970 tot 1990

Vanaf de jaren zeventig wordt de kinderrevalidatie in een meer pedagogisch kader geplaatst. Voorgesteld wordt om kinderrevalidatie als volgt te omschrijven: “De kinderrevalidatie omvat een complex van onderling samenhangende maatregelen en activiteiten, waarmee beoogd wordt vanuit een opvoedingssituatie het primair motorisch gehandicapte kind als persoon, die op vele wijzen in zijn ontwikkeling bedreigd wordt, te helpen om zichzelf bekwaam te maken zo zelfstandig mogelijk zijn eigen levenstaak te vervullen” [Meihuizen-de Regt, 2003]. Ook de Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland (VRIN) formuleren de definitie van kinderrevalidatie op een meer pedagogische manier: “Kinderrevalidatie is revalidatiegeneeskunde, opvoedkunde en onderwijskunde in één, met zwaartepunten die met de tijd verschuiven en per kind verschillen” [Meihuizen-de Regt, 2003]. In de jaren zeventig komt de ouderparticipatie pas goed van de grond. De aandacht voor het behouden van het gezinsfunctioneren en de wens tot integratie van gehandicapten in de maatschappij heeft er toe geleid dat klinische revalidatie steeds meer vervangen werd door dagbehandeling.

Periode van 1990 tot 2000

In 1991 formuleerde het *Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering* de volgende zogenaamde functionele omschrijving van de revalidatiezorg voor volwassenen en kinderen: “Revalidatie omvat onderzoek, behandeling en advisering van medisch-specialistische, paramedische gedragswetenschappelijke of revalidatie technische aard, gericht op het voorkomen of verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is” [Meihuizen-de Regt, 2003].

De algemene trend in de gezondheidszorg is dat steeds meer wordt uitgaan van wat de hulpvraag is van kind en ouders, en niet zozeer wat de mogelijkheden van instellingen zijn. In de jaren negentig komt het accent meer op de scholing, gericht op arbeidsintegratie, van de adolescent te liggen. Het onderwijs kiest de wensen van de leerling op gebied van zowel werk, als wonen en vrije tijd tot uitgangspunt. Omdat de vergoeding voor revalidatiedagbehandeling achter bleef bij die van verpleegdagen voor klinische revalidatie, ontstonden door de verschuiving van klinisch naar poliklinisch financiële problemen. De kinderrevalidatiecentra waren ongelijkmatig over het land verdeeld. Voor poliklinische behandeling is een slechte bereikbaarheid ongunstig, om dit te verbeteren zijn

verspreid over het land poliklinische kinderafdelingen ontstaan in bestaande revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van academische ziekenhuizen.

Doelgroepen voor kinderrevalidatie

De groep die in aanmerking komt voor kinderrevalidatie bestaat uit kinderen die op basis van ziekte of aandoeningen beperkingen ondervinden in het dagelijks functioneren of die zich onvoldoende spontaan ontwikkelen als gevolg van langdurig bestaande fysieke of cognitieve stoornissen. Of een kind in aanmerking komt voor revalidatie hangt niet alleen af van of het kind in één van de diagnosegroepen valt, maar hangt ook af van verschillende andere factoren: [Meihuizen-de Regt, 2003].

- de ernst van de aandoening;
- de mate van progressie van de aandoening;
- de gevolgen van de aandoening voor het verrichten van basisvaardigheden;
- de gevolgen van de aandoening voor de ontwikkeling van het kind in de anderen domeinen van het functioneren;
- de wijze waarop ouders en kind problemen met betrekking tot de aandoening ervaren.

Voorbeelden van de meest voorkomende diagnosegroepen die leiden tot beperkingen op verschillende gebieden zijn kinderen met:

- cerebrale parese;
- niet-aangeboren hersenletsel;
- spina bifida;
- neuromusculaire aandoeningen;
- aangeboren afwijkingen van armen en benen;
- juveniele idiopathische artritis;
- skeletdysplasie;
- arthrogryposis multiplex congenita;
- obstetrisch plexus brachialis letsel.

Bij niet alle kinderen met een stoornis in het houdings- en bewegingsapparaat is deze stoornis het dominante kenmerk. Bij een groep kinderen is het motorische probleem dusdanig verweven met problemen op cognitief of gedragsmatig terrein, dat voor hen een specifieke aanpak van kinderrevalidatie een goede oplossing is. De gecoördineerde en integrale aanpak kan tegemoet komen aan de complexe hulpvraag van kinderen bij wie een minder scherp omschreven diagnose gesteld kan worden [Meihuizen-de Regt, 2003].

Kenmerken van het hulpaanbod

Kinderrevalidatie is er niet zozeer gericht op de genezing van de ziekte of aandoening, maar op de hulpvraag van kind en ouders. Om adequaat antwoord te kunnen geven op deze hulpvraag, kent kinderrevalidatie een aantal specifieke kenmerken [Meihuizen-de Regt, 2003]:

- *Leeftijdsgebonden diagnostiek en behandeling;*

Bij onderzoek en behandeling van het kind dient rekening gehouden te worden met zowel

de kalenderleeftijd van het kind, als met de feitelijke ontwikkelingsleeftijd van het kind. De kalenderleeftijd van het kind bepaald het niveau van de vaardigheden die het kind dient te beheersen, de ontwikkelingsleeftijd van het kind bepaalt de kans op succes bij het aanleren van een bepaalde nieuwe vaardigheid en daarmee ook de kans op een geslaagde behandeling. Periodieke herhaling van het revalidatieonderzoek tijdens de groei is nodig om te zien of het kind de leeftijdsspecifieke vaardigheden nog beheerst. De ontwikkeling van vaardigheden verloopt vaak niet gelijkmatig. Het ontwikkelingstempo varieert tijdens de groei [Meihuizen-de Regt, 2003].

- *Ontwikkelingsgerichte benadering;*
Behandelingen zijn er op gericht kinderen te ontwikkelen in brede zin. Voor behandelaars betekent dit dat zij goed op de hoogte moeten zijn van de actuele ontwikkeling van het kind en de volgende stap in de ontwikkeling [Meihuizen-de Regt, 2003].
- *Opvoedkundig klimaat;*
Het leerproces van kinderen die revalideren is nauw verweven met de opvoeding. Een belangrijk middel om de revalidatiedoelen te bereiken is het scheppen van een omgeving waarin een goede overdracht aan kind en ouders kan plaatsvinden. Het handelen van artsen en andere behandelaars moet pedagogisch verantwoord zijn en gericht op het bevorderen van de ontwikkeling van het kind [Meihuizen-de Regt, 2003].
- *Betrokkenheid van de ouders;*
Betrokkenheid van de ouders is belangrijk in het revalidatieproces van het kind. Een jong of cognitief niet vaardig genoeg kind heeft niet het vermogen zelfstandig beslissingen te nemen. Het zijn daarom aanvankelijk anderen (voornamelijk ouders) die de beslissingen over het kind nemen. Ouders zijn uiteindelijk degene met het laatste woord. Om die reden is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen ouders en behandelaars [Meihuizen-de Regt, 2003].
- *Aandacht voor het gezin;*
Niet alleen het kind zelf is het object van revalidatie, maar ook het gezin. Het kind beïnvloedt enerzijds het functioneren van het gezin, anderzijds wordt het functioneren van het kind beïnvloed door het gezin. In de behandeling van het kind is aandacht voor het gezin en hoe het gezin kan anticiperen op de handicap van het kind [Meihuizen-de Regt, 2003].
- *Toekomst gericht;*
Het uiteindelijke doel van revalidatie is het verminderen van handicaps op de lange termijn en het vergroten van de kans op een zinvolle toekomst. Dit betekent voor kinderrevalidatie dat het effect van de revalidatie pas beoordeeld kan worden wanneer het kind volwassen is [Meihuizen-de Regt, 2003].
- *Maatschappelijke participatie;* Kinderrevalidatie streeft naar een optimale en gewenste participatie voor het kind in de maatschappij. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs maximale participatie te betekenen. Niet alleen hangt dit af van de mogelijkheden van kind en ouders en datgene wat de revalidatie daar aan toevoegt, maar ook de 'ontvankelijkheid' van de maatschappij voor gehandicapten is hiervoor van belang [Meihuizen-de Regt, 2003].

4.2 Onderwijs

Inleiding

Een stoornis in de motoriek heeft meestal niet alleen gevolgen voor de motoriek, maar ook voor andere domeinen van het functioneren. Een motorische stoornis kan samengaan met een cognitieve stoornis. Dit alles kan leiden tot beperkingen in activiteiten en participatie in de samenleving. Hoewel er geen vaste relatie is tussen de ernst van de motorische stoornis en het te bereiken niveau van maatschappelijk functioneren, zal een kind hoe dan ook in meer of mindere mate in zijn ontwikkelingen gevolgen ondervinden van zijn stoornis. Een afgewogen keuze in onderwijs moet deze nadelige gevolgen zoveel mogelijk voorkomen [Meihuizen-de Regt, 2003].

Onderwijsmogelijkheden

Voor kinderen of jongeren met een motorische beperking zijn er op onderwijsgebied vier mogelijkheden: 1. De leerling volgt onderwijs op een school voor regulier basis- of voortgezet onderwijs, zonder ambulante begeleiding; 2. De leerling volgt onderwijs op een school voor regulier onderwijs, en krijgt ondersteuning via ambulante begeleiding vanuit een school voor speciaal of voortgezet speciaal onderwijs; 3. De leerling volgt onderwijs op een school voor speciaal (basis)onderwijs (S(B)O-school) en heeft desgewenst ambulante begeleiding vanuit het speciaal onderwijs, en 4. De leerling volgt onderwijs op een school voor speciaal of voortgezet speciaal onderwijs. In deze laatste categorie gaat het vaak om scholen voor leerlingen met een lichamelijke (LG) of meervoudige (MG) beperking, respectievelijk ook wel Mytyl- en Tytylscholen genoemd.

Mytyl- en Tytylscholen (LG-MG, cluster 3)

De namen Mytyl en Tytyl zijn soortnamen voor scholen voor respectievelijk lichamelijk -en meervoudig gehandicapten kinderen. Deze namen stammen uit het sprookje *l'Oiseau Bleu*, geschreven door de Belgische schrijver en Nobelprijswinnaar Maurice Maeterlinck. Meervoudig gehandicapte kinderen hebben naast een lichamelijke aandoening ook een verstandelijke, zintuiglijke en/of sociaal-emotionele beperking [Meihuizen-de Regt, 2003].

Nieuwe wetgeving

Sinds 1 augustus 1998 zijn binnen het (voortgezet) speciaal onderwijs met de invoering van de Wet op het Primaire Onderwijs (WPO), de Wet op het Voortgezet Onderwijs (WVO) en de Wet op de Expertise Centra (WEC) belangrijke veranderingen ingang gezet. De WEC staat vooral bekend als *De rugzak*, aangezien een belangrijk element binnen deze wet de invoering van een leerling gebonden financiering betreft. De rugzak is vooral gebaseerd op de wens het reguliere onderwijs toegankelijker te maken voor leerlingen met een beperking.

Uitgangspunten van de Wet op de Expertise Centra (WEC)

De kernpunten van de WEC bestaan uit:

- optimale keuzevrijheid voor ouders van kinderen met een beperking;
- versterken van de positie van ouders als vragers van onderwijs;
- objectivering van de toewijzing van speciale voorzieningen en middelen door een centraal indicatiebeleid;

- regelen dat middelen de leerling volgen naar de plaats waar het onderwijs feitelijk wordt gegeven;
- behoud van expertise in het (voortgezet) speciaal onderwijs;
- grotere doelmatigheid en bereikbaarheid van de speciale voorzieningen ('thuis nabij onderwijs');
- onderlinge afstemming van onderwijs en zorg.

In de Wet op de Expertise Centra zijn scholen voor speciaal onderwijs in vier clusters ondergebracht:

- cluster 1: onderwijs aan leerlingen met een visuele beperking;
- cluster 2: onderwijs aan leerlingen met een auditieve en/of communicatieve beperking;
- cluster 3: onderwijs aan leerlingen met een lichamelijke, meervoudige of verstandelijke beperking of langdurige ziekte (somatisch);
- cluster 4: onderwijs aan leerlingen met gedragsstoornissen of langdurige ziekte (psychisch).

Kinderrevalidatie beperkt zich qua onderwijs tot cluster 3 scholen [Meihuizen-de Regt, 2003].

Toelating op basis van landelijk vastgestelde criteria (onafhankelijke indicatiestelling)

Met de invoering is de procedure om kinderen toe te laten tot het speciaal onderwijs veranderd. Er is een einde gekomen aan de situatie dat iedere school voor (voorgezet) speciaal onderwijs de toelaatbaarheid van leerlingen op deze school bepaalde op basis van eigen criteria getoetst door een Commissie voor Onderzoek en Begeleiding aan de eigen school verbonden.

Voor ieder cluster is nu een aantal criteria geformuleerd waaraan moet worden voldaan om toe gelaten te worden tot een bepaald cluster. Cluster 3 onderwijs is voor leerlingen die:

- zeer moeilijk lerend zijn (zmlk);
- een lichamelijke beperking hebben (LG-onderwijs);
- een meervoudige beperking hebben (MG-onderwijs);
- langdurig ziek zijn (LZK).

Een indicatie voor leerlingen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking is vier jaar geldig. Voor leerlingen met een langdurige ziekte is deze indicatie drie jaar geldig. Wanneer de geldigheid verstreken is, dient herindicatie te worden aangevraagd [Meihuizen-de Regt, 2003].

Toeleiding naar arbeid: transitie

Steeds meer jongeren komen in aanmerking voor een arbeidstoelatingstraject. Jongeren die geen kwalificerend traject meer volgen gericht op een diploma volgen praktijkonderwijs. Op scholen voor speciaal voortgezet onderwijs (VSO) is deze stroom sterk gegroeid. Het VSO richt zich steeds meer op arbeid als uitstroomperspectief. De transitie van school naar maatschappij kenmerkt zich doordat zij niet stopt aan de grens van school. De school werkt er aan mee om in het kader van de nazorg in stappen de regie over te dragen aan partijen die werkzaam zijn op het brede terrein van integratie in het algemeen, zoals het UWV, het CWI, MEE, de gemeenten, de re-integratiebedrijven en het bedrijfsleven. Al tijdens het schooltraject worden netwerken gevormd met deze partijen, met als doel de dienstverlening beter op elkaar af te stemmen. De regie over dit proces blijft te allen tijde in handen van de jongere, ondersteund door de school. De transitie van school naar arbeid verloopt in fases. De schoolse component neemt steeds verder af, en de arbeidscomponent neemt steeds verder toe. De leerling werkt op school actief aan zijn eigen toekomst ontwerp. Vragen als wat wil ik en wat zijn mijn mogelijkheden worden in samenwerking met de omgeving, ouders,

familie en eventueel andere ondersteuners uitgewerkt [Meihuizen-de Regt, 2003]. Kenmerken van het concept transitie binnen het onderwijs zijn:

- Het onderwijs is leerling gecentreerd en vraag gestuurd. Dit betekent respectievelijk dat het onderwijs zich richt op de persoonlijke ontwikkeling van elke leerling en dat vorm en inhoud van het onderwijs vanuit de leervragen van de leerlingen worden aangestuurd;
- Het onderwijs start vroeg met het transitieproces en is gericht op de toekomst. Al op jonge leeftijd helpt men vanuit het onderwijs de leerling bij het maken van keuzes voor zijn toekomst en ontwikkeling. De onderwijsactiviteiten hebben betrekking op een door de leerling gewenste invulling van zijn toekomst;
- Alle onderwijs activiteiten kennen een planmatige aanpak en hangen samen. Met een planmatig traject wordt bedoeld dat alle activiteiten gerelateerd zijn aan persoonlijke doelen van de leerling, waarbij regelmatig wordt geëvalueerd in welke mate de doelen gerealiseerd zijn en de activiteitenplanning bijgesteld kan worden. Samenhang slaat op het idee dat alle activiteiten op elkaar worden afgestemd vanuit het perspectief dat de leerling met zijn toekomst voor ogen heeft;
- Het onderwijs is gericht op meerdere levensgebieden: wonen, werk of dagbesteding en vrije tijd [Meihuizen-de Regt, 2003].

Visie op onderwijs en revalidatie

De Landelijke Vereniging Cluster 3 (LVC3) formuleert als missie: het bevorderen van aangepast onderwijs voor kinderen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking of langdurig zieke kinderen, waarbij keuzevrijheid van ouders als uitgangspunt wordt genomen en volledig gerespecteerd dient te worden. Revalidatie en onderwijs zijn in het LG-en MG-onderwijs onlosmakelijk met elkaar verbonden. De visie van de LVC3 geeft hierover aan dat de belangen van het kind centraal moeten staan. Leerlingen krijgen gedurende de periode dat zij onderwijs volgen ook revalidatiegeneeskundige behandelingen. Deze behandelingen zijn er, net als de acties van deskundigen in het onderwijs, op gericht om de voor de kinderen gestelde doelstellingen te bereiken. In overleg met het kind zelf en de ouders van het kind wordt een individueel plan zodanig vormgegeven dat er samenhang bestaat tussen verschillende doelstellingen. De revalidatiekundige- en onderwijskundige doelstellingen worden geformuleerd in een behandelplan en een handelingsplan, die vervolgens geïntegreerd worden in één plan: *'één kind - één plan'*. In het één kind - één plan concept staat de integrale dienstverlening rondom het kind centraal. Alle dienstverleners rondom het gehandicapte kind werken vanuit een gemeenschappelijke visie [Meihuizen-de Regt, 2003].

5

Case

5.1 Roessingh Centrum voor Revalidatie

Roessingh centrum voor revalidatie bestaat uit een revalidatiecentrum (Roessingh centrum voor revalidatie (RCR) ondergebracht in de Stichting Het Roessingh) en Roessingh Beheer BV, waarin ondergebracht; een academisch onderzoeksinstituut (Roessingh Research and Development) en een aantal commerciële ondernemingen (Roessingh Revalidatie Techniek, Roessingh Diensten Groep, Roessingh Telezorg Centrum, Roessingh Vastgoed en Roessingh Behandelinstituut) [Delden van, 2011].

Roessingh centrum voor revalidatie wil patiënten die door voornamelijk een lichamelijke beperking gehandicapt zijn, in staat stellen zo zelfstandig mogelijk te leven en om te werken aan een nieuw, betekenisvol toekomstperspectief [Delden van, 2011].

Roessingh centrum voor revalidatie wil dit doen door up-to-date en toonaangevende revalidatiegeneeskundige behandeling en zorg aan te bieden en te ontwikkelen. Om dit te kunnen doen verricht Roessingh centrum voor revalidatie wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelt en levert zij revalidatie gerelateerde producten en diensten [Delden van, 2011].

De unieke combinatie van specialistische zorg en behandeling, wetenschappelijk onderzoek en commerciële activiteiten hebben er voor gezorgd dat de ontwikkeling van nieuwe behandelprogramma's en het op de markt zetten van innovatieve revalidatie gerelateerde producten en diensten zijn uitgegroeid tot een onderscheidende kerncompetitie in Revalidatie Nederland [Delden van, 2011]. Met het oog op de landelijke ontwikkeling van academisering van de revalidatie, wil Roessingh centrum voor revalidatie haar voorsprong op het gebied van eigen revalidatie gerelateerd wetenschappelijk onderzoek behouden. Roessingh centrum voor revalidatie wil tevens haar vooraanstaande positie op het gebied van opleiding tot revalidatiearts behouden [Delden van, 2011].

Roessingh centrum voor revalidatie (RCR) stelt de volgende diagnoses: Amputaties, meestal als gevolg van vaatziekten, cerebro vasculaire accidenten (CVA), een beroerte, als gevolg van een hersenbloeding of- infarct, congenitale afwijkingen, aangeboren afwijkingen zoals spina bifida en spierziekten, dwarslaesies, neurologische aandoeningen, bijvoorbeeld MS en Parkinson, neuromusculaire aandoeningen, bijvoorbeeld ALS, traumatologische aandoeningen, zoals ernstig hersenletsel (NAH) en ernstige botbreuken, developmental coordination disorder (DCD), motorische ontwikkelingsstoornissen zonder aantoonbare neurologische aandoeningen, chronisch benigne pijnsyndroom, lage rugpijn, fibromyalgie, nek- en schouderpijn, waaronder whiplash associated disorders (WAD),

chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) en oncologische revalidatie (Herstel en Balans). Naast deze diagnoses, kent Roessingh centrum voor revalidatie een aantal gespecialiseerde teams: 0-4 jarigenteam, CP-team(Cerebrale Parese) en KOV-team (overige diagnoses). Het RCR kent ook revalidatieprogramma's voor hart- en long revalidatie [Delden van, 2011].

5.2 Kinderrevalidatie in Roessingh centrum voor revalidatie

Binnen de organisatiestructuur van het RCR zijn RVE 1 en RVE 2 de verantwoordelijke eenheden voor kinderen. Een overzicht van de organisatorische structuur van het RCR is te vinden in Bijlage A. Het RCR kent drie stromen kinderen. Klinische kinderen. Deze kinderen zijn opgenomen in het RCR. Voor deze opgenomen kinderen is er onderwijs op de kinderkliniek. Dit onderwijs is in het beheer van het OCR. Het RCR kent ook poliklinische kinderen. Dit zijn kinderen die wel therapie krijgen in het RCR, maar die naar een andere (speciale) school gaan. Deze kinderen komen op zelfstandige wijze naar het RCR om therapie te krijgen. De laatste groep kinderen is de groep kinderen die therapie krijgt in het RCR, en daarnaast op het OCR zit. Deze kinderen worden veelal met busjes naar het OCR gebracht en gehaald. Kinderen die behandeld worden in het RCR, en daarnaast op het OCR op school zitten vallen onder RVE 2.

Wanneer over RCR gesproken wordt, wordt alleen deze laatste groep kinderen bedoeld, en niet het gehele centrum het Roessingh.

Het RCR heeft gekozen voor een diagnoseteamstructuur. Dit houdt in dat kinderen zijn ingedeeld in een diagnoseteam. Alle betrokken behandelaren horen tot één hoofddiagnose team, en afhankelijk van hun expertise kunnen ze daarnaast nog onder één of meerdere andere diagnoseteams vallen. De kinderrevalidatie in het RCR kent de volgende diagnosegroepen:

- 0-4 jarigen;
- cerebrale parese;
- congenitale reductie-defecten;
- developmental coordination disorder (DCD);
- functionele klachten;
- niet aangeboren hersenletsel (NAH);
- intramusculaire aandoeningen(NMA);
- spina bifida;

[<http://www.roessingh.nl/Kinderrevalidatie>] Daarnaast kent het RCR verschillende expertiseteams:

- botuline toxine team;
- eet team;
- gangbeeldanalyse-team;
- handenteam;

[<http://www.roessingh.nl/Kinderrevalidatie>]

5.3 Onderwijscentrum het Roessingh

Onderwijscentrum het Roessingh (OCR) is een school voor speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs voor leerlingen met een lichamelijke of meervoudige handicap en/of langdurig zieke kinderen [Spies, 2012a, Spies, 2012b]. Het onderwijsaanbod voor de individuele leerling met zijn of haar mogelijkheden staat bij het OCR centraal. Het doel van het onderwijs is de leerlingen te ondersteunen en te begeleiden om te komen tot de meeste haalbare (zelfstandige) integratie in de samenleving met betrekking tot arbeid, dagbesteding, wonen, vervolgonderwijs en vrije tijd. Daarbij rekening houden met individuele verschillen [Spies, 2013].

Het OCR werkt voor ieder kind een individueel ontwikkelingsplan (IOP) uit. In dit plan wordt weergegeven naar welk uitstroomprofiel zal worden toe gewerkt en welk perspectief hieraan ten grondslag ligt [Spies, 2013]. Uitgangspunten bij dit profiel zijn onder andere; opbrengstgericht werken, hoge doelen stellen, een veilig pedagogisch klimaat, toewerken naar een eigen verantwoordelijkheid van leerlingen voor hun leerproces, goede afstemming tussen partners in het leerproces waarbij de rol van ouders en RCR van groot belang is. Leerlingen worden ondersteund om hun mogelijkheden maximaal te ontplooiën, zowel cognitief, sociaal, fysiek als spiritueel. Als rode draad loopt hier redzaamheid doorheen. Het is belangrijk dat leerlingen weten wat ze wel en niet kunnen, en hoe ze hier mee om kunnen gaan. Om dit de leerlingen te kunnen leren wordt gebruik gemaakt van woontraining, arbeidstraining en stages [Spies, 2013].

Het OCR is een school voor leerlingen van vier tot twintig jaar. De school is opgedeeld in zes verschillende afdelingen. De school heeft een algemeen directeur, Harry Spies, een hoofd leerlingen-zorg, Inge Habets, een hoofd ondersteunende dienst/ onderwijsontwikkeling, Trudy Tanke. Samen vormen zij het Management Team (MT) [Spies, 2013, Spies, 2012a]. Naast het MT kent het OCR ook nog zeven teamleiders, voor elke afdeling één en het VOS diplomagericht heeft er twee. Het voortgezet onderwijs bestaat uit twee afdelingen: Diplomagericht onderwijs (havo-vmbo) en praktijkgericht onderwijs. De Mytyl M-stroom is voor leerlingen van vier tot twintig jaar vergelijkbaar met een reguliere basisschool, wanneer zij niet lichamelijk gehandicapt zouden zijn, hadden zij terecht gekund op een gewone basisschool. De Mytyl A-stroom is voor leerlingen van zes tot twaalf jaar die daarbij een speciale onderwijsbehoefte hebben vanwege een leerstoornis of problemen in het opnemen en verwerken van informatie, zij zouden als zij niet lichamelijk gehandicapt waren terecht kunnen op een speciale basisschool. De Tytyl B-stroom is voor meervoudig gehandicapte leerlingen van vier tot twintig jaar, die zeer moeilijk lerend zijn. De Tytyl C-stroom is voor meervoudig gehandicapte kinderen van vier tot twintig jaar met een lage ontwikkelingsleeftijd [Spies, 2012a, Spies, 2013].

Op 16 januari 2012 telde de school 314 leerlingen [Spies, 2013, p.10]. Dit is een groei ten opzichte van de voorgaande jaren. De school verwacht echter wel dat deze groei zal stoppen. Dit heeft te maken met een wetswijziging. Maart 2012 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het wetsvoorstel passend onderwijs. Dit wetsvoorstel is goedgekeurd door de Eerste Kamer en zal zeer waarschijnlijk 1-8-2014 in werking treden [Spies, 2013]. Inmiddels is de wet definitief en zal deze 1-8-2014 in werking treden.

6

Resultaten

Om antwoord te krijgen op de centrale vragen is onderzoek gedaan naar de verschillende deelvragen. Iedere deelvraag is een klein deelonderzoek. De resultaten van deze verschillende deelonderzoeken binnen het hoofdonderzoek zullen worden beschreven in dit hoofdstuk.

6.1 Algemeen

Kinderen met een handicap kunnen in aanmerking komen om toegelaten te worden op het OCR. Wanneer een kind wordt aangemeld wordt deze gezien door een psycholoog en leidinggevende van het OCR. Maatschappelijkwerk van het RCR heeft een intakegesprek met de ouders van het betreffende kind. Beide teams maken een verslag van het intakegesprek. Deze verslagen gaan vervolgens naar de commissie van begeleiding, die uiteindelijk beslist of het kind wordt aangenomen op school of niet. De commissie van begeleiding bestaat momenteel alleen maar uit mensen van het OCR. In het verleden was hier ook een revalidatiearts bij, maar wegens gebrek aan tijd en financiële middelen is dit niet meer zo. Wanneer een kind wordt aangenomen op het OCR komt het via busvervoer naar school. De kinderen worden 's morgens naar school gebracht, en 's middags brengen de busjes hen weer naar huis. Omdat de kinderen met busjes van en naar school gebracht worden, zijn zij maar beperkte tijd op het centrum aanwezig. 296 van de 317 kinderen die op het OCR zitten hebben ook therapie. Vanwege de beperkte aanwezigheid van de kinderen, vinden behandelingen plaats onder schooltijd. Ouders zijn vaak niet in staat om hun kind zelf naar therapie te brengen en halen, dit komt doordat kinderen te ver weg wonen, of doordat zij bijvoorbeeld in een rolstoel zitten. Dat behandelingen onder schooltijd kunnen plaatsvinden is een van de unieke aspecten van een speciale school gecombineerd met een revalidatiecentrum. Om school en behandeling goed te kunnen combineren is nauwe afstemming nodig.

Aan het begin van het schooljaar geeft het OCR hun jaarkalender met vakanties, studiedagen, etc. door aan de planning van het RCR. Daarnaast geeft school per klas tijden door waarop structureel geen therapie gepland mag worden, zogenoemde spertijden. De planning van het RCR kan gegeven deze therapie vrije tijden kinderen inplannen voor therapie. Hoeveel therapie er moet worden ingepland wordt bepaald door de behandelend revalidatiearts. Om dit goed te kunnen doen zijn typeringen bedacht. Men kan drie type kinderen onderscheiden; Type 1, type 2 en type 3 kinderen. Deze typeringen geven een leidraad over de intensiteit van behandeling en patiëntbesprekingen (PB's) die nodig is voor een kind. Verder op in dit hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de typeringen. In de PB's wordt met het behandelend team doorgesproken hoeveel van welke therapie

Resultaten

een kind nodig heeft. Bij het kind betrokken medewerkers van het OCR mogen bij deze besprekingen aanwezig zijn. Van te voren wordt de planning van welke PB wanneer plaatsvindt doorgegeven aan het OCR. Het OCR levert vijf werkdagen van te voren het verslag over het te bespreken kind in bij het RCR.

De PB wordt door de arts voorgezeten. Na de bespreking wordt een notulen gemaakt van deze bespreking, deze wordt vervolgens ook aan OCR en ouders gestuurd. Naast kind gebonden besprekingen zijn er ook algemene besprekingen. Naamgeving van deze besprekingen is niet eenduidig, droge visite, ad hoc bespreking, afstemmingsoverleg en wekelijkse bespreking worden door elkaar gebruikt. Het komt neer op een bespreking waarin niet van te voren is vastgelegd welk kind of welke kinderen besproken gaan worden. Deze besprekingen zijn bedoeld voor algemenere vragen dan wel onderwerpen over een kind die niet tot de PB kunnen wachten. Het OCR mag bij deze besprekingen aanwezig zijn.

Het OCR heeft ook nog haar eigen leerlingbesprekingen het zogenoemde Individuele Ontwikkelingsplan (IOP). Hierin wordt het onderwijsplan voor het kind besproken, opgesteld of bijgesteld. Het RCR is hier niet bij aanwezig.

Typeringen

Typeringen zijn ontstaan om kinderen te kunnen classificeren naar de soort en de intensiteit van behandeling die zij nodig hebben. Het RCR onderscheidt drie type kinderen:

- **Type 1 kinderen:** Intensieve dagbehandeling is nodig, regelmatig patiëntbesprekingen.
- **Type 2 kinderen:** Onderhoudsbehandeling is nodig, jaarlijks consult, geen patiëntbespreking, wel afstemmingsoverleg.
- **Type 3 kinderen:** Geen dagbehandeling nodig, kind wordt één keer per jaar door de revalidatiearts gezien. Er vinden geen patiëntbesprekingen en afstemmingsoverleggen plaats. Aan deze kinderen worden onderwijsondersteunende activiteiten geboden. Dit betreft sportstimulering, adviezen transitie, controle van voorzieningen, adviezen zithouding en schrijfonderwijs. Hierbij zijn bewegingsagogie, maatschappelijkwerk ergo- en fysiotherapie betrokken.

[Groningen van, 2009, Pinkse-Schepers, 2010]

In de praktijk blijkt dat typeringen niet veel meer gebruikt worden. Wanneer diagnoseteams de kinderen nog wel getypeerd hebben is dit vaak niet meer up-to-date. 3 Geïnterviewden uit RCR en 1 uit OCR bevestigen dit.

Het probleem dat ervaren wordt met de typeringen is dat niet elke arts daadwerkelijk kinderen typeert, en dat als de arts al typeert, er veel verschil zit in de beoordeling. De artsen hanteren niet dezelfde maatstaven om een kind tot een bepaald type te laten behoren.

6.2 Eerdere projecten

In het verleden zijn verschillende dingen bedacht en geprobeerd om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren. Verschillende redenen hebben er voor gezorgd dat deze ideeën nooit van de grond gekomen zijn.

EKES

Één kind één systeem (EKES) is een applicatie die aan de hand van gezamenlijk overleg door Roessingh ICT is ontwikkeld. In dit systeem is het mogelijk dat OCR en RCR in één systeem gegevens van kinderen kunnen uitwisselen. In eerste instantie was dit bedoeld voor PB-agenda en verslagen. In dit systeem heeft iedere leerling een eigen leerling site. In deze omgeving kunnen leraren/artsen/behandelaren documenten plaatsen, aanpassen of inzien [Bekhuis, 2011].

EKEP

Één kind één plan (EKEP) is een manier om onderwijs en revalidatie optimaal af te stemmen, waarbij het kind en de ouders centraal staan. De hulpvraag, het kernprobleem van het kind en de omgeving vormen het uitgangspunt van het behandelplan. In centrale kind besprekingen (CKB) komen behandelaars, begeleiders, leerkrachten en ouders tot een afgestemd onderwijs- en revalidatieplan. CKB vindt plaats in een efficiënt logistiek proces volgens een vaste cyclus. Twee aansluitende registratiesystemen moeten ervoor zorgen dat informatie-uitwisseling eenvoudig plaatsvindt. Vorderingen, doelstellingen en afspraken zijn voor centrum en school te volgen in de periodes tussen de besprekingen. EKEP moet zorgen voor een goede samenhang tussen kind, onderwijs- en revalidatie doelstellingen en hulpvraag, vastgelegd in een gezamenlijk (werk)document voor een afgesproken periode, vaak de periode tot de volgende CKB. Door deze manier van werken is het voor iedereen duidelijk wat zijn rol is [Kerver & Wieringa, 2007, Wieringa, 2006]. In verschillende school/centra combinaties in Nederland wordt EKEP al met succes gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal en Scholengemeenschap Mariëndael Speciaal Onderwijs in Arnhem [Klimmendaal & Onderwijs, 2007] en De St. Maartenskliniek en St. Maartensschool in Nijmegen [Maartensschool & Maartenskliniek, 2000].

KinderRAP

KinderRevalidatieActiviteitenProfiel (kinderRAP) is een manier om een betere integrale behandelcommunicatie te krijgen. Dit is nodig voor een goede geïntegreerde multidisciplinaire afstemming. Voorheen werden verslagen met grote diversiteit in kwaliteit van informatie aangeleverd vanuit de verschillende disciplines. KinderRAP vormt een format waarin verschillende disciplines hun verslaglegging kunnen doen. De inhoudelijke behandelcommunicatie volgens KinderRAP wordt zodanig ondersteund, dat middels een gebruiksvriendelijk, proces ondersteunend automatiseringssysteem de rapportages van alle vakgroepen geautomatiseerd samengevoegd worden, en als samenvoeging tijdig verspreid worden naar de betrokkenen bij een CKB [Wieringa, 2003].

Oorzaak van mislukking van eerdere pogingen

Wat als een rode draad door deze drie pogingen loopt is de onstabiele basis. Het RCR heeft in de periode dat nieuwe ideeën ontwikkeld werden veel wisselingen in management gekend. Daarnaast is er in dezelfde periode een reorganisatie geweest, waardoor men erg bang was voor zijn eigen baan. Een ander probleem was het effectief en krachtig aansturen van het proces om een nieuw systeem

Resultaten

te implementeren. EKEP is naast het niet goed aansturen van het veranderproces afgeketst op de weerstand van artsen. Er zijn artsen geweest die niet achter het concept EKEP stonden, en op persoonlijke gronden de implementatie hiervan hebben tegen gehouden.

Naast persoonlijke meningen kost EKEP veel meer tijd.

Ook bestond er vanuit het verleden scepsis dat EKEP toen van de grond zou kunnen komen.

KinderRAP is voornamelijk stuk gelopen omdat ICT-systemen niet matchen. Het OCR ging in deze periode net over op een ander systeem. Voor hen had dat op dat moment voorrang.

Het lijkt niet duidelijk waarom EKES uiteindelijk is stukgelopen. Uit diverse mailwisselingen blijkt dat EKES in een ver gevorderd stadium was, maar dat het op een gegeven moment toch is doodgebloed.

6.3 Planning

Binnen het RCR worden de planningen voor de therapeuten door een aparte afdeling gemaakt. Wekelijks wordt verzameld welke afspraken uit de structuurplanning kunnen, zogenoemde mutaties. Deze mutaties komen uit de diverse patiëntbesprekingen zoals onder andere PB, AD Hoc's, voortgangsbesprekingen en ochtend overleggen. De secretaresse geeft deze mutaties aan de planning door. Daarnaast geven de diverse disciplines van therapeuten ook hun mutaties door. Dit gebeurt door middel van gele lijsten. Voorbeelden van deze mutaties zijn het stoppen van therapie, het verminderen van frequentie van therapie, huisbezoeken, overleggen met derden, schoolbezoeken, spalk maken, of diverse ergonomische testen. De klassen van het OCR mogen ná goedkeuring van hun teamleider ook wekelijks mutaties aanleveren. Te denken valt aan: verplaatsing van therapie door vermoeidheid van het kind, belangrijke lessen die niet gemist mogen worden, verandering van rooster (o.a. gym/zwemmen), juffendagen of schoolreisjes. Deze mutaties kunnen klassikaal of individueel zijn. Alle bovengenoemde mutaties moeten op één van de overlegmomenten met de arts gemeld worden. Deze schrijft dan een mutatieformulier dat naar de planning wordt gestuurd, zodat het zorgpad kan worden aangepast. Uitzondering hierop zijn de mutaties doorgegeven door het OCR, omdat deze niet medisch inhoudelijk zijn.

Wanneer deze therapieën uit de planning gehaald zijn, wordt de kliniek ingepland. Wanneer ruimte vrij komt, wordt de eerst volgende patiënt op de wachtlijst ingepland. Patiënten uit de kliniek hebben voorrang op patiënten uit de poli of op kinderen die op het OCR zitten. Ook valt er nog prioriteit te onderscheiden tussen de verschillende behandelteams. 0-4 Jarigenteam heeft de hoogste prioriteit, daarna het DCD-team. Daarna maakt de volgorde van plannen niet zoveel meer uit.

Op dinsdag 9:00 uur ligt de deadline voor het inleveren van de mutatielijsten voor de week erna. Woensdag einde van de middag, omstreeks 17:00 uur, worden, middels een batch, alle structuurafspraken van die week overgezet naar de datum van de volgende week. De donderdag nadat de afspraken gekopieerd zijn, wordt verder gegaan met de (datum) planning. Dan worden alle op dinsdag binnengekomen mutaties verwerkt in de planning voor de week erna. Op donderdag tussen ongeveer 14:00 en 15:00 is de definitieve planning klaar. Dan gaat er een mail naar alle disciplines dat de lijsten kunnen worden uitgedraaid. De planning verstuurt de therapiekaarten voor poliklini-

sche kinderen en de therapeutische peutergroep. OCR en kliniek krijgen de therapiekaarten op de afdeling. De definitieve planning ziet er vaak heel anders uit dan de structuurplanning.

Op maandag is tijd om andere bijbehorende werkzaamheden uit te voeren. Te denken valt hierbij aan: Overzichtslijsten maken van alle opnames/ontslagen en kinderen die switchen van behandelteam. Deze lijst moet vervolgens verstuurd worden naar onder andere secretaresses, managers en OCR. Wanneer nieuwe patiënten worden aangemeld moet dit verwerkt worden. Er moet een zorgpad gemaakt worden voor de betreffende patiënt, en dit moet worden verstuurd aan de desbetreffende secretaresse. Nieuwe aanmeldingen moeten op de wachtlijst verwerkt worden, uitnodigingsbrieven moeten worden verstuurd. Organisatorische afspraken worden vaak ook al op maandag gepland. Tevens worden op maandag de al binnen gekomen mutaties verwerkt.

6.4 Spertijden

Het OCR geeft aan het begin van het jaar tijden door waarop geen behandeling mag worden gepland. Tabel 6.1 geeft een weergave van het aantal beschikbare uren voor behandeling. Niet alle tijden dat geen behandeling gepland kan worden heeft school in de hand. Er zijn ook verplichte vakanties en vrije dagen. Deze zijn ook opgenomen in Tabel 6.1. Het gemiddeld aantal sper-uren wil zeggen het aantal uur dat een kind gemiddeld genomen niet ingepland kan worden anders dan ten gevolge van vakanties en verplichte vrije dagen. Dit zijn uren die aan het begin van het schooljaar al bekend zijn. Het gemiddeld aantal mutatie-uren is het gemiddelde aantal uren dat per week nog bij de planner binnen komt waarop een kind niet ingepland kan worden voor behandeling.

Per week is een kind normaal gesproken 29.5 uur op school aanwezig. Gemiddeld genomen kan een kind 12.3 uur per week niet worden ingepland ten gevolge van van te voren bekende sper-uren en kan een kind 3.7 uur per week niet worden ingepland ten gevolge van onverwachte spertijden. Dit maakt dat 13.4 uur planbare tijd per kind over blijft. Dit is 45.57% van de tijd. Dit geldt alleen voor weken die geen vakantie of verplichte vrije dagen bevatten. Over de periode week 12 t/m 27 in 2013 ligt de planbare tijd nog lager namelijk op slechts 33.70%. Hierin zijn vakanties en vrije dagen meegenomen.

6.5 Financiering

Tot 2009 werd de zorg betaald aan de hand van het aantal gegeven behandeluren en verpleegdagen. Hoe meer uren geleverd, hoe meer inkomsten. Sinds 2009 is dit systeem veranderd. Er zijn zo genoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC) ingevoerd. Dit wil zeggen dat bepaalde diagnoses vaste behandelplannen hebben gekregen. Op basis van dit behandelplan is een vaste prijs afgesproken horende bij die diagnose. De financiering binnen de revalidatie moest ook op deze manier gaan verlopen. De angst ontstond of er op deze manier wel genoeg inkomsten binnen zouden komen. Om dit te kunnen ondervangen is de afspraak van het schaduwbudget met de zorgverzekeraars gemaakt. Dit schaduwbudget gaat uit een gegarandeerde vergoeding voor het betreffende jaar voor een afgesproken aantal uren behandeling en verpleegdagen die komen uit de DBC's. Jaarlijks wordt over de hoogte van het schaduwbudget onderhandeld met de zorgverzekeraar. Wanneer een instelling meer uren/dagen maakt, zal zij deze niet meer uitbetaald krijgen.

De afgelopen jaren was het zo dat het schaduwbudget voor 100% werd uitgekeerd, echter draaide

Per kind	Bruto aantal planbare uren voor therapie	Netto aantal planbare uren voor therapie	Gemiddeld aantal sper-uren	Gemiddeld aantal mutatie-uren	Percentage netto planbare uren
Per week (gemiddeld)	29,5	13,4	12,3	3,7	45,57%
Week 12-27	472	215,1	197,5	59,4	45,57%
Week 12-27 na aftrek vakanties en verplichte vrije dagen	387,5	130,6	197,5	59,4	33,70%
Per jaar	10767,5	x	x	x	x
Per jaar na aftrek van vakanties en verplichte vrije dagen	10358	x	x	x	x

Tabel 6.1: Overzicht spertijden

	-	+	48O	48Z	MKO	MKZ	-R	-S	Eindtotaal
Som van duur	932.98	9236.16	26.5	72.92	27.75	28.0	227.01	130.50	10682.82
Percentage van Eindtotaal	8.73%	86.47%	0.25%	0.68%	0.26%	0.26%	2.13%	1.22%	100.00%
Aantal van afspraak nummer	1266	12253	54	126	48	54	344	201	14346
Percentage van Eindtotaal	8.82%	85.40%	0.38%	0.88%	0.33%	0.38%	2.40%	1.40%	100.00%
Aantal van uniek afspraak nummer	1114	11373	50	112	48	54	297	136	12730
Percentage van uniek afspraak nummer	8.75%	98.34%	0.39%	0.88%	0.38%	0.42%	2.33%	1.07%	100.00%

Tabel 6.2: Overzicht No-show periode week 12 t/m 27 2013

een instelling meer productie, had zij hier geen voordeel van. Nu gaat het er naar toe dat de garantie van het schaduwbudget ligt op 70%. Dit wil zeggen dat wanneer de hoeveelheid declaraties niet het schaduwbudget halen, er maximaal 70% van het schaduwbudget wordt uitgekeerd door de zorgverzekeraars. De andere kant van het verhaal is nu wel dat wanneer een instelling meer productie draait dan het schaduwbudget, zij x percentage van deze extra productie uitbetaalt krijgt door de zorgverzekering. Het financiële risico bij onvoldoende productie wordt dus groter, maar het wordt ook lonend om meer productie te draaien dan het schaduwbudget hoog is. Vanaf 2015 zal het schaduwbudget volledig vervallen en vindt de financiering en declaratie plaats via de DBC Systematiek.

6.6 Uitval

Het management van RVE 2 heeft de indruk dat er veel behandelingen worden afgezegd. De vraag is of dit zo is, en zo ja waar worden dan de behandelingen veel afgezegd. Om de urgentie tot verandering te kunnen benadrukken is het nodig om te weten hoeveel behandelingen er uit vallen, en wat hiervan de financiële gevolgen zijn. In Tabel 6.2 is een overzicht weergegeven van de hoeveelheid uitval per type No-show. De tabel is geconstrueerd op medewerkersniveau, ruwe data is verkregen via de projectmanager van RCR. De som van duur is het aantal uren dat behandeling gegeven is, wanneer meerdere therapeuten één behandeling geven, is voor beide therapeuten het aantal uren geteld. Aantal van afspraak nummer is het aantal afspraken dat gepland is. Ook hiervoor geldt dat wanneer een behandeling gegeven wordt door meerdere therapeuten, deze afspraak geteld wordt voor het aantal therapeuten dat hem geeft. Het aantal unieke afspraak nummers zegt hoeveel unieke afspraken er gepland zijn, hierin is niet meegenomen wanneer meerdere therapeuten verantwoordelijk zijn voor één afspraak.

- Wil zeggen dat de afspraak niet door is gegaan, oorzaak RCR. + Betekend dat de afspraak is doorgegaan. 48O dat de revalidant binnen 48 uur heeft afgezegd met overige reden, 48Z betekend dat de revalidant binnen 48 uur heeft afgezegd met reden ziek, MKO betekend dat de revalidant heeft afgezegd met kennisgeving, meer dan 48 uur van te voren, met overige reden, en MKZ betekend dat de revalidant meer dan 48 uur van te voren heeft afgezegd, met als reden ziek. -R staat voor afspraak is niet doorgegaan omdat de revalidant niet is komen opdagen, en dit niet bekend was. - S houdt in dat de afspraak voor de revalidant is afgezegd door school.

In Tabel 6.2 is te zien dat er in totaal in de periode week 12 t/m 27 2013 10681.82 uren therapie is gegeven. 932.98 uur hiervan is niet doorgegaan door dat de therapeut een - in het systeem heeft gezet, dit is 8.73% op het totaal aantal geplande uren behandeling. 130,5 uur is afgezegd door school (1.22%) en in 2.13% van het aantal uren is het kind niet verschenen op de behandeling (227.01 uur). In totaal is 1445.66 uur behandeling in het systeem geregistreerd als niet doorgegaan. Dit is 13.53%.

6.7 Goede punten van de samenwerking

Goede punten gevonden in de interviews zijn geordend in Tabel 6.3. Deze tabel geeft weer hoe vaak een antwoord door welke organisatie genoemd is.

Resultaten

De samenwerking op werkvloer niveau is erg goed. Vier mensen uit het RCR en vijf mensen uit het OCR noemen in de gehouden interviews een goede onderlinge samenwerking één van de punten die goed gaat. Niet alleen goede samenwerking wordt expliciet genoemd als een punt dat goed gaat. Ook dingen als er is veel mogelijk tot regelen op de werkvloer (RCR 1, OCR 2), indirect kortsluiten (RCR 1, OCR 1), problemen worden onderling opgelost (RCR 2, OCR 3), korte lijntjes (OCR 2) en iedereen zet zich in voor de kinderen/stelt het belang van het kind voorop (RCR 3, OCR 2) zijn punten die genoemd worden (Tabel 6.3).

Antwoord	RCR	OCR
Veel mogelijk tot regelen op werkvloer	I	II
Veel wordt indirect kortgesloten	I	I
Samenwerking op werkvloer gaat over het algemeen goed	IIII	IIII
Problemen worden onderling opgelost	II	III
Persoonlijke contacten gaan goed		I
Intake procedure nieuwe kinderen	I	
Korte lijntjes		II
Overleg op eigen initiatief (logo)		I
Planner RCR doet zijn werk goed		I
Besprekingen gaan goed mits iedereen aanwezig is		I
Meeloopdagen voor ouders		I
Ontwikkeling groepstherapie		I
Iedereen gaat voor de kinderen/is van goede wil	III	II
PB's zijn nuttig		II
Therapie zegt niet af, maar probeert therapie te verzetten		II
Doelgroep is duidelijk, en welke kennis hier bij hoort		I
Afstemming overleggen lopen goed		I

Tabel 6.3: Overzicht goede punten in de samenwerking tussen OCR en RCR

Korte lijnen maakt overleggen makkelijk. De lijnen zijn niet alleen op de werkvloer kort. Ook op managementniveau zijn de lijnen kort. Peter Bosma (procesmanager RVE 2) en Inge Habets (Hoofd Leerlingenzorg) overleggen wekelijks over zaken die spelen [Peter Bosma].

Wanneer er problemen zijn op de werkvloer wordt ter plekke gekeken hoe deze opgelost kunnen worden. In goed overleg is veel mogelijk.

Disciplines plannen ook overleg op eigen initiatief. Voorbeeld hiervan is de logopedie. Zowel het OCR als RCR hebben logopedisten in dienst. Op eigen initiatief overleggen deze ook over de leerlingen en programma's voor de kinderen.

Sinds een paar jaar zijn de groepstherapieën in opkomst. De ontwikkeling van deze vorm van therapie gaat goed. Vaste therapeuten geven therapie aan hele groepen tegelijk. Dit zijn de structuurgroepen, zij krijgen gecombineerde fysio -en ergotherapie. Structuurgroepen zijn groepen die kinderen bevatten met een IQ lager dan 25 en met gedragsproblemen. Deze kinderen hebben veel baat bij therapie in vaste groepen met vaste therapeuten. Om dit te realiseren is samenwerking tussen therapeut en docent nodig. Twee therapeuten komen in de klas om met de kinderen te werken. Iedere zes weken wordt een plan gemaakt voor de komende zes weken. Sinds dit jaar wordt in dit plan ook de hulpvraag van ouders meegenomen. Wanneer therapie niet door kan gaan wordt

gekeken of deze therapie verplaatst kan worden in plaats van dat deze helemaal niet doorgaat. Iedereen wil het beste voor het kind en is bereid om zich in te zetten voor het kind. Ondanks dat therapie niet altijd kan doorgaan is men van mening dat de kinderen gemiddeld genomen wel de therapie krijgen die ze nodig hebben. Dit komt mede doordat de planning de boel goed op de rit heeft.

De PB's en afstemmingsoverleggen worden als nuttig ervaren wanneer iedereen hier bij aanwezig kan zijn.

Zoals eerder genoemd in deze sectie zijn de medewerkers tevreden over de onderlinge samenwerking. Ondanks dat de samenwerking goed verloopt illustreert onderstaande quote wel dat er een dieper liggend knelpunt is.

In de volgende sectie zal dieper worden ingegaan op de knelpunten die gevonden zijn in de samenwerking tussen OCR en RCR.

6.8 Knelpunten in de samenwerking

Het niet doorgaan van behandelingen komt veel voor. Lang niet altijd is duidelijk wat hiervan de oorzaak is. Zowel OCR als RCR houdt in een registratiesysteem bij waarom een behandeling is afgezegd. Op deze manier wordt een No-show resultaat verkregen.

Ook de redenen voor het niet doorgaan van behandelingen zijn zeer divers. Kinderen kunnen ziek zijn, therapeuten kunnen ziek zijn, kinderen hebben soms onderzoeken of doktersbezoeken, wanneer een kind zelf verantwoordelijk is kan het dom weg vergeten zijn dat het therapie had. Ook de leerkrachten vergeten wel eens dat een kind therapie had.

Een andere reden van uitval van behandelingen zijn onverwachte schoolactiviteiten. Dan wordt niet of pas heel laat doorgegeven dat een kind of een hele klas er niet is, waardoor er geen behandelingen kunnen plaatsvinden.

Niet alleen het afzeggen van behandelingen blijkt een probleem te zijn. Het wijzigen van behandelingen is niet altijd eenvoudig. Zowel OCR als RCR ervaren het wijzigen van behandelingen als lastig.

Daarnaast geeft het OCR tijdblokken door die gesperd moeten worden, hier kunnen geen behandelingen gepland worden. Voor het RCR is dit vervelend want, a) dit bemoeilijkt de planning en b) op gesperde tijden kan geen behandeling gegeven worden, wat financiële consequenties heeft.

De communicatie verloopt niet altijd even soepel. Beide partijen geven niet soepel verlopende communicatie aan als een knelpunt. Voornamelijk OCR ziet dit als een knelpunt. 7 van de 10 geïnterviewde mensen van het OCR geeft dit aan als een knelpunt en 2 van de 8 geïnterviewde mensen van het RCR geeft dit aan als een knelpunt. Tabel 6.4 geeft een overzicht van hoe vaak antwoorden zijn gegeven in de interviews en door welke instelling op de vraag welke knelpunten worden ervaren in de samenwerking met de andere organisatie.

Antwoord	RCR	OCR
Niet kunnen varen op eigen planning	I	
Logistieke organisatie op hoger niveau is lastig		II

Resultaten

Veel afzeggen/niet door gaan therapie	I	III
Veel wijzigingen in therapie		I
Spertijden therapeuten	I	
Therapie verzetten is lastig	II	I
Planning van therapie is lastig	I	
Therapieopdracht halen is lastig	I	
Halen en brengen van kinderen naar therapie kost tijd	I	
Afspraken met school, centrum verlopen niet altijd goed	I	I
Eigen koers/visie/belang	III	IIII
Afzeggen door school	II	
Onderlinge communicatie	II	IIIIII
Onduidelijke, omslachtige procedures		III
Minder flexibiliteit, hangen aan afspraken	II	
Niet mogen mailen met ORC/gegevens uitwisselen	I	
Eilandjes cultuur	II	
Dingen lopen vast op tijd		III
Typeringen worden niet meer gebruikt/up-to-date gehouden	III	I
Onduidelijkheid bij ouders	IIII	II
PB planning/gemeenschappelijk overlegmoment vinden	III	III
Verslagen niet aanwezig/voorbereiding PB	I	III
Communicatie rondom PB	I	IIII
Verslaglegging van PB's		II
Niet bij PB's kunnen zijn		II
PB's kosten veel tijd	I	
Zich niet serieus genomen voelen door artsen/arts denkt boven school te staan		II
Nuttigheid/inhoud PB wisselt		II
Geen revalidatiearts in CvB	I	
Therapie stoort onder lestijd		II
Geen eenduidige behandellijn voor kind/geen gemeenschappelijk doel	III	III
Overdracht kan beter		I
Kinderen toegelaten onder residentiële regeling	I	
Niet duidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft	I	I
Centrum bemoeit zich met indicatieaanvragen		I
Afstemming	III	III
Gebruik van vaktermen in PB's		I
Gebrek aan helderheid en transparantie/veel onbegrip/onwetendheid	III	IIII
Indeling in diagnoseteams		I
Veel behandelaars/artsen op één klas		IIII
Lastig in te schatten welke arts/behandelteam welke informatie wil		II

Afgevaardigde bij droge visites	II	I
Weinig aandacht voor school in PB's/voornamelijk medisch	I	III
Uitwisseling gegevens wat mag wel/wat mag niet?		II
Geen duidelijk afspraken op de werkvloer	I	
Geen onafhankelijk persoon die afspraken in de gaten houdt		I
Ouders zien beide instellingen als 1		II
Strijd tussen OCR/RCR ten gevolgen van geld		I

Tabel 6.4: Knelpunten ervaren tussen OCR en RCR

De informatievoorziening is niet altijd even goed. Daarnaast is niet duidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft in de informatievoorziening.

Niet alleen de informatievoorziening tussen OCR en RCR kan verbeterd worden, ook de informatievoorziening naar ouders toe kan beter.

Zowel in het OCR als in het RCR vindt men dat de helderheid en transparantie te wensen overlaat. (RCR 3, OCR 5).

Niet alleen de algemene communicatie en informatievoorziening zou beter kunnen. Specifiek worden wijzigingen rondom de PB's genoemd als een knelpunt (RCR 1, OCR 2).

Ouders worden onnodig belast door de niet optimale afstemming van OCR en RCR. Het komt regelmatig voor dat ouders een aantal keren per maand naar Enschede moeten komen voor besprekingen bij OCR en RCR. OCR en RCR weten van elkaar niet wanneer ouders komen. Daardoor wordt er ook niet gekeken naar of afspraken met ouders op dezelfde dag gepland kunnen worden, zodat ouders niet vaker dan nodig naar Enschede hoeven komen.

De betrokkenheid van ouders bij hun kind kan beter.

OCR en RCR zijn erg geneigd voor de ouders te denken, en hen aan te bieden wat het best in hun eigen belang past. Hierdoor wordt soms vergeten wat de vraag van de ouders was.

Bij ouders bestaat veel onduidelijkheid van de rolverdeling tussen OCR en RCR. Veel ouders denken dat OCR en RCR één instelling zijn. Het is niet duidelijk met welke vragen/mededelingen de ouders bij wie moeten zijn. Zo komt het voor dat ouders met schoolvragen bij de arts komen en met medische vragen bij school.

Om ouders een idee te geven over wat hun kind allemaal meemaakt op een dag werden door RCR meeloopdagen georganiseerd. Tijdens deze dag kunnen ouders kijken bij de verschillende soorten behandeling die hun kind krijgt. Nu worden deze dagen niet meer georganiseerd. Ouders vinden dit erg jammer.

Het OCR werkt met klassen, het RCR met diagnoseteams. Kinderen vallen dus voor de twee instellingen niet in de zelfde groepen. Dit resulteert in heel veel verschillende therapeuten per klas. Voor de klassen is dit lastig.

De helft van de geïnterviewde mensen uit het OCR noemt veel therapeuten per klas een knelpunt. Ook het vele wisselen van artsen wordt genoemd als een knelpunt.

Resultaten

Het gevolg van zoveel verschillende therapeuten en artsen is dat het door 2 geïnterviewden van het OCR als lastig ervaren wordt dat er op veel verschillende manieren verslagen moeten worden aangeleverd. Zij vinden het lastig in te schatten wie welke informatie wil hebben.

Gemaakte afspraken tussen OCR en RCR lopen niet altijd goed.

Afspraken worden niet altijd nageleefd.

Er is ook geen onafhankelijk persoon die de afspraken in de gaten houdt. Zo is er afgesproken dat een kind niet meer dan twee en een half uur therapie mag krijgen per week, er is niemand die in de gaten houdt of hier aan gehouden wordt, en of deze afspraak wel terecht is.

Wanneer afspraken wel worden nageleefd gebeurd dit steeds strakker, ten gevolge van de eisen die zowel voor OCR als voor RCR van bovenaf zijn opgelegd.

Uit Tabel 6.4 blijkt dat zowel in het OCR als in het RCR 3 van de geïnterviewden aangeven dat ze het vinden van een gemeenschappelijk overlegmoment als een knelpunt te ervaren.

Het plannen van PB's dusdanig dat alle betrokkenen er bij kunnen zijn is erg lastig. Docenten kunnen alleen aanwezig zijn wanneer PB's buiten schooltijden plaatsvinden, 's morgens tussen acht uur en negen uur en na half vier, voor de artsen en behandelaars is het lang niet altijd mogelijk de PB's op deze tijden te plannen. Daarnaast is het voor ouders vaak lastig om op deze tijdstippen naar het Roessingh te komen.

Niet alleen het plannen van PB's blijkt lastig te zijn. Voornamelijk OCR ervaart nog meer knelpunten rondom de PB's. Communicatie rondom PB's is niet goed (RCR 1, OCR 4, Tabel 6.4).

Verslaglegging van PB's gaat niet goed (RCR 0, OCR 2). Verslagen zijn niet aanwezig op besprekingen, verslagen zijn niet altijd even tactisch opgesteld, en verslagen worden lang niet altijd meer gemaakt (Tabel 6.4).

PB's worden zinvol ervaren als iedereen erbij is.

OCR heeft echter wel het gevoel niet echt mee te tellen in de PB's. 1 Geïnterviewde van het RCR en 3 van het OCR geven aan dat de PB's voornamelijk medisch georiënteerd zijn (Tabel 6.4).

Ook vormt de gesproken taal soms een barrière. 1 Geïnterviewde uit het OCR gaf aan dat het gebruik van vaktermen in de PB's als lastig wordt ervaren (Tabel 6.4).

De wekelijkse besprekingen, of afstemmingsoverleggen verlopen niet ideaal. Bij de wekelijkse besprekingen zijn slechts afgevaardigden aanwezig. Vragen of mededelingen over een kind worden aan de afgevaardigden gegeven. Deze bespreken dit tijdens de wekelijkse bespreking met andere afgevaardigden. Het lastige aan deze situatie is dat de afgevaardigde vaak het betreffende kind niet kent, en alleen de informatie heeft die door de behandelaar of docent aan hem is doorgegeven. Dit maakt dat de afgevaardigde lang niet altijd alle vragen over het kind kan beantwoorden. Ook van de wekelijkse besprekingen worden verslagen gemaakt. Deze gaan vervolgens weer naar de behandelaars en docenten van de besproken kinderen. Hier ligt ook een gevaar, omdat slechts een afgevaardigde bij de bespreking aanwezig was, is het gevaar erg groot dat er onduidelijkheden overblijven naar aanleiding van het verslag. Dit betekent dat de behandelaar of docent als nog de andere betrokkenen bij het betreffende kind moet vragen om opheldering.

Er is nu geen geïntegreerde verslaglegging. Juridisch gezien mogen er niet zomaar patiënt/kind gegevens verstrekt worden aan derden. Formeel gezien mag het OCR dus geen leerling-gegevens

verstrekken aan het RCR zonder toestemming van ouders en/of kind, en andersom mag het RCR geen patiëntgegevens verstrekken aan het OCR zonder toestemming van ouders en/of kind [Juridisch beleidsmedewerker RCR]. Het is bij medewerkers niet altijd duidelijk welke informatie wel en niet verstrekt mag worden en aan wie. Voorbeeld hiervan is namen van kinderen op een planningslijst van welk kind wanneer welke therapie heeft.

Bovenstaande knelpunten hebben een gemeenschappelijke grondoorzaak. Wat erg duidelijk naar voren is gekomen is dat zowel OCR als RCR in de basis dezelfde visie hebben, namelijk het belang van het kind staat voorop.

Het OCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te onderwijzen, het RCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te revalideren.

Echter dit is geen gedeelde visie. 4 Geïnterviewden uit het RCR en 4 geïnterviewden uit het OCR geven aan een gedeelde visie te missen. Door het missen van een gedeelde visie komt niet zozeer het belang van het kind voorop te staan, maar het eigen belang van het OCR of het RCR (Tabel 6.4).

Het missen van een gemeenschappelijk doel of een gemeenschappelijke visie is niet alleen vervelend voor het OCR en RCR, maar ook voor het kind. Het komt nu voor dat kinderen overvraagd worden omdat de partijen beide alles op alles zetten om hun eigen doelen met het kind te halen.

6.9 Mogelijke oplossingen

In de gehouden interviews is gevraagd aan medewerkers welke ideeën zij hebben bij een oplossing. Aan welke eisen moet een oplossing voldoen, wat achten de medewerkers wenselijk, en wat juist niet. Tabel 6.5 geeft de scores op de vraag welke ideeën de geïnterviewden hebben voor een mogelijke oplossing en Tabel 6.6 geeft de genoemde eisen weer waaraan een oplossing moet voldoen.

Er is veel onduidelijkheid over wat geoorloofde redenen zijn om behandelingen af te mogen zeggen. Dit levert over en weer irritaties op. 2 Geïnterviewden uit RCR en 1 uit OCR vinden dat er duidelijkere afspraken moeten komen over wat geoorloofde redenen zijn om behandelingen af te zeggen (Tabel 6.5).

Antwoord	RCR	OCR
Laag niveau zou therapie in school kunnen krijgen	I	
Betere interne communicatie/informatievoorziening	I	
Klassen moeten mogelijkheid tot therapie bieden	I	
Verder vooruit plannen	I	
Afspraken over geoorloofd afzeggen therapie	II	I
Meer besprekingen met ouders	I	
Team overleggen met school	I	
Meer flexibiliteit in bezetting	I	
Coördinator	II	II
Meer helderheid over elkaar	I	
Betere/eerdere afstemming	II	I

Resultaten

Kind centraal/EKEP	I	II
Geïntegreerde verslaglegging/ICT	I	II
Geïntegreerde adresboeken		III
Overzicht met hoeveelheid therapie en school en afzeggingen hiervan, en wanneer ouders komen	II	II
Meeloopdagen voor ouders weer organiseren		I
Digitaal mededelingen platform		I
School onderdeel van centrum		I
RCR zou behandelteams meer gelijk moeten houden		I
Gemeenschappelijke doelen(met kind)		II
PB's op tijden dat school er ook bij kan zijn		II
Één ouders kind bespreking met OCR en RCR	I	I
Meer duidelijkheid voor ouders	I	II
Spertijden van plankaat af		I
Meer betrokkenheid van ouders	I	
Duidelijke afspraken	I	I
Duidelijk meldpunt voor afzeggingen	I	
Duidelijkheid over de reden van afzeggen therapie	I	
PB's onder schooltijd i.v.m. aanwezigheid van ouders	I	
Spreekuur, om op aanvraag over een kind te praten		I
Schoolsysteem flexibeler i.v.m. passend onderwijs		I
School lid van het behandelteam		I
PB's aan het begin van het jaar al plannen		I
Therapie buiten schooltijd		I
Schooltijden aanpassen		I
Meer aandacht voor gezamenlijke activiteiten zoals feestjes		I
Welkomsmat voor ouders		I

Tabel 6.5: Ideeën voor mogelijke oplossingen

Dit geldt ook voor het sperren van tijdblokken door het OCR. Het RCR is van mening dat het OCR heel veel tijden spert, en zou graag zien dat hier kritischer naar gekeken wordt, om zo de hoeveelheid spertijden wat terug te dringen.

Ouders hebben vaak weinig idee van hoeveel therapie hun kind krijgt, of zou moeten krijgen. OCR en RCR denken dat het voor ouders erg prettig is wanneer zij een overzicht krijgen van hoeveel school/therapie hun kind moet krijgen, en hoeveel het daadwerkelijk gehad heeft, en daarmee dus ook wat de uitval geweest is (RCR 2, OCR 2, Tabel 6.5).

Volgens één van de behandelaren zou het voor de kinderen wenselijk zijn wanneer behandelingen en school meer gegroepeerd zouden zijn. Nu komt het voor dat kinderen een half uur therapie a hebben, dan een half uur school, dan een half uur therapie b en dan weer school. Deze wisselingen zijn voor kinderen vaak niet goed.

Klassen moeten de mogelijkheden blijven bieden dat kinderen onder schooltijd behandelingen kunnen krijgen.

Zowel OCR (2) als RCR (2) zouden het prettig vinden een overzicht te krijgen van hoeveel behandelingen een kind heeft, hoeveel school en wanneer ouders komen (Tabel 6.5).

De communicatie in het algemeen moet beter. Uit de knelpunten bleek dat beide partijen aanmerkingen hebben op de communicatie. Communicatie is een breed begrip, en er zijn dan ook verschillende aspecten aangedragen die verbeterd zouden moeten worden. Er moet beter en eerder worden afgestemd met elkaar.

Het afzeggen van behandelingen komt niet altijd goed aan bij de therapeut, er zou één meldpunt moeten komen waar de behandelingen kunnen worden afgezegd. Daarnaast zou de reden van afzeggen duidelijker moeten worden doorgegeven.

Informatievoorziening moet ook beter. Telefoonlijsten zijn vaak niet up-to-date bijvoorbeeld.

OCR zou een geïntegreerd adresboek fijn vinden. OCR kan niet zoeken op naam in het adresboek van RCR en omgekeerd. Dit maakt het aanzienlijk lastiger om aan contactgegevens te komen van medewerkers.

Er zou een overzicht moeten komen van OCR en RCR wanneer de ouders naar school en centrum komen. Wanneer dit bekend is, kan veel beter worden gekeken of afspraken zo gepland kunnen worden dat ouders niet meerdere keren in korte tijd hoeven komen.

2 Geïnterviewden uit het OCR en 2 uit het RCR opperen het idee van een coördinator. De vorm hiervan verschilt (Tabel 6.5).

Een medewerker van het RCR vraagt zich af of een behandelteam in school wel voor ieder niveau wenselijk is (Tabel 6.6).

Antwoord	RCR	OCR
Behandelteam in school niet voor alle afdelingen geschikt	I	
Aantal fysiotherapeuten alléén verantwoordelijk voor school-kinderen	I	
School beslist over therapie	I	
Jammer als alles via een digitaal platform zou gaan		I

Tabel 6.6: Eisen waaraan een oplossing niet moet voldoen

Één van de geïnterviewden uit het OCR oppert dat school misschien wel weer onderdeel moet worden van het centrum.

Diagnoseteams zijn niet heilig, zolang er maar voor gewaakt wordt dat de expertise niet verloren gaat RCR 1, Tabel 6.5).

Er mist nu een schakel tussen het management en de werkvloer. Het overzicht van bijvoorbeeld bezetting is nu weg.

Binnen RCR heerst volgens 2 geïnterviewden van het RCR een eilandjescultuur (Tabel 6.5).

Deze eilandjescultuur heeft gevolgen voor de flexibiliteit in bezetting, die vergroot zou moeten worden.

Resultaten

De ICT-voorziening tussen OCR en RCR zou verbeterd moeten worden. Aan de ene kant wordt geopperd dat een gedeeld systeem om verslagen in te maken en in op te slaan heel fijn zou zijn (RCR 1, OCR 2, Tabel 6.5). Al gaf iemand uit het OCR wel aan dat het niet wenselijk is wanneer alle informatievoorziening alleen via een digitaal platform zou gaan (Tabel 6.6).

Vanuit OCR komt ook naar voren dat het lastig is dat adresboeken niet geïntegreerd zijn.

Er worden verschillende vormen geopperd van soorten besprekingen. Allen hebben ze de intentie betere integratie te bewerkstelligen. Meer besprekingen met ouders (RCR 1), teamoverleggen met school (RCR 1) en één ouders/kind bespreking met school en centrum (RCR 1, OCR 1)(Tabel 6.5). Er moet een gedeelde visie komen op het kind. Het doel van het kind zou gemeenschappelijk moeten worden opgesteld, en daarna moet samen het plan worden opgesteld hoe dit doel bereikt gaat worden. Het kind moet centraal staan, en ook het systeem er om heen. EKEP werd meerdere malen genoemd als manier om dit te bereiken (RCR 1, OCR2, Tabel 6.5).

6.10 Conclusie

Aan de hand van de gehouden interviews, gesprekken en analyse van de documentatie en data is een duidelijk beeld verkregen van de huidige situatie.

Algemeen

Kinderen die naar het OCR gaan kunnen wanneer zij dit nodig hebben therapie krijgen in het RCR. Dit heeft voor beide partijen gevolgen. Behandeling onder lestijd gaat ten kosten van schooltijd. Doordat behandelingen onder schooltijd plaatsvinden is het voor school lastig om het wettelijk vastgelegde aantal lesuren te halen. Voor RCR is het lastig dat behandelingen onder schooltijd moeten plaatsvinden. Dit beperkt namelijk aanzienlijk de hoeveelheid tijd waarop behandelingen gepland kunnen worden.

De intentie om samen te werken is er wel. OCR noemt in haar jaarverslag expliciet dat het EKEP-principe wordt nagestreefd. In de praktijk is dit echter niet het geval.

In de praktijk is het lastig om PB's te plannen op tijdstippen dat zowel OCR als RCR hierbij aanwezig kunnen zijn. Het gevolg hiervan is dat beide partijen eigenlijk niet goed weten van elkaar waar zij mee bezig zijn, en zo niet de optimale zorg voor het kind kunnen leveren.

Typeringen zijn ooit in het leven geroepen om eenvoudig te kunnen bepalen wat de behandelintensiteit voor een kind zou moeten zijn. In de praktijk blijkt dat deze typeringen eigenlijk niet meer gebruikt worden, en niet meer up-to-date zijn.

Eerdere projecten

Er zijn verschillende pogingen gedaan om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren. Tot nu toe zijn deze pogingen nooit van de grond gekomen ondanks dat een aantal al in een ver gevorderd stadium waren. Men is nu een beetje sceptisch geworden dat een nieuwe poging wel gaat lukken.

Oorzaken van mislukking

Uit dit onderzoek is gebleken dat een grote factor van het mislukken van eerdere projecten het missen van iemand die de kar trekt is geweest. Door reorganisaties bij beide partijen was er geen stabiele basis voor het implementeren van projecten die de samenwerking tussen OCR en RCR moet verbeteren. Daarnaast was er vanuit de werkvloer weerstand om te veranderen. Volgens Atkinson et al. (2001) is commitment een zeer belangrijk factor voor het wel dan wel niet slagen van een veranderingsproces. Een andere factor die Atkinson et al. (2001) aanhalen is de beschikbaarheid van middelen. Uit dit onderzoek is gebleken dat een van de oorzaken van de mislukking van eerdere pogingen te wijten valt aan het gebrek aan tijd en een ICT-systeem dat matcht.

Planning

De planning voor RVE 2 wordt door één persoon gemaakt. Het maken van de planning is een tijdrovend proces. School geeft aan het begin van het jaar door wanneer geen behandelingen gepland mogen worden. Zo genoemde spertijden. Dit maakt de beschikbare tijd om behandelingen te plannen een flink stuk minder, en daarmee het maken van de planning een stuk lastiger. Niet alleen geeft het OCR aan het begin van het schooljaar tijden door dat geen behandeling gepland mag worden. Ook worden er wekelijks zogenoemde mutatielijsten aan de planner gegeven. Op deze lijsten staan extra tijden voor de week erna waarop geen behandeling gepland kan worden. Dit maakt het nog lastiger om alle kinderen in te plannen. Soms kan om deze reden behandeling niet meer worden ingepland, hierdoor loopt het RCR inkomsten mis.

Spertijden

Na aftrek van vakanties en vrije dagen blijven er over de periode week 12 t/m 27 in 2013 nog 387.5 uren over dat kinderen op school aanwezig zijn. 256.9 uur hiervan kan niet worden ingepland wegens spertijden of mutaties. Dit maakt dat er slechts 130.6 uur over deze periode over blijft om behandelingen te plannen. Dat is 33.70%. De grote hoeveelheid spertijden die OCR vastlegt maakt dat het voor het RCR lastig is om de hoeveelheid behandelingen te geven die zij moet geven om de 'productie' te halen.

Financiering

De manier van financiering is tamelijk ingewikkeld. En het is niet altijd meteen duidelijk wat een behandeling meer of minder precies kost of oplevert. Dit komt door de DBC-systematiek. Soms kan het heel gunstig uitvallen om een behandeling meer te geven, soms komt het juist gunstiger uit om een behandeling minder te geven. Over het algemeen middelt het voordeel en het nadeel van een behandeluur meer of minder wel uit. De veranderingen in betaling hebben tot gevolg dat het voor het RCR aantrekkelijker wordt om meer behandelingen te geven dan volgens het schaduwbudget oorspronkelijk betaald zou worden. Het is voor het RCR dus van belang zoveel mogelijk behandelingen in te plannen. De spertijden van school vormen voor het RCR een factor die het aanzienlijk moeilijker maakt om zoveel mogelijk 'productie' te draaien.

Uitval

Gedacht werd dat van veel No-shows de oorzaak ligt bij het OCR. Uit Tabel 6.1 blijkt dat dit niet zozeer het geval is. Verreweg de meeste uitval komt voort uit registratie -, namelijk 8.73%. Het probleem met registratie - is dat niet bekend is wat de rede was van deze registratie. Het kan zijn dat de therapeut ziek was, of een andere reden had om de therapie af te moeten zeggen. Maar het zou ook kunnen dat het een registratie is die eigenlijk geregistreerd had moeten worden als één van de andere coderingen voor No-show. RCR heeft het idee dat veel van de behandelingen die niet door gegaan zijn, zijn afgezegd door school. Uit de resultaten in Tabel 6.1 blijkt dit niet meteen. Het is niet mogelijk om exact te achterhalen waar de hoge - registratie vandaan komt. Dit is jammer omdat hierdoor niet precies valt te zeggen waar het probleem zit, en daarmee dus waar het probleem moet worden aangepakt.

Goede punten in de samenwerking

Uit de gehouden interviews is gebleken dat er niet alleen maar problemen zijn in de samenwerking tussen OCR en RCR. Verschillende punten zijn aangedragen die goed gaan in de samenwerking tussen OCR en RCR. Uit deze aangedragen punten kunnen drie meest genoemde hoofdpunten worden onderscheiden: Punten met betrekking tot: probleem oplossing op de werkvloer, samenwerking op de werkvloer en mentaliteit op de werkvloer. Deze drie punten zullen kort individueel besproken worden.

Probleemoplossing op de werkvloer

Geïnterviewden geven aan dat er veel mogelijkheden zijn tot het oplossen van problemen al op de werkvloer. Iedereen is bereid mee te denken en te kijken naar een oplossing. Bijvoorbeeld wanneer therapie niet door kan gaan wordt gekeken of deze therapie verplaatst kan worden in plaats van dat deze helemaal niet doorgaat.

Samenwerking op de werkvloer

De samenwerking op werkvloerniveau wordt als erg goed ervaren. De lijnen tussen docenten en behandelaars zijn kort. Dit maakt overleggen eenvoudig. De lijnen zijn niet alleen op de werkvloer kort. Ook op managementniveau zijn de lijnen kort. Peter Bosma (procesmanager RVE 2) en Inge Habets (Hoofd Leerlingenzorg) overleggen wekelijks over zaken die spelen.

Mentaliteit op de werkvloer

Iedereen wil het beste voor het kind en is bereid om zich in te zetten voor het kind.

Knelpunten in de samenwerking

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er ook een aantal knelpunten worden ervaren in de samenwerking tussen OCR en RCR. De belangrijkste acht aangedragen knelpunten zullen individueel besproken worden. De acht knelpunten zijn: Communicatie, koers/visie, zaken rondom besprekingen, helderheid en transparantie, veel behandelaars/artsen op één klas, informatievoorziening, afstemming en zaken rondom behandelingen.

Communicatie

De onderlinge communicatie is het knelpunt dat in de interviews het meest wordt genoemd als knelpunt. Aangegeven wordt dat de communicatie niet altijd even soepel verloopt.

Koers/visie

OCR en RCR hebben in de basis dezelfde visie, namelijk het kind zo goed mogelijk helpen. Het OCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te onderwijzen, het RCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te revalideren. Dit is geen gedeelde visie. Hierdoor komt niet zozeer het belang van het kind voorop te staan, maar het belang van het OCR of het RCR. Het doel met het kind is niet één gemeenschappelijk doel, maar het zijn twee onafhankelijke doelen.

Zaken rondom besprekingen

Het plannen van PB's dusdanig dat alle betrokkenen er bij kunnen zijn is erg lastig. PB's met iedereen er bij kosten meer tijd. Deze tijd is er niet altijd, of wordt niet gemaakt. Ook de tijd voor een PB is kort. In de voorbereiding loopt het ook nog wel eens mis. Veel kort dag wijzigingen in agenda's die niet of heel laat worden doorgegeven. Er ontbreken nog al eens verslagen op de PB. Ook is het niet duidelijk welke arts welke informatie in het verslag voor de PB wil hebben. Dit heeft allemaal gevolgen voor de inhoud van de PB's, welke dan ook nogal wisselt in kwaliteit en effectiviteit. De verslaglegging van de PB's kan beter. Er is geen eenduidige verslaglegging en de verslagen zijn niet altijd even tactisch geschreven, terwijl deze verslagen wel naar de ouders van het kind gaan. Het OCR voelt zich op de PB's nog steeds niet serieus genomen. De wekelijkse overleggen verlopen ook niet optimaal. Bij de wekelijkse besprekingen zijn slechts afgevaardigden aanwezig. Vragen of mededelingen over een kind worden aan de afgevaardigden gegeven. Deze bespreken dit tijdens de wekelijkse bespreking met andere afgevaardigden. Het lastige aan deze situatie is dat de afgevaardigde vaak het betreffende kind niet kent, en alleen de informatie heeft die door de behandelaar of docent aan hem is doorgegeven.

Helderheid en transparantie

Uit de interviews is gebleken dat er een gebrek aan helderheid en transparantie is. Men heeft geen idee waar de ander mee bezig is. Dit resulteert in een hoop onwetendheid over en onbegrip voor de andere partij. Het komt nu voor dat kinderen overvraagd worden omdat de partijen beide alles op alles zetten om hun eigen doelen met het kind te halen. Daarnaast werken dingen soms averechts omdat er niet is afgestemd.

Veel behandelaren/artsen op één klas

Het OCR werkt met klassen, het RCR met diagnoseteams. Dit resulteert in veel verschillende therapeuten per klas. Voor de klassen is dit lastig. De leerkrachten hebben te maken met heel veel verschillende mensen van wie ze informatie krijgen, maar ook aan wie ze informatie moeten geven. Ook voor de kinderen is dit vervelend. OCR geeft aan dat het voor dit soort kinderen lastig is om om te gaan met veel verschillende mensen. Het komen en gaan van therapeuten en kinderen in de klas stoort het lesgeven. Naast dat het voor de kinderen vervelend is, brengen zoveel verschillende behandelaren ook andere nadelen met zich mee. Het is niet duidelijk welke informatie naar wie toe moet.

Informatievoorziening

De informatievoorziening is niet altijd even goed. Wijzigingen met betrekking tot PB's komen niet of pas heel laat aan bij het OCR. Het OCR moet achter de verslagen van het RCR aan. Het is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor welke informatievoorziening. Dit geldt zowel tussen

Resultaten

OCR en RCR als dat het voor ouders niet duidelijk is wie aanspreekpunt is.

De informatievoorziening naar ouders is niet helder. Ouders denken dat OCR en RCR één instelling zijn. Het is niet duidelijk met welke vragen/mededelingen de ouders bij wie moeten zijn.

Afstemming

Ouders worden onnodig belast door de niet optimale afstemming van OCR en RCR. Het komt regelmatig voor dat ouders een aantal keren per maand naar Enschede moeten komen voor besprekingen bij OCR en RCR. OCR en RCR weten van elkaar niet wanneer ouders komen. Daardoor wordt er ook niet gekeken naar of afspraken met ouders op dezelfde dag gepland kunnen worden, waardoor ouders niet vaker dan nodig naar Enschede hoeven komen.

Zaken rondom behandelingen

Het niet doorgaan van behandelingen komt veel voor. Lang niet altijd is duidelijk wat hiervan de oorzaak is. Redenen dat behandelingen niet doorgaan zijn zeer divers. Verzetten van behandelingen wordt ook als lastig ervaren. Er zijn veel wijzigingen in behandelingen.

Mogelijke oplossingen

De aangedragen mogelijke oplossingen zijn zeer divers. De aangedragen oplossingen hebben betrekking op: Behandeling, ouders, besprekingen, inzichtelijkheid en transparantie, informatievoorziening, gemeenschappelijke visie/doelen en organisatorische aspecten.

Behandeling

Er is veel onduidelijkheid over wat geoorloofde redenen zijn om therapie af te mogen zeggen. Uit de interviews bleek dat er duidelijke afspraken moeten komen over wat nog geoorloofde redenen zijn om therapie af te zeggen. Dit geldt ook voor het sperren van tijdblokken door het OCR. Het RCR is van mening dat het OCR heel veel tijden spert, en zou graag zien dat hier kritischer naar gekeken wordt, om zo de hoeveelheid spertijden terug te dringen.

Therapeuten en docenten weten vaak van elkaar niet waar ze mee bezig zijn, dit moet ook beter worden gecommuniceerd. Nu is er vaak onduidelijkheid over wanneer behandelingen voor een kind gestopt zijn. Er zou duidelijk moeten worden gecommuniceerd wanneer een kind geen behandelingen meer krijgt. Ook het afzeggen van behandelingen komt niet altijd goed aan bij de therapeut, er zou één meldpunt moeten komen waar de behandeling kan worden afgezegd. Daarnaast zou de reden van afzeggen duidelijker moeten worden doorgegeven.

Voor de kinderen zou het wenselijk zijn wanneer behandelingen en school meer gegroepeerd zou zijn. Nu komt het voor dat kinderen een half uur therapie a hebben, dan een half uur school, dan een half uur therapie b en dan weer school. Daarnaast zou centrum de behandelteams meer gelijk moeten houden. Volgens OCR zijn veel wisselingen niet goed voor het kind.

Klassen moeten de mogelijkheden blijven bieden dat kinderen onder schooltijd behandelingen kunnen krijgen, daarnaast moet de flexibiliteit behouden blijven. Wellicht moeten schooltijden worden aangepast.

Ouders

Ouders hebben vaak weinig idee van hoeveel behandelingen hun kind krijgt, en zou moeten krijgen. OCR en RCR denken dat het voor ouders erg prettig is wanneer zij een overzicht krijgen van hoeveel school/behandelingen hun kind moet krijgen, en hoeveel het daadwerkelijk gehad heeft, en daarmee dus ook wat de uitval geweest is.

Ouders zouden meer bij het proces van hun kind betrokken moeten worden. Nu heeft men sterk de neiging te denken voor de ouders, en niet stil te staan bij wat de ouders en/of kind zelf willen. Meeloopdagen zouden weer georganiseerd moeten worden. Ouders geven aan dat ze het jammer vinden dat deze niet meer georganiseerd worden.

Besprekingen

Er moeten meer besprekingen komen, zowel met ouders erbij als met school en centrum samen. Er zou een notulist en/of onafhankelijke voorzitter moeten zijn bij de PB's. Deze moet er op toezien dat er een goed verslag komt na afloop van de PB. Tevens moet deze de agenda bewaken tijdens de PB. Er voor zorgen dat de vergadering niet langer duurt dan nodig en dat deze efficiënt en productief plaatsvindt.

Er moet een gedeelde verslaglegging komen. Daarbij is uitwisseling van gegevens nodig.

Helderheid en transparantie

Voor het OCR is het ook vaak onduidelijk hoeveel behandelingen een kind in de week krijgt, zij zouden graag een overzicht krijgen van het RCR waarin staat hoeveel ieder kind gezien wordt per week. De communicatie in het algemeen moet beter. Er moet beter en eerder worden afgestemd met elkaar.

Er zou een overzicht moeten komen van OCR en RCR wanneer de ouders naar school en centrum komen. Wanneer dit bekend is, kan veel beter worden gekeken of afspraken zo gepland kunnen worden dat ouders niet meerdere keren in korte tijd hoeven komen.

Er zou één aanspreekpunt moeten komen waar school, centrum en ouders terecht kunnen met mededelingen en vragen.

Informatievoorziening

Informatievoorziening moet ook beter. Telefoonlijsten zijn vaak niet up-to-date bijvoorbeeld. Een geïntegreerd adresboek zou ook fijn zijn. OCR kan niet zoeken op naam in het adresboek van RCR en omgekeerd. Het zou wel jammer zijn als alles via een digitaal platform zou gaan (Tabel 6.6).

Gemeenschappelijk doel/visie

Er moet een gedeelde visie komen op het kind. Daarnaast zou het doel met het kind gemeenschappelijk moeten worden opgesteld. Daarna moet samen een plan worden opgesteld hoe dit doel bereikt gaat worden. Het kind moet centraal staan, en ook het systeem er om heen. EKEP werd meerdere malen genoemd als manier om dit te bereiken.

Organisatorische aspecten

Er zou één arts moeten komen voor school, of een coördinator en een vaste groep therapeuten per klas. RCR vraagt zich af of dit voor elk niveau wenselijk is (Tabel 6.6).

Diagnoseteams zijn niet heilig, zolang er maar voor gewaakt wordt dat de expertise niet verloren gaat.

Geopperd werd dat school onderdeel zou moeten worden van centrum.

Conclusie en Discussie

7.1 Algemeen

In dit onderzoek stonden de volgende centrale vragen centraal:

Hoe ziet de huidige situatie met betrekking tot de samenwerking tussen OCR en RCR er uit?

Hoe kan deze samenwerking verbeterd worden dusdanig dat het kind centraal staat? Met dit onderzoek moesten de volgende drie doelen bereikt worden:

Doel 1; het in kaart brengen van de huidige situatie en knelpunten rondom de samenwerking tussen OCR en RCR.

Doel 2; het optimaliseren en concretiseren van de samenwerking tussen OCR en RCR waarbij de leer- en revalidatie doelstellingen van kinderen centraal staan en aan deze doelstellingen wordt voldaan.

Doel 3; het verbeteren van de inzet van mensen en middelen vanuit het revalidatiecentrum.

Doel 1 wordt bereikt door antwoord te geven op de eerste centrale vraag en doelen 2 en 3 kunnen bereikt worden met het antwoord op de tweede centrale vraag.

Om antwoord te kunnen krijgen op de twee centrale vragen zijn deelvragen geformuleerd. In het eerste deel van dit hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op deze twee centrale vragen.

7.2 Hoe ziet de huidige situatie rondom Onderwijscentrum het Roessingh en Roessingh centrum voor revalidatie er uit?

Goede punten in de samenwerking

Uit de resultaten is gebleken dat de medewerkers van zowel het OCR als het RCR erg tevreden zijn over de samenwerking op de werkvloer. OCR en RCR vinden beide dat er veel mogelijk is tot regelen op de werkvloer, dat er veel wordt indirect kortgesloten, en dat problemen worden onderling worden opgelost. Dit getuigt van goede werkrelaties, volgens Atkinson et al.(2001) is dit één van de factoren die samenwerking positief beïnvloed. Daarnaast zijn OCR en RCR beide van mening dat iedereen voor de kinderen gaat/ van goede wil is.

Opvallend is wel dat het RCR maar één punt noemt dat OCR niet noemt als een goed punt in de

samenwerking. Namelijk dat de intakeprocedure voor nieuwe kinderen goed verloopt. OCR geeft een aantal punten aan die niet worden aangegeven door RCR, zoals dat er korte lijntjes zijn, dat besprekingen nuttig zijn en goed verlopen en dat persoonlijke contacten goed gaan. Daarnaast noemen de medewerkers ook een aantal punten die ze goed vinden die expliciet gaan over het RCR. Bijvoorbeeld dat behandelingen niet worden afgezegd, maar dat geprobeerd wordt deze te verzetten, dat de planner van het RCR zijn werk goed doet en het RCR meeloopdagen organiseert voor de ouders van de kinderen.

Knelpunten in de samenwerking

Door beide organisaties wordt een gebrek aan helderheid en transparantie als een knelpunt genoemd. Volgens Atkinson et al. (2001) is het begrijpen van rollen en verantwoordelijkheden een belangrijk punt in de samenwerking. Dit is nauw gekoppeld aan helderheid en transparantie. Rollen en verantwoordelijkheden moeten helder en transparant zijn. Naast helderheid en transparantie wordt ook door de medewerkers van zowel OCR als RCR genoemd dat zij het gebrek aan duidelijkheid over verantwoordelijkheid als een knelpunt ervaren.

Beide organisaties geven aan dat het vinden van een gemeenschappelijk overlegmoment erg lastig is. Dit komt doordat het voor docenten niet mogelijk is om binnen schooltijden te vergaderen. De tijd buiten schooltijden is erg kort, en vaak juist voor artsen lastig.

Er wordt ook door beide partijen aangegeven dat er geen eenduidige behandellijn is voor het kind, dit hangt nauw samen met het knelpunt geen gedeelde visie. Uit de interviews is namelijk naar voren gekomen dat OCR en RCR ieder voor zich in de basis wel een soortgelijke visie hebben. Ze willen beiden het kind zo goed mogelijk helpen. OCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te onderwijzen, RCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te revalideren. Echter, dit is geen gedeelde visie. Hierdoor komt niet zozeer het belang van het kind voorop te staan, maar het belang van het OCR of RCR. Er is geen gemeenschappelijk doel. Volgens Atkinson et al. (2001) is het hebben van een gemeenschappelijke visie of doel juist erg belangrijk wanneer twee organisaties willen samenwerken.

Afstemming wordt ook als een knelpunt aangegeven door beide organisaties. Afstemming heeft alles te maken met communicatie. Wanneer de communicatie niet goed verloopt, is goed afstemmen erg moeilijk. Communicatie en het delen van informatie is één van de belangrijke factoren die kan helpen bij het verbeteren van samenwerking [Atkinson *et al.*, 2001].

Beide organisaties geven aan dat er meer duidelijkheid moet komen naar ouders toe. RCR doet dit in grotere aantallen dan OCR. Wat uit de interviews is gebleken is dat OCR en RCR het idee hebben dat ouders denken dat OCR en RCR één instelling zijn, in plaats van twee losse instellingen. Zij denken dat het voor ouders niet duidelijk is waar ze moeten zijn met welke vragen of mededelingen.

Wanneer gekeken wordt naar de knelpunten die specifiek door OCR worden aangegeven valt op dat veel punten te maken hebben met de besprekingen en PB's. Het OCR is duidelijk niet tevreden met hoe de besprekingen nu geregeld zijn. Dit in tegenstelling tot RCR, zij geven nauwelijks knelpunten aan die te maken hebben met de PB's en besprekingen. Een verklaring hier voor zou kunnen zijn dat de PB's vanuit RCR gehouden worden, en dat OCR welkom is hierbij aanwezig te zijn. OCR geeft aan zich in deze PB's niet altijd serieus genomen te voelen, en zij geven ook aan dat de PB's vaak

erg medisch georiënteerd zijn. OCR geeft ook aan dat in de PB's vaak vaktaal wordt gesproken, en dat zij dat niet altijd begrijpen. RCR is wel bereid uitleg te geven wanneer OCR termen niet begrijpt. Het hebben van een gemeenschappelijke taal ontbreekt. Atkinson et al. (2001) geeft aan dat het hebben van een gemeenschappelijke taal juist één van de factoren is die samenwerking positief beïnvloedt.

OCR ervaart het zelf als vervelend, maar denkt ook dat het voor de kinderen vervelend is dat er veel verschillende artsen en behandelaren op een klas zitten. Dit komt doordat RCR werkt met diagnosteteams. Daarnaast ervaart ook RCR nadelen aan de diagnosteteams, er heerst een eilandjescultuur, waardoor de teams niet buiten hun eigen diagnosteteam kijken. Voor RCR is de diagnosestructuur niet heilig, mits de expertise niet verloren gaat.

Wanneer gekeken wordt naar knelpunten die specifiek door RCR worden aangedragen, valt op dat deze voornamelijk planning gerelateerd zijn, en niet direct gerelateerd zijn aan de samenwerking met OCR deze zijn eerder indirect gerelateerd aan de samenwerking. Genoemde punten zijn dat het lastig is om op eigen planning te kunnen varen, dat het plannen van behandeling lastig is en dat school veel therapie afzegt. Dit laatste punt is opvallend, omdat uit de resultaten van de data-analyse van de No-shows blijkt dat slechts een klein percentage van de totale uitval bestaat uit uitval met oorzaak OCR.

Wat nog meer opvalt, is dat er een aantal inconsistentie dingen worden genoemd in de interviews. OCR geeft aan de ene kant aan dat zij de PB's nuttig vinden, maar aan de andere kant geeft zij ook aan dat de inhoud/nuttigheid van de PB's wisselt. Dit maakt het lastig om te zeggen of de PB's wel of niet nuttig zijn.

Naast dat OCR niet consistent is over of de PB's wel of niet nuttig zijn, is zij ook niet consistent over de door RCR georganiseerde meeloopdagen. Er wordt als goed punt in de samenwerking genoemd, het organiseren van meeloopdagen voor ouders, terwijl vervolgens als mogelijke oplossingen wordt aangedragen dat meeloopdagen wéér georganiseerd zouden moeten worden.

De laatste inconsistentie die gevonden is, is dat OCR aan de ene kant aangeeft dat behandelingen niet worden afgezegd, maar worden verplaatst, terwijl zij als knelpunt aangeeft dat er veel behandelingen worden afgezegd. Het lastige aan deze inconsistenties is, is dat het moeilijk te beoordelen is welke punt waar is. Mede ook omdat wat voor de één goed kan zijn, dit niet noodzakelijkerwijs ook voor de ander goed hoeft te zijn.

Uit de conclusie van de resultaten is gebleken dat de aangegeven knelpunten gerelateerd zijn aan 7 verschillende aspecten. Één van deze aspecten was communicatie. Vier van deze aspecten, zaken rondom besprekingen, helderheid en transparantie, informatievoorziening en afstemming, hebben te maken met communicatie.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat OCR en RCR ieder voor zich in de basis wel een soortgelijke visie hebben. Ze willen beiden het kind zo goed mogelijk helpen. OCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te onderwijzen, RCR doet dit door het kind zo goed mogelijk te revalideren. Echter, dit is geen gedeelde visie. Hierdoor komt niet zozeer het belang van het kind voorop te staan, maar het belang van het OCR of RCR.

7.3 Hoe kan de samenwerking tussen Onderwijscentrum het Roessingh en Roessingh centrum voor revalidatie verbeterd worden, dusdanig dat het kind centraal staat?

Verbetering van de samenwerking ligt deels in het gebied van de theorie, en deels op het gebied van zeer concrete oplossingen die zijn aangedragen door de medewerkers van het OCR en RCR. Eerst zullen de oplossingen aangedragen door de medewerkers worden besproken, daarna zullen de gevonden resultaten gekoppeld worden aan de theorie, en zal worden uitgelegd hoe OCR en RCR theoretische aspecten kunnen gebruiken om hun samenwerking te verbeteren.

Mogelijke oplossingen

Over het algemeen zijn de aangedragen oplossingen in de interviews zeer divers. Veel van de gegeven aangedragen oplossingen worden slechts één keer genoemd. Slechts twee oplossingen worden vier keer genoemd. Dit is ook meteen het maximaal aantal keren dat één oplossing genoemd is. Dit in tegenstelling tot de aangegeven knelpunten. Dezelfde knelpunten worden over het algemeen veel vaker genoemd dan oplossingen.

De oplossingen die het meest genoemd worden zijn een coördinator en een overzicht met daarin de hoeveelheid behandelingen en school dat wordt afgezegd, en wanneer de ouders van kinderen komen. Beide oplossingen worden door OCR en RCR even vaak genoemd. In totaal zijn er negen oplossingen van 37 aangedragen oplossingen die door beide organisaties zijn aangedragen. Dit betekent dat bijna drie kwart van de oplossingen of door OCR of door RCR zijn aangedragen. Omdat de ideeën voor oplossingen maar beperkt overlappen voor de twee organisaties, kan het lastig zijn om op basis van de resultaten tot een oplossing te komen waar beide organisaties achter staan. Een voorbeeld tegenstrijdigheid in de aangedragen oplossingen is dat RCR aangeeft PB's graag onder schooltijd te willen plannen in verband met de aanwezigheid van ouders, terwijl OCR juist PB's graag buiten schooltijd zou plannen omdat zij hier alleen buiten schooltijd bij aanwezig kunnen zijn. Dit voorbeeld van verschillende wensen verklaard ook waarom het door beide partijen als lastig wordt ervaren om een gemeenschappelijk moment te vinden voor de PB's.

De oplossingen alleen aangedragen door het RCR hebben voornamelijk betrekking op hun eigen vakgebied, namelijk behandeling geven en het plannen hiervan. De oplossingen alleen gegeven door het OCR zijn veel meer gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen OCR en RCR.

Theoretisch kader

Een deel van de oplossing ligt in de invulling van het theoretisch kader. Eerst zal gekeken worden naar hoe de in het theoretisch kader genoemde factoren die samenwerking beïnvloeden kunnen worden toegepast op de samenwerking tussen OCR en RCR.

Niet alleen bestaan er factoren die samenwerking beïnvloeden. Er zijn refererend naar het theoretisch kader, verschillende structuren van multi-agencies. Wanneer men samenwerking wil verbeteren moet men ook rekening houden met welke structuur het beste van toepassing is op de betrokken organisaties. Een onderdeel van de oplossing ligt in de structuur die gehanteerd wordt. De oplossing om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren zal een boundary object zijn. De inhoud

van dit boundary object zal gebaseerd zijn op de 15 factoren die samenwerking beïnvloeden, en dit alles zal binnen de best passende multi-agency structuur moeten gaan plaatsvinden. Naast het aan de theorie gerelateerde aspect bestaat een deel van de oplossing uit een op deze twee organisaties specifiek toegespitst advies dat zou kunnen helpen de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren.

Factoren die multi-agency samenwerken beïnvloeden

In het theoretisch kader zijn 15 verschillende factoren genoemd die multi-agency samenwerking positief dan wel negatief beïnvloeden. Wanneer gekeken wordt naar een oplossing is het nuttig om deze factoren in ogenschouw te nemen.

Voor de eerste vijf factoren is een duidelijke link terug gevonden in de gehouden interviews. Deze eerste vijf factoren staan op volgorde van meest genoemd in de interviews naar minst genoemd in de interviews. In de interviews zijn geen antwoorden terug gevonden die duidelijk passen bij de overige 10 factoren. Deze staan daarom op volgorde zoals in het originele artikel van Atkinson et al. (2001).

Communicatie en informatie delen

Uit de casestudy is gebleken dat men op de werkvloer zeer ontevreden is over de communicatie. Het verbeteren van de communicatie zou een verbeterde samenwerking tot gevolg moeten hebben. Volgens Atkinson et al. (2001) zijn er drie ‘key factors’ rondom communicatie. *Voorzien in mogelijkheden voor dialogen, communicatievaardigheden en verspreiding van informatie*. Het is belangrijk dat medewerkers mogelijkheden krijgen om met elkaar te communiceren. Dit kan in de vorm van gedeelde besprekingen al dan niet met ouders erbij. Omdat men van mening is dat ouders meer betrokken moeten worden bij het proces van hun kind, en eigenlijk het behandelplan moet voldoen aan de wens van de ouders en het kind, is het raadzaam om besprekingen te creëren waar zowel OCR, RCR als ouders/kind bij aanwezig zijn.

Verspreiding van informatie zou ook verbeterd moeten worden. Niet alleen tussen OCR en RCR, maar ook naar ouders toe. Het is voor ouders niet duidelijk bij wie ze moeten zijn als ze vragen hebben, maar ook mededelingen met betrekking tot hun kind komen niet altijd aan bij de persoon waar dit neergelegd zou moeten worden.

Gemeenschappelijke doelen en visies

Één van de ‘core concepts’ van samenwerken is het hebben van een gemeenschappelijk doel of visie [Atkinson et al., 2001, Salmon & Faris, 2006, D’Amour et al., 2005, D’Amour et al., 2008, Salmon & Faris, 2006]. Zoals uit de casestudy is gebleken, hebben OCR en RCR geen gemeenschappelijk doel of visie. OCR en RCR zouden moeten streven naar een gemeenschappelijk doel of visie. Gezien de wens van OCR en RCR om het kind centraal te hebben staan, zou een gemeenschappelijk doel of visie in deze lijn moeten liggen.

Goede werkrelaties

Over het algemeen is men zowel in OCR als in RCR erg tevreden over de werkrelaties die er zijn met de andere partij. Een goede samenwerking kan alleen plaatsvinden wanneer er een basis is van vertrouwen ???. Het is belangrijk om deze werkrelaties goed te houden en een basis van vertrouwen te creëren. Zeker in tijden van verandering is het goed om te investeren in het goed houden van deze werkrelaties. Vanuit het OCR werd bijvoorbeeld geopperd dat gemeenschappelijke feesten nu niet meer gehouden werden, en dat het heel leuk zou zijn als deze weer georganiseerd zouden worden.

Het organiseren van gezamenlijke activiteiten, al dat niet werk gerelateerd kunnen bijdragen aan het goed houden, of zelfs nog verder verbeteren van de onderlinge contacten.

Begrijpen van rollen en verantwoordelijkheden

In tijden van verandering kunnen verantwoordelijkheden en rollen veranderen ?? . Het is belangrijk dat men van elkaar begrijp wat zijn rol en verantwoordelijkheden zijn. Het moet ook helder zijn wie waarover verantwoordelijkheid heeft. Waarschijnlijk zullen er voor de medewerkers niet heel veel veranderen in hun rol ten opzichte van voor de verandering, maar het is wel belangrijk dat duidelijk en helder is wie voor wat verantwoordelijk is. OCR en RCR zouden duidelijke functie beschrijvingen moeten maken waarin beschreven staat wie wat doet en wie waar verantwoordelijk voor is.

Gemeenschappelijke taal

Het wel of niet hebben van een gemeenschappelijke taal beïnvloed de samenwerking tussen organisaties ?? . Het is belangrijk dat de deelnemende partijen aan vergaderingen letten op het gebruikte taalgebruik. Uit de casestudy is gebleken dat het OCR het gebruik van vakjargon als lastig ervaart, ook al is het RCR bereid vragen te beantwoorden. Beter zou zijn wanneer iedereen termen gebruikt die voor iedereen begrijpelijk zijn.

Commitment

Commitment is een erg belangrijk aspect om een samenwerking te laten slagen. Niet alleen moet er commitment bestaan, ook moeten medewerkers bereid zijn hun nieuwe rol te accepteren [Moran *et al.*, 2007]. Voor OCR en RCR betekent dit dat van de medewerkers wellicht ook iets andere taken verwacht worden dan voorheen, en dat dit extra inzet van hen vraagt. Pas wanneer er voldoende commitment is, en medewerkers bereid zijn een stap harder te lopen, is de kans van slagen hoog. Commitment kan gecreëerd worden door medewerkers actief te betrekken in het veranderingsproces. Dit kan gedaan worden door hen uit te nodigen voor brainstormsessies en/of projectgroepen waarin ze zelf kunnen meedenken aan een oplossing, waar ze zelf achter staan.

Leiderschap

Het is belangrijk dat niet één van de partners de macht heeft. Alle partners moeten kunnen meebeslissen over beslissingen die genomen moeten worden. De managementteams moeten op één lijn zitten. Dit hangt nauw samen met het hebben van een gemeenschappelijk doel of visie. Wanneer de visie van beide managementteams geen gedeelde visie is, zullen medewerkers minder snel geneigd zijn deze visie te volgen [Atkinson *et al.*, 2001].

Financiële middelen

Volgens Frost (2005) en Atkinson *et al.* (2002) zijn middelen en het toewijzen van middelen een potentiële barrière voor samenwerking. Het is dus erg belangrijk dat OCR en RCR goede afspraken maken over wie wat gaat financieren en in welke verhouding. Het is ook belangrijk dat duidelijk is hoe welke dingen gefinancierd gaan worden.

Niet-financiële middelen

Niet alleen financiële middelen, maar ook niet financiële middelen beïnvloeden samenwerking. Veranderen kost tijd, geld en personeel ?? . OCR en RCR zullen rekening moeten houden dat zeker in het begin, het opstarten van deze samenwerking meer tijd kost. Er moet kennis vergaard worden van de rol, verantwoordelijkheden en taal van de ander. Niet alleen de nieuwe samenwerking zal meer tijd kosten. Er zal ook tijd vrij gemaakt moeten worden om het plan van aanpak om tot een betere samenwerking te komen te maken. Hiervoor zullen mensen moeten worden ingezet en

(financiële) middelen beschikbaar moeten worden gesteld.

Concurrerende prioriteiten

Verschillende prioriteiten kunnen leiden tot verschillen in wat organisaties willen bereiken, verschillende doelen [Salmon, 2004]. Uit de casestudy is gebleken dat de prioriteiten van OCR en RCR op dit moment verschillend zijn. In deze situatie zal het ook niet mogelijk zijn om deze prioriteiten helemaal gelijk te krijgen. Het is daarom des te meer van belang dat het doel met het kind waar naar gestreefd wordt wel hetzelfde is, en dat per kind in samenwerking kan worden gekeken naar waar de prioriteit zou moeten liggen.

Culturen

Iedere organisatie heeft zijn eigen cultuur ???. OCR en RCR moeten er op bedacht zijn dat zij beide de dingen doen op hun eigen manier, en dat nu ze beter willen gaan samenwerken, ze zullen moeten accepteren dat hun huidige manier van werken niet per definitie behouden zal blijven.

De best passende multi-agency structuur

Naast dat er verschillende factoren van belang zijn bij het verbeteren van de samenwerking, is het ook belangrijk dat OCR en RCR beseffen welke organisatiestructuur op hen van toepassing is, zodat zij daar naar kunnen handelen. In het theoretisch kader zijn verschillende vormen van multi-agency structuren genoemd.

Van de door Atkinson et al. (2001) beschreven vormen van multi-agency samenwerking past een coordinated delivery multi-agency het beste bij de werksituatie van OCR en RCR. In een coordinated delivery multi-agency heeft een coördinator het overzicht over de betrokken organisaties. In het geval van OCR en RCR is het belangrijk dat er iemand is die het overzicht heeft over waar de twee organisaties mee bezig zijn met een kind. De coördinator werkt tussen het strategische en operationele niveau. De coördinator heeft niet direct contact met de kinderen zoals het operationele niveau dat wel heeft. Volgens Atkinson et al. (2001) hebben de professionals in een coordinated delivery multi-agency beperkt contact met elkaar en krijgen de verschillende organisaties hun informatie van de coördinator. In de situatie van het OCR en RCR is het niet raadzaam alle informatie via de coördinator te laten lopen. De twee organisaties zullen wel contact met elkaar moeten hebben over het kind. In een coordinated delivery multi-agency is het mogelijk dat de twee organisaties onderling contact hebben, en niet alleen via de coördinator.

Boundary Objects

Het concept ‘boundary objects’ komt ook aan de orde in het theoretisch kader. Boundary objects hebben de capaciteit om te fungeren als een brug tussen verschillende werelden [Spee & Jarzabkowski, 2009]. Ze zijn verankerd in, en dus betekenis vol voor, deze werelden. Ze creëren de omstandigheden voor samenwerking terwijl ze, door hun interpretatieflexibiliteit, geen ‘deep sharing’ vereisen. Deze beschrijving past erg mooi in het plaatje rondom OCR en RCR. OCR en RCR kunnen gezien worden als twee verschillende werelden, die willen samenwerken, maar gezien hun aard en core business niet volledig geïntegreerd kunnen worden tot één organisatie. Een boundary object is een object waarmee en in welke richting mensen handelen [Star, 2010]. Boundary objects kenmerken zich doordat zij een betekenis hebben en bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk van

verschillende werelden, en doordat zij een gemeenschappelijke identiteit creëren tussen de verschillende werelden [Spee & Jarzabkowski, 2009]. Deze gemeenschappelijke identiteit voor het OCR en RCR zijn de kinderen waarmee ze werken. Beide stellen het belang van het kind voorop, maar wel in hun eigen richting. Een boundary object als oplossing is een goede manier om deze twee werelden dichter bij elkaar te brengen.

Conclusie

Oplossingen die aangedragen werden door beide partijen hebben voornamelijk te maken met integratie. Daaruit kan geconcludeerd worden dat beide partijen graag een betere integratie zouden willen. Deze integratie wordt wenselijk geacht op verschillende gebieden. Beide organisaties zouden graag het kind centraal zien. Dit komt ook overeen met de wens van de opdrachtgever. EKEP wordt aangedragen als een manier om dit te doen. Veel van de andere aangedragen oplossingen zijn onderdeel van EKEP, zowel oplossingen die door beide organisaties zijn aangedragen als oplossingen die door de onafhankelijke organisaties zijn aangedragen.

EKEP is een manier om onderwijs en revalidatie te combineren waarbij de hulpvraag van kind en ouders centraal staat. Uit de interviews is gebleken dat een gemeenschappelijk doel met het kind op dit moment ontbreekt, maar het is als een mogelijke oplossing aangedragen. Veel van de aangedragen oplossingen door de medewerkers zijn nodig om het idee achter EKEP te kunnen uitvoeren. Voorbeelden hiervan zijn gedeelde besprekingen met ouders, OCR en RCR, Geïntegreerde verslaglegging en duidelijke afspraken

Uit de resultaten blijkt ook dat EKEP met succes gebruikt wordt in onder andere Arnhem en Nijmegen. Meihuizen-de Regt (2003) geeft aan dat vanuit de kinderrevalidatie ook de visie is dat het kind centraal moet staan, en dat EKEP een goede manier is om dit te doen. De overlapping van mogelijke oplossingen met EKEP aangedragen door de geïnterviewden, de visie van de kinderrevalidatie en dat het succes van EKEP in andere organisaties is aangetoond, maakt dat EKEP een goede basis zou kunnen zijn om de oplossing voor een verbeterde samenwerking tussen OCR en RCR op te baseren.

EKEP is een hele praktische basis die gebruikt kan worden om de samenwerking tussen OCR en RCR te verbeteren. Naast een heel praktisch deel, is het noodzakelijk om rekening te houden met de theoretische invulling van de samenwerking. Verschillende factoren beschreven door Atkinson et al. (2001) kunnen samenwerking positief en negatief beïnvloeden, het is belangrijk dat OCR en RCR deze factoren in ogenschouw nemen. Naast dat er factoren zijn die samenwerken beïnvloeden, zijn er verschillende structuren van hoe een multi-agency er uit zou kunnen zien. Voor OCR en RCR is het van belang dat zij zich bewust zijn van welke structuur het best passend is voor hen, en dat zij ook deze structuur aannemen. De hele oplossing kan gezien worden. Immers OCR en RCR zijn twee verschillende werelden, die door middel van verbeterde samenwerking met elkaar verbonden willen worden.

7.4 Aanbevelingen gericht aan OCR en RCR

Tijdens mijn onderzoek door middel van interviews en gesprekken, is mij duidelijk geworden dat OCR en RCR geen gedeelde visie hebben. Ik denk dat het in het belang van het kind zeer belangrijk is om een gedeelde visie te hebben. Mijn mening wordt bevestigd door zowel de literatuur, als de

visie van de kinderrevalidatie. Niet alleen op papier wordt een gedeelde visie gezien als één van de punten die nodig is voor een goede samenwerking, ook in deze twee organisaties wordt dit door de medewerkers ondersteund. Zij geven aan dat het ontbreken van een gedeelde visie een knelpunt is, maar ook dat zij een gedeelde visie als een onderdeel van de oplossing zien. Beide organisaties hebben hun eigen doelen die ze graag met het kind willen behalen, elk op hun eigen vakgebied. De gedeelde visie moet daarom dusdanig geformuleerd worden dat deze ruimte biedt voor beide organisaties om ook hun eigen doelen te halen. Beide organisaties hebben aangegeven graag te willen dat het kind centraal komt te staan. Dit betekent dat beide organisaties moeten gaan denken vanuit het kind. Ze moeten zich constant de vraag stellen, wat is op dit moment het beste voor dit kind? Dit kan tot gevolg hebben dat zij moeten accepteren dat dit kan betekenen dat de expertise van de andere partij misschien tijdelijk voorrang krijgt.

Uit mijn gesprek met Jan Martens uit Arnhem is heel duidelijk naar voren gekomen dat voordat er ook maar gedacht kan worden aan het implementeren van een verandering, alle betrokken partijen voor de volle 100% achter de verandering moeten staan. Wanneer dit niet zo is, heeft het geen zin om een veranderingsproces in te gaan.

Besprekingen

Doel van de bespreking

In dit onderzoek heb ik gevonden dat er wel besprekingen worden gehouden rondom een kind. PB's worden door RCR georganiseerd, en OCR mag hier bij aanwezig zijn. Daarnaast heeft OCR eigen IOP besprekingen. RCR is hier niet bij aanwezig. Ik denk dat dit niet de meest efficiënte manier is om de voortgang van de kinderen in de gaten te houden. Daarnaast heb ik in mijn onderzoek gevonden dat ook de medewerkers van OCR en RCR beter gedeelde besprekingen, met de ouders van het kind er bij, aandragen als een element van een oplossing. Ik denk dat een beter geïntegreerde manier van bespreken het mogelijk maakt om efficiënter te handelen en een gemeenschappelijk doel(en) op te stellen voor het kind.

Deze besprekingen moeten periodiek plaatsvinden. Het is belangrijk dat deze op een moment gepland worden dat zowel OCR als RCR als het kind/ de ouders van het kind hierbij aanwezig kunnen zijn.

Het doel van deze besprekingen zou moeten zijn de doelstellingen voor het besproken kind voor de komende periode op te stellen en wanneer deze er zijn, te evalueren of de doelstellingen van de afgelopen periode gehaald zijn. De wens van ouders en kind is hier heel belangrijk, uiteindelijk draait het om wat het kind/ de ouders van het kind met het kind willen. Om te meten of doelstellingen gehaald worden, raad ik aan om in samenwerking met de betreffende disciplines scoringslijsten te maken. Deze kunnen gebruikt worden om te meten of een kind de gestelde doelen heeft gehaald.

Vorbereiding van een bespreking

In de interviews heb ik gevonden dat PB's als tijdrovend worden ervaren. Ik denk dat de oplossing hiervoor ligt in een goede voorbereiding van de bespreking. Wanneer informatie relevant voor de bespreking van te voren al in een verslag wordt vastgelegd, en verspreid wordt voor de bespreking,

kunnen alle aanwezigen dit van te voren al gelezen hebben. Het voordeel hiervan is, dat dit leeswerk gedaan kan worden op het moment dat het iemand uitkomt, en dus niet per definitie op een bepaalde tijd moet. Omdat de informatie uit het verslag op de bespreking als bekend verondersteld mag worden, hoeft er op de bespreking zelf niet meer te worden stil gestaan bij de inhoud van het verslag. Alleen wanneer hier vragen of opmerkingen over zijn kunnen deze besproken worden. De verdere bespreking kan worden gebruikt voor een korte evaluatie van de doelen, en het opstellen/bijstellen van de doelen voor de volgende periode.

Om te zorgen dat het verslag op tijd bij iedereen aanwezig is, adviseer ik dit minimaal twee weken van te voren te versturen naar alle aanwezig personen op de bespreking, dus ook de ouders.

Tijdens de bespreking

In het kader van efficiënt vergaderen is het naar mijn mening erg belangrijk dat er een voorzitter is die de tijd en agenda van de bespreking in de gaten houdt. Bij voorkeur is dit de coördinator onder wiens hoede het kind dat besproken wordt valt. De coördinator is onafhankelijk, wat het makkelijker maakt in te grijpen wanneer de vergadering zijn efficiëntie dreigt te verliezen. Daarnaast adviseer ik iemand aan te stellen als notulist. Deze is verantwoordelijk voor het maken van een verslag van de bespreking.

Na de bespreking

In dit onderzoek heb ik gevonden dat van lang niet alle besprekingen een verslag gemaakt wordt. Het OCR geeft aan dat zij het wenselijk vindt dat er meer verslagen gemaakt worden, en dat verslagen beschikbaar moeten zijn. In de verslagen gemaakt aan de hand van de besprekingen zou moeten komen te staan wat besproken is, en welke afspraken gemaakt zijn en welke doelen zijn opgesteld/ hoe de al eerder opgestelde doelen zijn bijgesteld. Wanneer dit goed gedocumenteerd is, en beschikbaar is voor beide partijen, wordt één van de knelpunten, die betrekking heeft op het maken van afspraken, voor een deel opgelost. Door een verslag te maken na afloop van de bespreking weten alle betrokkenen waar in de komende periode aan gewerkt gaat worden. Ik zou aanraden dit verslag ook naar de ouders te sturen. Op deze manier zijn zij ook op de hoogte wat er met hun kind gebeurd.

Benodigde faciliteiten voor gedeelde besprekingen

Om zulke gedeelde besprekingen en verslagen te kunnen maken zullen een aantal zaken moeten worden gefaciliteerd. Om het eenvoudiger te maken een gedeeld verslag op te bouwen adviseer ik een gedeeld ICT-systeem. Beide organisaties kunnen hier op inloggen, om zo informatie toe te voegen of informatie te verkrijgen. Om deze informatie gestructureerd op te slaan, zou ik adviseren voor ieder kind een dossier op te bouwen. Het is verstandig om de verslagen die gemaakt moeten worden, via een vast format te maken. KinderRAP is een goede optie om dit mee te doen. KinderRAP ondersteunt het invoegen van verschillende stukken van de verschillende disciplines volgens een vast format. Uit mijn onderzoek bleek namelijk dat zeker het OCR van mening is dat zij het lastig vinden in te schatten welke arts welke informatie wil hebben. Wanneer er één vast format gebruikt wordt, is dit meteen duidelijk. Het voordeel van een digitaal gedeeld dossier is dat eventuele

wijzigingen heel eenvoudig kunnen worden doorgevoerd. Ook heeft iedereen op elk gewenst moment toegang tot het dossier, waardoor het te allen tijde duidelijk is wie waar mee bezig is. In mijn onderzoek heb ik ook uitgezocht of een gedeeld systeem juridisch haalbaar is. Dit is het geval wanneer een toestemmingsformulier wordt getekend waarin staat dat kind/ouders akkoord gaan met het verstrekken van gegevens aan derden. Derden betekend in dit geval de andere organisatie.

Waarborging

Ik heb zowel in de literatuur als in de praktijk gevonden dat het wenselijk is om een coördinator te hebben wanneer twee organisaties service verlenen rondom een individu. Atkinson et al. (2001) beschrijft een vijftal verschillende vormen van hoe een multi-agency kan worden ingericht. Wanneer ik kijk naar het soort organisaties en de wensen van deze organisatie, ben ik van mening dat de coordinated delivery multi-agency het meest passend is voor de situatie van OCR en RCR. Deze vorm heeft namelijk een coördinerende functie in zich. Deze coördinator houdt overzicht en contact met beide organisaties, maar dit model laat ook contact tussen de organisaties toe. Zowel overzicht, als onderling contact is voor deze organisaties belangrijk. Dit is ook gebleken uit het onderzoek. Kijkend naar de knelpunten en oplossingen die ik gevonden heb in de interviews, ben ik van mening dat het takenpakket van de coördinator op zijn minst uit de volgende taken moet bestaan:

- Het voorzitten van de besprekingen
- Aanspreekpunt voor ouders bij vragen of mededelingen
- Aanspreek punt voor OCR en RCR
- Verantwoordelijk voor de planning en communicatie van de planning van de besprekingen
- Verantwoordelijk voor de verslagen voor en na de besprekingen. Dit houdt in: Toezien op dat het verslag op tijd door alle betrokken disciplines is ingevuld en verstuurd wordt naar alle betrokken disciplines. Toezien dat de aangewezen notulist het verslag maakt na afloop van de bespreking.
- Toezien op het naleven van gemaakte afspraken, en ingrijpen indien men zich niet aan de afspraken houdt
- Communicatie en informatievoorziening naar ouders, OCR en RCR in geval van belangrijke veranderingen rondom het kind

Ik denk dat het zeer aannemelijk is dat het takenpakket te groot is om door één persoon voor alle kinderen uit gevoerd te worden. Daarom denk ik dat het zeer verstandig is meerdere coördinatoren te hebben die allemaal de verantwoordelijkheid hebben over een x aantal kinderen. Samen vormen de coördinatoren een team van coördinatoren.

Organisatorisch

Één van de doelen van dit onderzoek, en daarmee één van de wensen van het RCR was “het verbeteren van de inzet van mensen en middelen vanuit het revalidatiecentrum”. Mijn advies om dit te bereiken is de kinderen die op het OCR zitten helemaal uit de planning van het RCR te halen. Om dit te kunnen doen, is een behandelteam nodig dat zich alleen richt op de schoolkinderen. Zij kunnen dan volledig meedraaien in de planning en het ritme van de school, omdat zij niet ook (poli)

Conclusie en Discussie

klinische kinderen hoeven te behandelen. Doordat deze behandelaren zowel fysiek als figuurlijk aan school gekoppeld zijn, is mijn verwachting dat zij veel makkelijker schoolactiviteiten kunnen gebruiken om behandeling te geven. Op deze manier blijft er meer tijd over om meer behandelingen te geven. Een bijkomend voordeel van een vast behandelteam voor de schoolkinderen is dat er veel minder verschillende behandelaren verbonden zijn aan een klas. De vele verschillende behandelaren per klas werd door OCR als een knelpunt ervaren. Het viel buiten de scope van dit onderzoek om ook te onderzoeken wat de gevolgen zullen zijn voor het in takt kunnen houden van de diagnose teams. Het RCR is van mening dat de expertise die de diagnoseteams opleveren niet verloren mag gaan. Ik adviseer om dit nog te onderzoeken.

Om het geven van therapie/behandeling in goede banen te kunnen leiden, raad ik aan om aan het begin van het schooljaar een planning te maken wanneer behandelingen gegeven kunnen worden, en wanneer kinderen school hebben. In deze planning kunnen dan aan het begin van het jaar al schoolreisjes en andere ‘behandeling vrije’ uren worden vastgesteld. Zo weten behandelaren wanneer zij behandeling kunnen geven, en weet school wanneer zij onderwijs kan geven. Ik adviseer daarnaast om duidelijke afspraken te maken voor welke (school) activiteiten geplande behandeltime mag worden gebruikt, maar ook omgekeerd, voor welke extra behandelingen schooltime mag worden gebruikt. Gedacht zou kunnen worden dat dit x aantal uur in een bepaalde periode mag zijn, en dat eerst toestemming moet worden gevraagd bij de coördinator of dit mag. Ik adviseer om een planner aan te stellen die de behandelingen inplant. Lesprogramma's kunnen beter door de docent zelf worden gemaakt.

Behandelingen kunnen om verschillende redenen niet door gaan. Uit de interviews is gebleken dat het niet altijd duidelijk is waarom behandelingen niet doorgaan, en waar ze moeten worden afgemeld. Medewerkers geven aan behoefte te hebben aan duidelijkheid rondom het afmelden van behandelingen. Ik adviseer daarom één meldpunt voor afmeldingen, en een duidelijke procedure hoe en wat rondom een afmelding. Deze procedure moet bij OCR, RCR en ouders bekend zijn. Dit meldpunt, en deze procedures gelden niet alleen voor het afzeggen van behandelingen, maar ook voor de afwezigheid van kinderen op school bijvoorbeeld in verband met ziekte of doktersbezoek.

Afspraken

Zowel uit de literatuur als uit de praktijk bleek dat duidelijkheid over verantwoordelijkheden erg belangrijk is. Zowel OCR als RCR geven aan dat het niet duidelijk is wie voor wat verantwoordelijk is. Deze duidelijkheid kan gecreëerd worden door duidelijke afspraken, procedures en informatievoorziening. Dat het nodig is aan deze drie punten wat te doen blijkt uit de interviews. Alle drie deze punten worden genoemd als een knelpunt.

Om intern duidelijkheid te creëren adviseer ik het gebruik van functieomschrijvingen. In deze functieomschrijvingen staat omschreven wat de functie is, en welke verantwoordelijkheden hierbij horen. Duidelijkheid naar ouders toe is ook belangrijk. Dit kan gedaan worden door een goede informatievoorziening voor de ouders te creëren.

Naast het creëren van duidelijkheid, is de communicatie hiervan ook belangrijk. Ik adviseer OCR en RCR dit te doen door middel van infomails en bijeenkomsten waar zeker in de beginfase na de verandering uitleg wordt gegeven over de veranderingen.

Informatie voorziening

Uit het onderzoek is gebleken dat er onduidelijkheid heerst bij ouders over o.a. dat OCR en RCR twee verschillende instellingen zijn. OCR en RCR vinden dat de communicatie naar ouders toe verbeterd moet worden. Mij is opgevallen dat OCR en RCR beide een eigen website hebben, maar dat er geen duidelijke bron is wat de samenwerking van OCR en RCR precies betekend voor ouders en kind. OCR en RCR hebben beiden een eigen website, specifiek gericht op de diensten die zij zelf leveren. Een informatiepunt over de samenwerking zou een goed hulpmiddel zijn om ouders beter op de hoogte te stellen van de betekenis en inhoud van de samenwerking tussen OCR en RCR. Hier zou ook vermeld moeten worden waar ouders met welke vraag terecht kunnen, welke procedures gevolgd moeten worden in geval van bijvoorbeeld ziekte enz.

Naast dat een informatiebron digitaal beschikbaar zou moeten zijn, kwam het idee uit OCR om de kinderen/ouders een informatiemap mee te geven. Ik adviseer OCR en RCR ook een fysieke informatiebron, inderdaad in de vorm van een informatiemap. In deze map kunnen ouders informatie vinden over OCR, RCR, maar ook over waar zij terecht kunnen met vragen, of wat ze moeten doen bij calamiteiten of afmelding.

In dit onderzoek heb ik gevonden dat de interne informatievoorziening niet optimaal is. Voorheen hingen er blaadjes in de gangen met informatie of mededelingen, nu gaat veel informatie alleen nog via de wandelgangen. Om de interne informatievoorziening beter te krijgen adviseer ik een intranet. Hierop kunnen belangrijke mededelingen en informatie geplaatst worden.

7.5 Aanbevelingen gericht op verder onderzoek

In dit onderzoek zijn niet alle participerende partijen betrokken geweest. Ik adviseer OCR en RCR om ook de andere betrokken partijen mee te nemen in een vervolg /verdiepend onderzoek naar de verbeteringen voor de samenwerking tussen OCR en RCR. Dit zijn ouders, de directeur van het OCR, andere werknemers per discipline.

Ik heb in dit onderzoek alleen interviews en één op één gesprekken gebruikt om aan informatie te komen van de medewerkers. Ik ben van mening dat een interview een beperkte hoeveelheid informatie geeft. Ieder interview verloopt anders, waardoor de resultaten moeilijker te vergelijken zijn. Een enquête kan helpen om een a) grotere respons te krijgen, en b) om te garanderen dat iedereen dezelfde vragen gesteld wordt, en dat de antwoordmogelijkheden gelijk zijn.

Uit de analyse van de No-show data bleek al snel dat de No-show registratie en alles wat hier bij komt kijken een stuk complexer is dan ik in eerste instantie verwacht had. Omwille van de beschikbare tijd heb ik er voor gekozen slechts de meest basale analyse te doen. Om een echt valide beeld van de No-shows te krijgen is een verdiepend onderzoek nodig. In het huidige registratiesysteem is het niet mogelijk aan te geven of een behandeling is verplaatst. Het is alleen mogelijk aan te geven of een behandeling is doorgegaan of niet. Het is zeer aannemelijk dat het in werkelijkheid gegeven aantal behandelingen hoger is dan de data laat zien, omdat een aantal behandelingen op een ander moment hebben plaatsgevonden dat op het oorspronkelijke tijdstip. Tevens is het niet bekend of alle behandelaren afmeldingen op dezelfde manier behandelen, en daarmee voor dezelfde reden onder dezelfde code registreren. Ik raad het dan ten eerste aan om verdiepend onderzoek te doen naar

de aantallen behandelingen die verplaatst zijn, en naar de manier van registreren. Tevens raad ik aan om serieus te kijken naar een aanvulling op het huidige systeem dat het mogelijk maakt om te kunnen registreren wanneer een behandeling is verplaatst naar een ander moment, of wanneer deze is overgenomen door een andere behandelaar.

Om de financiële consequenties beter in kaart te brengen adviseer ik een diepte onderzoek naar een overzicht van de inkomsten aan de hand van de DBC-systematiek. Ten gevolgen van het rekenen met DBC's kan het gunstig zijn of juist niet om een behandeling meer of minder te geven.

Met betrekking tot het vraagstuk of RCR haar medewerkerscapaciteit zo efficiënt mogelijk in zet is het van belang ook uit te zoeken hoeveel FTE er voor het geven van behandeling beschikbaar is. Tot op heden is deze data niet beschikbaar. In het verleden is al een poging gedaan om deze gegevens boven tafel te krijgen, dit is nooit gelukt. Ik raad RCR aan om duidelijk te krijgen hoeveel FTE aan behandelaren er beschikbaar is. Pas dan kan in combinatie met het geplande aantal behandelingen een uitspraak gedaan worden over hoeveel van de beschikbare capaciteit ook daadwerkelijk benut wordt.

Een van de factoren die samenwerken positief beïnvloeden is het creëren van commitment [Atkinson *et al.*, 2001]. OCR en RCR kunnen dit doen door de medewerkers zoveel mogelijk te betrekken in het proces. Mijn advies is om dit te doen door middel van een projectgroep. In deze projectgroep zullen in ieder geval een arts, de manager van RVE 2, de directeur van het OCR, en ten minste één lid van het management team van het OCR moeten zitten. Deze projectgroep zal vervolgens voor verschillende deelaspecten van de implementatie verschillende werkgroepen kunnen oprichten. In deze werkgroepen zal een voorzitter verantwoordelijk zijn voor de rapportage aan de projectgroep. Verder moet de werkgroep medewerkers bevatten van zowel OCR als RCR. Ik raad aan om alle lagen van de werkvloer te betrekken in deze werkgroepen. Medewerkers op de werkvloer zijn naar mijn idee het beste in staat om in te schatten of plannen in de praktijk realistisch zijn.

7.6 Beperkingen van dit onderzoek

De interviews zijn niet opgenomen met opname apparatuur, maar tijdens de interviews zijn aantekeningen gemaakt, die later zijn uitgewerkt tot een verslag van het interview. Dit maakt dat het risico op bias in de verslaglegging vele malen groter is dan wanneer de interviews opgenomen zouden zijn met opnameapparatuur. Wanneer aantekeningen gemaakt worden, wordt alleen de strekking van het verhaal genoteerd, omdat het niet te doen is woord voor woord te notuleren. Het gevolg hiervan is dat niet alle informatie genoteerd is, en er een risico bestaat dat nuttige informatie verloren is gegaan, en dus niet opgenomen is in dit onderzoek. Wanneer interviews zijn opgenomen met opname apparatuur is veel preciezer in een verslag vast te leggen wat er exact is gezegd. Daarnaast waren de interviews zogenoemde open-ended interviews. Dit houdt in dat de vragen en het verloop van de interviews voor ieder interview anders was. Het gevolg hiervan is dat in niet ieder interview exact dezelfde vragen gesteld zijn. De informatie verkregen in deze interviews was afhankelijk van het verloop van het interview. Dit maakt dat de uitkomsten van de interviews eigenlijk niet één op één te vergelijken waren.

Niet alle mensen die voor dit onderzoek om medewerking gevraagd is, zijn de zelfde vragen gesteld. De beginfase van dit onderzoek bestond uit veel oriënterende gesprekken. Voornamelijk de artsen

zijn toen gesproken. In deze periode was nog niet bekend dat er later ook interviews gehouden zouden worden. Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat er gestructureerde gesprekken zouden gaan plaatsvinden met leden van de verschillende disciplines van zowel OCR als RCR. Deze gesprekken zijn pas later getransformeerd naar gestructureerde interviews. Om toch zoveel mogelijk consistentie te behouden en zo goed mogelijk vergelijkingsmateriaal te verkrijgen, is er voor gekozen om ook de rest van de interviews op dezelfde manier te doen als de eerdere gesprekken. Wat verklaart dat het open-ended interviews zijn gebleven en er niet halverwege toch met opnameapparatuur is gewerkt.

De verwerking van de interviews is lastig gebleken. Veel gegeven antwoorden lijken op elkaar, of hebben met elkaar verband. Soms is er voor gekozen om bepaalde antwoorden samen te trekken om een overzichtelijker beeld te krijgen. Dit berust op het inzicht van de onderzoeker, en is daarmee geen volledig objectieve uitkomst meer. Wanneer dit niet gedaan zou zijn, is de vraag hoe sterk dan de resultaten geweest zouden zijn. Omdat dit onderzoek als doel had te zoeken naar knelpunten en oplossingen. Knelpunten en oplossingen in dezelfde strekking kunnen in dit geval bij elkaar worden genomen, omdat ze effect hebben op een zelfde aspect.

Gegevens met betrekking tot de No-shows zijn niet 100% waterdicht. Het is niet te onderzoeken hoe strikt de medewerkers registeren. Het hoge aantal - wil niet meteen zeggen dat al die behandelingen helemaal niet zijn doorgegaan. Het registratiesysteem is niet toereikend genoeg om verplaatsing van therapie aan te geven. Het is goed mogelijk dat een aantal behandelaren een behandeling registreert met een - terwijl deze behandeling vervolgens op een ander moment alsnog wordt uitgevoerd. Het is ook niet bekend of alle behandelaren een soortgelijke afmelding ook gelijk registreren. Het is mogelijk dat behandelaren een - registreren terwijl deze behandeling eigenlijk een andere registratie had moeten krijgen.

Het grootste deel van de uitkomsten is gebaseerd op de informatie verkregen uit de gehouden interviews. Interviews zijn altijd een subjectieve vorm van informatie verzamelen omdat het de mening van de geïnterviewde is die wordt gedocumenteerd. De documentatie van informatie vanuit het RCR was dusdanig minimaal dat het niet mogelijk was om dit onderzoek te baseren op deze informatie. Interviews waren dus nodig om meer informatie te verkrijgen. Het zou in dit onderzoek beter geweest zijn om naast interviews voor een algemeen beeld, ook enquêtes te gebruiken voor een meer objectief deel van het onderzoek. Ook hiervoor geldt dat dit wegens tijdgebrek niet haalbaar was in dit onderzoek.

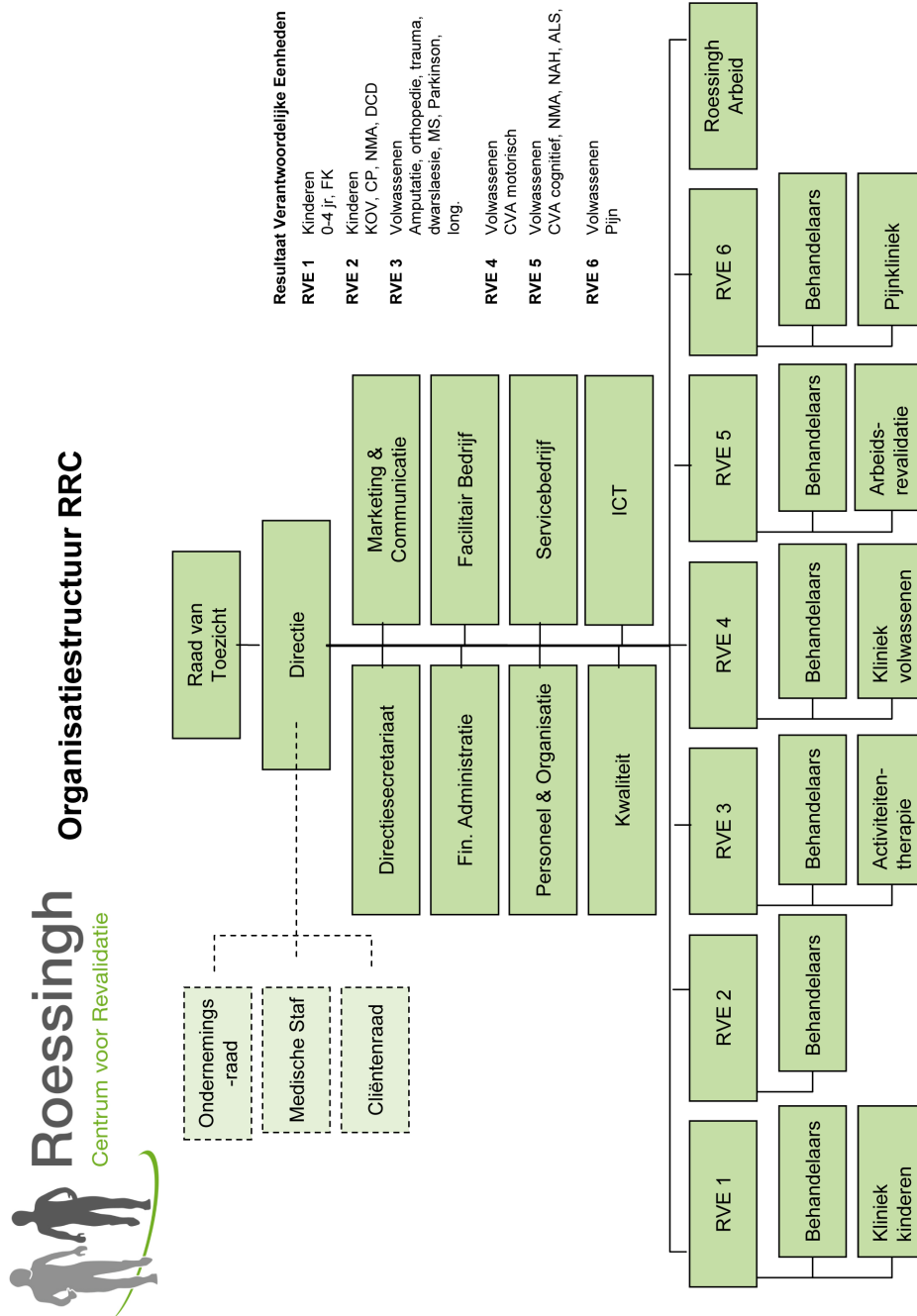
Niet alle partijen zijn meegenomen in dit onderzoek. Er is in dit onderzoek een start gemaakt met het inventariseren van een aantal geschikte ouders die ook geïnterviewd zouden kunnen worden, om ook de mening van de betrokken ouders mee te nemen in een mogelijke oplossing. Het is immers hun kind waar RCR en OCR voor werken. Ook hiervoor geldt dat wegens tijd gebrek het niet meer mogelijk was om ouders te benaderen om te participeren in dit onderzoek.

De beschikbare literatuur relevant voor dit onderzoek was minimaal. Zoektermen en citaties verwijzen naar hetzelfde selecte aantal artikelen. Dit maakte een uitgebreid gevalideerd literatuuronderzoek lastig.

- [Atkinson *et al.*, 2001] Atkinson, Mary, Wilkin, Anne, Stott, Alison, Doherty, Paul, & Kinder, Kay. 2001. *Multi-agency working: A detailed study*. National Foundation for Educational Research.
- [Bekhuis, 2011] Bekhuis, L.J.M. 2011. *Stand van zaken rondom EKES*.
- [D'Amour *et al.*, 2005] D'Amour, Danielle, Ferrada-Videla, Marcela, San Martin Rodriguez, Leticia, & Beaulieu, Marie-Dominique. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, **19**(S1), 116–131.
- [D'Amour *et al.*, 2008] D'Amour, Danielle, Goulet, Lise, Labadie, Jean-François, Martín-Rodriguez, Leticia S, & Pineault, Raynald. 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, **8**(1), 188.
- [Delden van, 2011] Delden van, H. J. D. 2011. *Jaarverantwoording 2011*.
- [Frost, 2005] Frost, Nick. 2005. *Professionalism, partnership and joined-up thinking: A research review of front-line working with children and families*. Research in practice.
- [Groningen van, 2009] Groningen van, Catrien. 2009. *Typering*.
- [Kerver & Wieringa, 2007] Kerver, Richard, & Wieringa, Stella. 2007. *Voorstel één kind één plan*.
- [Klimmendaal & Onderwijs, 2007] Klimmendaal, Groot, & Onderwijs, Mariëndael Speciaal. 2007. *Één kind - één plan Arnhem*.
- [Maartenschool & Maartenskliniek, 2000] Maartensschool, St., & Maartenskliniek, St. 2000. *Eind-document fase 1 een kind een plan partnership in onderwijs, revalidatie en opvoeding*.
- [Meihuizen-de Regt, 2003] Meihuizen-de Regt, Margaretha Jannie. 2003. *Kinderrevalidatie*. Uitgeverij Van Gorcum.
- [Moran *et al.*, 2007] Moran, Patricia, Jacobs, Catherine, Bunn, Amanda, & Bifulco, Antonia. 2007. Multi-agency working: Implications for an early-intervention social work team. *Child & Family Social Work*, **12**(2), 143–151.
- [Nicolini *et al.*, 2012] Nicolini, Davide, Mengis, Jeanne, & Swan, Jacky. 2012. Understanding the role of objects in cross-disciplinary collaboration. *Organization Science*, **23**(3), 612–629.
- [Pinkse-Schepers, 2010] Pinkse-Schepers, Ingrid. 2010. *Typering schoolkinderen en consequenties*.
- [Salmon, 2004] Salmon, Gill. 2004. Multi-agency collaboration: the challenges for CAMHS. *Child and Adolescent Mental Health*, **9**(4), 156–161.
- [Salmon & Faris, 2006] Salmon, Gill, & Faris, Jeff. 2006. Multi-agency collaboration, multiple levels of meaning: social constructionism and the CMM model as tools to further our understanding. *Journal of family therapy*, **28**(3), 272–292.
- [Simkins & Garrick, 2012] Simkins, Tim, & Garrick, Ros. 2012. Developing multi-agency teams: implications of a national programme evaluation. *Management in Education*, **26**(1), 13–19.
- [Sloper, 2004] Sloper, Patricia. 2004. Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: care, health and development*, **30**(6), 571–580.

-
- [Spee & Jarzabkowski, 2009] Spee, Andreas P, & Jarzabkowski, Paula A. 2009. Strategy tools as boundary objects. *Strategic Organization*, **7**(2), 223–232.
- [Spies, 2012a] Spies, Harry. 2012a. *Onderwijscentrum Het Roessingh: Onderwijs in beweging*.
- [Spies, 2012b] Spies, Harry. 2012b. *Onderwijscentrum Het Roessingh: Schoolgids 2012-2013*.
- [Spies, 2013] Spies, Harry. 2013. *Jaarverslag 2011-2012*.
- [Star, 2010] Star, Susan Leigh. 2010. This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept. *Science, Technology & Human Values*, **35**(5), 601–617.
- [Star & Griesemer, 1989] Star, Susan Leigh, & Griesemer, James R. 1989. Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, **19**(3), 387–420.
- [Wieringa, 2006] Wieringa, s. 2006. *Presentatie Een kind een plan! Afstemming onderwijs, revalidatie en ouders*.
- [Wieringa, 2003] Wieringa, Stella. 2003. *Projectmandaat kinderRAP 2*.

Bijlage A: Organisatiestructuur RCR



[<http://www.roessingh.nl/downloads/Organogram-082012.pdf>]

Bijlage B: Overzicht gehouden interviews

Functie	Geslacht	Datum interview
Kinderfysiotherapeut	v	15-07-2013
Bewegingsagoog	m	29-07-2013
Ergotherapeut	v	01-08-2013
Maatschappelijk werker	v	14-08-2013
Zorgcoördinator/kinderfysiotherapeut	m	20-08-2013
Ergotherapeut	v	29-08-2013
Psycholoog	v	10-09-2013
Psycholoog	v	10-09-2013

Tabel B.1: Overzicht interviews onder medewerkers van het RCR

Functie	Geslacht	Datum interview
Logopedist	v	20-08-2013
Docent	v	21-08-2013
Teamleider	v	21-08-2013
Klassenassistent	v	21-08-2013
NVO Orthopedagoog-Generalist	v	26-08-2013
Docent	v	26-08-2013
Klassenassistent	v	01-09-2013
Klassenassistent	v	04-09-2013
Docent	v	26-09-2013

Tabel B.2: Overzicht interviews onder medewerkers van het OCR

Bijlage C: Overzicht overige gesprekken

Functie	Geslacht	Instelling	Datum
Revalidatiearts	m	RCR	08-05-2013
Revalidatiearts	v	RCR	30-05-2013
Revalidatiearts	v	RCR	06-06-2013
Locatiemanager	m	Groot Klimmendaal	14-06-2013
Coördinator leerlingenzorg	v	OCR	27-06-2013 16-08-2013
Directeur	m	OCR	17-06-2013
Projectmanager	m	RCR	08-05-2013 16-07-2013
Beleidsmedewerker	v	RCR	07-06-2013 15-08-2013
Planner RVE 1 + RVE 2	m	RCR	13-05-2013 29-07-2013
Klachtenfunctionaris	v	RCR	06-06-2013
Operationeel manager	v	Taxi Brookhuis	13-09-2013
Jurist	m	RCR	20-08-2013

Tabel C.1: Overzicht overige gesprekken

Bijlage D: Vragenlijsten

Vragenlijst therapeuten

- Wat gaat er goed in de samenwerking met het OCR?
- Welke problemen/knelpunten ervaar je in de samenwerking met het OCR?
- Hoeveel therapie is echt gespecialiseerd? Dat wil zeggen; hoeveel therapie moet door een specifieke behandelaar worden uitgevoerd, en kan niet door een collega worden uitgevoerd?
- Heb je ideeën voor mogelijke oplossingen, zo ja, welke?
- Aan welke eisen moet een oplossing voldoen en waarom?
- Wat moet er absoluut niet in mogelijke oplossingen en waarom?
- Zou je willen nadenken over ouders die mee zouden willen helpen aan mijn onderzoek? (Uitleg geven over juridische procedure hiervoor)

Vragenlijst OCR medewerkers

- Wat gaat er goed in de samenwerking met het RCR?
- Welke problemen/knelpunten ervaar je in de samenwerking met het OCR?
- Heb je ideeën voor mogelijke oplossingen, zo ja, welke?
- Aan welke eisen moet een oplossing voldoen en waarom?
- Wat moet er absoluut niet in mogelijke oplossingen?
- Zou je willen nadenken over ouders die mee zouden willen helpen aan mijn onderzoek? (Uitleg geven over juridische procedure hiervoor)